



**FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES  
ET DE GESTION**

**DÉPARTEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE ET  
BONNE GOUVERNANCE**

*Scientia et Lux*

**INFLUENCE DE LA PAUVRETÉ DE LA  
FEMME SUR LA PROPAGATION DU  
VIH / SIDA EN MILIEU RURAL:  
CAS DE L'ASSOCIATION ABANYAMURAVA DANS LE  
SECTEUR MUSANGE (2008-2010)**

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention  
du grade de licencié en Administration Publique et  
Bonne Gouvernance

**Par : UMULISA Florence**

**Directeur : BIMENYIMANA Perpétue ( MA)**

Musanze, Mars 2013

B.P. 155  
Ruhengeri  
Rwanda

**T** : +250 788 90 30 30  
: +250 788 90 30 32  
**E** : [inesruhengeri@yahoo.fr](mailto:inesruhengeri@yahoo.fr)  
**W** : [www.ines.ac.rw](http://www.ines.ac.rw)



**DÉDICACE**

À notre cher père

À notre chère mère

À nos chers frères

À tous les amis et connaissances.

## **REMERCIEMENTS**

À l'Éternel Dieu Tout-Puissant qui nous a donné l'essentiel tout au long de notre vie.

À la très Sainte Vierge Marie.

La réalisation de ce travail a requis la participation de plusieurs personnes à qui nous voudrions adresser nos sentiments de reconnaissance.

Nous tenons à remercier nos parents qui ont pourvu aux premières bases de la poursuite de notre formation scientifique ainsi que la famille entière qui a, sans cesse, encouragé cette formation.

Nos remerciements s'adressent aux autorités de l'INES et à tous les enseignants, notamment ceux de la Faculté des Sciences Économiques, Sociales et de Gestion pour avoir contribué à notre formation intégrale.

À cœur ouvert, nous remercions Madame BIMENYIMANA Perpétue qui, malgré ses multiples responsabilités, a accepté généreusement de diriger ce mémoire.

À toute personne qui, d'une façon ou d'une autre, a contribué à la réalisation du présent travail, particulièrement à tous les collègues avec qui nous avons partagé des moments inoubliables, nous disons merci !

**UMULISA Florence**

**LISTE DES SIGNES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

<b>Ass.</b>	: Association
<b>BM</b>	: Banque Mondiale
<b>CDLS</b>	: Commission de District de Lutte contre le SIDA
<b>CFJ</b>	: Centre de Formation de la Jeunesse
<b>CHK</b>	: Centre Hospitalier de Kigali
<b>CNLS</b>	: Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
<b>CPLS</b>	: Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA
<b>CRS</b>	; <i>Catholic Relief Service</i>
<b>EDS</b>	: Étude Démographique et de la Santé
<b>FAO</b>	: <i>Food and Agricultural Organization</i>
<b>FIDA</b>	: Fonds International pour Développement Agricole
<b>IPH</b>	: Indicateur de la Pauvreté Humaine
<b>JH</b>	: John Hopkins University
<b>MIGEPROFE</b>	: Ministère du Genre et de la Promotion Féminine
<b>MINAGRI</b>	: Ministère de l'Agriculture, et des Ressources Animales
<b>MINECOFIN</b>	: Ministère des Finances et de la Planification Économique
<b>MINISANTE</b>	: Ministère de la Santé
<b>MST</b>	: Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation Non-Gouvernementale

<b>ONU</b>	: Organisation des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>PNLS</b>	: Programme Nationale de Lutte contre Le SIDA
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSI</b>	: <i>Population Services International</i> (Service International de la population)
<b>PVV</b>	: Personne Vivant avec le VIH/SIDA
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
<b>TRAC</b>	: <i>Treatment and Research on AIDS Center</i> (Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA)
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>%</b>	: Pourcentage

## TABLE DE MATIÈRES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGNES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	iii
ABSTRACT.....	i
INCAMAKE.....	xiv
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
1. Problématique.....	1
2. Hypothèses.....	5
3. Choix et intérêt du sujet .....	5
3.2. Intérêt personnel du sujet .....	6
3.3. Intérêt académique et scientifique .....	6
3.4. Intérêt social.....	6
4. Objectif du travail.....	7
4.2. Objectifs spécifiques .....	7
5. Délimitation du sujet.....	7
5.1. Délimitation dans l'espace.....	7
5. 3 Délimitation dans le domaine .....	8
6. Méthodologie utilisée.....	8
7. Subdivision du travail.....	8
8. Difficultés rencontrées .....	8
CHAPITRE 1. CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENTS THÉORIQUES.....	9
I.1 Définitions des concepts clés.....	9
I.1.1 Influence.....	9
I.1.2. Pauvreté.....	9

I.1.3. Milieu rural .....	10
I.1.4. Femme.....	10
I.1.5. Propagation.....	10
I.1.6. VIH/SIDA.....	11
I.1.7. Caractéristiques du milieu rural.....	11
I.2. Fondements théoriques .....	12
I.2.1. De la pauvreté .....	12
I.2.1.1. Caractère multidimensionnel de la pauvreté .....	12
I.2.1.2. Différentes causes de la pauvreté .....	13
I.2.1.3 Indicateurs de la pauvreté .....	16
I.2.1.4. Profil de la pauvreté chez les femmes .....	17
I.2.1.5 Situation de la pauvreté chez la femme rwandaise après les événements de 1994.....	23
I.2.2. Du VIH.....	24
I.2.2.1 Bref historique du VIH/SIDA.....	25
I.2.2.2. Situation actuelle du VIH/SIDA.....	25
I.2.2.4. Conséquences du VIH/SIDA au Rwanda .....	36
I.2.3. Lien entre la pauvreté et le SIDA .....	38
I.2.3.2. Au niveau de l'éducation.....	39
I.2.3.3. Au niveau de la santé.....	39
I.2.4. Mesures prioritaires .....	40
<b>CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET APPROCHE</b>	
<b>MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>41</b>
2.1 Présentation du milieu de l'étude.....	41
2.1.1 Description du district de NYAMAGABE .....	41
2.1.1.1 Aspect géographique.....	41
2.1.1.2 Données démographiques.....	42

2.1.1.3. Mouvement associatif et ONG.....	43
2.1.1.4. Confessions religieuses .....	44
2.1.1.5. Vulnérables .....	44
2.1.1.6. Données économiques.....	44
2.1.1.7. Administration locale.....	46
2.1.2. Présentation de l'association ABANYAMURAVA .....	46
2.1.2.1. Localisation de l'association ABANYAMURAVA .....	46
2.1.2.2. Objectifs de l'association.....	46
2.1.2.3. Membres de l'association .....	47
2.1.2.4. Activités de l'association .....	47
2.1.2.5. Ressources de l'association.....	47
2.1.2.6. Structure administrative de l'association .....	48
2.2. Approche méthodologique.....	48
2.2.1. Méthodes utilisées.....	48
2.1.2. Méthode analytique.....	49
2.1.3. Méthode statistique.....	49
2.1.4. Méthode comparative.....	49
2.1.5. Méthode synthétique.....	49
2.1.6. Méthode historique.....	49
2.2.1. La technique documentaire .....	50
2.2.2. Techniques d'enquête par questionnaire .....	50
2.2.4. La détermination de l'échantillon .....	52
CHAPITRE 3. PRÉSENTATION, ANALYSE DES DONNÉES ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	53
3.1. Identification des répondants .....	53
3.1.1 L'âge des répondants .....	54
3.1.2 L'état civil des répondants .....	55

3.1.3 Le niveau d'études des répondants .....	55
3.1.4 L'appartenance aux confessions religieuses chez les répondants .....	56
3.2. Présentation et discussions des résultats.....	57
3.2.1. Modes de transmission du VIH/SIDA.....	57
3.2.2. Moyens de prévention du VIH/ SIDA.....	57
3.2.3. Niveau et facteurs de propagation DU VIH/SIDA en milieu rural.....	59
3.2.4. Conditions de vie des membres de l'association ABANYAMURAVA .....	62
3.2.4.1 Accès au logement.....	62
3.2.4.2 Accès à la nourriture.....	63
3.2.4.3 Accès aux soins de santé.....	63
3.2.4.4 Accès à l'instruction pour les enfants .....	64
3.2.5. La pauvreté de la femme et la propagation du VIH/SIDA .....	65
3.2.6. Perspectives d'avenir sur la réduction de la pauvreté et la propagation du VIH/SIDA chez la femme.....	70
3.3. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses .....	72
CONCLUSION GÉNÉRALE ET SUGGESTIONS .....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	78

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA .....	25
Tableau 2 . Répartition de la population du district de NYAMAGABE par âges et par secteurs ..	42
Tableau 3 : Liste des intervenants dans le district de Nyamagabe .....	43
Tableau 4 : Situation des vulnérables dans le district de NYAMAGABE en 2012 .....	44
Tableau 5 : État des finances du secteur de MUSANGE de 2005-2009. ....	45
Tableau 6 . Répartition des répondants selon l'âge .....	54
Tableau 7 . Répartition des répondants selon l'état- civil.....	55
Tableau 8 : Répartition des répondants selon le niveau d'étude.....	55
Tableau 9 : Répartition des répondants selon la religion .....	56
Tableau 10 :Avis des enquêtées sur la Connaissance de la population sur le mode de transmission duVIH/SIDA selon l'âge.....	57
Tableau11: Avis des enquêtées sur la connaissance sur les moyens de prévention du VIH/SIDA .....	58
Tableau 12 : Avis des enquêtées sur l'état de la propagation du SIDA dans le milieu d'étude....	59
Tableau 13:Avis des enquêtées sur les Facteurs de la propagation du VIH/SIDA selon la population enquêtée.....	60
Tableau 14 : Avis des enquêtées sur l'état de logement de la population enquêtée.....	62
Tableau 15 : Nombre des repas par jour dans les familles enquêtées.....	63
Tableau 16 : Avis des enquêtées sur les Moyens d'accès aux soins de santé de la population enquêtée.....	64
Tableau17: Avis des enquêtées sur l'état de scolarisationdes familles de la population enquêtées.	65
Tableau 18:Avis des enquêtées sur les Comportements de la pauvreté de la femme, vecteurs du VIH/SIDA.....	66
Tableau 19:Avis des enquêtées sur l'Influence de la pauvreté de la femme dans le milieu d'étude sur la propagation du VIH/SIDA.....	66
Tableau 20 : Avis des enquêtées sur le Comportement à risque liés à la pauvreté.....	67
Tableau 21:Avis des enquêtées sur les Besoins couverts par les rapports sexuels Occasionnels ou prostitution.....	68

Tableau 22: Avis des enquêtées sur l'état de crainte entre le SIDA et la pauvreté par les enquêtées.	70
Tableau 23: Avis de la population enquêtée sur la réduction de la population et la réduction de la pauvreté.....	71
Tableau 24: Suggestions de la population pour la réduction de la propagation du VIH/SIDA dans le secteur Musange.....	71

**LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1:Questionnaire adressé aux membres de l'association .....	a
Annexe 2 : Guide d'entretien aux autorités du district de NYAMAGABE .....	n
Annexe 3: Grille de dépouillement.....	o

## RÉSUMÉ

Aujourd'hui, le SIDA constitue l'un des grands problèmes auxquels la population du monde entier est confrontée. Au Rwanda, cette épidémie présente une propagation alarmante avec un taux de prévalence de 11,1% au sein de la population générale, de 11,6% au sein de la population urbaine et de 10,8% au sein de la population rurale.

Dans tous les cas, il a été constaté que les femmes, surtout celles du milieu rural figurent parmi les catégories les plus vulnérables à cette infection. Ceci à cause de leurs considérations socioculturelles aggravées par les méfaits de la guerre et du génocide, beaucoup de femmes vivent dans des situations précaires et surtout dans la pauvreté.

En effet, une enquête menée auprès des femmes et filles, membres de l'association ABANYAMURAVA des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le secteur Musange, district de Nyamagabe, province du Sud, a montré que 27,8% des enquêtées vivent dans une situation de pauvreté absolue. Ceci se remarque par une proportion importante de femmes qui habitent des maisons inadéquates (20,4%), de celles qui ne peuvent manger à peine qu'une fois par jour (24,1%), de celles qui se sentent limités aux soins de santé nécessaire (70,4%) ainsi que de celles qui ne peuvent pas facilement scolariser leurs enfants (53,7%).

L'enquête a montré, par conséquent que certaines femmes adoptent des comportements pouvant les exposer à l'infection et à la transmission du VIH/SIDA tels que les rapports sexuels de faveur (51,9%), la prostitution (22,2%), les mariages précoces et/ou à risque (16,6%), voire le recours aux guérisons non professionnelles ou « magendu » (27,7%) ; raison pour laquelle, 88,9% des enquêtées affirment que la pauvreté a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA dans leurs milieux.

Ainsi, la réduction de la pauvreté de la femme par la promotion des activités génératrices de revenus, l'intensification des formations et d'information ainsi que le renforcement du système de dépistage volontaire, sont les principaux moyens proposés par les enquêtées elles-mêmes pour atténuer le niveau de propagation du VIH/SIDA.

Les problèmes de la pauvreté de la femme et du VIH/SIDA au Rwanda, étant nombreux, nous ne prétendons pas les avoir épuisés tous ; ainsi, nous encourageons d'autres recherches dans ces domaines et il est souhaité que les apports de solutions formulés soient mis en œuvre.

## **ABSTRACT**

Today, AIDS is one of the major problems facing the world's population. In Rwanda, the epidemic has spread with alarming prevalence of 11.1% in the general population, 11.6% in urban and 10.8% in the rural population.

In all cases, it was found that women, especially those in rural areas are among the most vulnerable infection. This because of their socio-cultural aggravated by the ravages of war and genocide, many women live in precarious situations and especially in poverty.

Indeed, a survey of women and girls, members ABANYAMURAVA people living with HIV / AIDS in the Musange sector, Nyamagabe District, Southern Province, showed that 27.8% of respondents live in a situation of absolute poverty. This is seen by a large proportion of women who live in inadequate homes (20.4%), those who cannot eat á just once a day (24.1%), those who feel limited care necessary health (70.4%) and those who cannot easily enroll their children (53.7%).

The survey showed therefore that some women adopt behaviors that expose them to infection and á transmission of HIV / AIDS such as sexual favor (51.9%), prostitution (22.2% ), early marriage and / or risk á (16.6%) or the use of non-professional healing or "magendu" (27.7%); why 88.9% of respondents say that poverty has a great influence on the spread of HIV / AIDS in their communities.

Thus, the reduction of poverty of women through the promotion of income-generating activities, increased training and information as well as the strengthening of the system of voluntary testing are the main means proposed by the respondents themselves to reduce the level of HIV / AIDS. Problems of poverty of women and HIV / AIDS in Rwanda, being many, we do not pretend to have exhausted by all, so we encourage further research in these areas and it is hoped that contributions be made solutions implemented.

## INCAMAKE

Muri iki gihe, ikibazo cya SIDA kiri mu by'ingenzi bihangayikishije abaturage b'isi yose. Mu Rwanda, icyo cyorezo kiriyongera bikabije ku buryo umubare w'abanduye kuri 11,6% by'abaturage mu mijyi no kuri 10,8% by'abatuye mu byaro.

Ikigaragara nuko abagore cyane cyane abo mu cyaro bakomeje mu bakunze kwibasirwa n'ubwandu bwa SIDA. Ibyo bituruka ku bukene umugore wo mu cyaro yabayemo kuva kera, ndetse no ku ngaruka z'itsembabwoko n'intambara byatumye imibereho ye irushaho kuba mibi.

Bityo rero, ubushakashatsi bwakorewe ku bagore n'abakobwa bo mw'ishyirahamwe ABANYAMURAVA ry'ababana n'ubwandu bw'agakoko ka SIDA bo mu murenge wa Musange mu karere ka Nyamagabe mu ntara y'amajyepfo bwerekanye ko 27,8% by'ababajijwe babaho mu bukene bukabije. Ibyo bigaragarira ku mubare munini wababa mu mazu adahwitse (20,4%), w'abadashobora kwibonera ifunguro nibura rimwe (24,1%), w'abadashobora kwivuzza kuburyo bukwiye (70,4%) n'uwabadashobora kurihira abana babo mu mashuri (53,7%)

Ku bw'iyo mpamvu, ubushakashatsi bwerekanye kandi ko bamwe muri abo bagore bafite imyitwarire ishobora kubanduza cyangwa gukwirakwiza agakoko gatera SIDA nk'ubusambanyi (51,9%), uburaya (22,2%), kwishyingira bakiri bato cyangwa batashishoje (16,6%) no kwivuriza kwa magendu (27,7%). Ibyo bigatuma abenshi muri bo (88,9%) bemeza ko ubukene bw'umugore bufite uruhare runini mw'ikwirakwizwa ry'agakoko ka SIDA aho batuye.

Igabanuka ry'ubukene bw'umugore hibandwa ku mirimo ibyara inyungu, kongera amahugurwa n'inyigisho birebana na SIDA no gukomeza gushishikariza abantu kwipimisha nibwo buryo bw'ingenzi bwo kugabanya ikwirakwiza rya SIDA bwerekanywe n'ababajijwe ubwabo.

Ntawahamya ko ibibazo byose birebana n'ubukene bw'umugore n'ubwandu bwa SIDA byavuzwe, niyo mpamvu hifuzwaga ko ubundi bushakashatsi bwagira icyo bwongeraho kandi n'inama zatanzwe mu rwego rwo kugabanya ibyo bibazo zigashyirwa mu bikorwa.

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

Depuis la notification de sa première manifestation clinique, "Le SIDA est devenu la maladie la plus dévastatrice que l'humanité ait jamais connue (OMS /SIDA, 1988 :8). Ce fléau a fait couler beaucoup d'encre et de salives. Néanmoins, il reste incurable.

Au Rwanda. L'épidémie du SIDA semble se déplacer de la ville vers la campagne et dans tous les cas, les femmes constituent la catégorie la plus touchée (avec un taux de prévalence de 11,3 % au moment où il est de 10,8% chez les hommes). (PNLS ; 1988 :12).

Il est désormais connu que la problématique de la propagation du VIH /SIDA au Rwanda aborde ici, peut rarement résulter d'une cause unique. En revanche, le présent travail a pour objet de montrer "l'influence des femmes pauvres dans cette propagation au sein de la population rurale.

À cette fin, ce travail est subdivisé en trois chapitres. Le premier chapitre concerne le cadre théorique et conceptuel, le second décrit le milieu de l'enquête et les procédés de collecte des données alors que le troisième et le dernier chapitre fait l'objet de présentation, d'analyse des données et d'interprétation des résultats de la recherche. Ce travail comporte aussi une introduction et une conclusion générale.

Dans les pages introductives de ce travail, sont présentés la problématique, l'hypothèse, le choix et l'intérêt du sujet, les objectifs du travail, la méthodologie de la recherche, la subdivision du travail, la délimitation du sujet.

### **1. Problématique**

De nombreuses études ont été faites sur l'épidémie du VIH/SIDA et beaucoup d'entre elles ont montré que cette dernière n'est pas seulement une crise sanitaire mais également une grande menace qui pèse sur le développement et la société humaine.

Ce fléau qui n'a jusqu'ici ni vaccin ni médicament complètement curatif, reste un problème très épineux auquel les populations du monde entier sont confrontées.

Le rapport de l'ONUSIDA/OMS a affirmé que 33,6 millions de personnes au niveau mondial vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de l'année 1999 et qu'au cours de cette même année, le nombre de décès dus au SIDA s'est élève à 2,6 millions. Selon la même étude, 16,3 millions de cas de décès, sont estimés depuis l'apparition des premiers cas de la pandémie et le nombre total d'enfants de moins de 15 ans, orphelins du SIDA arrivait à 13,2 millions (ONUSIDA /OMS, 1999 :2). Dans tous les cas, les femmes constituent le groupe le plus exposé à l'infection du VIH/SIDA. " Au niveau mondial, plus de 12,2 millions de femmes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie et les femmes représentent 42% des millions d'adultes vivant actuellement avec le VIH. (ONU SIDA, 2001 :1).

Malgré les efforts déployés pour combattre cette épidémie, le SIDA progresse rapidement surtout dans les pays en voie de développement, parmi lesquels le Rwanda fait partie.

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus touchée par ce fléau. Comme l'indique FAWE Info (2000 :18) « l'Afrique Subsaharienne comprenait, à elle seule, environ 70% du chiffre mondial des personnes infectées par le VIH/SIDA à la fin de l'année 1999 ». D'après la même source « plus de 80% des femmes et 87,5% d'enfants infectés par le VIH/SIDA se trouvent dans cette région tandis que 13,7 millions d'Africains sont décédés suite au SIDA depuis son existence ».

Le Rwanda n'a pas échappé à cette catastrophe. En effet, les premiers cas de SIDA y ont été identifiés en 1983 au Centre Hospitalier de Kigali et depuis lors, cette maladie a atteint une croissance sans précédent. Les données du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA, 1998 :5), classaient le Rwanda parmi les neuf pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par le SIDA avec un taux de prévalence de 12,75% au sein de la population de 15-49 ans.

Pire encore, le rapport du Programme National de Lutte contre le SIDA PNLS, (1998 :12), relève que le SIDA semble se déplacer de la ville vers la campagne, et que les taux de prévalence du SIDA en zone rurale sont allés de 1,3% en 1996 à 10,8% en 1997. Le même rapport montre que les groupes de population les plus exposés sont les jeunes entre 12 et 19 ans et les femmes en âge de procréer.

Remarquant l'ampleur du problème dans notre pays, les instances gouvernementales entre autres MINISANTE, CNLS, PNL (aujourd'hui TRAC), CPLS, etc. et/ou avec les divers autres intervenants tant nationaux qu'internationaux (OMS, ONUSIDA, JHU/PCS/Rwanda, PSI, etc.) ont toujours contribué à la recherche des solutions possibles pour lutter contre cette maladie.

Plusieurs études menées par les instances ci-haut citées ainsi que les mémoires réalisés par les étudiants des différentes universités ont contribué au ralentissement de la propagation du VIH/SIDA, surtout en montrant l'ampleur de cette épidémie au Rwanda. Ces études et travaux réalisés ont permis d'éveiller la population à participer à la prévention contre ce fléau et aux activités de prise en charge de ces victimes.

Néanmoins, aucune n'a traité la pauvreté comme facteur pouvant contribuer à l'aggravation du problème du VIH/SIDA au Rwanda et/ou vice-versa. Ainsi, l'apport de ce travail est de dégager l'influence des conditions misérables de la femme dans la propagation du VIH/SIDA dans le milieu rural rwandais.

Selon le discours de Madame EKA ESU WILLIAM, présidente de l'association pour les femmes et le SIDA en Afrique, « le VIH/SIDA frappe de manière disproportionnée les jeunes, les pauvres et les personnes sans défense ; les femmes et les filles en particulier... » (La situation des femmes face au VIH/SIDA est déplorable même dans notre pays. Leur vulnérabilité à l'infection résulte des raisons diverses y compris celles de la pauvreté.

En effet, la pauvreté, dans ce nouveau millénaire, représente l'obstacle le plus important à tout développement de l'homme. Au Rwanda, la situation de la pauvreté s'est aggravée avec la guerre et le génocide de 1994 qui a laissé beaucoup de problèmes à savoir le problème d'un nombre élevé des veuves et des orphelins ainsi que toute autre sorte de vulnérabilité. Les statistiques du MINECOFIN (2002 :24) montrent qu'en 1999, plus de 66% de la population rwandaise estimée à 8,1 millions se trouvaient en dessous du seuil de la pauvreté et la majorité de ceux-ci était des femmes étant donné que ces dernières constituaient 54% de la population totale dont 34% de celles-ci se trouvaient à la tête de leur ménage.

Malgré son importante contribution à la production agricole, la femme rwandaise n'avait aucun droit à la propriété ni à la terre ni sur la récolte issue de son travail. Bien que la loi en la matière

ait été récemment modifiée, la femme continue à vivre sous la dépendance de ses parents, de ses frères, de son mari ou de quelqu'un d'autre capable de lui assurer la survie.

Étant considérée ainsi, la femme rwandaise a à peine accès à l'éducation bien que cette dernière soit le moyen le plus efficace d'améliorer les conditions de vie d'une personne dans tous les domaines. Selon l'enquête du MIGEPROFE (1998 :47), « en 1996, 55% des illettrés sont des femmes et les taux d'abandon scolaire sont plus élevés chez les filles (10,8%) que chez les garçons (9,5%) ».

De cette inégalité d'accès à l'éducation et à la formation, naît la faible participation de la femme aux emplois rémunérateurs. Selon le rapport du MIGEFASO, en 1997, le nombre des femmes occupant des postes d'encadrement de direction et de conseil dans l'administration publique était très insignifiant alors que les femmes représentaient la majorité de la population active du pays.

Dépourvue et démunie économiquement, socialement, politiquement et culturellement, la femme rwandaise développe et adopte les tendances fatalistes croyant que rien ne peut être pire que la pauvreté, même l'infection du VIH/SIDA.

De ce fait, l'étude réalisée par le MINISANTE en collaboration avec MIGEFASO en 1998 a révélé que la pauvreté constitue une cause importante de la prostitution citée par 83% d'enquêtes. Selon cette étude, 31% de prostituées le font même pour moins de 500 FRW pour des raisons de survie et ce genre de prostitution est élevé et se pratique même à domicile (46%) dont 43% des cas rencontrés chez des agri-éleveurs des milieux ruraux.

Pour cela, le présent travail va essayer de répondre à une série de questions suivantes :

1. Est-ce que réellement la pauvreté de la femme exerce une influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ?
2. Y aurait-il des stratégies pouvant atténuer le niveau de propagation de VIH/SIDA en milieu rural rwandais ?

## **2. Hypothèses**

En général, on entend par hypothèse, une conception provisoire de la réalité sociale qui après sa vérification peut être, soit confirmée, soit infirmée ou nuancée. Selon Madeleine GRAWITZ « une hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Même plus ou moins précise, elle aide à sélectionner les faits- observés. Ceux-ci rassemblés, elle permet de les interpréter et de leur donner une signification qui, vérifiée, constituera un élément possible de la théorie » (GRAWITZ, 1986 :420-421).

Ainsi dans ce travail portant sur « Influence de la pauvreté de la femme rwandaise en milieu rural sur propagation du VIH/SIDA en milieu rural », à partir des deux questions posées ci-haut ;

1. La pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural ;
2. Les propositions visant les changements des comportements contribueraient à la réduction du niveau de la propagation du VIH/SIDA en milieu rural.

## **3. Choix et intérêt du sujet**

Quand on observe ce qui se passe au Rwanda, on voit un grand nombre des femmes vivant avec le VIH/SIDA à cause de la pauvreté. En effet, lorsqu'elles n'ont pas de quoi nourrir leurs enfants, elles choisissent de se lancer dans la prostitution et des fois même dans les relations sexuelles non protégées. Cette situation les expose davantage à la contamination du VIH. Le SIDA va les attaquer directement. Il y a un grand nombre des femmes dans le district de NYAMAGABE, c'est pourquoi notre analyse dans ce contexte va dégager l'influence de la pauvreté de la femme rwandaise en milieu rural sur la propagation du VIH/SIDA.

Le choix de ce sujet a été motivé par trois types d'intérêts à savoir, l'intérêt personnel, intérêt académique et scientifique.

### **3.1. Motivation du choix du sujet**

C'est que dans le secteur Musange il y a le nombre le plus haut de la population qui vivent avec le VIH/SIDA et aussi il ya les femmes qui se mettent ensemble pour faire une association qui vivent avec le VIH/SIDA. C'est pourquoi nous avons choisi de faire notre travail sur ce sujet qui dit « l'influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural»

### **3.2. Intérêt personnel du sujet**

Le sujet traité est un sujet d'actualité qui correspond bien à notre formation en sciences sociales en général et en Administration publique en particulier. En tant que futur agent de l'administration animée par la bonne volonté d'aider les groupes vulnérables (dont les pauvres et des sidéens ) à trouver les solutions aux problèmes qui leur incombent, le présent travail nous paraît une occasion pour faire passer nos acquis et pour être en relation avec différents intervenants en matière de lutte contre la pauvreté et le VIH/SIDA au Rwanda.

### **3.3. Intérêt académique et scientifique**

Étant donné que le présent travail est une recherche appliquée, il constitue un document nouveau, mettant en évidence des données réelles et qualitatives pouvant inspirer d'autres chercheurs qui voudront approfondir la question. Par ailleurs, ce sujet répond aux exigences académiques qui recommandent à tout étudiant finaliste de l'INES-RUHENGERI de confectionner un travail scientifique de fin d'études dénommé « Mémoire ».

### **3.4. Intérêt social**

En vue d'apporter notre contribution à la recherche des solutions aux problèmes de la pauvreté de la femme et du VIH/SIDA en milieu rural, le sujet traité nous semble pertinent dans la mesure où les résultats de cette recherche pourront permettre aux décideurs politiques d'améliorer les stratégies prévues pour atténuer l'ampleur de ces problèmes.

## **4. Objectif du travail**

Les objectifs de ce travail sont les suivants ; un objectif global et des objectifs spécifiques

### **4.1. Objectif global**

L'objectif global de notre travail est de découvrir les différents moyens à utiliser pour réduire la maladie du SIDA.

### **4.2. Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques visent à :

- Identifier les méfaits de l'épidémie du SIDA.
- Analyser l'influence des femmes pauvres dans la propagation du VIH/SIDA en milieu rural.
- Lutter contre la prostitution, proposer les différents moyens utilisés pour se protéger contre le SIDA.
- Proposer des stratégies visant à diminuer la propagation du VIH/SIDA chez les femmes pauvres en milieu rural.

## **5. Délimitation du sujet**

Le présent travail n'a pas la prétention d'épuiser le sujet en rapport avec la pauvreté et le VIH/SIDA. En effet, il s'intéresse à la pauvreté de la femme et l'infection du VIH/SIDA en milieu rural en se limitant dans le temps, dans l'espace et dans le domaine.

### **5.1. Délimitation dans l'espace**

Le sujet se limite au district de NYAMAGABE en orientant l'enquête auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou directement affectées par ce dernier membre de l'association ABANYAMURAVA.

## **5.2. Délimitation dans le temps**

Nous nous servons des données existantes dans la période de trois ans, c'est à dire 2008-2010. Mais cela n'empêche que certaines informations antérieures à cette période puissent être tenues en considération pour leur utilité dans la conduite de la recherche.

## **5.3 Délimitation dans le domaine**

Quant au domaine, notre recherche va se baser sur la participation des femmes pauvres dans la propagation du VIH/SIDA en milieu rural.

## **6. Méthodologie utilisée**

Pour mieux aborder, notre étude, nous avons fait recours aux techniques et méthodes ci-après : il s'agit de la technique documentaire, la technique d'interview et la technique d'enquête par questionnaire.

Les méthodes utilisées sont, quant à elles, la méthode analytique, la méthode statistique, la méthode comparative, la méthode synthétique et la méthode historique.

## **7. Subdivision du travail**

Notre travail est constitué par trois chapitres :

L'introduction et la conclusion générale

- Le premier chapitre est le cadre conceptuel et le fondement théorique.
- Le second chapitre est la description du milieu d'étude et cadre méthodologique
- Le troisième chapitre est la présentation, l'analyse des données et interprétation des résultats.

## **8. Difficultés rencontrées**

Les difficultés rencontrées sont notamment le bas niveau des enquêtées et le grand espace que nous avons parcouru. Tout cela nous a coûtée en termes de temps et de moyens financiers mais ca n'a pas influencé la véracité des résultats de la recherche.

## CHAPITRE 1. CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENTS THÉORIQUES

Le cadre conceptuel et théorique de ce travail a été consacré aux définitions des termes clés et à la présentation de la situation actuelle de la pauvreté et du VIH/SIDA dans le monde en général et au Rwanda en particulier.

### I.1 Définitions des concepts clés

Nous allons de vous parler sur différents concepts clés suivants : influence, pauvreté, milieu rural, femme, propagation et du VIH/SIDA

#### I.1.1 Influence

D'après le Petit Larousse (1980 :545) influence c'est l'action qu'une personne exerce sur un autre.

#### I.1.2. Pauvreté

La pauvreté est un terme très répandu partout dans le monde, essentiellement dans les pays en voie de développement. Dans la plupart des cas, on définit la pauvreté comme la situation socio-économique défavorable d'un individu ou d'une société donnée.

D'après le rapport du PNUD (1994 :26), « la pauvreté est un complexe qui a fait l'objet de bien des débats. » Les résultats à ce problème de pauvreté signalent non seulement la dimension des revenus mais aussi ils touchent les concepts de vulnérabilité, d'intégration, de culture, de sécurité et d'identité. C'est une complexité de problèmes liés les uns aux autres et que la victime est incapable de résoudre.

«C'est un tissu dans lequel se combinent et s'enchevêtrent le manque de capitaux, l'insuffisance des flux et des réserves de nourriture et de revenu, la faiblesse physique, et la maladie, l'isolement, la vulnérabilité face aux imprévus et le manque d'influence» (CHAMBERS, 1990 :46). Dans le même angle d'idées, STOLERU (1978 :23) ajoute que sont en état de pauvreté les individus ou les familles dont les revenus en espèce ou d'autres ressources, notamment la formation scolaire et professionnelle, dont les conditions d'existence, dont le patrimoine matériel sont nettement au-dessous du niveau moyen de la société dans la quelle ils vivent.

Socialement, quant à GIDEROT (1998 :821), « la pauvreté est le manque de ressources, et généralement des moyens matériels indispensables à la vie».

De toutes ces définitions, nous déduisons que la pauvreté est l'inaccessibilité aux ressources permettant de satisfaire les besoins les plus essentiels au développement humain, à savoir : le besoin de se nourrir, de se loger, de se vêtir, de se soigner et de s'éduquer.

### **I.1.3. Milieu rural**

Dans le langage courant, le mot « rural » se réfère à ce qui se trouve dans la campagne, aux paysans et à l'agriculture. Le mot « urbain par opposition à « rural désigne tout ce qui concerne la vie dans les villes.

D'après le Dictionnaire Bordas (1998 : 1758 ), le mot « rural » vient du mot latin *ruralis* qui signifie « campagne ». Selon toujours le même dictionnaire, ce mot désigne ce qui concerne la vie des paysans (les « ruraux » en d'autres termes), l'agriculture.

### **I.1.4. Femme**

D'après le Dictionnaire Bordas (1998 :821), le mot «femme» vient du mot latin «Femina» qui signifie épouse. Sociologiquement, le même dictionnaire ajoute que, par opposition à fillette, fille ou jeune fille, c'est une personne de sexe féminin ayant dépassé l'adolescence ou ayant atteint l'âge nubile.

D'une manière générale, le Dictionnaire encyclopédique universel (1996 :2159), définit le mot «femme» comme dans l'espèce humaine, un être représentant le sexe féminin et faisant à l'homme. Il ajoute que c'est une personne de sexe féminin chargée d'un service domestique. Au sens particulier, ce mot signifie épouse de l'homme (par opposition à fille) et considérée comme pouvant concevoir et enfanter.

### **I.1.5. Propagation**

D'après le Dictionnaire Le PETIT LAROUSSE (1980 :830), «propagation» est un déplacement progressif d'énergie dans un milieu déterminé.

### **I.1.6. VIH/SIDA**

Le SIDA est l'abréviation de Syndrome (ensemble de symptômes et des signes) d'Immunodéficience (affaiblissement important du système immunitaire) Acquis (non héréditaire, mais due à un virus rencontré par la maladie au cours de sa vie). « C'est l'ensemble des syndromes pathologique dus à un déficit immunitaire de l'organisme causé par un rétrovirus transmissible par voie sanguine ou génitale» (Dictionnaire Bordas1998 :1814).

Pour l'ONUSIDA

«Le SIDA est le nom donné aux conséquences cliniques fatales d'une infection de longue durée, causée par le VIH, un virus qui détériore le système immunitaire. La présence de ce virus favorise le développement d'autres maladies, dites opportunistes qui autrement seraient combattues par l'organisme (notamment la tuberculose, un type de cancer de la peau, une forme de pneumonie et des diarrhées à répétition)» (FAO, 1997 :1).

MONTAGNIER, L. (1997 :6), définit le SIDA comme un ensemble des maladies dues à la destruction du système immunitaire par un virus appelé VIH.

Bref, nous pouvons définir le SIDA comme une maladie infectée, contagieuse, transmissible par voie sexuelle ou sanguine et causée par un virus appelé VIH susceptible d'entraîner une dépression immunitaire de l'organisme.

### **I.1.7. Caractéristiques du milieu rural**

Pour BADOUIN , cité par MBESHERUBUSA,P. (2002 :17 ), contrairement à l'espace urbain , l'espace rural est caractérisé, sur le plan démographique, par une faible densité de la population, sur le plan social par une forte densité des relations sociales (tout le monde connaît tout le monde), sur le plan matériel par la rareté des services collectifs et des équipements administratifs et sur le plan économique par la prédominance du secteur primaire qui, pour la plupart des cas, n'arrive pas à couvrir tous les besoins de la population.

De toutes ces caractéristiques, nous retenons pour le cas du Rwanda, le critère de l'activité économique qui, selon les données du MINECOFIN est essentiellement caractérisée par l'agriculture vivrière de subsistance. D'après ces données, « les exploitants agricoles subsistent sur moins d' 1ha de terre qui n'est plus fertile, avec un accès limité à la technologie moderne et

aux possibilités d'accroître la productivité. D'où l'insuffisance alimentaire et la prédominance du cercle vicieux de la pauvreté »

## **I.2. Fondements théoriques**

Dans ce cadre théorique, nous avons développé les théories sur la pauvreté, sur le VIH et le lien entre la pauvreté et le SIDA

### **I.2.1. De la pauvreté**

Nous allons présenter comment est la situation de la pauvreté en général

#### **I.2.1.1. Caractère multidimensionnel de la pauvreté**

Il a été constaté que si le bien-être de la population ne peut seulement se résumer à la disponibilité du revenu, la pauvreté ne peut pas non plus se résumer à l'insuffisance de revenu. Autrement dit : « la pauvreté implique non seulement un revenu faible mais également elle signifie la malnutrition, la mauvaise santé persistante, niveau bas d'éducation scolaire et un logement de mauvaise qualité. Elle signifie aussi un chômage ou sous-emplois chronique, impossibilité d'accéder à de nombreux services sociaux juridiques ou d'informations et d'incapacités de faire valoir ses droits civiques ou politiques. » (La commission indépendante sur la population et la qualité de vie (1998 :23 ).

De toutes ces formes sous lesquelles se manifeste la pauvreté, s'ajoutent certaines d'autres comme l'incapacité de diriger sa propre vie, l'humiliation de se sentir impuissant, effets corrosifs de désespoir, du cynisme et de la perte de confiance dans l'avenir.

Comme indiqué précédemment, la perception de la pauvreté varie d'un individu à l'autre ou d'une société à l'autre. Dans les pays en développement d'après le PNUD (2000 : 20 ), la pauvreté saisit trois grandes dimensions estimées à partir de l'IPH à savoir :

- Déficiences constantes à ne pas pouvoir mener une vie longue en bonne santé, cela étant mesuré par le pourcentage de la population risquant de décéder avant 40 ans ;
- Déficiences s'agissant de ce que procure l'économie au moyen des revenus privés et du revenu national, tels que mesurés par le pourcentage de la population n'ayant pas accès à l'eau potable' le pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans qui souffrent de la malnutrition et le

pourcentage de population n'ayant pas accès à une alimentation suffisante en quantité et en qualité ;

- Déficiences dans le domaine des connaissances mesurées par le pourcentage des adultes analphabètes.

### **I.2.1.2. Différentes causes de la pauvreté**

Comme le montre VERNA, les raisons pour lesquelles tant de personnes ne peuvent pas satisfaire leurs besoins fondamentaux sont complexes. « La pauvreté a des causes diverses ; politiques, économiques, structurelles et sociales. Au niveau individuel, les êtres sont handicapés par l'impossibilité d'accéder aux ressources, au savoir ou aux occasions de jouir d'un mode de vie décent. Au niveau de la société, les principales causes sont les inégalités dans la répartition des ressources, des services et du pouvoir. Ces inégalités sont parfois institutionnalisées en termes de terre, de capital, d'infrastructure, de marche, de crédit, d'enseignement et de services d'information ou de conseil. Il en va de même des services sociaux : éducation, santé, eau potable et hygiène publique » (VERNA, 2000 : 112 ).

C'est aussi avec la même intention de montrer les différentes causes de la pauvreté que GALBRAITH (1964 : 29-42 ) avait essayé d'énumérer les différents éléments qu'il accuse d'être à l'origine de la pauvreté des pays en développement, éléments paraphrasés de façon suivante :

\* La pauvreté résulte de l'ignorance ; certains membres des pays développés affirment que les pays africains ou asiatiques sont pauvres par leur ignorance ; qu'ils ne veulent pas travailler ;

\* Le pays est naturellement pauvre ; dans certains pays où la terre est rare, où il n'y a pas d'eau, où les forêts sont maigres et où le sous-sol est démuné et dont il y a quasi absence de ressources naturelles, la pauvreté s'accroît très facilement ;

\* Dans certains pays, la pauvreté résulte des effets de la colonisation ; sous l'héritage de cette dernière, la plupart des pays décolonisés ont fait preuve de l'incapacité de prendre en charge leur croissance économique indépendamment de leurs métropoles ;

\* La pauvreté est causée par l'insuffisance du capital et la mauvaise répartition des richesses ; ceci est évident, car si les revenus sont faibles, il est impossible d'épargner, d'investir, de

produire, ce qui handicape le progrès économique. La répartition inéquitable des fortunes engendre aussi la pauvreté, car certaines classes dominantes qui accaparent toutes les richesses au détriment des classes très basses.

\* La surpopulation est aussi à la base de la pauvreté ; la forte croissance de la population liée soit à la forte progression démographique, soit au phénomène d'immigration dans une société donnée, engendre la pauvreté si cette croissance n'est pas proportionnelle à la croissance démographique ;

\* La pauvreté est causée par une politique économique déficiente ; l'instabilité des politiques économiques des pays en développement et la planification de développement ne tenant pas compte des besoins exprimés par la population, impliquent toujours la pauvreté, ce qui est contraire dans les pays développés qui adopte une politique bien réfléchie et favorable pour l'État et pour la population ;

\* La pauvreté est causée par l'analphabétisme ; ceci paraît juste, car partout dans le monde, il est généralement observé que les classes des illettrés sont celles qui contiennent plus de pauvres

\*La pauvreté résulte du manque de connaissances technologiques, car les méthodes primitives sont dans la plupart des cas improductives

\*La pauvreté est causée par l'insécurité ; les guerres, les conflits civils, les catastrophes naturelles, les épidémies,... engendrent tous la pauvreté.

Pour l'exemple précis du Rwanda, la documentation existante montre que la pauvreté est tributaire d'un bon nombre de causes résumées par le MINECOFIN (2002 ; 17-18), de façon suivante:

**\* Petitesse et faible productivité des exploitations agricoles**

La diminution de la population agricole résultant d'une part de la pression démographique et de l'absence des technologies modernes d'autre part, et parmi les principales causes de la pauvreté au Rwanda : la pression démographique qui est à la base d'une insuffisance des terres arables engendre la surexploitation et la dégradation de celle-ci. L'absence de la technologie agricole appropriée est aussi une autre raison qui fait diminuer la production agricole. Ici on peut dire que

la persistance des techniques rudimentaires dans la production agricole et l'absence d'utilisation des technologies modernes dans la transformation des produits du monde rural ont toujours constitué un handicap pour la productivité.

#### **\* Impact du génocide de 1994**

La situation de pauvreté généralisée a été gravement exacerbée par les pertes massives en vies humaines, les destructions des infrastructures économiques, sociales, la destruction des ressources naturelles, l'abandon ou la disparition de certaines activités qui étaient d'une grande importance pour le pays ainsi que la destruction institutionnelle et administrative enregistrée lors du génocide de 1994.

Aussi les déplacements massifs entre 1994 et 1996 ont eu un impact sur le niveau de la pauvreté : durant cette période, les personnes déplacées n'ont pas pu cultiver leurs terres ou faire d'autres métiers qui leur procuraient du revenu ; ils ont dû vivre de l'aide alimentaire qui n'était même pas suffisante pour couvrir leurs besoins alimentaires et calorifiques. A leur retour, il en a également résulté beaucoup de problèmes liés à la nouvelle répartition des terres, à la récupération des maisons ou à la reconstruction pour ceux qui n'avaient pas de logement, etc. toutes ces préoccupations ont entraîné la réduction du temps consacré à la production, ce qui aggravait la pauvreté. Un autre problème occasionné par ces événements de 1994, est l'apparition d'une catégorie de rwandais très pauvres comprenant en particuliers les ménages ayant pour chefs des femmes ou des enfants. Cette situation pose entre autres problèmes, l'encadrement spécifique de ces chefs de ménage étant donné qu'ils n'ont pas de moyens suffisants pour produire et résoudre leurs problèmes familiaux ainsi que ceux de leurs dépendants.

#### **\* Excès des précipitations et sécheresse excessive**

Il faut dire que l'histoire des famines et des disettes est cyclique au Rwanda depuis longtemps. Ces famines et disettes sont la résultante des aléas climatiques mal compensés par des technologies de production et de stockage.

Il y a des années où la production agricole se trouvait confrontée aux problèmes d'une grande sécheresse ou à l'excès de pluies. Les deux facteurs (la sécheresse et la pluie) contribuent à l'aggravation de la pauvreté ou même peuvent être à la base de celle-ci au cas où toute la production devient endommagée. Ici on peut signaler l'exemple récent d'une catastrophe qui s'est abattue dans la région de Bugesera au cours de l'année 2000.

#### **\* Manque d'opportunités économiques en dehors de l'agriculture**

Il est constaté que la plus grande majorité (plus de 90 %) de la population rwandaise vit en milieu rural et que la plupart d'entre elle n'a que l'agriculture comme activité principale. Paradoxalement, c'est que cette agriculture est de subsistance qui n'arrive même pas à satisfaire tous les besoins alimentaires.

#### **\* Maladies fréquentes et chroniques**

Le VIH/SIDA, le paludisme, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies liées à la malnutrition, celles résultant du manque d'hygiène individuelle et publique, au faible accès à l'eau potable, ont un impact profond sur l'ensemble d'une société, à cause de leurs effets dévastateurs sur la population active. Leur aggravation provoque la paupérisation et elles constituent les grandes causes de la morbidité et de la mortalité au Rwanda.

### **I.2.1.3 Indicateurs de la pauvreté**

En vue de pouvoir séparer les « pauvres » des « non-pauvres », le FAO (1998 ; 16-19) distingue deux types d'indicateurs à savoir les indicateurs économiques et les indicateurs sociaux.

#### **\* Indicateurs économiques de la pauvreté**

Parmi les indicateurs économiques, le dominant est celui du « seuil de la pauvreté » défini en fonction des données propres à chaque pays. Celui-ci étant pris comme un niveau minimum de référence déterminé dans chaque pays à partir des revenus individuels par ménage et permettant de distinguer la classe des pauvres à celui des non pauvres.

La notion du « seuil de pauvreté » appelle deux autres qui lui sont rattachées et qui sont beaucoup utilisées dans nombreux rapports et manuels socio-économiques. Il s'agit de l' « indice de pauvreté » qui est un indicateur de la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et de l' « écart de pauvreté » qui indique l'écart entre le revenu moyen des ménages et le seuil de pauvreté. Par exemple, un écart de pauvreté de 20 % signifie que le revenu moyen des ménages pauvres est de 20 % inférieur au seuil de pauvreté.

### **\* Indicateurs sociaux de la pauvreté**

Toujours d'après le FAO, les indicateurs sociaux de la pauvreté sont divers ; entre autres le taux d'alphabétisation, le taux de scolarisation primaire, le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité maternelle, le pourcentage de personnes ayant accès aux services de santé, etc.

Pour le cas du Rwanda, les résultats de l'enquête intégrante sur les conditions de vies des ménages (2000-2001) montre que les indicateurs suivant peuvent servir à définir celui qui est pauvre :

- impossibilité d'avoir 3 repas par jour (insuffisance calorifique) ;
- Pas de toit (abri)
- Moins de 50 ares de terres cultivables ;
- Impossibilité de gagner 1 US par jour ;
- Impossibilité de se faire soigner (MINECOFIN, 2002 :36)

Dans les pays développés, comme dans les pays en développement, ces indicateurs de la pauvreté se remarquent beaucoup plus chez les femmes et les enfants.

#### **I.2.1.4. Profil de la pauvreté chez les femmes**

À partir de ce titre nous allons aborder le profil de la femme au monde et au Rwanda.

##### **\* Profil de pauvreté chez la femme dans le monde**

«Si aujourd'hui les femmes du monde entier luttent pour l'égalité entre l'homme et la femme, c'est qu'elles ont été depuis longtemps sujettes à de nombreuses discriminations qui les ont maintenues

dans une situation de dépendance vis-à-vis des hommes, et ainsi handicapent la promotion de leurs conditions de vie» (Encyclopédie Bords, 1998 :1880)

Dans beaucoup de pays, cette situation dans laquelle les femmes vivaient et vivent encore aujourd'hui (dans certains pays), résulte des idéologies créant et perpétuant l'idée suivant laquelle l'homme et la femme diffèrent considérablement du point de vue physique, psychologique et intellectuel qui se concrétise par le mode dominant de division du travail qui assigne aux femmes les tâches et responsabilités domestiques : sociale, culturel, politique, économique, etc.

En Europe, l'image de la femme soumise ou secrète, matérielle ou fatale se préparait dès le jeune âge. Selon l'encyclopédie (DIDEROT D, 1882 : 493), «l'éducation morale des petites filles est faite de l'accumulation de stéréotypes d'une féminité ritualisée qui peu à peu s'intériorisent sous la forme de modèles de mère, d'épouse, de maîtresse ou de servante»

En France, la conception de la femme présentait cette dernière comme un être faible, qui n'est que l'homme en décide. C'est ce que soulignait Napoléon dans ces mots « la femme appartient au mari [...] comme le prunier appartient au jardinier» (HAVERT, 1963 :93)

Dans presque toutes les sociétés la femme n'avait aucun droit à la parole en présence des hommes. Elle n'avait qu'à se taire et attendre les décisions de ces derniers. Saint Paul disait :

«Que les femmes se taisent dans les assemblées, car il ne leur est pas permis de parler, mais qu'elles soient soumises comme la loi le dit. Si elles veulent apprendre quelque chose, qu'elles interrogent à la maison leurs maris, car il est honteux pour une femme de parler en assemblée» (METZKE, cité par YANKULIJE, 1999 :29)

Sur le plan politique, les femmes n'ont obtenu le droit de vote qu'au début du 20ème siècle. «Dans beaucoup de pays, les femmes ont obtenu le droit de vote au lendemain de la première guerre mondiale. En Suède, Royaume-Uni, en Belgique et en Norvège, les femmes ont obtenu ce droit grâce à la pression des mouvements féministes» (ZUCCIANA, 1968 :36).

Toutes ces privations avaient et ont encore un impact sur la condition socio-économique des femmes tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

A cet effet, le Fond de Développement des Nations Unies pour les Femmes (UNIFEM) précise que :

- «Sur plus d'un milliard d'adultes n'ayant pas accès à l'éducation de base, 60% sont les femmes ;
- Les filles représentent la majorité de quelque 310 millions qui n'a pas accès à l'école primaire.
- Sur 1,3 milliards de personnes vivant dans la pauvreté, 70% sont des femmes.»(UNIFEM, 1995 :4)

Aussi, d'après le rapport du PNUD nous avons appris que : «en Asie du Sud, les taux d'alphabétisation féminine ne sont que de 50% environ de ceux des hommes. Ces taux sont de 35% au Népal, 37% au Sierra Leone au Soudan et de 32% en Afghanistan. Bref, les femmes représentent les deux tiers des analphabètes dans le monde » (PNUD, 1993 :28).

En ce qui concerne les études supérieures, le même rapport précise que les femmes dans les pays en développement sont de loin distancées par les hommes.

«En Afrique subsaharienne, le nombre des femmes inscrites dans l'enseignement supérieur est trois fois moins que celui des hommes et même dans les pays industrialisés, les femmes sont très mal représentées dans les disciplines scientifiques et techniques. Le rapport étudiantes/ étudiants dans ces domaines et de 28% en Espagne, de 25% en Autriche et de 29% au Canada» (Idem)

SROMQUIST (1997 :13) confirme cette inégalité entre les sexes dans le domaine scolaire en disant que presque toutes les femmes souffrent de cette inégalité mais qu'elle affecte plus gravement les femmes pauvres appartenant au monde rural. Celles-ci risquent davantage d'être illettrées, de ne pas avoir accès à l'enseignement public, d'abandonner l'école d'une manière précoce, de ne pas bénéficier de programmes de formation et d'être relativement peu présentées dans l'enseignement universitaire.

Dans le domaine du travail salarié, la discrimination se faisait également sentir malgré la prévoyance du principe d'égalité qu'à travail égal salaire égal. On constate dans ce domaine que même aujourd'hui dans certains pays, à travail et qualification égaux, les femmes reçoivent un salaire inférieur à celui des hommes.

D'après le Bureau International du Travail (B.I.T), dans le secteur industriel, les femmes sont souvent sous-présentées et même si elles sont embauchées, elles occupent des postes subalternes qui sont mal payés. Ce même bureau témoigne des disparités entre l'homme et la femme dans le domaine du travail salarié par des exemples suivant : «Au Brésil, 31% des femmes actives sont au chômage contre 11% seulement des hommes. Au Nigeria, 94% des vendeurs ambulants sont des femmes. Dans les Pays de l'Europe Centrale, les femmes représentent entre 46 et 48% de la main d'œuvre mais le plus souvent le moins du quart des employeurs» (BIT) ,1995 :4)

Etant marginalisées ainsi, dans beaucoup de pays du monde en développement, les femmes rural vivent dans une situation de vulnérabilité semblable à ce que nous décrit FIDA par exemple des femmes rurales éthiopiennes :

«De l'ensemble de la population éthiopienne, les femmes rurales sont les plus mal nourries et les maladies les frappent bien davantage que les hommes. Iniquités et pratiques traditionnelles, dont l'excision n'est pas le moindre, handicapent à vie les femmes et leurs enfants au plan de la santé et du bien-être. Les habitudes de consommations alimentaires privilégient les besoins des hommes. Les famines et les sécheresses affectent également les femmes de manière disproportionnée. L'incidence accrue de divorces et des séparations pendant ces crises laissent les femmes totalement démunies. Elles émigrent en nombre vers les villes où la prostitution devient leur unique option. Les femmes rurales passent 16 à 18 heures par jour en travaux incessants et pénibles dont la grande partie de ce temps est consacré à aller chercher souvent loin, de l'eau et du bois domestiques et à piler des céréales pour le repas. Les travaux des champs comme sarclage, plantation, battages, collecte, transport des cultures font aussi partie de leurs tâches traditionnelles. Mais malgré cette importante contribution qui s'ajoute aux soins des enfants, les femmes bénéficient peu de tous les services de base» (FIDA, 1995 :8).

Néanmoins, le degré de cette vulnérabilité se fait constater selon qu'on s'approche d'un pays à l'autre.

#### **\* Profil de la pauvreté chez la femme au Rwanda**

La situation de la femme au Rwanda s'avère pareille à celle qu'a connue et connaît encore actuellement la femme dans le monde et en Afrique en particulier. Ceci s'observe dans tous les domaines : socioculturel, économique, juridico-politique, etc.

## Sur le plan socioculturel

Dans la société rwandaise, les relations entre hommes et femmes se font au bénéfice de l'homme. Il est attribué à la femme un statut socioculturel défavorisé basé sur sa fonction d'épouse et de mère et sur l'idée tenace de sa faiblesse et de son infériorité par rapport à l'homme ; idée qui est fortement intériorisée. La femme devrait être fécondée et elle n'avait pas le droit de déterminer le nombre d'enfants à engendrer

D'après STROMQUIST (1997 :27), «l'éducation est le moyen le plus efficace de parvenir à l'égalité entre les genres, elle permet d'enseigner aux individus quels sont leurs droits et leurs libertés et le volonté de protéger les droits et les libertés des autres.» Or, l'enquête sociodémographique de 1996 montre que même si les conditions sont satisfaisantes, les filles rencontraient davantage des difficultés que les garçons pour accéder à l'école et pour achever leur scolarité (MINECOFIN, 2000 :59). Selon la même enquête, 55% des illettrés sont des femmes ; 63% des hommes ont plus ou moins terminé l'école primaire contre seulement 58% des femmes qui ont le même niveau. Au niveau universitaire, 0,4% sont des hommes contre 0,2% des femmes tandis que le taux d'abandon de l'école au niveau primaire et secondaire est plus élevé chez les filles (10,8%) que chez les garçons (9,5%). Cette différence se remarque au même niveau des formations professionnelles où comme l'affirme le service d'appui à la Coopération Canadienne (1991 :44) «...la femme rurale est complètement négligée, car même dans les programmes de vulgarisation agricole, les encadreurs s'adressent de préférence aux hommes et rarement aux productrices.»

Ainsi, ce faible niveau d'éducation et de formation conjugué avec des préjugés des employeurs à l'égard des femmes engendrent un manque de confiance en soi et limitent l'autonomie individuelle indispensable pour surmonter les mythes, les tabous, les traditions et la dépendance vis-à-vis des hommes. Ces faits constituent également un sérieux handicap pour accéder à l'emploi structuré. La plupart des femmes finissent par se concentrer dans le secteur agricole où la situation ne cesse de se détériorer suite à l'amenuisement continu des terres cultivables au renforcement du chômage déguisé qui en résulte et aux faibles possibilités de création de nouveaux emplois non agricole.

### **Sur le plan socio-économique**

En statut d'épouse et de mère, la femme rwandaise est privée de possibilités de se réaliser en tant que personne autonome jouissant de considération sociale. Elle est dépourvue de tout patrimoine familial et de ce fait elle vit sous la dépendance de ses parents, de ses frères ou de son mari.

Théoriquement, au Rwanda, les femmes jouissent de mêmes droits que les hommes. « Le Rwanda est parmi les pays signataires de la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. » (BUGINGO, 2001 :20). En plus de cela, le code de la famille vient d'être complété par une loi portant sur l'accession, les régimes matrimoniaux et les libéralités qui récemment sont approuvés par le parlement ; néanmoins, la femme rwandaise souffre encore du non-accès aux ressources et cela résulte de la mauvaise interprétation des lois et de la résistance au changement qui caractérisent la majorité des rwandais. Ce qui est grave, c'est que même beaucoup de femmes ne sont pas conscientes de leur statut subordonné car elles l'ont depuis longtemps intériorisé.

### **Sur le plan juridico-politiques**

Dans la société rwandaise, la femme reste consacrée reine du foyer et elle ne doit pas se mêler directement dans les publiques. Cela contribue à l'inhibition de sa vocation et de son esprit d'initiative car son degré d'épanouissement est limité.

A ce propos, le décret du 2/8/1913 reproduit par YANKULIJE (1999 :74) nous montre comment même en matière de droit commerciales, la femme ne peut exercer les activités commerciales sans autorisation écrite de son mari. La loi est formulée comme suit :

« La femme mariée non séparée de corps ne peut être commerçants sans le consentement de son mari. Elle frappe d'une incapacité pour accomplir les actes qualifiés commerciaux par la loi, comme tous les actes par lesquelles elle doit protester en personne, à défaut de l'autorisation de son mari causé par son absence, ou son interdiction, la femme ne peut être autorisée par le tribunal de première instance.»

### **1.2.1.5 Situation de la pauvreté chez la femme rwandaise après les événements de 1994**

En effet, suites aux événements tragiques du génocide qu'a connu le Rwanda en 1994, plusieurs femmes se sont retrouvées toutes seules étant veuves, séparées, divorcées ou mères célibataires et démunies. Elles sont devenues responsables de familles en grand nombre par rapport au temps passé et à la responsabilité improvisée qui leur demandait de jouer des rôles auxquels la société ne les avait jamais préparées. Selon les résultats de l'enquête sociodémographique de 1996, « près de 34% des ménages du milieu rural sont dirigés par les femmes et en général ces chefs de ménages sont moins instruits et vulnérables que leurs homologues de sexe masculin » (MINECOFIN, 2000 :38). La même enquête montre que le niveau d'instruction des chefs de ménage de sexe féminin est plus bas que celui des chefs de ménage de sexe masculin, car 67% des femmes chefs de ménage n'ont aucun niveau d'instruction contre 40,8% seulement d'hommes chefs de ménage sans niveau.

Dans une telle famille, les maladies dues à la malnutrition sont multiples et même chroniques d'autant plus que la faim ou l'insuffisance alimentaire (non seulement en quantité mais aussi en qualité) y règne dans la plupart des cas. D'après l'enquête sociodémographique pré-citée, ces conditions de vie tiennent non seulement aux problèmes liés à la main d'œuvre mais aussi à la taille réduite des terres exploitables. Car selon la même enquête, 95,7% des femmes chefs des ménages vivent essentiellement de l'agriculture.

Toutefois, grâce à la prise de conscience des autorités actuelles de la nécessité d'équité entre les sexes, les progrès sensibles sont à signaler en matière de succession et la loi en la matière vient d'être promulguée. Néanmoins, beaucoup de femmes seules (veuves ou séparées de toutes sortes) éprouvent d'énormes difficultés à récupérer la patrimoine du foyer du fait d'avoir vécu dans un système de gestion des biens non-défini et où les biens des familles décimées reviennent aux ascendants de la parenté éloignée.

Ainsi, avec le faible niveau d'instruction, les femmes chefs de ménages arrivent difficilement à satisfaire leurs besoins de base (logement, nourriture, habillement,...), car elles ne possèdent pas la capacité de se débrouiller dans d'autres domaines outre que l'agriculture.

En outre, le problème de la pauvreté n'est pas l'apanage des femmes seules, elle est un défi partagé par tous les rwandais même les femmes vivant avec leur mari sont concernées. Même si le degré de vulnérabilité n'est pas le même, les femmes mariées, elles aussi éprouvent des problèmes liés à la pauvreté par le fait que la majorité d'entre elles exercent seules la responsabilité de l'exploitation familiale qui devrait être partagée par tout le couple. Cela est dû à l'irresponsabilité de certains hommes qui, à cause des conditions de vie médiocres vécues dans leur famille, pour subvenir à leurs besoins personnels, quittent leurs familles en émigrant vers des villes ou en se réfugiant chez les veuves ou femmes séparées qui ont une certaine situation économique.

De toutes ces catégories vulnérables s'ajoutent une autre catégorie des familles qui sont naturellement pauvres, même si les deux conjoints s'entraident. Cela est dû au manque de certaines capacités fonctionnelles élémentaires qui font que dans ces familles, les femmes connaissent des mêmes problèmes de survie que leurs voisins chefs de ménages.

Par conséquent, le pays est rempli de catégories de personnes vivant dans des conditions inquiétantes entre autres les mendiants, les prostituées et les escrocs de tout genre. Dans de telles conditions, les filles se marient encore trop jeunes, les rapports sexuels de faveur et/ou à risque se multiplient, les gens préfèrent aller chez les charlatans ou faire recours à l'automédication au lieu de faire recours au service médical en cas de maladie.

Probablement, de tels comportements augmentent la chance d'être infecté par les MST/VIH/SIDA, ce qui aggrave le taux de vulnérabilité au sein de la population rurale rwandaise.

### **I.2.2. Du VIH**

Le VIH est l'agent causal du SIDA. Ce virus a été isolé et identifié pour la première fois par le Professeur Luc MONTAGNIER et son équipe à l'Institut Pasteur à Paris, en 1983. Deux variétés de VIH ont été identifiées par le même Institut : il s'agit de VIH<sub>1</sub> identifié en 1983 et VIH<sub>2</sub> identifié en 1986.

A partir des victimes du VIH<sub>1</sub> établie par JOINET et MUGOLOLA, on constate une différence nette : les porteurs du VIH<sub>1</sub> selon cette courbe d'âge, ont de 25 à 45 ans, tandis que ceux infectés par le VIH<sub>2</sub>

sont beaucoup plus âgés (de 45 à 75 ans). Par ailleurs « les deux virus diffèrent par certaines composantes de leur structure. Ils entraînent la même maladie, le SIDA, bien que le premier étant plus viriles que le second» (JOINET et MUGOLOLA, 1994 :16).

### **I.2.2.1 Bref historique du VIH/SIDA**

« C'est en 1981 que le SIDA a été identifié pour la première fois et deux ans plus tard que le VIH, l'agent causal du SIDA, a pu être isolé » (FAO, 1997 :1). Le VIH s'est largement répandu semble-t-il vers la fin des années 70 ou au début des années 80, parmi les hommes et les femmes ayant des partenaires multiples, en Afrique orientale et centrale, ainsi que dans la population masculine homosexuelle et bisexuelle et des drogués de certaines zones urbaines des Amériques, d'Europe occidentale, d'Australie et de Nouvelle-Zélande (ROSENBAUM et al., 1984 :5-9). Aujourd'hui, le virus se propage dans tous les pays et on constate que la majorité des cas concerne des individus hétérosexuels.

### **I.2.2.2. Situation actuelle du VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA diminue un peu en comparant avec la fois passée.

Le tableau ci-après va nous montrer comment est le VIH/SIDA dans le monde.

**Tableau 1 : Récapitulatif de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA dans le monde, fin des années 1999 et 2001.**

Caractéristiques	Catégorie de personnes	Année	
		1999	2001
	Adultes	5 millions	4,2 millions
	Femmes	2,3 millions	2,8 millions
	Enfants <15 ans	570,000	800,000
	Total	5,6 millions	5 millions
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Adultes	32,4 millions	37,2 millions
	Femmes	16,3 millions	17,6 millions
	Enfants <15 ans	1,2 millions	2,7 millions
	Total	33,6 millions	40 millions
Décès dus au SIDA	Adultes	2,1 millions	2,4 millions
	Femmes	1,1 millions	1,1 millions
	Enfants <15 ans	470,000	580,000
	Total	2,6 millions	3 millions

**Source :** ONUSIDA, Décembre 2001,8

D'après ce tableau, 33,6 millions d'hommes, de femmes et d'enfant vivaient en 1999 avec une maladie mortelle non encore maîtrisée il y a quelques décennies. Selon les nouvelles estimations du programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), ce nombre était de 40 millions en 2001.

Au cours de l'année 1999, ce tableau montre que 5,6 millions de personnes ont été infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du SIDA ; deux ans après, ce nombre est réduit à 5 millions de personnes dont 2,8 millions de femmes et 8000000 d'enfants.

Ce tableau montre aussi qu'en 1999, 2,6 millions de décès dus au SIDA sont enregistré et que ce nombre a augmenté de 400 milles au cours de l'année 2001 ; ce qui portait à 3 millions le nombre total de décès dus au SIDA au cours de cette même année. Ce qui montre combien le SIDA a atteint une grande ampleur dans la population du monde entier.

## **\* État de la situation dans le monde**

Contrairement à ce que l'on pensait au moment de la découverte du SIDA, l'ONUSIDA (2002 :24-40), nous montre que l'épidémie du VIH /SIDA a pris des formes différentes dans plusieurs parties du monde et qu'elle constitue un réel défi tant pour les pays industrialisés que pour les pays en développement.

### **Europe orientale et Asie centrale**

L'épidémie de VIH/SIDA se répand rapidement dans les pays de cette région, qui continuent à faire face à l'épidémie galopante. En 2001, on estimait à 250000 le nombre de nouvelles infections, ce qui porte à 1 million le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

### **Asie et Pacifique**

L'épidémie du VIH/SIDA continue à s'étendre en Asie et dans la région du Pacifique malgré l'existence bien établie des programmes efficaces de prévention contre l'infection à ce fléau dans quelques pays. On estime que 7,1 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA en 2001 et qu'au cours de cette même année, le SIDA a coûté la vie à 435,000 personnes dans la région.

### **Le Moyen-Orient et l'Afrique de Nord**

Dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, on observe également une tendance à l'augmentation des taux d'infection à VIH.

A l'heure actuelle on estime que 80,000 personnes y ont été infectées en 2001, ce qui porte à 500,000 le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région. La progression de l'épidémie est la plus marquée dans les pays tels que Djibouti, Somalie et Soudan, ces pays connaissent déjà des urgences complexes.

### **Amérique Latine et Caraïbes**

L'épidémie est bien installée en Amérique Latine et aux Caraïbes et risque de se propager encore plus rapidement et plus largement en l'absence de riposte efficace. On estime à 1,9 millions (1,5 millions en Amérique Latine et 420,000 aux Caraïbes) et le nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH – chiffre qui inclut les 200,000 personnes qu'on estime avoir été infectées en 2001.

## **Pays nantis**

Le VIH/SIDA constitue aussi une menace de plus grande ampleur dans les pays à revenu élevé où près de 75,000 personnes ont été infectées par le VIH en 2001. Au total, 1,5 millions de personnes vivent avec le virus dans ces pays où l'on a observé ces dernières années des changements importants.

## **Afrique subsaharienne**

L'épidémie représente une grave crise pour le développement en Afrique subsaharienne, qui reste la région la plus touchée du monde. Le SIDA a tué 2,3 millions d'Africains au cours de l'année 2001 et on estime qu'à la fin de cette même année, 3,5 millions de nouvelles infections ont été enregistrées. Ce qui porte à 28,5 millions le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région. Malgré les signes nouveaux et prometteurs qu'il est possible de voir l'épidémie maîtrisée dans cette région qu'on note dans certains pays entre autres l'Ouganda et le Sénégal,

Le VIH/SIDA reste un grand envahisseur pour un grand nombre de pays de l'Afrique subsaharienne.

- Au Botswana, parmi les femmes de 25 à 29 ans des zones urbaines fréquentant les consultations prénatales, 55,6% vivaient en 2001 avec le VIH/SIDA tandis que la prévalence médiane de l'infection à VIH chez les femmes enceintes de tout âge dans les zones urbaines était de 44,9% ;
- Au Swaziland, ce taux en 2000 était de 33,9% de 41,1% au Zimbabwe ;
- Selon le ministère de la santé d'Afrique du SUD, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales atteignait 24,8% en 2001, de même ordre que le taux de 24,5% en 2000. Même si les signes d'un courant positif commençaient à se dessiner de plus en plus nettement chez les adolescents parmi lesquels la prévalence a légèrement baissé depuis 1998, environ une personne sur neuf en Afrique du Sud vit avec le VIH/SIDA (soit 5 millions de personnes infectées).
- Au Nigeria, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à plus de 3 millions.

### \* Contexte national

« Il est depuis longtemps établi que le Rwanda est l'un des pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par le virus du SIDA et l'épidémie semble y être généralisée » (ONUSIDA, 1998 :65).

En effet, les premiers cas de SIDA au Rwanda ont été identifiés en Octobre 1983 au Centre de Kigali (CHK) et depuis lors, le nombre de cas n'a pas cessé d'augmenter. La première enquête d'envergure nationale a été effectuée dans tout le pays en Décembre 1986 pour estimer la prévalence de l'infection au VIH/SIDA. Cette enquête a montré que la proportion de personnes infectées était de 17,8% en milieu urbain et de 1,3 % en milieu rural. Les taux d'infection élevés étaient retrouvés dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans (10,1% et chez les sujets adultes âgés de 26 à 40 ans (30,0 %) ; les femmes semblaient être plus infectées que les hommes (21% contre 14,6).

Selon le dernier rapport du PNLIS (1998 :12), résultat d'une enquête menée de cinq ex-préfecture du pays : Kibungo, Umutara, Kigali ville, Kigali rural et Butare ;

«11,1% de la population rwandaise sont atteints par le virus du sida. Si l'on se réfère à la variable sexe, on observe que 10,8% d'hommes contre 11,3% de femmes vivent avec le VIH/SIDA. En ce qui concerne le statut marital, les veufs (veuves), les divorcé (e)s ou séparé (e)s sont les plus exposés au VIH ; ceux qui pratiquent le concubinage sont plus exposés et infectés que ceux qui sont légalement mariés. Quant à l'infection selon les occupations, les chômeurs viennent en première position (20,7%) suivi de ceux qui vivent dans le commerce et dans le monde des affaires (19,0%). La propagation du SIDA est grande dans tous les pays, étant donné que les taux de prévalence ne représentent pas une grande différence entre le milieu urbain (11,6%) et le milieu rural (10,8%).»

D'après les nouvelles estimations de l'ONUSIDA (2000 :124) plus de 400.000 personnes sont infectées par le VIH ; plus de 150.000 personnes sont mortes du SIDA dans le pays depuis le début de l'épidémie et le nombre total des orphelins du SIDA arrive à 270.000.

Après avoir passé en revue la situation du SIDA dans notre pays, nous constatons que sa propagation est d'une rapidité spectaculaire, ce qui nous amène à nous interroger sur les facteurs contribuant à cette propagation.

### **\*Statistiques récentes du VIH/SIDA au Rwanda**

Les premiers cas du SIDA au Rwanda ont été identifiés en 1983 au Centre Hospitalier de Kigali. La première étude de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale, conduite en 1986 a montré une prévalence de 17.8% en milieu urbain et 1.3% en milieu rural. La deuxième étude de prévalence du VIH conduite en 2005 dans la population de 15-49ans chez les femmes et de 15-59ans chez les hommes (Étude démographique et de Santé : EDS 2005) a montré une prévalence de 3% au niveau nationale, cette prévalence est de 7.7% en milieu urbain et 2.2% en milieu rural. Par rapport aux autres caractéristiques sociodémographiques, l'EDS 2005 a montré que les femmes sont plus atteintes par le VIH que les hommes avec une prévalence de 3.6% contre 2.3%. La tranche d'âge qui enregistre une prévalence est celle de 15-49ans avec une proportion de 0.5% d'infectés, la tranche d'âge qui enregistre une prévalence plus élevée est celle de 40-44ans avec 6.6% d'infecté. Le niveau des connaissances sur le VIH reste toujours à améliorer dans la population générale. Les résultats de l'EDS 2005 montrent que seulement 53.6% de femmes contre 57.6% d'hommes ont une connaissance complète du SIDA.

Les résultats de la même étude montrent que l'utilisation du condom reste également faible, surtout chez les femmes où elle est de 19.7% contre 40.9% chez les hommes. En ce qui concerne le niveau de dépistage du VIH, les résultats de l'EDS 2005 montrent que 75.8% de femmes contre 78.1% n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 20ans pour les hommes (15-59ans)

D'après les résultats des enquêtes de surveillance comportementales menées en 2000, (chez les jeunes âgés 15-49ans, les camionneurs et les prostituées) l'âge moyen du premier rapport sexuel serait de 14ans chez les filles et de 13ans chez les garçons. L'utilisation du condom étant de 10% chez les jeunes sexuellement actifs, de 74% chez les routiers et de 90% chez les professionnelles de sexe. D'après les mêmes sources des données 40% des camionneurs ont eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnelle et 35% en ont eu avec au moins trois prostituées au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête. Cependant l'utilisation du condom n'est pas systématique avec ces partenaires occasionnelles. Le niveau d'utilisation systématique du condom était de 31% chez eux qui ont des partenaires occasionnelles et de 47% chez eux qui ont fréquenté les prostituées. Ces comportements exposent ces groupes au risque de contamination

d'autant plus que l'utilisation du condom n'est pas systématique avec les partenaires occasionnelles.

### **I.2.2.3. Voies de transmissions et facteurs de propagation du VIH/SIDA au Rwanda**

Nous allons vous présenter les différents moyens de transmission du VIH/SIDA et comment se propager au Rwanda.

#### **\* Transmission par voie sexuelle**

Au Rwanda, comme dans d'autres pays d'Afrique Subsaharienne, les rapports sexuels et le contact sexuel avec du sang, du sperme, des liquides cervicaux ou vaginaux infectés constituent le principal mode de propagation de l'épidémie à VIH/SIDA (et des autres MST). « Cette voie est responsable d'environ 50.000 nouvelles infections survenant chaque année dans la population adulte sexuellement active, ce qui représente de plus de 80% de l'incidence annuelle du VIH » (PNLS, 1998 :13).

Une étude conduite en juillet 1988 à Nyamagabe a montré que le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les prostituées était de 88% et que 28% de leurs clients de sexe masculin étaient également contaminés (PNLS, 1992 :3). Selon le même document, une étude réalisée par le MINISANTE en collaboration avec le MIGEFASO en 1998 confirme cette réalité en disant qu'il existe une relation évidente entre la prostitution et la propagation du VIH/SIDA car 76% de prostituées enquêtées furent trouvées séropositives.

#### **\* Transmission verticale**

Selon le rapport du PNLS (1998 :14), la transmission verticale constitue la deuxième voie de propagation de l'infection au VIH au Rwanda et elle est responsable de la presque totalité des cas d'infections et de SIDA pédiatriques. Cette sorte de transmission peut survenir pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans la période post-natale via le lait maternel.

#### **\* Transmission par voie sanguine**

Plusieurs occasions peuvent favoriser cette transmission notamment la transmission ou l'injection de produits sanguins par des seringues ou des aiguilles souillées. En plus, «...toute personne recevant du sang en provenance d'un donneur infecté par le VIH court un risque estimé à 90-95% de devenir elle-même infectée» (ONUSIDA, 2001 :4).

Il est cependant à noter que ce mode est rare, étant donné qu'une stratégie de recrutement de donneurs de sang à faible risque et de dépistage systématiques des anticorps anti VIH de tous les dons de sang a été mise en place. Au Rwanda, cette stratégie a été mise en place en 1985 par la Croix-Rouge rwandaise et cela donne l'espoir que la transmission du VIH par voie sanguine a peu d'impact sur l'expansion de l'épidémie dans le pays.

Par ailleurs, la stérilisation des aiguilles est obligatoire avant leur utilisation ou tout simplement les patients apportent leurs propres aiguilles pour toute injection.

Il est à signaler que malgré la pluralité des études faites sur le VIH/SIDA au Rwanda, rares sont celles qui portent sur les facteurs de propagations de cette épidémie. Seulement peu d'informations y relative peuvent être trouvées dans différentes publications entre autres journaux, les mémoires, ou dans certaines émissions radiophoniques portant sur le VIH/SIDA (« Urunana, Tega amatwi wumve ubeho », etc.

#### **\* La pauvreté**

Sachant que la pauvreté a envahi une grande partie de la population rwandaise notamment des femmes et des filles, on constate qu'elle reste un facteur commun lié à la transmission du VIH/SIDA.

En effet,

« Les femmes économiquement faibles, développent des attitudes ou comportements leur permettant plus ou moins de faire face aux problèmes de la vie, lesquels comportements sont à risque (la prostitution, les mariages précoces, les rapports sexuels de faveur etc.) afin de se procurer de quoi s'habiller, de quoi manger ou de quoi nourrir leurs familles» (UWIMBABAZI, 1999 :28).

### \* **Rareté d'information**

« C'est vrai que les messages de prévention qui prônent l'abstinence, la fidélité à un partenaire, le recours au préservatif et le fait d'encourager les gens à faire promptement traiter leur MST et de faciliter l'accès à ce traitement, ont aidé les gens à éviter l'infection par le VIH»

Néanmoins, au Rwanda, surtout en milieu rural, la population éprouve d'énormes difficultés pour se procurer des moyens d'informations (poste radio et télévision) efficace et suffisants. Par ailleurs, l'analphabétisme vient peser aussi sur le système d'information dans ce sens que, bien que les journaux atteignent difficilement le milieu rural de notre pays, même ceux qui y arrivent sont lus par un petit nombre de gens. Les femmes sont les plus défavorisées car elles sont toujours occupées aux travaux du ménage (UWIMBABAZI, idem : 29).

### \* **Culture**

Au Rwanda, «... héritier de la femme de son frère après sa mort ou partager une femme entre les frères, est une coutume qui est toujours pratiquée» (FAWE INFO, 2000 :9). A cette coutume par la quelle la veuve est reprise en mariage par un frère de son mari défunt s'ajoute l'habitude où le veuf est encouragé à prendre en mariage une sœur cadette de son épouse défunte, afin d'avoir une personne qui pourrait s'occuper des enfants. Aussi, il est constaté que dans certaines régions du pays, on pratique encore la polygamie. De là, si l'un ou l'autre des nouveaux conjoints est infecté par le VIH, il est probable qu'il va contaminer l'autre.

### \* **Violence sexuelle**

«...la violence, le viol et les autres formes d'abus sexuels sont, de nos jours, étroitement liés à la propagation du SIDA» (FAWE INFO, Idem : 8). Actuellement, on constate que dans notre pays, de nombreuses filles sont victimes d'abus sexuels de la part de leurs proches parents, de leurs collègues ou des membres de leur propre communauté. On a également appris par l'émission «urunana» du 29 avril 2003 qu'il y a encore des hommes qui battent leurs femmes quand elles résistent aux actes sexuels non préparés ou non protégés. Ce qui est grave encore, c'est que même certaines jeunes filles âgées de moins de 10 ans se sont vues soumises à ces pénibles infamies, avec le risque de contracter diverses MST, telle que le SIDA.

### **\* Alcool**

L'alcool, aussi a une influence négative sur la prise de décision. Certains hommes n'ont pas pu utiliser le préservatif car il le fallait ou ont eu des rapports sexuels avec des prostituées parce qu'ils étaient en état d'ébriété (cfr. Les émissions radiophoniques comme «urunana»,« tega amatwi wumve ubeho»,etc.).

De tous ces facteurs, il a été constaté que la pauvreté de la femme est le facteur le plus dominant à la base de la propagation du VIH/SIDA au Rwanda.

### **\* Pauvreté de la femme et propagation du VIH/SIDA au Rwanda**

Etant donné que la grande partie de la population rwandaise vit dans des conditions précaires (plus de 65% de la population générale au dessous du seuil de la pauvreté) (MINECOFIN, 2002 :26), beaucoup de personnes pour faire face à la pauvreté adoptent des comportements non-favorables et/ou à risque entre autres la prostitution et les mariages précoces.

### **En ce qui concerne la prostitution**

Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, la majorité des femmes rwandaises sont économiquement dépendantes elles n'ont généralement que peu d'accès au patrimoine familial, à l'éducation, aux services socio-sanitaires et aux autres formes de soutien matériel et financier. Par conséquent beaucoup de femmes se livrent à la prostitution ou aux rapports sexuels de faveur contre de la nourriture et d'autres biens de première nécessité.

En effet, le phénomène de la prostitution s'est fortement accentué au Rwanda avec les événements tragiques de génocide de 1994 qui ont laissé beaucoup de veuves, de séparées et d'orphelins dans la catastrophe économique. « La rareté des ressources économiques, un accès limité à l'éducation, à la formation, et à l'information l'absence d'opportunités d'emploi ont amené plusieurs femmes à vendre leurs services sexuels considérés comme le seul moyen de survie» (ONUSIDA, 2000 :3)

Selon l'étude du MINISANTE (1998 :9), les raisons de survie comme cause profonde de la prostitution ont été citée par 83% des intéressées de plus de 31% qui se prostituaient même pour moins de 500 Frw. Les femmes libres vendent leurs services sexuels en échange de production

et/ou des cadeaux offerts parfois par des hommes de plus haut statut ; d'autres le font dans l'intérêt d'une sécurité d'emplois ou pour négocier une augmentation de salaire.

D'après la même étude, la prostitution s'est répandue aussi bien dans les milieux urbains que ruraux et elle se pratique même à domicile (46%). En plus, comme l'affirme cette étude, la relation qui existe entre la prostitution et la propagation du VIH/SIDA est évidente, comme le témoigne le taux élevé (76%) des prostituées enquêtées qui furent trouvées séropositives.

Ainsi, à travers ce comportement, on remarque que la majeure partie de la population rural se trouve aussi exposée à l'infection du VIH/SIDA.

### **\* Mariages précoces et/ou à risque**

Toujours pour des raisons de survie et de production, « beaucoup de filles ont tendance à se marier encore très jeunes » (FAWE INFO, 2009). Au Rwanda, l'âge minimum pour le mariage reconnu par la loi est 21 ans mais cela n'empêche qu'un grand nombre de filles se marient sans l'avoir atteint. « En général, ces filles sont orphelines, chefs de ménage ou issues des familles pauvres vivant dans des conditions précaires » (Idem).

En guise des solutions, ces filles pensent que le mariage permettrait l'amélioration des conditions de leurs vies, néanmoins, elles peuvent dans la plupart des cas s'exposer à l'infection à des MST/VIH/SIDA car elles peuvent rarement réclamer le test prénuptial ou l'utilisation de préservatif. Cela résulte non seulement de ce que ces filles sont ignorantes mais aussi de ce qu'elles craignent d'être répudiées par ces hommes qui sont dans la plupart des cas des polygames, des divorcés ou des veufs.

A part cela, il existe encore des filles ou femmes qui, à cause de la misère prolongée préfèrent se marier à un homme riche même s'il est soupçonné séropositif au lieu de mourir de faim.

Dans les milieux urbains, aussi bien que dans les milieux ruraux, ces types de mariages constituent la voie la plus sûre de contracter les MST dont le VIH/SIDA est le plus grave.

### **\* Recours à l'automédication**

Il est désormais connu que l'accès des femmes rurales aux soins de santé est limité. De ce fait, «...au lieu de contacter des médecins en cas de maladie, la majorité des femmes font recours à l'automédication ou aux charlatans. Non seulement, les matériaux utilisés par ces derniers ne sont pas appropriés également ils sont en général souillés» (FAO, 1997 :8). Ce qui augmente la chance d'attraper les maladies parmi lesquelles figure le VIH/SIDA.

#### **I.2.2.4. Conséquences du VIH/SIDA au Rwanda**

Dès son apparition au Rwanda, «...le SIDA ne cesse de poser de graves et multiples problèmes à la communauté humaine» (ONUSIDA, 2002 :44). Les conséquences de cette épidémie se manifestent tant au niveau de l'individu malade, au niveau de sa famille qu'au niveau de toute sa société.

##### **\* Impact du VIH/SIDA au niveau de l'individu**

À ce niveau, l'OMS (1994 :45-46) distingue des conséquences économiques et des conséquences psychosociales.

En ce qui concerne les conséquences économiques du VIH/SIDA

Au niveau individuel, le SIDA provoque des besoins nouveaux (médicaments, alimentation spéciale, habits, etc.) dont le (la) malade n'est pas à mesure de se procurer. Ceci parce que pour le patient, ce qui met dans une situation de dépendance économique souvent mal vécue et qui peut même engendrer des problèmes psychosociaux.

Quant aux conséquences psychosociales du VIH/SIDA

«Les personnes qui se savent atteintes par le VIH ou le SIDA ressentent des émotions très diverses : le choc, la colère, la dépression, la solitude, la peur, etc.» (Idem : 46). De ces émotions, résultent de différents sentiments tel que le dégoût de la vie, la révolte, le sentiment de culture, l'humiliation,... et tout cela peut avoir une influence négative sur la dynamique et la qualité des relations que le malade entretient avec les membres de sa famille ainsi qu'avec les membres de la communauté dans laquelle il vit.

### **\* Impact du VIH/SIDA au niveau de la famille**

«La diminution de la productivité du patient ne se fait pas seulement sentir au niveau du malade mais aussi elle entraîne les mêmes problèmes au niveau de sa famille» (UWIMBABAZI, 1999 :29). Cela provient, non seulement de la multiplication des dépenses pour faire soigner le malade et pour suivre de près son état de santé, mais aussi de ce que le reste de la famille doit consacrer davantage de temps et d'efforts à des tâches autres que leurs activités productives de revenus. Donc, la présence d'un sidéen dans la famille accentue de la misère de ceux qui sont déjà pauvres.

Par ailleurs, « l'hospitalisation prolongée, le décès des parents et la diminution de revenu familial constitue un facteur de retrait des enfants de l'école» (FAO, 1997 :50). Ce qui augmente la vulnérabilité des enfants en plus d'être orphelins.

Outre les conséquences socio-économiques du VIH/SIDA, la présence d'un sidéen dans la famille peut provoquer des sentiments psychosociaux non attendus comme le choc moral cela peut engendrer des conflits dans les ménages.

### **\* Impact du VIH/SIDA au niveau de la société**

«Si les conséquences du SIDA liées à la baisse de productivité se font sentir au niveau de famille, il n'y a pas de doute qu'elles se répercutent sur la productivité nationale» (FAO, Idem : 6). Etant donné que le SIDA s'attaque à la population active plus particulièrement à la population située entre 20-49 ans (OMS/SIDA,1988 :65), certes, il provoquerait des insuffisances de la main d'œuvre surtout dans le secteur agricole qui est le plus dominant dans l'économie rwandaise (PNLS,1998 :16. Il en va de même pour d'autres secteurs qui voient leur main d'œuvre qualifiée expérimentée réduite par la modalité liée au SIDA.

De plus, le pays devrait s'attendre à une montée des coûts des soins de santé, car selon le PNLS (1998 :25), « les coûts des soins de santé par tête au Rwanda s'élèvent à 3 dollars et la majorité des lits des hôpitaux est occupée par des malades du SIDA»

### **I.2.3. Lien entre la pauvreté et le SIDA**

Les liens théoriques entre le VIH/SIDA et la pauvreté sont complexe et diversifiés. Il existe une interaction entre le VIH/SIDA et la pauvreté. La pauvreté peut contribuer à la propagation du VIH/SIDA et à son tour, le VIH/SIDA peut contribuer à intensifier la pauvreté. L'appréhension de ces liens peut être faite à deux niveaux :

#### **\* les liens indirects entre la pauvreté et le VIH/SIDA**

Au niveau micro, la pauvreté se caractérise par une faible dotation en capital physique, financier, humaine et social. Ces insuffisances ont pour conséquences la réduction des capacités des populations pauvres à l'accès de meilleures opportunités économiques et à la santé. La pauvreté est souvent associée à un faible niveau de scolarisation et au faible accès aux services de santé.

Du fait de la restriction des choix des populations pauvres en matières de développement d'activités génératrices de revenus, celle-ci adoptent des stratégies de survies qui peuvent avoir un impact sur leur comportement sexuel et de recherche de santé favorable à la population du VIH/SIDA.

#### **\*Les liens directs entre la pauvreté et le VIH/SIDA**

Les personnes pauvres infectées par le VIH du fait de leurs faibles capacités à accéder de façon précoce à une alimentation équilibrée, à une hygiène de vie appropriée, leur état de santé peu rapidement s'altérer et évoluer vers la phase maladie qui est le SIDA.

L'infection par le VIH/SIDA, réduit considérablement la dotation en capital de la personne et du ménage consécutif, à la diminution de la production agricole, des activités pastorales, de la réduction ou de la perte de salaire aggravé par les dépenses de santé ou les coûts funéraires.

#### **1.2.3.1. Au niveau macro-économique**

La relation entre le VIH/SIDA et la pauvreté se traduit par une faible réponse institutionnelle à la pandémie et des problèmes de gouvernance pour y faire face. Le système de santé est confronté à

une réponse inadéquate en quantité et en qualité pour la prévention du VIH/SIDA et la prise en charge des PVVIH, ce qui aura pour conséquences l'augmentation du taux de prévalence du VIH/SIDA et du nombre des personnes ayant développé le SIDA, l'augmentation du nombre de décès d'orphelins du SIDA.

#### **\* L'impact du VIH/SIDA sur la démographie**

Du fait de l'avènement de la pandémie du SIDA, l'espérance de vie des populations du continent Africain qui regroupe en son sein l'essentiel des pays les pauvres du monde est en diminution progressive. Estimée à 53ans en 1985, l'espérance de vie des africains a été évaluée à 47.5ans en 2000 alors pour la même période en l'absence du SIDA elle serait de 62ans.

#### **\* L'impact du SIDA sur les secteurs sociaux**

Nous allons voir l'impact du SIDA au niveau des secteurs sociaux

##### **1.2.3.2. Au niveau de l'éducation**

L'épidémie du SIDA a pour conséquence au niveau de l'éducation, l'accentuation des taux de scolarisation déjà faibles dans les années à venir lié d'une part à la diminution du personnel enseignant (plus de 2300 seront séropositifs en 2005) et l'augmentation des d'enfants orphelins incapables de supporter les couts de scolarisation.

L'impact du SIDA se traduit par la détérioration de la qualité de l'enseignement et la diminution de la couverture des programmes liées aux absences répétées et prolongées des enseignants séropositifs.

##### **1.2.3.3. Au niveau de la santé**

Dans le domaine de la santé, le Burkina Faso présente l'un des profils sanitaires les plus faibles dans la sous-région de l'Afrique de l'ouest. Les taux des morbidités et la mortalité globale demeurent élevés. A la mortalité infanto-juvénile de 184 pour mille et celle maternelle de 484 pour 100.000 naissances vivantes.

De ce fait, la pauvreté participe à la propagation du VIH/SIDA considéré comme la principale maladie émergente de la dernière décennie au Burkina Faso. Malgré les efforts multiformes

déployés par l'état et ses partenaires qui ont permis une réduction significative du taux de prévalence du VIH de 7.1% en 1997 et à 2.3% en 2005 (premières estimations selon l'ONUSIDA/OMS), néanmoins ce taux reste élevé plaçant le Burkina Faso parmi les pays les plus affectés dans la sous-région.

#### **1.2.4. Mesures prioritaires**

Les pauvres n'ont qu'un accès limité aux services des préventions tels que les préservatifs, ou à toute forme de traitement. Parmi les personnes exposées au VIH, environ un sur cinq seulement a accès à l'information et aux services.

Moins de 5% des personnes qui en ont besoin obtiennent des médicaments antirétroviraux. La prise des mesures contre l'épidémie a été entrainée par la lenteur avec laquelle les dirigeants, à tous les niveaux, reconnaissent la nature de la crise en son plein développement. La culture universelle de silence qui entoure le comportement sexuel a fait détourner les yeux et fermé les bouches.

En 2001, une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux VIH/SIDA a centré l'attention du monde entier sur la crise. Le Secrétaire General de l'ONU, a tiré parti d'un Sommet Africain sur le VIH/SIDA et les autres maladies infectieuses.

Le Fonds mondial a annoncé en avril 2002 son premier cycle de subventions pour le traitement et la prévention attribuant un total de 378 millions de dollars en l'espace de deux ans à 40 programmes repartis entre 31 pays. Cet important progrès met d'autre part en lumière l'échec permanent de la communauté International à satisfaire aux besoins du monde en développement.

Les stratégies efficaces visant à faire reculer l'épidémie combinent le traitement, l'éducation et la prévention. De telles stratégies doivent aller au-delà de la distribution des médicaments et des soins de santé à atteindre le cœur même des communautés. Elles appellent à une consultation étroite avec ceux que l'on cherche à aider.

Les exemples d'initiatives locales menées avec l'imagination et courage pour amoindrir l'effet de la pandémie en Sénégal, en Ouganda et en Thaïlande sont de bonnes nouvelles en provenance de tous les horizons du monde. Des dirigeants solides peuvent soutenir et renforcer une action communautaire de ce type. De fortes mesures à cette fin ont aussi été prises au Rwanda.

## **CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DU MILIEU D'ÉTUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Ce chapitre a consisté en une brève présentation du milieu, à savoir le district de Nyamagabe en général et de l'association ABANYAMURAVA en particulier ainsi que la présentation des méthodes et techniques de collectes des données utilisées tout au long de ce travail. Les techniques évoquées dans ce chapitre nous ont permis de collecter des données que nous avons essayé de mettre en relation avec le cadre théorique de ce travail dans le but de vérifier (confirmer ou infirmer) les hypothèses.

### **2.1 Présentation du milieu de l'étude**

Nous allons voir les limites du milieu d'étude ainsi que ses principales caractéristiques.

#### **2.1.1 Description du district de NYAMAGABE**

Cette section a été conçue d'une part, à partir des données puisées dans différents documents à savoir : le plan de développement communautaire du district NYAMAGABE, les divers rapports annuelles du district NYAMAGABE. D'autre part, elle est le résultat des entretiens que nous avons eu avec certains membres du comité exécutif du district.

##### **2.1.1.1 Aspect géographique**

Le district de NYAMAGABE est l'un de 30 districts de la province du Sud. Il est constitué de 17 secteurs administratifs. Sa superficie est de 1090 KM<sup>2</sup>

Le district de NYAMAGABE est limité par :

- Au Nord : KARONGI, NYAMASHEKE
- Au Sud : NYARUGURU, CRETE ZAIRE NIL
- A l'Est: RUHANGO, NYANZA, HUYE
- A l'Ouest: RUSIZI

### 2.1.1.2 Données démographiques

Avant les événements d'Avril 1994, le district de NYAMAGABE comptait 352.890. En 2005, ce nombre était de 322.890. En ce qui concerne la répartition par âge et par sexe, un déséquilibre sensible est remarquable entre la population masculine et la population féminine. En effet, le district compte 198.390 femmes et 124.500 hommes, soit 67 hommes pour 100 femmes. Cela s'explique par un grand nombre de ménages dirigés par les femmes.

Ces réalités se remarquent par des tableaux suivants :

**Tableau 2 . Répartition de la population du district de Nyamagabe par âges et par secteurs**

No	Secteurs	Tranches d'âge						Total
		0-6	7-14	15-21	22-25	26-55	+55	
1	NIKOMANE	3465	2870	2760	3785	2475	2650	18005
2	TARE	3185	2885	3970	2680	2125	2240	17085
3	MUSHUBI	3410	4105	4820	3525	2402	1738	20000
4	MUSEBEYA	4112	2870	3844	2745	1852	1869	18950
5	KIBIRIZI	4455	3571	4567	3465	2766	2876	21700
6	GASAKA	2685	3693	4085	2967	2271	2629	18330
7	KAMEGERI	3779	4184	4772	3681	1705	1875	19996
8	KITABI	3465	3746	4467	2806	2336	2569	19389
9	MBAZI	3595	3181	2790	3739	2589	2393	18285
10	CYANIKA	3190	3779	4171	2236	2194	2080	17650
11	MUSANGE	5645	4058	3862	5055	3657	2755	25032
12	MUGANO	2391	3584	3178	3076	2266	2285	16780
13	KIBUMBWE	2853	2499	2895	2269	1860	1973	14999
14	KADUHA	3119	4220	4108	2422	2209	2803	18881
15	UWINKINGI	3913	3418	4038	3055	2922	2524	19870
16	GATARE	3466	2991	3891	2910	2894	1916	18068
17	BURUHUKIRO	3055	4038	3418	3913	2524	2922	19870
	TOTAL	59783	59698	65636	54329	41047	40097	322890

**Source :** District de Nyamagabe, Plan de développement communautaire, 2012

Par les données du tableau 2, on remarque que la population du district de Nyamagabe est majoritairement jeune. Seulement 40097 ont dépassées l'âge de 55 ans. En comparant le nombre des dépendants (enfants de moins de 15 et vieillards de plus de 55 ans) au nombre de ceux qui sont en âge de travailler (de 15-55 ans), nous remarquons bien que le problème de la main-

d'œuvre figure parmi les facteurs de la pauvreté dans ledit district car le nombre des bouches à nourrir est plus important par rapport aux forces productives.

### 2.1.1.3. Mouvement associatif et ONG

Les mouvements associatifs en district de NYAMAGABE sont nombreux (plus de 150) dont quelques-uns sont actifs à savoir : Association des veuves des génocides de Nyamagabe (AVEGA-NYAMAGABE), DUHOZANYE, INGOBOKARUGO, ABADACOGORA, DUKUNDANE, AMIZERO, ABANYAMURAVA etc.

La plupart des activités entreprises dans ces mouvements associatifs sont l'agriculture et l'élevage, la pisciculture, l'apiculture, les tontines, l'artisanat, etc.

Quant aux ONG et aux intervenants dans le district de Nyamagabe, nous avons le tableau suivant :

**Tableau 3 : Liste des intervenants dans le district de Nyamagabe**

Projet ou ONG	Activités, Domaine d'intervention	Durée du projet/ONG	Bailleurs de fonds	Budget disponible
1. CRDP	-infrastructures sociales -crédit -renforcement des capacités	3 ans	Banques Mondiales	90.000 S
2. PISTE/ACTION	-Crédit	3 ans	Agro-Action allemande	-
3. GTZ PAAB	-Artisanat	3 ans	GTZ	-
4. DIDE	Agri-élevage	3 ans	-	-
5. PDMAR	-Comptoir de vente des intrants agricoles et élevage	-	-	-
6. CRS	-Aménagement des marais -Appuyer les malades du SIDA	3 ans	-	-
7. CARITAS diocésain	Aider les vulnérables dont les malades du VIH/SIDA	4 ans	-	-

**Source** : District de Nyamagabe, Plan de développement communautaire, 2012

#### 2.1.1.4. Confessions religieuses

À part l'Église Catholique qui s'est implantée dans le district depuis 1900 Nyamagabe abrite d'autres confessions comme les Protestants, les Adventistes, les Témoins de Jehovah, les Pentecôtistes, etc.

#### 2.1.1.5. Vulnérables

Le district de Nyamagabe compte un nombre important des vulnérables (11229) qui sont repartis comme suit :

**Tableau 4 : Situation des vulnérables dans le district de Nyamagabe en 2012**

District	Veufs		Orphelins		Handicapés	Personnes âgées	Familles indigentes	Élèves indigent	Total
	Du génocide	Autres	Seuls	En famille					
Nyamagabe	1245	3587	602	1719	237	748	2879	212	11229

**Source :** District de Nyamagabe, Rapport annuel 2012.

#### 2.1.1.6. Données économiques

Dans district de Nyamagabe, l'agriculture occupe plus de 90% de la population, néanmoins suite à l'exiguïté et à l'infertilité des terres, cette agriculture ne parvient pas à assurer l'autosuffisance alimentaire de la population. Les principales cultures sont : la banane à vin, le manioc, la patate douce, la pomme de terre, la colocase et l'avocatier. Pour les cultures maraîchères, dans le district, nous trouvons les haricots, le soja, les patates douces, le riz, la pomme de terre et le sorgho. Le district de Nyamagabe dispose au total de 15 marais d'une superficie d'environ 470 ha dont 190ha aménagés et 289 à aménager.

L'élevage est trop peu développé suite à l'insuffisance des pâturages et aux maigres moyens de la population. Dans tout le district 105678 bovins, 234500 caprins, 15678 ovins, 123456 porcs, 276490 lapins et 100298 volailles.

En ce qui concerne la pisciculture le district compte 24 étangs tandis que pour l'apiculture, 3222 ruches traditionnelles sont enregistrées dans tous les secteurs du district. Les apiculteurs travaillent soit individuellement, soit en associations. A part l'agriculture et l'élevage, l'appareil économique du district comprend aussi l'artisanat, le commerce, les services et emplois.

#### \* Artisanat

Les activités artisanales rencontrées dans le district sont : la couture, la vannerie, la menuiserie, la sculpture, la céramique, etc. A part six associations d'artisans, les autres travaillent d'une façon individuelle.

#### \* Commerce

Dans le district de Nyamagabe, le commerce n'est pas développé. Les quelques activités commerciales s'exercent en plus des marchés et des centres de négoce dans des cabarets de boissons locale «urwaga» avec quelques caisses de bière et quelques grands dépôts de bière.

On rencontre aussi dans le district quelques abattoires et le petit bétail.

Concernant les banques et les finances chaque secteur contient la Banque populaire.

**Tableau 5 : État des finances du secteur de Musange de 2005-2009**

Armée	Recettes	Dépenses	Soldes
2005	10307106	9028669	1278437
2006	24116093	22308403	1807690
2007	27279314	26658750	620564
2008	29788523	23931204	5857319
2009	29225253	2013972	

Source : Statistiques du district de Nyamagabe, 2012

## **\* Services et emplois**

Eu égard à toute la densité de la population, à la surexploitation et au morcellement des terres dans le district, on croirait être dans un centre urbain. Or, les populations sont restées toujours rurales et vivent essentiellement de l'agriculture.

On trouve quelques personnes qui sont dans la ville de Nyamagabe pour chercher du travail, il s'agit d'employés de bureaux, de vendeurs dans les magasins, de mâcons ou autres artisans.

### **2.1.1.7. Administration locale**

Comme déjà vu précédemment, le district de Nyamagabe compte 17 secteurs administratifs subdivisés en cellules. À la tête de chaque secteur se trouve un exécutif nommé par l'état. La hiérarchie de l'administration ou du district est la suivante : village, cellule, secteur, district. Les différents rapports ont transmis en suivant ce schéma de bas en haut.

### **2.1.2. Présentation de l'association ABANYAMURAVA**

Association ABANYAMURAVA a été créée en 2006 par le centre de santé de JENDA pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA et orphelins du SIDA.

#### **2.1.2.1. Localisation de l'association ABANYAMURAVA**

L'association ABANYAMURAVA est actuellement logée dans des locaux du centre de santé JENDA, cellule JENDA, secteur MUSANGE, district de NYAMAGABE, province du SUD.

#### **2.1.2.2. Objectifs de l'association**

- Mobiliser et sensibiliser la population de la zone de JENDA dans la lutte contre les MST/VIH/SIDA ;
- Améliorer la santé des personnes atteintes du SIDA et des orphelins dont les parents ont été victimes de cette épidémie.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- Assister orphelins du SIDA :
- \*Payer leurs frais de scolarité
- \*Payer leurs soins de santé
- Donner les soins symptomatiques à tous les malades ;
- Assurer un soutien matériel et psychosocial aux malades ;
- Faire apprendre des métiers aux femmes séropositives et aux orphelins du SIDA qui n'ont pas pu continuer leurs études ;
- Promouvoir l'activité de dépistage volontaire au centre de santé JENDA

### **2.1.2.3. Membres de l'association**

Actuellement, l'association compte 54 membres dont 44 résident dans le secteur Musange et 10 provenant du secteur frontalier de Kaduha.

### **2.1.2.4. Activités de l'association**

Les membres de l'association ABANYAMURAVA se rencontrent deux fois par semaine en équipe pour exercer quelques activités comme l'activité agricole, la couture, le tricotage, la broderie, la prière, la lecture de la Bible, etc. Pour l'activité commerciale, l'association dispose d'un kiosque disposant de petites marchandises (du sucre, du sel, du riz, du savon, des cahiers, des stylos, etc.). Là, l'association a engagé un employé permanent rémunéré chaque mois.

### **2.1.2.5. Ressources de l'association**

Du point de vue matériel, l'association possède un kiosque, 5 machines à coudre et du matériel agricole (houes, brouettes, etc.) Concernant les ressources humaines, l'association compte surtout sur ses membres. L'assistance sociale et le titulaire du centre de santé JENDA assurent la responsabilité de l'association et jouent le rôle d'intermédiaire entre l'association et les bailleurs de fonds.

Quant aux ressources financières, il existe de bailleurs de fonds favorables entre autres le Caritas diocésaine, le CRS, la CPLS/Nyamagabe et le centre de santé de JENDA qui lui fournit matériels, personnel et encadrement.

A part ces différentes sources de financement, l'association possède aussi une caisse alimentée par des cotisations des membres (150FRW par mois et par personne) et de l'argent provenant des objets d'art vendus.

#### **2.1.2.6. Structure administrative de l'association**

Outre l'encadrement assuré par le centre de santé de Jenda, l'association a un comité directeur composé par :

La Présidente et son adjointe ;

- La vice-présidente et son adjoint ;
- La secrétaire et son adjointe ;
- La trésorière et son adjointe ;
- 2 commissaires au compte ;
- 4 conseillères.

### **2.2. Approche méthodologique**

Afin d'atteindre les objectifs et de pouvoir vérifier les hypothèses de travail, nous avons fait recours aux méthodes systémiques et descriptives, ainsi qu'aux techniques documentaire, de questionnaire, de l'observation directe, de focus group discussion, de l'écoute et de l'entretien.

#### **2.2.1. Méthodes utilisées**

D'après GRAWITZ (1993 :362), «la méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles, de normes ou règles par lesquelles les chercheurs réunissent, classifient, analysent et interprètent les faits en vue de la constitution d'un savoir scientifique». Cet auteur affirme que la méthode se distingue de la technique en ce que la première est purement conceptuelle et relativement abstraite tandis que la deuxième relève du concret.

### **2.1.2. Méthode analytique**

La méthode analytique est une méthode présentant l'objet de façon globale sur laquelle est fondée une lecture (globale) aujourd'hui très contestée.

Elle permet d'analyser systématiquement toutes les informations ainsi que toutes les données récoltées. (GRAWTZ 1979 :344)

### **2.1.3. Méthode statistique**

Cette méthode permet de quantifier, de chiffrer les résultats de la recherche et de présenter les résultats sous forme de tableaux. Elle donne aux lecteurs une vision synthétique du travail de recherche. Elle aide aussi le chercheur à faire une évaluation numérique des données lors de la vérification de ses hypothèses. Il est à noter que la méthode statistique s'impose aujourd'hui dans toutes les sciences exactes et humaines. Elle nous à aider à quantifier et à chiffrer nos résultats et de les présenter sous forme des tableaux.

### **2.1.4. Méthode comparative**

Elle va nous aider à retrouver les éléments de dissemblance et de ressemblance entre les faits comparés (BIZIMUNGU A, 2006 :34). Cette méthode va nous aider la propagation du VIH/SIDA par des femmes pauvres, avant et après le génocide de 1994.

### **2.1.5. Méthode synthétique**

Elle permet de synthétiser les éléments en un ensemble cohérent. L'esprit synthétiser considère les différents éléments dans leur globalité. Nous avons recouru à la méthode synthétique pour pouvoir globaliser tous les éléments en un ensemble cohérent, tout en ne retenant que l'essentiel des données fournis.

### **2.1.6. Méthode historique**

Selon GRAWITZ M. (2001 :422), la méthode historique se base sur l'analyse des faits ou des données d'un temps bien délimité dans le passé. Evidement, l'accent est mis sur l'évolution les faits étudiés dès la genèse à la situation des jours de la recherche.

## **2.2. Les techniques**

Comme le dit GRAWITZ (1971 :558), les divers techniques qui peuvent se relever la plus nécessité pour le bon déroulement de l'enquête, permettent de « rassembler la documentation, de consulter les personnalités compétentes (témoins privilégiés ou spécialistes du domaine envisagé), de collecter les données énumératives utile, etc.»

### **2.2.1. La technique documentaire**

S'inspirant des idées de GRAWITZ (1993 :364), on est convaincu que la documentation rassemblée permet de fixer un cadre conceptuel à l'enquête que l'on désire entreprendre. Elle permet également de constituer un fondement théorique de l'étude. Donc, elle est comme une chaîne sur laquelle se greffe tout le déroulement du travail, car elle constitue le fil conducteur.

Ainsi, les ouvrages, les mémoires, les articles et différents rapports pertinents en rapport avec le sujet m'ont permis de réaliser un cadre conceptuel et théorique bien fouillé, ainsi que les notes de cours et quelques ouvrages, tant classiques que récents qui m'ont servi de guide méthodologique.

### **2.2.2. Techniques d'enquête par questionnaire**

Outre la documentation, divers autres instruments à savoir : le questionnaire, l'entretien, le focus group, l'écoute et l'observation directe ont été utilisées pour un bon déroulement de l'enquête.

#### **- Pré-enquête**

Avant l'enquête proprement dite, une pré-enquête a été effectuée à l'aide d'une interview exploratoire auprès des responsables de centre de santé de Jenda ( qui assurent aussi la responsabilité de l'association ABANYAMURAVA ), auprès du comité directeur de ladite association et auprès du représentant de la CDLS (commission de district de lutte contre le SIDA) de Nyamagabe.

Les informations provenant de ces différentes personnes nous ont été d'une grande importance pour l'orientation du questionnaire d'enquête.- Selon PICHOT, cité par MUNYANKUYU (1999 :31),« les questionnaires sont des tests (épreuves) composés par un nombre plus ou moins

élevé de questionnaires, présentés par écrit au sujet et portant sur ses opinions, ses goûts, ses comportements dans des circonstances précises, ses sentiments, ses intérêts»

Ainsi donc, notre questionnaire présente 17 items présentés sous forme de questions ouvertes, fermées et semi-ouvertes relatives aux connaissances sur le VIH/SIDA aux conditions de vie des membres de l'association ABANYAMURAVA, à l'influence de la pauvreté sur la propagation du VIH/SIDA.

Ce questionnaire a été adressé aux 54 femmes et filles membres de l'association ABANYAMURAVA âgées au moins de 18ans.

-Focus group discussion (les discussions de groupe)

Il s'agit ici de discussion semi-dirigées qui se faisaient au moment où les enquêtées se sont regroupées ensemble pour des travaux pratiques tels que la vannerie, la broderie, la couture, etc. Le guide de ces discussions renfermait les conditions de vie des membres de l'association ; les causes profondes de la propagation du VIH/SIDA et la part de la pauvreté de la femme dans cette propagation. L'information a été chaque fois enregistrée par écrit.

### **2.2.3. Technique d'interview**

L'interview est une technique de recueillir les informations que l'enquêteur recherche auprès des enquêtées, ces renseignements sont susceptibles de fournir des réponses aux phénomènes étudiés. Cela nous permettant de disposer d'une information plus ou moins complète à propos de notre sujet.

#### **- Observation directe**

Afin de nous rendre compte des réalités sur les problèmes liés à la pauvreté et au VIH/SIDA dans le milieu d'enquête, il nous a paru aussi important de procéder à une observation directe au cours de l'enquête effectuée auprès des victimes dans leurs familles. Ici, nous avons pu observer des conditions dans lesquelles les ménages des enquêtées vivent (habitations, habillement, alimentation, etc.) et les comportements adoptés vis-à-vis de ces conditions de vie.

#### **2.2.4. La détermination de l'échantillon**

Selon DE LANDSHEERE, cité par MUKASEKURU (2005 :35), l'échantillon peut être défini comme le fait de « choisir un nombre limité d'individus, d'objets, d'événements dont l'observation permet de tirer des conclusions applicables à la population entière (univers) à l'intérieur de laquelle le choix a été fait.»

Néanmoins, le choix d'un échantillon représentatif est difficile, se heurte à divers problèmes et soulève ainsi le plus d'interrogations. C'est pourquoi les enquêtes sur échantillon ne peuvent être entreprises que si les gens choisis comme interlocuteurs sont à mesure de fournir l'information désirée (JAVEAU,1985 :53)

S'inspirant de ces idées, en visant la précision des résultats, l'échantillon de l'étude a été déterminé. Cette détermination de l'échantillon a été faite à l'aide du choix raisonné en tenant en considération les variables âge et sexe des enquêtés.

En effet, l'univers de cette étude est composé de 83 personnes infectées et affectées (orphelins ou membres de la famille d'une personne infectée) du VIH/SIDA, membres de l'association ABANYAMURAVA ressortissants de district de Nyamagabe.

Ainsi, le respect du cadre de l'étude et la précision des résultats souhaités ont seulement limité l'échantillon aux membres du sexe féminin âgés de 18 ans au moins. C'est-à-dire 54 femmes et filles dont 43 séropositives et 11 séronégatives.

### **CHAPITRE 3. PRÉSENTATION, ANALYSE DES DONNÉES ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre consiste à présenter, à analyser les données, et à interpréter les résultats de l'enquête effectuée au sein du district de NYAMAGABE auprès des membres de l'Association ABANYAMURAVA.

Les données ont été dépouillées manuellement et les résultats se présentent sous forme des tableaux et des figures pour quelques cas. Ainsi, pour faciliter la compréhension de ces données, les calculs sont opérés en pourcentage. Mais il faut souligner ici que les totaux des pourcentages dans la plupart des tableaux ne donnent pas nécessairement 100% car, il ya des fois où une répondante peut fournir plusieurs réponses à une seule question.

Quant à l'interprétation des résultats, celle-ci va être faite suivant les indicateurs tirés des variables qui, à leur tour, découlent des hypothèses qu'on s'est fixées au départ.

#### **3.1. Identification des répondants**

A l'aide des questions d'identification que comprenait le questionnaire d'enquête, nous avons pu collecter les caractéristiques des répondants entre autres l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction, la profession actuelle, l'appartenance religieuse et le secteur de résidence. Toutes ces variables sont confrontées à la variable état sérologique.

### 3.1.1 L'âge des répondants

Le tableau suivant va nous montrer comment les enquêtées ont répondu les questions par âge.

**Tableau 6 . Répartition des répondants selon l'âge**

<b>Tranche d'âges</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 20ans	3	5.6
20-24	5	9.3
25-29	7	12.9
30-34	9	16.7
35-39	12	22.2
40-44	8	14.8
45-49	6	11.1
50 et plus	4	7.4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Comme il ressort de ce tableau, la population enquêtée est constituée de 54 femmes et filles, membre de l'Association ABANYAMURAVA dont 43 infectées du VIH/SIDA et 11 non infectées. La plus jeune a 18 ans tandis que la plus âgées a 59 ans. Rappelons ici que les enfants de moins de 18 ans ont été expressément exclus pour des raisons déjà évoquées lors de l'échantillon

Les tranches d'âges les plus représentées dans l'échantillon sont : celle de 35-39 ans (soit 22,2%), celle de 30—34 ans (soit 16,7%), celle de 40-44 ans (14,8%) et celle de 25-29 ans (soit 12,9). Sont aussi les mêmes tranches d'âges qui contiennent plus d'enquêtées séropositives.

Les femmes de ces tranches d'âges se heurtent à des multiples problèmes engendrés par leur nouveau rôle de chef de ménage (MUKANDINDA, 2002 :79). Leur séropositivité au VIH/SIDA confirme ce que montre l'ONUSIDA (1998 :65) que le SIDA attaque principalement le segment le plus productif de la main d'œuvre c'est à dire les personnes en âge de travail.

### 3.1.2 L'état civil des répondants

Le tableau suivant nous montrera comment les enquêtées ont répondu les questions posées selon leur état civil.

**Tableau 7 . Répartition des répondants selon l'état civil**

<b>État civil</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataires	6	11.1
Mariées	11	20.3
Veuves	26	48.1
Séparées	4	7.4
Libres	7	13
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultat de notre enquête, Août 2012

Les veuves sont plus nombreuses soit 48,1% du total de l'échantillon. Parmi ces veuves, 40,7% sont infectées du VIH/SIDA contre 7,4% seulement non-infectées. Ceci parce que la catégorie des veuves représentent les femmes les plus ciblées (C'est-à-dire les femmes les plus vulnérables tant à la pauvreté qu'à l'infection du VIH/SIDA) de cette étude.

### 3.1.3 Le niveau d'études des répondants

Le tableau suivant va nous montrer comment les enquêtées ont répondu les questions posées par leur niveau d'instruction.

**Tableau 8 : Répartition des répondants selon le niveau d'études**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sans niveau	12	22.2
Primaire non achevé	20	37
Primaire achevé	16	29.6
CFJ	4	7.4
Secondaire	2	3.7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultats de notre enquête, Août 2012

Comme l'étude est orientée en milieu rural où à peine la majorité de la population a terminé l'école primaire, le niveau d'instruction des répondants est très bas.

Dans le tableau 8, on remarque que la plus grande proportion (66,6%) des répondants a le niveau primaire (soit 37% primaire non achevé et 29,6% primaire achevé). Seulement 6 sur 54 répondants (dont 4 qui ont fait le CFJ et 2 qui ont au moins deux ans de l'école secondaire) ont dépassé ce niveau.

Ce faible niveau d'instruction contribue à l'aggravation du problème du VIH/SIDA au sein de la population car, d'après le représentant de la CDLS, l'ignorance fait que les programmes visant la lutte contre le VIH/SIDA (changements des attitudes et comportements relatifs à la sexualité, à l'utilisation du préservatif, au test de VIH, etc.) ne soient pas convenablement suivis.

Cette ignorance pousse certaines femmes à adopter des comportements responsables de la transmission du VIH/SIDA afin de faire survivre leurs familles et de pouvoir satisfaire leurs besoins primaires.

### 3.1.4 L'appartenance aux confessions religieuses chez les répondants

Le tableau suivant va nous montrer le pourcentage des enquêtées selon leur religion.

**Tableau 9 : Répartition des répondants selon la religion**

<b>Religion</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Catholique	43	79.7
Protestant	7	13
Adventiste	3	5.5
Témoins de Jehova	1	1.8
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Les catholiques sont de loin plus nombreuses que les adeptes d'autres confessions religieuses. Elles représentent 66,7% des séropositives contre 13% des séronégatives soit 79,7% du total de l'échantillon. Dans l'Association ABANYAMURAVA, les catholiques représentent plus de 79,7% de tous les membres. Ce qui montre que l'échantillon est plus ou moins proche des réalités de l'association et même de tout le district.

### 3.2. Présentation et discussions des résultats

Ce point va nous montrer ce que enquêtées pensent sur les modes de transmission du VIH/SIDA. Sur les moyens de prévention du VIH/SIDA, sur le niveau et facteurs de propagation du VIH/SIDA et sur les différentes conditions de leur vie.

#### 3.2.1. Modes de transmission du VIH/SIDA

Sur ce point, chaque répondant avait le droit de dire tout ce qu'il connaît sur les modes de transmission du VIH. Raison pour laquelle nous avons obtenu plusieurs fréquences de réponses par rapport au nombre des répondants, nous avons en effet demandé à la population enquêtée de transmission qu'elle connaît les réponses fournies sont résumées dans le tableau suivant

**Tableau 10 : Avis des enquêtées sur la connaissance de la population sur le mode de transmission du VIH/SIDA selon l'âge**

Mode de transmission	Effectifs	Pourcentage
Voie sexuelle	54	100
Objets tranchants souillés	50	90.5
Sang contaminé	45	85.7
Voie verticale	40	66.7

**Source :** Résultats de notre enquête, Août 2012

Comme ce tableau l'indique, 54 personnes soit 100% connaissent la voie comme mode de transmission du VIH/SIDA ; 50 personnes soit 90,5% reconnaissent les objets souillés comme mode de transmission du VIH/SIDA ; 45 personnes soit 85,7% reconnaissent le sang contaminé comme mode de transmission du VIH/SIDA ; 40 personnes soit 66,7% reconnaissent la voie verticale comme mode de transmission du VIH/SIDA.

#### 3.2.2 Moyens de prévention du VIH/ SIDA

Nous allons voir dans le tableau suivant comment les enquêtées ont parlé comme de prévention du VIH/SIDA, comme niveau et facteurs de propagation du VIH/SIDA, comme conditions de vie des membres de l'association, comme la pauvreté de la femme.

**Tableau 11 : Avis des enquêtées sur la connaissance sur les moyens de prévention du VIH/SIDA selon l'âge**

<b>Moyen de prévention</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Fidélité conjugale	45	80
Abstinence sexuelle	42	77
Utilisation des préservatifs	36	68.5
Test VIH	35	62.1

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

D'après les résultats de l'enquête 45 personnes soit 80 % reconnaissent la fidélité conjugale comme le moyen de prévention du VIH/SIDA ; 42 personnes soit 77% reconnaissent l'abstinence sexuelle comme moyen de prévention du VIH/SIDA ; 36 personnes soit 68,5 % reconnaissent l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention

Ceci, malgré les informations qui montre le rôle du préservatif dans la lutte contre le SIDA, est dû aux croyances erronées que les répondants (surtout les plus âgées) manifestent envers le préservatif comme par exemple :

- Le préservatif favorise le vagabondage sexuel ;
- L'utilisation du préservatif est un péché ;
- Le préservatif peut être troué et laisser le VIH entrer lors des rapports sexuels ;
- Le préservatif diminue le plaisir sexuel, etc.

En outre, les plus âgés ne soutiennent pas l'utilisation du préservatif parce que pour eux, le droit de décider en ce qui concerne les rapports sexuels est seulement réservé aux hommes. Parmi les enquêtées, beaucoup de femmes se sentent incapables de proposer les rapports sexuels protégés à leurs maris, par peur de menace, de méfiance et des reproches, d'abandon ou de retrait de tout appui financier.

Contrairement aux personnes âgées, les jeunes (18-29) voient que l'utilisation du préservatif est le moyen le plus efficace de lutte contre l'infection à VIH/SIDA. C'est ainsi que 100% de ceux de moins de 20 ans, 100% de ceux de 20-24 ans et 85,7% de ceux de 25-29 ans soutiennent l'utilisation du préservatif.

Quant à la fidélité et l'abstinence sexuelle, leur évocation fait rire aux jeunes. Pour ces jeunes (18-29 ans), ceci reste utopique aussi longtemps que les femmes n'arriveront pas à satisfaire leurs besoins primaires. Ce qui les incite toujours à avoir des rapports sexuels en échange d'argent, des habits, du travail, etc. Une autre raison donnée est que l'abstinence sexuelle peut provoquer l'impuissance chez les jeunes ou causer d'autres complications à l'intérieur des organes sexuels.

Le choix des moyens de prévention diffère selon qu'on s'approche d'une catégorie ou d'une autre. La fidélité est beaucoup plus évoquée chez les célibataires (100%) et les mariées (100%). L'utilisation du préservatif est bien connue chez les célibataires (83,3%). Concernant le test VIH, les enquêtées disent que celui-ci demande de l'énergie. Non seulement l'accès à ce service exige de l'argent (500 frs pour un couple) mais aussi il faut effectuer de longs trajets pour arriver aux centres qui s'en chargent.

### 3. 2.3 Niveau et facteurs de propagation du VIH/SIDA dans le milieu de l'enquête

Le tableau suivant va nous montrer comment les différents niveaux de propagation du VIH/SIDA mais selon les réponses des enquêtées, on voit que le niveau est élevé dans leur milieu.

**Tableau 12 : Avis des enquêtées sur l'État de la propagation du SIDA dans le milieu d'étude**

Niveau de propagation	Effectifs	Pourcentage
Très élevé	12	22.2
Élevé	19	35.2
Moyen	15	27.8
Bas	6	11.1
Très bas	2	3.7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultats de notre enquête, Août 2012

D'après les estimations des répondants, le niveau de propagation du VIH/SIDA Dans le milieu de l'enquête est élevé. Les répondants l'affirment à 35,2% dont 27,8% des séropositives et 7,4

des séronégatives. Pour ceux qui ne sont pas de cet avis, le niveau de propagation est moyen (27,8%), très élevé (22,2%), bas (11,1%) ou même très bas (3,7%).

Par ailleurs, on remarque que lors des discussions de groupes, les enquêtées se contredisent. Pendant ces discussions de groupe, toutes les réponses convergeaient vers un même point : « le niveau de propagation du VIH/SIDA dans notre monde milieu est très élevé » Les commentaires allaient jusqu'à affirmer qu'on peut même trouver dans certains villages plus d'une maison inhabitée («itongo») dont les propriétaires sont morts du SIDA et que le nombre des orphelins de cette pandémie s'y accroît du jour le jour. Selon toujours les dires des répondants, divers facteurs contribuent à l'augmentation du niveau de propagation du VIH/SIDA. C'est ce que nous allons voir dans le tableau.

**Tableau 13 : Avis des enquêtées sur les facteurs de la propagation du VIH/SIDA selon la population enquêtée**

<b>Facteurs de propagation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Pauvreté	44	81.5
Ignorance	40	74.1
Alcool	34	63
Désir sexuel	28	51.8
Absence de test VIH avant le mariage	10	18.5
Carence d'hommes	8	14.8
Viol sexuel	4	7.4

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Les répondants avaient le droit de fournir plusieurs réponses (c'est-à-dire qu'un facteur peut être évoqué par plusieurs répondants). La pauvreté (81,5%), l'ignorance (74,1%) ; l'ivresse (63%) et le désir sexuel (51,8%) sont les facteurs majeurs à la base de la propagation du VIH/SIDA cités par les enquêtées

La pauvreté vient en tête de ces facteurs. Cela confirme ce que dit le rapport de l'ONUSIDA (2000 :3) que même si la transmission du VIH ne se limite pas aux pauvres, la pauvreté contribue à sa progression en créant un facteur supplémentaire de vulnérabilité. L'exemple donné dans ce rapport est que la grande majorité, environ 94% des séropositifs et des sidéens, fin 2000, se

trouvait dans des régions moins développées, où une grande partie des personnes économiquement faibles sont des femmes.

Le deuxième facteur cité est l'ignorance ou d'après le dictionnaire Petit Robert (1997 :541), le défaut de connaissance d'un objet déterminé ou encore l'absence d'information sur un fait donné. 74,1% des répondants affirment que l'analphabétisme, l'insuffisance d'information sur le VIH/SIDA et l'absence des témoignages sur les méfaits de cette maladie ont été pour beaucoup de personnes un facteur de contracter le VIH.

En effet, il a été montré précédemment que 22,2% des enquêtées n'ont jamais été à l'école. 66,6% ont au moins été à l'école primaire (37% primaires non achevés et 29,6% primaires achevés) tandis que 11,1% (7,4% qui ont connu le CFJ avec 3,7% qui ont connu l'école secondaire) seulement ont à peine terminé deux ans post-primaire. En plus de cela, le plan stratégique du district de NYAMAGABE (2005) montre que 14713 individus dans ce district sont analphabètes. Ce qui fait que la mention de ce facteur ne soit pas le fruit du hasard.

A la troisième place, vient le facteur alcool (63%). Ceci s'explique par le fait que selon les enquêtées, les gens ont l'habitude de s'enivrer et que ces mauvaises habitudes existent même chez certains membres de l'association ABANYAMURAVA.

Lors des entretiens individuels, il a été relevé que beaucoup de cas d'infections résultent principalement de ce que les gens après avoir consommé de l'alcool, surtout la boisson locale connu sous le nom de «Nyirantare», se laissent guider par la puissance alcoolique. Dans ce cas, les gens peuvent se lancer dans les rapports sexuels qui, sans doute se font souvent sans aucun moyen de protection.

Quant au désir sexuel, 51,8% des enquêtées affirment que celui-ci est aussi un autre facteur de transmission du VIH/SIDA. Elles s'expliquent en disant que même si le désir sexuel est un besoin qu'on peut naturellement maîtriser, il peut quelquefois causer des dégâts inattendus.

En effet, suite aux événements de guerre et de génocide de 1994, beaucoup de femmes en âge de procréer (dont certains membres de l'association ABANYAMURAVA) sont restés seules (veuves, séparées, femmes de détenus etc.) sans mari. Pour cela, certaines d'entre elle qui ne peuvent pas maîtriser leurs corps, se cherchent des partenaires afin de satisfaire ce besoin (besoin sexuel). Il en est aussi de même pour les jeunes adolescents (es) qui, pour calmer ce besoin, se cherche des copains (es) avec qui, ils (elles) ont des rapports sexuels occasionnels. Ce qui

augmente pour eux (elles) les mal chances d’attraper le VIH si ces rapports sexuels se font sans moyen de protection. C’est également le même risque qu’engendrent le viol sexuel, la polygamie ainsi que le mariage avec celui (elle) dont on ne connaît pas l’état sérologique.

A part ces différents facteurs ci-haut mentionnés, les discussions de groupe ajoutent un facteur culturel. Ici, les répondants insistent sur le fait que dans la culture rwandaise, ce sont généralement les hommes qui décident s’il ya relations sexuelles ou pas. Les femmes acceptent inconsciemment et aveuglement que leurs époux fréquentent plusieurs partenaires sexuels. Ce qui confirment ce que dit le proverbe rwandais : « imfizi ntiyimirwa » (L’homme n’est jamais limité en matière de sexualité). Ainsi, « le risque d’attraper le VIH est grand car la femme n’a pas le droit de refuser le rapport sexuel ou d’exiger l’utilisation de préservatif, par peur d’être violée d’être soupçonnée ou d’être abandonnée ou chassée du foyer » disent les répondants.

Encore, pour souligner cette influence de la culture dans la propagation du VIH/SIDA, les répondants signalent quelques cas parmi eux qui ont attrapé le VIH parce qu’ils ont aveuglement obéi aux exigences de la culture tel que le lévirat ( le fait d’épouser une femme de son frère défunt ou mari de sa sœur défunte) sans pour autant penser aux conséquences.

### **3.2.4. Conditions de vie des membres de l’association ABANYAMURAVA**

Pour évaluer les conditions de vie des membres de l’association ABANYAMURAVA, on est parti des divers indicateurs tel que le logement, la nourriture, l’accès aux soins de santé, l’accès à l’instruction, etc.

#### **3.2.4.1 Accès au logement**

Le tableau suivant va nous montrer comment est la situation de la maison.

**Tableau 14 : Avis des enquêtées sur l’état de logement de la population enquêtée**

<b>Situation de la maison</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Adéquate	13	24.1
Passable	30	55.5
Inadéquate	11	20.4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Par ce tableau, on remarque que 55% des répondants, à savoir la majorité, ont un logement passable contre 24,1% qui ont un logement adéquat et 20,4% dont le logement est inadéquat.

Les maisons dites adéquates sont celles dont les matériaux sont plus ou moins durables et dont l'espace est suffisant par rapport aux occupants. Quant à celles qui sont dites passables, les répondants voulaient surtout souligner les points de vue espace bien que ces maisons ne soient pas du tout en matériaux durables. Les répondants qui trouvent leurs maisons inadéquates, sont ceux qui sont très nombreux dans une seule maison ou encore ceux qui habitent leurs anciennes huttes ou en voie de se détériorer.

### 3.2.4.2 Accès à la nourriture

Le tableau suivant va nous montrer repas pris par jour par les enquêtées.

**Tableau 15 : Nombre des repas par jour dans les familles enquêtées**

<b>Repas pris par jour</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
1 repas	13	24.1
2 repas	34	63
3 repas	7	12.9
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

63% des répondantes disent qu'elles peuvent avoir dans leurs familles 2 repas par jour alors que 24,1% disent qu'elles ne mangent à peine qu'une fois par jour. Seulement 12,9% se trouvent capables d'avoir 3 repas par jour.

Ceci paraît juste parce que même pendant les discussions de groupes, les répondants révèlent qu'il y a même parmi elles celles qui vivent des travaux occasionnels qu'on appelle souvent en kinyarwanda «guca incuru» ou «guteru ibiraka». Ces travaux ne sont pas permanents et les familles qui en vivent se trouvent submergées dans la misère au cas où elles ne les trouvent pas. C'est ce que nous avons aussi remarqué lors des observations directes.

### 3.2.4.3 Accès aux soins de santé

Le tableau suivant va nous montrer les différents accès aux soins de sante par les enquêtées.

**Tableau 16 : Avis des enquêtées sur les moyens d'accès aux soins de santé de la population enquêtée**

Accès aux soins de santé	Effectifs	Pourcentage
Facile	16	29.6
Difficile	38	70.4
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Il ressort du tableau 17 que la grande proportion des répondants, soit 70,4% accèdent difficilement aux soins de santé et que seulement 29.6% reconnaissent qu'elles y accèdent facilement.

Pour celles qui se font soigner difficilement, trois raisons principales sont évoquées : l'inaccessibilité financière, l'inaccessibilité des médicaments aux centres de santé ainsi que l'inaccessibilité géographique aux hôpitaux de référence. En effet, le centre de santé et les hôpitaux de référence sont loin, aussi les soins médicaux coutent énormément cher par rapport aux moyens financiers que possèdent les patients. A ce propos, une des répondants s'expriment en disant : «ntabwo nshobora kwivuza k'uburyo bunyoroheye kubera ibibazo by'amafaranga. Hari nubwo ushobora kwigumira mu rugo sinirirwe njya kwa muganga kuko nzi ko ntaho nakura amafaranga» (je n'accède pas facilement aux soins médicaux á cause des problèmes financiers. Il y a même des fois où je préfère rester á la maison au lieu d'aller me faire soigner parce que je suis sans ressource sûre).

#### **3.2.4.4 Accès à l'instruction pour les enfants**

Le tableau suivant va nous montrer comment elles scolarisent leurs enfants.

**Tableau 17 : Avis des enquêtées sur l'état de scolarisation des familles de la population enquêtées**

<b>Instruction des enfants</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Facile	25	46.3
Difficile	29	53.7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source :** Résultats de notre enquête, Août 2012

Pour 46,3% des répondants, l'accès à l'instruction des enfants est facile alors que pour 53,7% autres, il est difficile de scolariser leurs enfants.

Unanimement celles qui disent qu'il leur est difficile de scolariser leurs enfants, la raison est que c'est cher. «Birahenda cyane kandi nta mikoro» (C'est tres cher et on n'a pas de moyens). La plupart d'entre elles ont beaucoup d'enfants en charge (les leurs et ceux des familles élargies orphelins du génocide, du VIH/SIDA ou d'une autre circonstance).

Pour celles qui disent que c'est plus ou moins facile d'amener leurs enfants à l'école, c'est parce que leurs enfants fréquentent encore les écoles primaires qui jusqu'ici restent accessibles et moins chères.

### **3.2.5. La pauvreté de la femme et la propagation du VIH/SIDA**

C'est le point focal de ce travail de recherche qui consistait à montrer l'influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA au milieu rural rwandais.

En effet, les résultats sur les conditions de vie des membres de l'association ABANYAMURAVA ont montré que les femmes avec qui nous sommes entretenues sont généralement pauvres. 27,8% vivent dans une situation de pauvreté absolue, dans des abris précaires, sans accès à la nourriture, aux soins de santé ni à l'instruction des enfants. Même les 51,8% dites capables d'accéder à la nourriture et au logement plus au moins adéquats ne peuvent pas facilement accéder aux soins de santé ni à la scolarisation de leurs enfants. Seulement 20,4% vivent dans des situations plus ou moins normales.

Ce qui fait que ces femmes confrontent divers autres problèmes y compris le risque d'attraper ou de transmettre le VIH/SIDA.

Ceci se concrétise par des réponses données à la question de savoir comment nos enquêtées séropositives ont attrapé le VIH.

**Tableau 18 . Avis des enquêtées sur les comportements de la pauvreté de la femme, vecteurs du VIH/SIDA**

<b>Acteur de l'infection</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Conjoint	18	41,9
Vagabondage sexuel	22	51,9
Viol sexuel	2	4,6
« Magendu »	1	2,3
Total	43	100

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Rappelons ici que les enquêtées séropositives arrivent au nombre de 43, soit 79,6% de toutes les enquêtées. C'est pourquoi l'échantillon de notre enquête (54) est réduit à 43. Ainsi, 51,2% des séropositives déclarent qu'elles ont attrapé le VIH à travers les rapports sexuels occasionnels ou vagabondage sexuel. 41,9% accusent leurs conjoints et ces deux résultats paraissent justes, car comme l'affirme le PNL (1998 :13), « la voie hétérosexuelle constitue le principal mode de transmission du VIH/SIDA ». Seulement 4,6% ont été infectées à travers le viol sexuel tandis que 2,3% disent qu'elles ont été infectées à l'aide des seringues non stérilisées par les non professionnels ou « magendu ». Les cas de transmission mère-enfant n'ont pas été soulevés ici parce que notre échantillon avait exclu tout enfant de moins de 18 ans alors que ce mode de transmission en généralement courant chez les enfants de moins de 15 ans.

**Tableau 19: Avis des enquêtées sur l'influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA dans le milieu d'étude**

<b>Réponses</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	48	88.9
Non	6	11.1
Total	54	100

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Bien que le fait social résulte rarement d'une cause unique, 88,9% des répondants affirment que la pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA dans leur milieu. Ceci paraît juste car l'une des répondants nous relève ceci : « none se ko n'ubukene butoroshye ! Uremera ukishora kugirango urebe ko abana baramuka » (tu sais, la pauvreté devient aussi insupportable ! on accepte de se livrer afin que l'on trouve de quoi nourrir les enfants). Seulement 11,1% des enquêtées ne sont pas de cet avis.

Partant de cette affirmation, nous avons voulu savoir s'il existe encore chez les enquêtées les comportements à risque liés à la pauvreté. En voici les résultats

**Tableau 20 : Avis des enquêtées sur les comportements à risque liés à la pauvreté**

Comportements à risque	Effectifs	Pourcentage
Prostitution	12	22.2
Rapports sexuels de faveurs	28	51.9
Mariages précoces et/ou à risque	9	16.6
Recours aux charlatans ou « magendu »	15	27.7

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Notons ici que certains répondants ont donné plusieurs réponses. On remarque que la prostitution (22,2%), les rapports sexuels de faveur (51,9%), les mariages précoces et/ou à risque (16,6%) et le recours aux « magendu » (27,7%) sont les différents comportements à risque liés à la pauvreté qu'on peut rencontrer chez les enquêtées.

Les rapports sexuels de faveur (c'est-à-dire les rapports sexuels occasionnels avec quelqu'un qui vous offre des cadeaux ou qui vous rend d'autres services qu'on n'est pas en mesure de se procurer) viennent en tête de ces comportements à risque. Cela paraît vrai, car même pendant l'enquête, certaines femmes nous révèlent qu'il est difficile de refuser un billet de 1000frw ou de 5000frw qui t'est offert pour quelques minutes seulement alors que même 100frw pour acheter un savon te manque.

A la deuxième place de ces comportements vient le recours aux « magendu » (27,7%). Sur ce point, les répondants s'expliquent en disant qu'à cause des moyens limités, certaines femmes parmi elles, en cas de maladie, préfèrent l'automédication ou le recours aux « magendu » au lieu d'aller voir des professionnels de santé. En plus de cela, les enquêtées disent que l'insuffisance

des moyens fait que le nombre de celles qui meurent du SIDA soit grand alors que les plus nantis peuvent se procurer des traitements onéreux contre le SIDA pour prolonger leur existence. Il en est de même pour des femmes qui, à cause de la pauvreté préfèrent accoucher à domicile avec ou sans l'aide des sages femmes alors qu'elles peuvent facilement infecter leurs nouveau-nées. Ce qui confirme les propos du PRB (2005 ;13) lorsqu'ils affirment que l'accouchement par voie basse augmente le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant et que les césariennes réduiraient ce risque, malgré que cette option ne soit pas à la disposition de la majorité des femmes du monde rural qui accouchent avec l'aide de sages-femmes, à domicile, dans les villages ou dans les petits centres sanitaires.

S'agissant des mariages précoces et/ou à risque (22,2%), les répondants affirment que ceux-ci se rencontrent chez les jeunes filles orphelines ou issues des familles misérables. Selon toujours nos répondantes, ces cas se rencontrent également chez les veuves à qui les exigences du ménage semblent être insupportables.

Concernant la prostitution et les rapports sexuels occasionnels, nous avons demandé en quoi ceux-ci leur servent et les réponses montrent que ces pratiques leur servent à couvrir certains de leurs besoins primaires.

**Tableau 21: Avis des enquêtées sur les besoins couverts par les rapports sexuels occasionnels ou prostitution**

Besoins	Effectifs	Pourcentage
Nourriture	8	14.8
Boissons	14	25.9
Habit	3	5.6
Travail	6	11.1
Argent	14	25.9
Autres	9	16.7
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

La nourriture (14,8%), les boissons (25,9%), les habits (5,6%), le travail (11,1%) et l'argent (25,6%) sont les principaux besoins en faveur desquels beaucoup de femmes s'offrent à la prostitution ou aux rapports sexuels occasionnels. Autre besoin cité c'est la main d'œuvre (16,7%). S'agissant du dernier cas, suite aux catastrophes de 1994 qui ont fait que le nombre de femmes chefs de ménages (veuves, femmes de détenus, séparées, etc.) augmente et que la plupart

d'entre elles soient invalides, la main d'œuvre est devenu un problème. C'est ainsi que certains de ces femmes se donnent aux hommes qui leur rendent des services, surtout pour les travaux qui demandent de la force (reconstruction d'une maison, d'un enclos, des étables pour le bétail, etc.)

De ces résultats, il découle qu'à travers les différents comportements à risque, la pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA dans le milieu de notre enquête. C'est cette influence que nous avons essayé de montrer par le schéma ci-après :

À l'aide de ce schéma, nous pouvons bien remarquer comment la pauvreté de la femme, à travers ses variables explicatives et ses valeurs et orientations (ou attitudes adoptées par les femmes) influe beaucoup sur la propagation du VIH/SIDA.

Autrement dit, les femmes économiquement faibles adoptent éventuellement des comportements qui les exposent à la transmission du VIH, notamment l'échange des services sexuels contre de la nourriture, des habits, d'un abri du travail ou de l'argent pour assurer leur survie et celle de leurs familles.

Également, à cause des moyens limités, les femmes en cas de maladie, préfèrent l'automédication au lieu de faire recours au service de santé.

À part cela, les enquêtées ajoutent que les femmes séropositives infectent souvent leurs enfants pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement au lait maternel. Cela parce qu'à cause des moyens limités, les femmes à termes, au lieu d'aller accoucher à domicile et allaiter leurs enfants au lait maternel.

À la question de savoir ce qu'elles craignent davantage entre le SIDA et la pauvreté, les enquêtées n'hésitent pas de dire qu'elles ont plus peur du SIDA que de la pauvreté (100%). Néanmoins, la plupart d'entre elles confondent encore ces deux menaces surtout en ce qui concerne leurs conséquences.

**Tableau 22 : Avis des enquêtées sur l'État de crainte entre le SIDA et la pauvreté par les enquêtées**

<b>Avis exprimé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Les conséquences du SIDA équivalent à celles de la pauvreté	47	87
Mieux vaut mourir du SIDA que de la pauvreté	3	5.5
Mieux vaut mourir de la pauvreté que du SIDA	42	77.8
La pauvreté est cause de l'infection du VIH/SIDA	51	94.4

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Ici, certains répondants ont choisi beaucoup de réponses à la fois. Ce qui a fait que le nombre de réponses soit supérieur au nombre de répondants. 87% des enquêtées mettent au même pied d'égalité les conséquences du SIDA tandis que 5,5% préfèrent le contraire. La réponse la plus acceptée est celle qui stipule que la pauvreté est cause de l'infection à VIH/SIDA choisie à 94,4% suivie de celle qui stipule que les conséquences du SIDA et celle de la pauvreté sont similaires (87%). Ce qui montre que ces deux problèmes (le SIDA et la pauvreté) constituent une menace pour la population enquêtée.

### **3.5. Perspectives d'avenir sur la réduction de la pauvreté et la propagation du VIH/SIDA chez la femme**

En travail social, on est désormais convaincu que « non seulement les clients sont ceux qui connaissent leur situation, mais ce sont eux aussi qui conviennent le mieux à leurs souhaits et leurs projets » (CHRISTINA de ROBERTIS et HENRI, 1991 ; 30). C'est pourquoi avant de formuler nos apports de solution au problème du VIH/SIDA, nous avons d'abord demandé aux enquêtées de nous donner leurs propres suggestions

**Tableau 23 : Avis de la population enquêtée sur la réduction de la population du VIH/SIDA en cas de réduction de la pauvreté**

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Oui	46	85.2
Non	8	14.8
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Selon ce qui ressort de ce tableau, 85,2% des répondants affirment que la diminution de la pauvreté affaiblirait ainsi le nombre des cas de transmission du VIH/SIDA dans leur milieu. C'est pourquoi elles proposent comme moyen de diminution de leur vulnérabilité face à la pauvreté, la promotion des activités génératrices de revenus autre que l'activité agricole en vue de leur donner la chance d'avoir leurs conditions de vie améliorées.

Pour celles qui ne sont pas de cet avis (14,8%), le nombre des cas de transmission du VIH/SIDA ne serait diminué qu'en accompagnant la lutte contre la pauvreté avec d'autres valeurs

**Tableau 24 : Suggestions de la population pour la réduction de la propagation du VIH/SIDA dans le secteur Musange**

Réponses	Effectifs	Pourcentage
Renforcer la formation sur le VIH/SIDA	5	62.5
Renforcer le système du dépistage volontaire	3	37.5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Source** : Résultats de notre enquête, Août 2012

Ici toutes les enquêtées n'ont pas recommandé ce que nous voyons dans ce tableau. Ce sont seulement les 14,8% des enquêtées qui n'ont pas été satisfaites par la réponse donnée dans le tableau précédent, c'est-à-dire celles qui voient que seule la réduction de la pauvreté ne diminue pas le niveau de propagation du VIH/SIDA. C'est pourquoi elles proposent aussi le renforcement de la formation et de l'information sur le VIH/SIDA (62,5%) et le renforcement du système de dépistage volontaire (37,5%).

### 3.3. Synthèse des résultats et vérification des hypothèses

Ce sont les questions de recherche, les objectifs et les hypothèses préalablement formulés qui ont guidé la partie empirique de ce travail.

En effet, le travail a été doté de deux hypothèses et d'après les résultats de la recherche, toutes ont été confirmées. La première hypothèse qui stipule que : « la pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais »

Ainsi, les résultats à ces questions ont montré que 27,8% des enquêtées vivent dans une situation de pauvreté absolue. Cette proportion renferme les 20,4% habitant des abris inadéquats, les 24,1% qui n'ont à peine qu'un seul repas par jour, les 70,4% qui se trouvent limité en ce qui concerne les soins de santé et les 53,7% qui n'arrivent pas facilement à scolariser leurs enfants. Pour des raisons de survie, ces femmes adoptent des comportements pouvant les exposer à l'infection du VIH/SIDA tel que la prostitution (32,2%), les rapports sexuels de faveur (51,9%), le recours aux « magendu » ou charlatans (27,7%) et les mariages précoces ou à risque (16,6%).

À travers ces comportements, les femmes risquent d'attraper ou de transmettre à leur partenaire le virus du VIH/SIDA, car les résultats de la recherche ont montré que 51,2% des séropositives ont été infectées à travers la prostitution ou rapports sexuels occasionnels. Raison pour laquelle 88,9% des répondants affirment que la pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA dans leur milieu.

Pour cela, nous concluons que notre première hypothèse stipule que : « la pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural ».

Concernant la deuxième hypothèse qui tournait vers l'avenir où nous avons énoncé que « l'opinion des enquêtées promettrait la réduction de la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais », les résultats de la recherche ont montré que 85,2% des enquêtées proposent la réduction de la pauvreté de la femme en vue de faire face au VIH/SIDA dans leur milieu. Celles-ci voient que la promotion des activités génératrices de revenus autres que l'activité agricole leur permettait d'améliorer leurs conditions de vie. Autres moyens proposés pour réduire le nombre des nouveaux cas des sidéens est le renforcement de l'information et de la formation sur le VIH/SIDA (9,2%) ainsi que le renforcement du système de dépistage volontaire (5,6%)

Ce qui montre que les enquêtées s'intéressent à ce que le VIH/SIDA soit éradiqué dans leur milieu. Bref, la troisième hypothèse de notre recherche est aussi confirmée.

## CONCLUSION GÉNÉRALE ET SUGGESTIONS

Conformément à la forme de tout travail de recherche scientifique, il s'agit ici de rappeler les points principaux qui nous ont servi à réaliser ce travail en faisant une synthèse globale de tous les éléments traités au cours du travail.

Le présent travail intitulé l' « influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais », a été effectué en deux parties essentielles et complémentaires à savoir la partie théorique et la partie empirique. Les deux parties sont précédées par une introduction générale comprenant l'intérêt et la délimitation du sujet, l'état de la question et problématique, les hypothèses et les objectifs de la recherche ainsi que la méthodologie utilisée.

La problématique de ce travail est concrétisée par trois questions à savoir :

1. Est-ce que réellement la pauvreté de la femme a une influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ?
2. En quoi la pauvreté de la femme influence –t-elle la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ?
3. Y aurait-il des stratégies pouvant atténuer le niveau de propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ?

Pour faciliter et guider le déroulement de ce travail, deux hypothèses opérationnelles ont été émises ;

1. La pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ;
2. Les propositions visant les changements comportementaux contribueraient à la réduction du niveau de propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais.

Concernant la démarche méthodologique, nous avons procédé par différentes méthodes et techniques. Nous avons fait recours aux méthodes systémique et descriptive. La recherche documentaire, le questionnaire, l'entretien individuelle, le focus group discussion, l'écoute et l'observation directe nous ont servi de techniques ou outils de collecte des données.

Ce travail a été subdivisé en trois chapitres, le premier a été consacré au cadre théorique et à la définition de certains concepts clés. Ce faisant, nous avons expliqué le notion de milieu rural, de pauvreté, de femme et du VIH/SIDA.

S'agissant de la pauvreté, il a été question de son profil, de ses causes et de ses indicateurs au monde et au Rwanda. D'une manière particulière, notre attention a été orientée vers la pauvreté de la femme au Rwanda où nous avons remarqué que dans sa position socio-culturelle, socio-économique et juridico-politique, la femme a été depuis longtemps considérée comme un être inférieur, ce qui l'a rendue toujours dépendante du sexe fort : son mari ou les membres masculins de sa famille.

En plus, nous avons vu que suite aux événements de la guerre et du génocide qu'a connu notre pays, la femme rwandaise (veuve, séparée, femme de détenu, etc.) s'est retrouvée brutalement à la tête de son foyer assumant des responsabilités nouvelles et improvisées. C'est-à-dire qu'avec les méfaits des dits événements, la femme rwandaise s'est retrouvée dans une situation douteuse et surtout de pauvreté. Ce qui l'expose aux différents dangers y compris l'infection au VIH/SIDA.

Quant à la situation actuelle du VIH/SIDA, nous avons vu que plus de 40% millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/SIDA. Au Rwanda, 11,1% de la population générale vivaient en 1997 avec le VIH/SIDA et on remarque que ce dernier semblait se déplacer de la ville (11,6%) vers la campagne (10,8%) et que la femme figure parmi les catégories les plus vulnérables vis-à-vis de sa propagation (11,3%).

Le second chapitre a porté sur présentation du milieu d'étude et approche méthodologique. Nous avons à cet effet, décrit le district de Nyamagabe quant à son aspect géographique socio-économique. Nous avons également décrit l'association ABANYAMURAVA qui constitue le cas particulier de notre étude. Et enfin, nous avons décrit la méthodologie suivie tout au long de cette recherche.

Le troisième chapitre consiste en la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête. Ces derniers nous ont permis de vérifier les hypothèses préalablement fixées.

En effet, grâce à une enquête menée auprès de 54 femmes membres de l'Association ABANYAMURAVA, à l'aide de quelques méthodes et techniques couramment utilisées, en travail social, nous avons pu récolter des résultats reflétant la relation qui existe entre la pauvreté de la femme et la propagation du VIH/SIDA. Ces résultats ont montré que 20,4% des femmes enquêtées habitent des maisons inadéquates, 24,1% ont à peine un seul repas par jour, 70,4% trouvent que leur accès aux soins de santé est limité tandis que 53,7% n'arrivent pas facilement à scolariser leurs enfants. Ce qui fait que 27,8% vivent dans une situation de pauvreté absolue.

Par conséquent, les femmes adoptent des comportements pouvant les exposer à l'infection du VIH/SIDA comme les rapports sexuels de faveur (51,9%), la prostitution (22,2%), le recours aux « magendu » (27,7%), les mariages précoces et/ou à risque (16,6%) et cela pousse 88,9% des répondants d'affirmer que la pauvreté de la femme affiche une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA dans leur milieu. Ce qui nous amène à confirmer à la fois nos deux premières hypothèses à savoir :

1. « La pauvreté de la femme a une grande influence sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais » ;
2. « La pauvreté de la femme serait à la base des comportements responsables de la propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais ».

Quant à ce que l'on peut faire pour diminuer les cas de transmission du VIH/SIDA dans leur milieu, les enquêtées proposent qu'il faut d'abord lutter contre la pauvreté de la femme (85,2%) par la promotion des activités génératrices de revenus autres que l'activité agricole (comme l'activité commerciale, les tontines, les activités artisanales, etc.) . Elles proposent également le renforcement de la formation et de l'information sur le VIH/SIDA (9,2%) ainsi que le renforcement du système de dépistage volontaire (5,6%). Cela confirme notre troisième hypothèse qui stipule que les propositions visant les changements comportementaux contribueraient la réduction du niveau de propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais.

A partir de ces résultats, nous avons en dernier lieu essayé de formuler quelques suggestions pouvant aider en matière de lutte contre la pauvreté de la femme et du VIH/SIDA en milieu rural rwandais.

Comme le dit le Dr Gro HARLEM BRUNDLAND, directeur général de l'OMS, cité par PRB (2001 :9), « **nous n'obtiendrons aucun progrès dans la lutte contre le SIDA tant que les femmes n'auront pas le contrôle de leur sexualité** ». Néanmoins, à partir des résultats de la recherche, nous remarquons que ce contrôle sexuel ne serait possible qu'au prix de l'amélioration de la situation socio-économique des femmes.

Ainsi, une série de suggestions aux problèmes de la pauvreté de la femme et du VIH/SIDA a été formulé d'une façon suivante :

- **Aux autorités locales :**

- Insérer dans ces programmes d'apprentissage des métiers, des cours d'alphabétisation pour des femmes analphabètes.
- Inciter les femmes à déterminer leurs besoins et leurs priorités.
- Aider les gens à comprendre le rôle des préservatifs.
- Disponibiliser les préservatifs à la portée de la population
- Diminuer le prix des préservatifs.

- **Aux membres de la coopérative :**

- Promouvoir l'égalité des sexes dans les familles.
- Intéresser les femmes à connaître leurs droits.
- Valoriser le rôle de la femme dans la famille et dans la société.
- Faire une auto-évaluation des associations au moins une fois par an.
- Renforcer les systèmes d'épargne et de crédit.

- **Au gouvernement :**

- Faire apprendre aux filles et femmes qui n'ont pas la chance de continuer leurs études de différents métiers.
- Favoriser des formations en matière de conception, d'élaboration et de gestion des projets.
- Encourager les femmes à se regrouper dans des associations.
- Financer les activités préférées par les femmes elles-mêmes.
- Créer un fonds pour les orphelins du SIDA.
- Aider les malades, les orphelins et autres victimes du SIDA à bien surmonter leurs problèmes psychosociaux.
- Disponibiliser les médicaments qui aident les malades à prolonger leur existence.

- **Aux futurs Chercheurs :**

Nous avons également essayé de proposer quelques études subséquentes aux autres chercheurs pouvant nous compléter. Les études proposées sont :

1. Impact socio-économique du VIH/SIDA sur la vie des femmes rurales rwandaises ;
2. Le rôle des activités génératrices de revenus chez la femme rwandaise dans la diminution des cas du SIDA en milieu rural rwandais ;
3. Les principaux facteurs de propagation du VIH/SIDA en milieu rural rwandais.

## BIBLIOGRAPHIE

### I. Ouvrages principaux

1. **ADRIAENSSENS, J.**, *La pauvreté, le mariage, la famille au Rwanda*, Butare (1964).
2. **BERGER, R.J. et WHITAKER, J.S.**, *Stratégies pour un nouveau développement en Afrique*, Economica, Paris (1990).
3. **CHAMBERS, R.**, *Développement rural : la pauvreté cachée*, Karthala et C.T.A (1990)
4. **CHRISTINA DE ROBERTIS et HENRI, P.**, *Intervention collective en travail social, L'action auprès des groupes des communautés*, Le centurion, Paris(1991).
5. **DE BEAUVOIR, S.**, *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard (1949).
6. **FAO**, *Impact du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitations agricoles en Afrique de L'Ouest*, FAO, Rome (1998).
7. **FAO**, *La situation mondiale de l'agriculture*, 1<sup>ère</sup> édition, Rome (1964).
8. **GALBRAITH, J.K.**, *Les conditions du développement économique*, Nouveaux Horizons, Paris (1984).
9. **GRAWITZ, M.**, *Méthode des Sciences sociales*, 10<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz (1963).
10. **GRAWITZ, M.**, *Méthode des Sciences sociales*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz (1993).
11. **GRAWITZ, M.**, *Méthode des Sciences sociales*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz (1996).
12. **HAVEL, J.E.**, *La condition de la femme*, Paris, Armand Col in (1985).
13. **JAVEAU, C.**, *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien*, 3<sup>ème</sup> édition, 2<sup>ème</sup> tirage, Éditions de l'Université de Bruxelles (1994).
14. **JOINET, B. et MUGALOLA, T.**, *Survivre face au SIDA en Afrique*, Paris, Éditions Karthala (1990).

15. **MINAGRI**, *Le rôle de la femme dans l'agriculture rwandaise*, Kigali (2001).
16. **MINECOFIN**, *Indicateurs de développement du Rwanda 2001*, Kigali (1997).
17. **MONTAGNIER, L.**, *SIDA : les faits. L'espoir*, Ed. Régie générale de presse, 11<sup>ème</sup> Édition, Bruxelles (1993).
18. **NTAMPAKA, C.**, *La femme et la fille dans leurs familles d'origine*, Haguruka, Kigali (2001).
19. **PRB**, *Inquiétudes féminines : les femmes et le VIH/SIDA dans les medias* Washington (1984)
20. **ROZENBAUM, W. et al.** , *SIDA : réalités et fantasmes*, Paris (1975).
21. **STOLERU, S.J.**, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, Flammarion, Paris(1997).
22. **STROMQUIST, N.P.**, *Faire davantage participer les filles et les femmes á L'éducation de base*, Paris, UNESCO (2000).
23. **VERNA, G.**, *La pauvreté*, Economica, Paris (1968).
24. **ZUCCIANA, A.**, *Les responsabilités de la femme dans la vie sociale*, Strasbourg (1970).

## II. Dictionnaires

25. **DIDEROT, D.** *Encyclopédie Universelle*, tome4, 1996
26. **GRAWITZ, M.** *Lexique des sciences sociales*, Paris. (1981).
27. **Bertrand Éveno**, *Petit Larousse édition entièrement nouvelle*, 1997
28. **Paul ROBERT**, *Petit Robert Alphabétique et analogique de la langue Française*, 1997
29. **GIRODET, M.J.** *Dictionnaire Bordas, vol. 1*, SGED. (1998).
30. **GIRODET, M.J.** *Encyclopédie Bordas, vol.4*, SGED. (1998).

### III. Mémoires

31. **BUGINGO KAMAREBE** *Contribution à l'étude de l'impact de fonds communaux* (2001).  
*Des femmes dans la lutte contre la pauvreté féminines*, Mémoire,  
UNR.
32. **MBESHERUBUSA, R.** *Le planning familial en milieu rural rwandais*, mémoire  
UNR. (2002).
33. **MUKASEKURU, E.** *La réintégration sociale des femmes et filles victimes des  
Violences sexuelles au cours du génocide de 1994 au Rwanda*,  
*mémoire*, ULK. (2001)
34. **MUNYANKUYU, M.S.** *Conseils pratiques sur la manière de travailler en  
Recherche Scientifique*, Manuscrit proposés à la commission de la  
*Recherche scientifique pour publication*, Butare, UNR. (1999).
35. **UWIMBABAZI, S.** *La problématique de l'intégration sociale des sideens*, Mémoire, ULK.  
(1999).
36. **YANKURIJE, U.C.** *La femme rwandaise face aux conséquences du génocide.*  
*Cas des membres d'AVEGA* (1999).

### IV. Notes de cours

37. **BIMENYIMANA, P.**, *Méthodologie de recherche*, INES, Ruhengeri. (2011).
38. **BIMENYIMANA, P.**, *Techniques de sondage*, INES, Ruhengeri. (2012).
39. **KAMPIRE, M.T.**, *Initiation au travail scientifique*, note de cours. . (1997-1998).

### V. Rapports, revues et journaux

40. **BIT**, *Étude sur la situation de la femme au Rwanda*. (1995).

41. **B.M** *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : combattre la pauvreté*, ESKA. (2001).
42. **District de Nyamagabe** *Rapport annuel*. (2006).
43. **District de Nyamagabe** *Plan de développement communautaire*. (2006).
44. **FIDA** *L'état de la pauvreté rurale dans le monde : profil de l'Afrique*. (1995).
45. **MINECOFIN** *Un profil de la pauvreté au Rwanda (1999-2001)*, Kigali. (2002).
46. **MINISANTE** *Enquête sur la prostitution au Rwanda*, Kigali. (1998).
47. **NATIONS UNIES** *Rapport économique sur l'Afrique 1999 ; le défi de la réduction de la Pauvreté et de la viabilité*, Addis-Abeba. (1999).
48. **ONUSIDA** *Le point sur l'épidémie du SIDA*. (1999)
49. **ONUSIDA** « *Femme et VIH* », in *aide-mémoire*. (2001).
50. **ONUSIDA/OMS** *L'épidémie mondiale à VIH/SIDA*. (1999).
51. **PNLS** *Enquête de séroprévalence de l'infection du VIH/SIDA dans la population générale*, Kigali. (1997).
52. **PNLS** *Analyse de la situation dans le domaine de l'infection au VIH/SIDA au Rwanda*, Kigali. (1998).
53. **PNUD** *Rapport mondial sur le développement humain*, Economica. (1993).
54. **PNUD** *Les femmes en Afrique ; portraits de dirigeantes, un mandat pour le changement*, New York. (1997).

## **VI. Références électroniques**

55. « La femme et le VIH/SIDA en Afrique », en ligne [http ; //www.awnc.com](http://www.awnc.com)

56. « Où sont les femmes ? », [www.cisd.org/doc/sida](http://www.cisd.org/doc/sida)

57. « la femme et la pauvreté, dix ans plus tard », <http://www.ncwc.nbes.net>

58. « l'épidémiologie de l'infection du VIH/SIDA au Rwanda », [http://www.cnls.gov.rw/site  
map.html](http://www.cnls.gov.rw/site_map.html)

# ANNEXES

## **Annexe 1:QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION ABANYAMURAVA**

Je m'appelle Florence, étudiante finaliste de l'INES-RUHENGERI. J'effectue une recherche sanctionnant la fin du cycle de Licence en Administration Publique et Bonne Gouvernance. Mon sujet porte sur « **L'influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA en milieu rural, cas de l'association ABANYAMURAVA (2005-2010)** » et j'aimerais vous demander votre contribution en répondant au questionnaire suivant. Je vous garantie que l'information fournie sera traitée confidentiellement.

### **CONSIGNE**

- Vous répondez librement et attentivement á chaque question.
- Mettez une croix dans la case correspondant á la réponse choisie.
- Pour les questions ouvertes, répondez á la place réservée á cet effet. Si elle est insuffisante, écrivez au verso mais n'oubliez pas d'indiquer le numéro de la question.

**I. Identification**

1. Age :

16-25 26-35 36-45 46-55 

56+

2. Etat Civil :

Célibataire  Marié Veuf  Divorcée 

3. Niveau d'étude :

Ecole primaire  Ecole secondaire Ecole professionnelle  Baccalauréat Licence  Maitrise  Doctorat 

4. Profession :

Agri-éleveur  Agent de l'Etat Agent d'une entreprise ou d'une institution Commerçant  Autres 

5. Religion :

Chrétien  Musulman  Traditionnel

6. Adresse complète :

Cellule :.....

Secteur.....  
.....

District :.....  
.....

## II. Questions

### A. La connaissance générale sur le SIDA

1. Connaissez-vous ce que c'est le SIDA?

Oui

Non

Si oui, quand est-ce que vous l'aviez connu ?.....

2. Quels sont les modes de transmission du SIDA que vous connaissez ?.....

3. Y a-t-il des moyens préventifs contre le SIDA

Si oui, connaissez-vous lesquelles ?.....

4. Comment pourriez-vous juger le niveau de propagation du VIH/SIDA dans votre milieu ?

Très élevé

Elevé

Moyen

Bas

5. Au cas où vous trouveriez que le niveau de propagation du VIH/SIDA dans votre milieu est élevé, cela est dû à quels facteurs ?

Ignorance

Pauvreté

Alcoolisme

Culture rwandaise

Autre

**B. Conditions de vie des membres de l'association ABANYAMURAVA**

6. Comment pourriez-vous juger votre condition de vie quotidienne ?

Très bonnes

Bonnes

Passable

Mauvaises

Très mauvaises

7. En moyenne, prenez-vous combien de repas par jour dans votre foyer ?

1 repas/jour

2 repas/jour

3 repas/jour

8. Comment jugez-vous votre maison d'habitation ?

Adéquate

Inadéquate

9. Comment jugez-vous votre accès aux soins de santé (vous et votre famille) ?

Facile

Difficile

10. Etes-vous en mesure de scolariser facilement des enfants à votre chargé ?

Oui

Non

### C. La pauvreté de la femme et l'infection au VIH/SIDA

11. Quels sont les comportements liés à la pauvreté qui peuvent favoriser la contamination du VIH/SIDA qu'on peut rencontrer chez les membres de votre association ?.....

12. Admettez-vous que réellement la pauvreté peut influencer la propagation du VIH/SIDA dans votre milieu ?.....

13. Entre le SIDA et la pauvreté qu'est-ce qui vous fait paniquer davantage ?.....

Le SIDA

La pauvreté

Expliquer :.....

14. Parmi les réponses mentionnées ci-dessous, lesquelles vous semblent vraies par ordre des priorités ?

La pauvreté cause le VIH/SIDA

Mieux vaut mourir de SIDA que de faim

Mieux vaux mourir de faim que de SIDA

Les conséquences du SIDA et celles de la pauvreté sont similaires

15. Mieux vaut mourir de faim que le SIDA.....

.....  
.....

**D. Ce qui peut réduire la pauvreté de la femme et l'infection au VIH/SIDA**

16. Quelles sont les stratégies à prendre en vue de permettre aux femmes de votre association de sortir de la pauvreté.....

17. Pensez-vous que le SIDA diminuerait au fur et à mesure que la pauvreté était éradiquée ?

18. Donnez d'autres suggestions menant à la réduction de l'infection au VIH/SIDA au sein de votre milieu ?.....

**IBIBAZO BIGENEWE ABANYAMURYANGO BO MU ISHYIRAHAMWE  
ABANYAMURAVA**

Nitwa UMULISA Florence, umunyeshuri urangiza mu ishuri rikuru rya INES-RUHENGERI. Ndi gukora ubushakashatsi mu mwaka wa nyuma mu gashami k'ubutegetsi n'imiyoborere myiza kuri « **Uruhare umugore w'umukene agira mu gukwirakwiza agakoko gatera SIDA mu cyaro, (2005-2010)** » niyo mpamvu mbasaba gushyiraho ibibazo bikurikira

**AMABWIRIZA**

- Musubize mwitonze , mwisanzuye kuri buri kibazo
- Mushyire mu kazu akamenyetso mu kazu kajyanye n'igisubizo wahisemo
- Mu bibazo byo gushyiraho wisanzuye, subiriza mu mwanya wabugenewe niba udahagije, uhindure usubirize inyuma wibuke gushyiraho nimeru y'ikibazo.

**IBIBAZO BIGENEWE ABANYAMURYANGO BO MU ISHYIRAHAMWE  
ABANYAMURAVA**

**I.UMWIRONDORO**

1. Imyaka:

16-25

26-35

36-45

46-55

56+

2. Amashuri wize:.....

Abanza  Ayisumbuye  Kaminuza

Ayandi  Ntiyize

3. Akazi ukora; .....

Umuhinzi mworozu  Umukozi wa Leta

Umucuruzi  Ibindi  Ntacyo ukora

4. Idini usengeramo :

.....

Umukirisitu  Umuyisiramu

Gakondo  Yehova

5. Aho ubarizwa:

Akagari:.....

Umurenge:.....

Akarere:.....

6. Irangamimerere:

Ingaragu  Arubatse

Umupfakazi  Baratandukanye

**II. IBIBAZO**

**A.Ubumenyi rusange kuri SIDA**

1.Waba uzi SIDA icyo aricyo ? Yego  ; oya

Niba ari yego wayimenye ryari ?.....

2. Ni ubuhe buryo waba uzi SIDA yanduriramo ?.....

.....

.....

.....

3. Haba hari uburyo buriho bwo kwirinda SIDA ? Yego  Oya

Niba hari ubwo uzi ni ubuhe ?.....

.....

4. Ubona ute ubwiyongere bw'ubwandu bwa SIDA aho utuye ?

- Burakabije cyane

- Burakabije

- Buraringaniye

- Buri hasi

5. Niba ubona ubwiyongere bw'ubwandu bwa SIDA bukabije, byaba biterwa n'izihe mpamvu ?

Ubujiji

Ubukene

Ubusinzi

-Umuco nyarwanda

Ibindi.....  
.....

**B.Imibereho rusange y'abategarugori bo mu ishyirahamwe ABANYAMURAVA**

6.Ese ubona imibereho yawe ya buri muni imeze ite ?

Myiza cyane

Myiza

Iraringaniye

Mibi

Mibi cyane

7.Iyo urebye ubona mu rugo rwawe mushobora gufungura ( kurya) kangaha ku muni ?

Inshuro 1

Inshuro 2

Inshuro 3

8. Mubona inzu mutuyemo ibahagije ?

Irduhagije

Ntiduhagije

9. Ubona wowe n'abawe mushobora kwivuza k'uburyo buboroheye ? Yego  ; Oya

10. Ubona abana urera ushobora kubishyurira amashuri k'uburyo bukorohye ?

Niba ari yego tubwire uburyo ukoresha niba ari oya, tubwire impamvu

.....  
....

**C.Ubukene bw'umugore n'ubwandu bwa SIDA**

11. Ni iyihe myifatire ikururwa n'ubukene ishobora kwanduza SIDA ushobora gusangana abanyamuryango b'ishyirahamwe ryanyu ?

.....  
.....

12. Kubwawe ubona koko ubukene bushobora gutuma SIDA ikwirakwira mu gace utuyemo ?

.....  
.....

13. Ari SIDA ari n'ubukene utinya iki ? Sida ; Ubukene

Sobanura : .....  
.....

14. Muri ibi bisubizo bikurikira ni ibihe wafataho ukuri uhereye kubyo wumva ari ingenzi kurusha ibindi ?

Ubukene butera SIDA

Aho kwicwa n'inzara wakwicwa na SIDA

Aho kwicwa na SIDA wakwicwa n'inzara

Ingaruka za SIDA zingana n'iz'ubukene

15. Utekereza iki ku bantu bavuga ko aho kwicwa n'inzara wakwicwa na SIDA

.....  
..

**C. icyatuma ubukene bw'umugore n'ubwandu bwa SIDA bigabanuka**

16. Ubona hakorwa iki kugirango abari n'abategarugori bo mw' ishyirahamwe ryanyu bashobora kwikura mu bukene ?.....

.....  
.....

17. Ubona ubukene bugabanutse n'ubwandu bwa SIDA bwagabanuka ? Yego  ; Oya

18. Tanga izindi nama ubona zatuma ubwandu bwa SIDA bugabanuka muri aka karere kanyu ?

.....  
.....

**Annexe 2 : Guide d'entretien aux autorités du district de NYAMAGABE**

1. Pourriez-vous nous dire comment vous voyez les conditions de vie au sein de votre district ?
2. D'une manière particulière, comment jugez-vous les conditions de vie féminine
3. Avez-vous entendu parler de l'existence de la pandémie du SIDA dans ce district ?
4. Si oui, quel son ampleur ?
5. D'après vous, quels sont les facteurs qui sont á la base de l'accroissement de cette épidémie ?
6. Selon vous, quelle la part de la pauvreté féminine dans l'augmentation de cette épidémie ?
7. Est-ce que vous voyez les femmes dans ce district puissent facilement lutte contre l'épidémie de SIDA ?
8. Si vous trouvez que ceci n'est pas facile, quels sont les obstacles ?
9. Quelles sont les stratégies envisagez-vous prendre en vue d'aider les femmes dans l'éradication de la pauvreté ainsi que la pandémie du VIH/SIDA dans ce district ?

**Inyoborangingo**

- 1.Mwatubwira muri rusange uko imibereho yifashe muri aka karere kanyu ?
- 2.By'umwihariko mwatubwira imibereho y'umwari n'umutegarugori wo muri aka karere ?
- 3.Ese haba hari icyorezo cya SIDA kivugwa muri aka karere kanyu ?
- 4.Niba gihari se mubona kifashe gite ?
5. Mubona ari izihe mpamvu zituma icyo cyorezo kiyongera muri aka karere ?
- 6.Ni uruhe ruhare ubukene bw'umugore bwaba bufite muri uko kwiyoungera k'ubwandu bwa SIDA ?
- 7.Ese ubona byoroheye abari n'abategarugori bo muri aka karere kurwanya icyorezo cya SIDA ?
- 8.Niba butaboroheye ubona ari izihe nzitizi bahura nazo
9. Ni izihe ngamba mufite mu gufasha abari n'abategarugori bo muri aka karere kurwanya ubukene no guhashya icyorezo cya SIDA ?

**Annexe 3 : Grille de dépouillement du questionnaire réservé à la population du secteur  
MUSANGE**

<b>Questionnaire</b>	<b>Eléments de réponse</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
1. Répartition des répondants selon l'âge	• Moins de 20ans		
	• 20-24	3	5,6
	• 25-29	5	9,3
	• 30-34	7	12,9
	• 35-39	9	16,7
	• 40-44	12	22,2
	• 45-49	8	14,8
	• 50 et plus	6 4	11,1 7,4
2. Répartition des répondants selon l'état civil	• Célibataires	6	11,1
	• Mariées	11	20,3
	• Veuves	26	48,1
	• Séparées	4	7,4
	• Libres	7	13
3. Répartition des répondants selon le niveau d'étude	• Sans niveau	12	22,2
	• Primaire non achevé	20	37
	• Primaire achevé	16	29,6
	• CFJ	4	7,4
	• Secondaire	2	3,7
4. Répartition des répondants selon la religion	• Catholique	43	79,7
	• Protestant	7	13
	• Adventiste	3	5,5
	• Témoins de Jehova	1	1,8
5. Connaissance de la population sur le mode de transmission du VIH/SIDA	• Voie sexuelle	54	100
	• Objets tranchants souillés	50	90,5
	• Sang contaminé	45	85,7
	• Voie verticale	40	66,7
6. La connaissance sur les moyens de prévention du VIH/SIDA	• Fidélité conjugale	45	80
	• Abstinence sexuel	42	77
	• Utilisation des	36	68,5

	<ul style="list-style-type: none"> <li>préservatifs</li> <li>• Test VIH</li> </ul>	35	62,1
6. Etat de la propagation du SIDA dans le milieu d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très élevé</li> <li>• Élevé</li> <li>• Moyen</li> <li>• Bas</li> <li>• Très bas</li> </ul>	12 19 15 6 2	22,2 35,2 27,8 11,1 3,7
7. Les facteurs de la propagation du VIH/SIDA selon la population enquêtée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauvreté</li> <li>• Ignorance</li> <li>• Alcool</li> <li>• Désir sexuel</li> <li>• Absence de test VIH avant le mariage</li> <li>• Carence d'hommes</li> <li>• Viol sexuel</li> </ul>	44 40 34 28 10 8 4	81,5 74,1 63 51,8 18,5 14,8 7,4
8. État de logement de la population enquêtée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adéquate</li> <li>• Passable</li> <li>• Inadéquate</li> </ul>	13 30 11	24,1 55,5 20,4
9. Nombre de repas par jour dans les familles enquêtées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 repas</li> <li>• 2 repas</li> <li>• 3 repas</li> </ul>	13 34 7	24,1 63 12,9
10. Moyens d'accès aux soins de santé de la population enquêtée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facile</li> <li>• difficile</li> </ul>	16 38	29,6 70,4
11. État de scolarisation des familles de la population enquêtées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• facile</li> <li>• difficile</li> </ul>	25 29	46,3 53,7
12. Comportements de la pauvreté de la femme, vecteurs du VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conjoint</li> <li>• vagabondage sexuel</li> <li>• viol sexuel</li> <li>• «magendu»</li> </ul>	18 22 2 1	41,9 51,9 4,6 2,3
13. L'influence de la pauvreté de la femme sur la propagation du VIH/SIDA dans le milieu d'étude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> <li>• non</li> </ul>	48 6	88,9 11,1
14. Comportements à risque liés à la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prostitution</li> <li>• rapports sexuels de faveurs</li> </ul>	12 28	22,2 51,9

pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mariages précoces et/ou à risque</li> </ul>	9	16,6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• recours aux charlatans ou «magendu»</li> </ul>	15	100
15. Besoins couverts par les rapports sexuels occasionnels ou prostitution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nourriture</li> </ul>	8	14,8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• boissons</li> </ul>	14	25,9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• habit</li> </ul>	3	5,6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• travail</li> </ul>	6	11,1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• argent</li> </ul>	14	25,9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• autres</li> </ul>	9	16,7
16. État de crainte entre le SIDA et la pauvreté par les enquêtes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les conséquences du SIDA équivalent à celles de la pauvreté</li> </ul>	47	87
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mieux vaut mourir du SIDA que de la pauvreté</li> </ul>	3	5,5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mieux vaut mourir de la pauvreté que du SIDA</li> </ul>	42	77,8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La pauvreté est cause de l'infection du VIH/SIDA</li> </ul>	51	94,4
17. Avis de la population enquêtée sur la réduction de la population du VIH/SIDA en cas de réduction de la pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>	46	85,2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non</li> </ul>	8	14,8
18. Suggestions de la population pour la réduction de la propagation du VIH/SIDA dans le secteur Musange	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la formation sur le VIH/SIDA</li> </ul>	5	62,5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le système du dépistage volontaire</li> </ul>	3	37,5