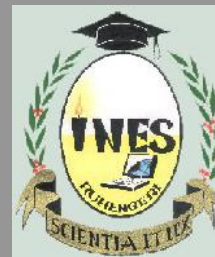


**INSTITUT D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEURE  
DE RUHENGERI**

*Accredited by Ministerial Order N° 005/2010/Mineduc of 16 June 2010*



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

**DÉPARTEMENT DE GESTION DES ENTREPRISES**

*Scientia et  
Lux*

**LA CONTRIBUTION SOCIO ÉCONOMIQUE  
DU PARTNERS IN HEALTH A LA LUTTE  
CONTRE LE VIH/SIDA AU RWANDA  
CAS DE L'HÔPITAL DE BUTARO, CENTRE DE SANTE  
DE KINONI PERIODE 2008-2011.**

**Mémoire présenté et défendu en vue de  
l'obtention du Grade de Licencié en  
Gestion des Entreprises  
Présenté par : UWAMAHORO Mariane**

**Directeur: Mr ZIGANIMBUGA Prosper (MBA)**

**B.P. 155  
Ruhengeri  
Rwanda**

**T : +(250) 07 88 90 30 30  
: +(250) 08 88 90 30 32  
W : [www.ines.ac.rw](http://www.ines.ac.rw)  
E : [inesruhengeri@yahoo.fr](mailto:inesruhengeri@yahoo.fr)**

**Musanze, Novembre 2012**

**DÉDICACE**

À Dieu Tout Puissant,

À notre Frère et Sœur,

À nos collègues ;

À nos Amis,

À tous ceux qui nous sont chers.

## **REMERCIEMENTS**

L'aboutissement et la réussite de ce travail sont les fruits de grands efforts et sacrifices de plusieurs personnes auxquelles nous tenons à exprimer nos remerciements les plus sincères.

À toutes autorités de l'Institut d'Enseignement Supérieur de RUHENGARI (INES-RUHENGARI), aux professeurs du Département de Gestion des Entreprises, nous exprimons notre profonde gratitude pour l'occasion et la formation qu'ils nous ont donnée et dont nous avons bénéficié à plusieurs égards.

Notre profonde reconnaissance s'adresse au Directeur de ce Mémoire Mr ZIGANIMBUGA Prosper qui a accepté de diriger ce travail malgré beaucoup de responsabilités qui incombent sur lui. Ses conseils, ses orientations, ses corrections et ses encouragements nous ont été de grande importance et ont contribué à la réussite de ce travail de recherche.

Nos remerciements vont également à l'hôpital de Butaro et Partners In Health en particulier au personnel des dites institutions pour les informations qu'ils nous ont fournies et qui nous ont été très utiles.

Nous tenons plus particulièrement à remercier la famille de NDIHOREYE Félicien et celle de NDAHAYO Jean Damascène de leur soutien matériel ainsi que moral tout au long de nos études, nous ne pouvons pas oublier d'exprimer une reconnaissance spéciale à notre famille en général pour les conseils, et les encouragements tout au long de nos études et de la réalisation de ce travail.

Nous remercions enfin tous les collègues de classe pour la bonne ambiance de travail qu'ils créent ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre très haute considération.

**UWAMAHORO Mariane**

## TABLE DE MATIÈRE

<b>DÉDICACE</b> .....	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>ii</b>
<b>TABLE DE MATIÈRE</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTES DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>vii</b>
<b>SIGLES ET ABBRÉVIATIONS</b> .....	<b>viii</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>0. INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>1</b>
<b>1. CHOIX ET INTÉRÊT DU SUJET</b> .....	<b>2</b>
1.1 Choix du sujet.....	2
1.2 Intérêt du sujet .....	2
1.2.1 Intérêt personnel .....	2
1.2.2 Intérêt social .....	2
1.2.3 Intérêt académique et scientifique .....	3
<b>2. PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>3</b>
<b>3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE</b> .....	<b>4</b>
<b>4. OBJECTIF DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>4</b>
4.1 Objectif général .....	4
4.2 Objectifs spécifiques .....	4
<b>5. DÉLIMITATION DU SUJET</b> .....	<b>5</b>
5.1 Délimitation dans l'espace .....	5
5.2 Délimitation dans le temps .....	5
5.3 Délimitation dans le domaine .....	5
<b>6. MÉTHODES ET TECHNIQUES</b> .....	<b>5</b>
6.1 Méthodes .....	6
6.2 Techniques.....	6
<b>7. SUBDIVISION DU TRAVAIL</b> .....	<b>6</b>
<b>CHAPITRE I: CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THÉORIQUE</b> .....	<b>7</b>
1.1 DÉFINITIONS DES CONCEPTS .....	7
1.1.1 Contribution.....	7
1.1.2 Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) .....	7
1.1.3 VIH/SIDA.....	8
1.1.4 Contribution socio économique.....	8
1.2. CADRE CONCEPTUEL.....	8
1.2.1. Le VIH.....	9
1.2.2 LE SIDA .....	9
1.2.3 Mode de transmission du VIH.....	9
1.2.4 Mode de prévention du VIH /SIDA .....	10
1.2.5 Aperçu historique du VIH/SIDA au niveau mondial .....	12

1.2.5.1 VIH/SIDA En Europe.....	12
1.2.5.2 VIH/SIDA au Rwanda.....	13
1.2.6 La prévention et traitement du VIH/SIDA .....	16
1.2.6.1 Principes Généraux à observer pour la prévention du VIH/SIDA. ....	17
1.2.7 Les conséquences du VIH/SIDA sur l'Afrique.....	18
1.2.7.1 Les conséquences démographiques du VIH/SIDA sur l'Afrique .....	18
1.2.7.2 Les conséquences économiques du VIH SIDA.....	19
1.2. 8 Les effets secondaires des médicaments anti rétroviral .....	20
1.2.9 Prise en charge du VIH/SIDA et appui social .....	20
1 .2 .10 Considération éthiques .....	22
<b>Conclusion partielle.....</b>	<b>23</b>
<b>CHAPITRE II. DESCRIPTION DU MILIEU D'ÉTUDE ET LA</b>	
<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>24</b>
2 .1 DESCRIPTION DU MILIEU D'ETUDE.....	24
2.1.1 Définition.....	24
2.1.2 Présentation de l'hôpital de BUTARO.....	24
2.1.2.1 Situation géographique de l'hôpital de BUTARO .....	24
2.1.2.2 Les Objectifs primordiales de l'hôpital.....	24
2.1.2.3 Comité de gestion de l'Hôpital .....	25
2.1.2.4 Partenaires de l'hôpital .....	25
2.1.3 Présentation du centre de santé de KINONI.....	26
2.1.3.1 Historique du centre de santé de KINONI .....	26
2.1.3.2 Situation géographique de l'organisation .....	26
2.1.3.3 Aspect climatique .....	26
2.1.3.4 Aspect économique .....	27
2.1.3.5 Statut juridique .....	27
2.1.3.6 Objectifs et domaine d'intervention .....	27
2.1.3.7 Organisation du Centre de Santé de Kinoni .....	28
2.1.3.8 Fonctionnement .....	28
2.1.3.9 Ressources financières.....	30
2.1.3.10 Réalisations et perspectives d'avenir.....	30
1. Réalisations.....	31
2. Perspectives d'avenir.....	31
2.1.4 Présentation du Partners In Health (PIH) .....	32
2.1.4.1 Question de départ.....	32
2.1.4.2 Aperçu historique du Partners In Health au Rwanda .....	33
2.1.4.3 Présentation du Partners In Health à l'hôpital de Butaro .....	34
2.1.4.4 Principes fondamentaux du PIH.....	35
2.2 LA METHODOLOGIE.....	36
2.2.1. Les méthodes .....	36
2.2.1.1 Méthode statistique.....	36
2.2.1.2 Méthode analytique .....	37
2.2.1.3 Méthode comparative .....	37
2.2.2 LES TECHNIQUES .....	37
Notre travail est guidé par les techniques ci-après : .....	37

2.2.2.1	Technique documentaire .....	37
2.2.2.2	Technique d'enquête par questionnaire.....	38
2.2.2.3	Technique d'entretien .....	38
2.2.2.4	La technique d'échantillonnage.....	38
<b>CHAPITRE III: PRÉSENTATION DES DONNÉES, ANALYSE ET</b>		
<b>INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....</b>		<b>41</b>
3.1	IDENTIFICATION DES ENQUÊTÉS .....	41
3.1.1	Âge des enquêtés .....	41
3.1.2	Identification des PVVIH/SIDA enquêtés selon le sexe .....	42
3.1.3	Identification des enquêtés selon la relation avec le centre de Santé .....	43
3.1.4	Identification des enquêtés selon le niveau d'étude .....	43
3.2	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE .....	44
3.2.1	Connaissance du projet Partners In Health.....	44
3.2.2	Contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA.....	45
3.2.3	Accompagnement des patients .....	46
3.2.4	Raison de la mise en place du projet Partners In Health .....	47
3.2.5	Progrès issus de la collaboration avec Le Projet PIH.....	48
3.2.6	Impact d'une association aux PVVIH .....	49
3.2.7	Comment contribue t- il dans la lutte contre le VIH/SIDA.....	49
3.2.8	Jugements des enquêtés sur PIH.....	50
3.2.9	Entretien avec les personnels du Centre de santé.....	51
3.3	VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES .....	52
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>		<b>53</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>		<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>56</b>

## LISTES DES TABLEAUX

Table 1: Répartition du personnel par qualification selon le genre.....	29
Table 2: Identification des répondants enquêtés par la classe d'âge .....	41
Table 3: Identification de tous les répondants par sexe.....	42
Table 4: Identification des répondants par relation .....	43
Table 5: Identification des répondants par le niveau d'étude .....	43
Table 6: Connaissance sur le projet Partners In health.....	44
Table 7: Contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA.....	45
Table 8: Accompagnement des patients .....	46
Table 9: Problèmes que connaissaient les PVVIH/SIDA avant que le projet PIH ne commence ses activités.....	47
Table 10: Progrès réalisés grâce à la collaboration avec le Projet PIH .....	48
Table 11: appartenir dans une association et son avantage .....	49
Table 12: Contribution du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA .....	50
Table 13: Appréciation du Projet PIH par les enquêtés .....	50

**LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1: INTRODUCTION .....	a
ANNEXE 2: INTANGIRIRO .....	b
ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX BÉNÉFICIAIRES DU PROJET PARTNERS IN HEALTH/ HOPITAL BUTARO, CENTRE DE SANTE KINONI.....	c
ANNEXE 4: IBIBAZO BIGENEWE ABAGENERWABIKORWA B'UMUSHINGA INSHUTI MU BUZIMA UKORERA MU BITARO BYA BUTARO, IKIGONDERABUZIMA CYA KINONI.....	g
ANNEXE 5: TABLE DE DÉTERMINATION DE L'ÉCHANTILLON D'ALAIN BOUCHARD.....	i
ANNEXE 6: Organisation et organigramme.....	j

## SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

%	: Pourcentage
ARV	: Anti Retro viral
ASC	: Agent de Santé communautaire
C.S	: Centre de Santé
CHAI	: Clinton HIV / AIDS Initiative
CNLS	: Commission Nationale de lutte contre le Sida
CPC	: Consultation Primaire et Curative
EMR	:Electronic Medical Record
FOSA	: Formation sanitaire
Frw	: Francs Rwandais
Http	: Hyper Text Transfer Protocol
IHSJ	: Institut of health social and justice
IM	: Intra Musculaire
IMB	: Inshuti Mu Buzima
INES	: Institut d’Enseignement Supérieur
IV	: Intra veineuse
MINISANTE	: Ministère de la Santé
MOH	:Ministry of Health
Mr.	: Monsieur
MST	: Maladie sexuellement transmissible
OMS	: Organisation mondiale de la santé
Open MRS	: Open Medical Record System
p.	: Page
PIH	: Partners In Health
Pp.	: Pages
SIDA	: Syndrome d’Immuno déficience Acquisse
TRAC	: Treatment and Research on AIDS Center
ULK	: Université libre de Kigali
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humain
www	: World Wide Web

## RÉSUMÉ

La présente recherche porte sur la contribution socio économique du Partners In Health dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda : cas de l'hôpital Butaro, centre de Santé Kinoni, 2008-2011.

Le VIH/SIDA reste préoccupant pour le développement des pays africains car aujourd'hui est considéré comme un véritable problème de développement et de sécurité internationale. Tout au long de cette étude, notre propos fut de mettre en évidence la menace réelle que représente l'épidémie du VIH/SIDA pour le développement du pays.

Au Rwanda, le secteur des structures de coordination des programmes, traverse une période de réorganisation avec la création du TRAC au sein du MINISANTE et la mise en place de la CNLS. Les partenaires du secteur d'appui financier ont dans l'ensemble renforcé leur soutien dans la lutte contre le VIH/SIDA, d'où l'orientation du Partners In Health(PIH) dans le secteur de santé.

L'objectif général de ce travail est de montrer comment l'exploitation optimale du projet Partners In Health contribue à la lutte contre le VIH/SIDA. Quant aux objectifs spécifiques il s'agit d'évaluer l'importance des coopératives des PVVIH/SIDA de l'hôpital Butaro; dégager la contribution du PIH au soin primaire curatif des PVVIH/SIDA, enfin montrer la contribution du PIH à la lutte contre le VIH/SIDA aux agents non atteints par le VIH/SIDA de l'hôpital de Butaro.

Nous avons utilisé des méthodes statistique, comparative et celle analytique et techniques documentaire, questionnaire; échantillonnage et celui d'entretien.

Concernant les résultats nous constatons que 100% des enquêtés ont affirmé que le projet PIH contribue dans la lutte contre le VIH/SIDA d'une manière ou d'une autre. Du point de vue économique l'augmentation du revenu a été signalé où 53 sur 63 enquêtés, soit 84% ont des accompagnateurs, qui dit la création de l'emploi car ils en bénéficient chaque mois. Socialement 29 sur 63 enquêtés, soit 46% ont répondu qu'ils ont pu lutter contre la malnutrition car ils bénéficient l'appui nutritif, un seul homme sur 63 enquêtés, soit 2% a répondu que ce projet donne l'appui scolaire aux enfants des familles atteintes par le VIH/SIDA ; tandis que 33 sur 63 enquêtés, soit 52% dont 15 hommes et 18 femmes ont répondu que sa contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA est le paiement de la Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA.

Nous recommandons au projet Partners In Health de maintenir ses activités luttant contre le VIH/SIDA, car ils sont d'importance au développement socio économique de notre pays, sans oublier les futurs chercheurs de mener des réflexions et des recherches sur les conditions socio économique des PVVIH/SIDA.

## **ABSTRACT**

This research focuses on the socio-economic contribution of Partners In Health in the fight against HIV / AIDS in Rwanda: the case of Butaro hospital, Kinoni Health center, 2008-2011.

HIV / AIDS remains a concern for the development of African countries today is considered as a problem of development and international security. Throughout this study, our purpose was to highlight the threat posed by HIV / AIDS for the country's development.

In Rwanda, the sector coordination structures programs through a period of reorganization with the creation of TRAC known within the MOH and the establishment of the NAC. Sector partners for financial support have generally strengthened their support in the fight against HIV / AIDS, where the direction of Partners in the health sector.

The general objective of this work is to show how the optimal exploitation of Partners In Health project contributes to the fight against HIV / AIDS. As for specific it is to evaluate the importance of cooperatives of PLHIV / AIDS hospital Butaro; identify the contribution of primary care at PIH curative living with HIV / AIDS, and finally show the HSP contribution in the fight against HIV / AIDS to non-affected by HIV/AIDS on Butaro hospital. We used statistical methods, comparative and analytical then technical documentation, sampling, questionnaire, and the maintenance.

On the results we find that 100% of respondents stated that the project contributes PIH in the fight against HIV / AIDS in one way or another. The economic point of view the increase in income was reported that 53 of 63 respondents, either 84% have companions, who said the job creation because they have each month. Socially 29 of 63 respondents, 46% said they were able to fight against malnutrition because they have nutritional support, a single man of 63 respondents, 2% responded that this project provides support to school children families affected by HIV / AIDS, while 33 of 63 respondents, either 52% including 15 men and 18 women responded that its socio-economic contribution in the fight against HIV / AIDS is the payment of the Mutual Health PLWHA / AIDS.

We recommend Partners In Health project to continue operations fighting against HIV / AIDS because they are important to the socio-economic development of our country, not to mention future researchers to conduct research and reflections on the socio economic living with HIV / AIDS.

## INCAMAKE

Ubu bushakashatsi bwakozwe ku ruhare mu mibereho myiza n’bukungu umushinga Inshuti Mu Buzima wagira mu kurwanya agakoko gatera Sida, mu bitaro bya Butaro, ikigonderabuzima cya Kinoni, kuva 2008 kugera mu 2011.

Icyorezo cy’agakoko gatera SIDA kibangamiye iterambere ry’ibihugu by’Afurika kuko ubu , cyio cyorezo cyabaye ikibazo gikomeye ku iterambere n’umutekano mpuzamahanbga. Mu ikorwa ry’ubu bushakashatsi, intego yari ugushyira ahagaragara ibibi biterwa n’icyorezo cya SIDA ku iterambere ry’igihugu.

Mu Rwanda, urwego rw’amashyirahamwe rufite akamaro ntagereranywa mu baturarwanda, kubumbira hamwe ibikorwa bisa kandi bikayoborerwa hamwe, byatumye hashyirwaho ikigo cy’ubuvuzi n’ubushakashatsi ku gakoko gatera SIDA(TRAC) binyuze muri Minisiteri y’ubuzima, hashyizweho kandi comisiyo yo kurwanya SIDA ku rwego rw’igihugu(CNLS). Abafatanyabikorwa bafasha mu rwego rw’ubukungu ndetse n’abandi muri rusange bashyize imbaraga mu kurwanya icyorezo cya SIDA, niyo mpamvu Umushinga Inshuti Mu Buzima winjijwe mu rwego rw’ubuzima. Hari hategerejwe impinduka ku baturage ikomoka ku kubyaza umusaruro ukwiye uwo Umushinga, aho tugiye kureba uruhare rw’ Umushinga Inshuti Mu Buzima mu kurwanya agakoko gatera Sida ; impinduka abagenerwabikorwa bawo bawukeshya mu mibereho myiza no mu bukungu.

Intego rusange y’ubu bushakashatsi ni ukwerekana uko kubyaza umusaruro umushinga Inshuti Mu Buzima bifasha mu kurwanya SIDA. Mu gihe intego zihariye zigamije gusuzuma uko umushinga PIH wubahiriza gahunda Leta yihaye mu rwego rw’ubuzima, hakoreshejwe ibiganiro rusange, kureba uburyo hazongerwa ubumenyi bw’abakora mu rwego rw’ubuzima. Ibyihariye ni ukureba uburyo Umushinga Inshuti Mu Buzima wubahiriza gahunda Leta yihaye mu rwego rw’ubuzima, hakoreshejwe ibiganiro rusange, kureba uburyo hazongerwa ubumenyi bw’abakora mu rwego rw’ubuzima. Kugira ngo ubu bushakashatsi bubashe gukorwa hakoreshejwe uburyo bukurikira : ibarurishamibare, igereranya, n’isesengura. Twifashishije inzira zikurikira: gusoma ibitabo, anketi ikoresha ibibazo byanditse n’ubwo kuganira hasubizwa ibibazo byanditse.

Ababajijwe 100% bemeje ko Umushinga Inshuti Mu Buzima ufasha mu kurwanya icyorezo cya SIDA mu buryo bunyuranye. Mu bukungu, ukwiyongera kw’ibyinjira mu rugo kwagaragaye ku bantu 53 kuri 63 babazwaga nkuko bigaragazwa n’imbonehamwe ya 7, aho 84 % bafite abaherekeza, kandi bagira udufaranga bahabwa buri kwezi. Mu miberehomyiza y’abaturage, 46% bashubije ko barwanyije imirire mibi, kuko hari n’inkunga y ibyo kurya bahabwa, Umugabo umwe ungana na 2% mu bantu 63 babazwaga yasubije ko hatangwa amafaranga y’ishuri ku bana bavuka ku miryango yanduye agakoko gatera SIDA, naho abantu 33 bangana na 52% barimo abagabo 15 n’abagore 18 basubije ko bishyurirwa ubwisungane mu Kwiza. Turasaba Umushinga Inshuti Mu Buzima gukomeza ibikorwa byawo mu kurwanya agakoko gatera SIDA? Kuko bifatiye runini iterambere ry’igihungu n’imibereho myiza y’abaturage, ntitwakwsibagirwa kandi gusaba abashakashatsi bazadukurikira gukora ubushakashatsi ku iterambere n’imibereho myiza y’ababana n’ubwandu bw’agakoko gatera SIDA.

## 0. INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'une de grande richesse du pays est la population de bonne santé, le VIH/SIDA reste préoccupant pour le développement des pays africains car aujourd'hui est considéré comme un véritable problème de développement et de sécurité internationale ; il envahit la frange de la population la plus productive (15-49ans) de la société et touche la frange la plus vulnérable. Selon le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (Bureau Régional de l'OMS 2009, P.4), l'incidence de la pauvreté est toujours élevée au Rwanda où 63% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté avec 37% vivant en extrême pauvreté. Le même bureau poursuit en disant que 80% de la population Rwandaise vit en zone rurale et est engagée dans l'agriculture.

Au niveau mondiale, les plus hautes instances ont manifesté une grande volonté politique en s'impliquant dans la recherche de réponses appropriées tant au niveau national que dans le partenariat international contre le VIH/SIDA. Les impacts du VIH/SIDA sont ressentis non seulement par le système sanitaire mais aussi dans la vie socio économique et ont commencé premièrement dans les familles des personnes à faibles revenus. Les répercussions néfastes de l'infection à VIH/SIDA sont également ressenties dans la vie économique du pays au niveau macro économique (<http://www.unicef.org/publications> consulté le 10 mars 2012).

Au Rwanda, le secteur communautaire joue un rôle irremplaçable auprès de la population, le secteur des structures de coordination des programmes, traverse une période de réorganisation avec la création du TRAC au sein du MINISANTE et la mise en place de la CNLS. Les partenaires du secteur des structures d'appui financier ont dans l'ensemble renforcée leur soutien dans la lutte contre le VIH/SIDA.

C'est dans ce cadre que Partners In Health(PIH) depuis 2005 exerce ses activités dans le pays qui vise à rendre le droit à la santé une réalité par la mobilisation des ressources, informer et influencer les politiques de santé et en aidant à construire un mouvement à se battre pour la santé et la justice sociale. PIH fonctionne dans 3 hôpitaux de district (hôpital Rwinkwavu, Kirehe et Butaro), ayant comme mission « Lutter contre la maladie, c'est lutter contre la pauvreté » (<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012).

D'ici nous avons voulu conduire notre étude sur « la contribution socio économique du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda cas de l'hôpital Butaro, centre de Santé Kinoni, période 2008-2011».

## **1. CHOIX ET INTÉRÊT DU SUJET**

### **1.1 Choix du sujet**

Le choix de notre sujet n'est pas un fait au hasard, nous avons été poussée par le fait d'être étudiante en Sciences Sociale, économique et gestion spécifiquement gestions des entreprises En tant que futur gestionnaire, rien n'est plus prestigieux que de s'occuper d'une étude qui vise à garantir la bonne santé de la population étant donné que la santé est au cœur de la lutte contre la pauvreté, alors ce sujet nous sera une occasion d'examiner les activités de PIH/Inshuti Mu Buzima relatives à la contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda en générale et particulièrement à l'hôpital de Butaro.

### **1.2 Intérêt du sujet**

Notre travail présente un triple intérêt dont l'intérêt personnel, social, académique et scientifique.

#### **1.2.1 Intérêt personnel**

Le choix de notre sujet est motive par la curiosité scientifique de montrer que les activités d'une seule organisation peuvent contribuer à l'amélioration de la situation sociale et économique de la population. En tant que gestionnaire de demain, connaissant aussi la gravite de l'épidémie VIH/SIDA, nous avons voulu approfondir ce sujet à travers l'organisation non gouvernementale PIH au Rwanda.

#### **1.2.2 Intérêt social**

Ce sujet montrera aux PVVIH de l'hôpital Butaro, le rôle du PIH dans leur vie socio économique. Il met en exergue les différentes méthodes, techniques, les conseils et les bénéfices de lutte contre le VIH/SIDA à chaque personnes qui veut vivre heureux.

### 1.2.3 Intérêt académique et scientifique

Notre travail répond à l'exigence académique selon laquelle tout étudiant(e) doit, à l'issue de ses études universitaires de deuxième cycle, mener une recherche afin de relier les théories acquises aux réalités du milieu où il/elle évolue.

Il servira également de référence aux futurs chercheurs intéressés par le domaine ainsi qu'à toute autre personne animée par l'esprit de recherche.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Le droit à la santé et à l'accès aux soins est un droit fondamental défini par la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 et dont le respect est un puissant levier de développement. Dans son article 25, cette déclaration stipule que *« toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille »*.

La déclaration issue de la conférence internationale tenue à Alma Ata (Kazakhstan) le 12 septembre 1978 a appuyé cette idée en indiquant que la santé constitue un devoir des États, permettant l'accès à un niveau social satisfaisant et contribuant ainsi à un meilleur développement économique des pays. A cet effet, cette conférence a incité les gouvernements du monde entier à garantir les soins de santé primaire pour tous (Jean-Jacques Gaye : <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm> consulté le 5 janvier 2012).

Depuis lors, PIH a élargi son approche à base communautaire aux soins de santé et de soutien socio-économique à 12 pays à travers le monde. PIH croit en 5 principes fondamentaux: Fournir un accès universel aux soins de santé primaires; rendre les soins de santé et l'éducation gratuite pour les pauvres ; embaucher et former les travailleurs de santé communautaires; lutter contre la maladie, c'est lutter contre la pauvreté ; en partenariat avec les gouvernements locaux et nationaux.

Le service est la caractéristique déterminante de travail de PIH, depuis notre création, il a servi comme une philosophie, un emblème, et un guide. Nous servons nos patients,

leurs communautés, la cause de l'accès équitable aux soins de santé et d'autres droits humains fondamentaux avec comme philosophie « *Notre service commence par des soins médicaux, mais il ne s'arrête pas là. Quand nous écoutons nos patients, nous entendons non seulement sur les symptômes qui peuvent être traités par des médicaments, mais sur les conditions de pauvreté extrême dans laquelle la maladie se propage et tue. Notre service doit être aussi complète que les besoins de nos patients* » (<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 Mars 2012).

D'où on peut se poser les questions suivantes :

- Quelles sont les contributions socio économiques offertes par PIH aux PVVIH/SIDA ?
- Comment contribue t-il dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda ?

### **3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE**

L'hypothèse est définie comme étant une proposition de réponse à la question posée (GRAWITZ, M. 1993, P. 398). Conformément à nos questions de recherche, notre travail sera guidé par les hypothèses suivantes :

- La mutuelle de santé, l'appui nutritif et la diminution du fardeau à la famille des PVVIH ont été des réponses aux PVVIH grâce au projet PIH.
- Les agents de Santé communautaire sont intégrés et formés sur le VIH/SIDA

### **4. OBJECTIF DE LA RECHERCHE**

Dans notre travail, nous envisageons d'atteindre les objectifs suivants :

#### **4.1 Objectif général**

- Identifier la contribution socio économique du Partners In Health (PIH) dans la lutte contre le VIH/SIDA dans l'hôpital de Butaro.

#### **4.2 Objectifs spécifiques**

- Evaluer l'importance des coopératives des PVVIH/SIDA de l'hôpital Butaro;
- Dégager la contribution du PIH au soin primaire curatif des PVVIH/SIDA

- Montrer la contribution du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA aux agents non atteints par le VIH/SIDA de l'hôpital de Butaro.

## **5. DÉLIMITATION DU SUJET**

Notre travail est délimité dans l'espace, dans le temps et dans le domaine.

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

Dans l'espace nous nous sommes limités dans l'hôpital Butaro, plus précisément au centre de santé de Kinoni, District Administratif de Burera, Sur le présent point nous avons aussi considéré nos moyens financiers qui sont limités, enfin l'espace choisi nous permettra d'accéder facilement aux informations.

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

Le présent travail s'étendra sur la période de 2008-2011, c'est dans cette période que PIH a montré ses activités à l'hôpital et agi d'avantage dans la lutte contre le VIH/SIDA.

### **5.3 Délimitation dans le domaine**

Le système de lutte contre le VIH/SIDA est très complexe à tel enseigne que nous ne prétendons pas le cerner dans un travail comme celui que nous entreprenons ici. C'est pourquoi nous avons jugé bon de faire un choix préalable et précis dans cette grande étendue, d'où notre travail n'abordera que la contribution socio économique du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA. Enfin, notre travail cadre avec le domaine de gestion et toute analyse, interprétation et commentaire qu'il contiendra seront considérées sous l'angle de ce domaine.

## **6. MÉTHODES ET TECHNIQUES**

Considérant qu'une seule méthode n'est pas suffisante pour fournir des informations nécessaires à une telle recherche, nous ferons recours à plusieurs méthodes qui seront appuyées par les techniques.

### 6.1 Méthodes

Selon M. GRAWITZ, la méthode est « *l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifier*» (GRAWITZ, M., 2001, p.351).

Nous nous sommes proposé les méthodes suivantes :

- Méthode statistique ,
- Méthode comparative et
- Méthode analytique

### 6.2 Techniques

La technique se définit comme étant « *Une réponse à un "comment ?" C'est un moyen d'atteindre un but, mais qui se situe au niveau de faits ou des étapes pratiques. [...]* Elle est un outil mis à la disposition de la recherche et organisé par la méthode.»(Idem pp. 352-353). AKTOUF continue en disant que la technique « *est un moyen précis pour atteindre un résultat partiel, à un niveau et à un moment précis de la recherche.*»(AKTOUF, O., p.20).

Les techniques qui nous aiderons pendant notre recherche sont les suivantes :

- Technique documentaire,
- Technique d'enquête par questionnaire;
- Technique d'entretien
- Technique d'échantillonnage

## 7. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Hormis l'introduction générale, notre travail se subdivisera en trois chapitres :le premier chapitre fera le point sur la revue critique de la littérature, il est en relation avec la définition des concepts clés et avec la théorie tirée des ouvrages généraux portant sur le sujet étudié. Le deuxième chapitre s'intitulera description du milieu de recherche et de la méthodologie. Le troisième chapitre portera sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats. Enfin, la conclusion générale clôturera notre travail. Elle comprendra la synthèse, les suggestions et les perspectives de recherche ultérieures.

## **CHAPITRE I: CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THÉORIQUE**

En vu de permettre à nos lecteurs d'avoir une même compréhension des termes utilisés dans ce travail, il nous semble pertinent de définir les concepts clés nécessaires à la compréhension du sujet et de dégager le cadre théorique qui sous-tend les analyses ultérieures. Nous avons ainsi fourni une clarification sur les concepts suivants : la contribution, le VIH /SIDA, Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) et la contribution socio-économique.

### **1.1 DÉFINITIONS DES CONCEPTS**

Par cette première partie du présent chapitre, nous allons présenter les différentes définitions en rapport avec les termes clés se trouvant dans notre sujet de recherche. Pour le faire nous avons fait recours aux différents auteurs.

#### **1.1.1 Contribution**

Dans un premier sens la contribution signifie la part que chacun donne pour une charge ou une dépense commune. Deuxièmement, la contribution signifie la collaboration à une œuvre commune (REY, A. et al. Op cit, p. 385).

Selon BROWN, K la contribution est quelque chose que vous donnez, spécialement de l'argent ou une aide ou ce que vous faites avec les autres personnes (BROWN, K. et al. Op cit, p.145).

Dans le cadre du présent travail, la contribution sera entendue dans le sens de quelque chose que vous donnez, spécialement de l'argent ou une aide ou ce que vous faites avec les autres personnes (BROWN, K. et al. Op cit, p.145).

#### **1.1.2 Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA)**

Le concept de Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) désigne l'ensemble des personnes séropositive, depuis les personnes asymptomatique jusqu'à celle qui présente des symptômes manifestes de l'infection à VIH et du SIDA ([www.sidwaywa.bf/sidsociété2.htm](http://www.sidwaywa.bf/sidsociété2.htm)).

### 1.1.3 VIH/SIDA

D'après l'ONU/SIDA(2000), le mot SIDA représente le Syndrome d'Immuno Déficience Acquis, un ensemble des infections foudroyantes causées par le virus de l'immunodéficience humaine : le VIH. Ce virus attaque et détruit les globules blancs du sang indispensable au système immunitaire de défense de l'organisme contre l'infection (<http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/transida/transmissionsida.htm>).

### 1.1.4 Contribution socio économique

Pour expliquer la contribution socio-économique, il nous est nécessaire de distinguer le social et l'économique.

**Social** : le social se définit comme étant un concept qui est relatif à la société humaine ; ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie de la population.

**Économique** : Le Dictionnaire Petit Robert définit l'économie comme étant *une science qui a pour objet la connaissance des phénomènes concernant la production, la distribution, la consommation des ressources, des biens matériels dans la société humaine* (Dictionnaire Petit Robert, 2006, p.828).

Muhammad YUNUS considère la contribution socio-économique comme étant une amélioration de la qualité pour les 50% de la population la moins favorisée.

Impact socio-économique du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA revêt une double destination à savoir : les bénéficiaires et le pouvoir public (Muhammad Y., 1997, p.278).

Aux bénéficiaires, PIH leur donne les aliments, des formations leur permettant d'améliorer leurs conditions de vie socio-économiques, le minerval pour leurs enfants tandis que pour le pouvoir public il y a des taxes et impôts qu'on enregistre.

Bref le terme socio-économique peut être défini comme étant tout ce qui intéresse la société en termes économiques.

## 1.2. CADRE CONCEPTUEL

Les définitions les termes clés se trouvant dans notre sujet de recherche ne suffisent pour avoir une compréhension poussée de notre recherche. C'est dans ce cadre que, sachant que nous ne sommes pas les premiers à écrire sur ces termes clés, nous avons

fait des différentes lectures pour enrichir notre compréhension et celle de ceux qui vont nous lire.

### **1.2.1. Le VIH**

Le VIH (Virus de l'Immuno- déficience -Humaine) est le Virus responsable du SIDA chez l'être humain .À l'heure actuelle, deux types de virus sont connus ; le VIH1 et le VIH2. Ces deux types de virus sont responsables de manifestations cliniques identiques et peuvent infecter une personne de façon concomitante. Cependant, le VIH1 est le plus virulent et le plus fréquent en Afrique subsaharienne (K.RAEN, Kigali, 2002, p.6).

### **1.2.2 LE SIDA**

L'acronyme SIDA signifie ; Syndrome d'Immuno -Déficience -Acquise

- «Syndrome » un ensemble de symptômes et signe
- «Immunité » la capacité de l'organisme à se défendre contre les microbes
- «Déficience » traduit l'affaiblissement du système Immunitaire
- «Acquis» signifie que cette déficience n`est ni congénitale ni héréditaire

Le SIDA constitue le stade avancé de l'infection à VIH au cours de laquelle la personne infecté présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé (<http://www.sidanet.asso.fr/> Marc Deru Consulté le 20 Novembre 2012).

### **1.2.3 Mode de transmission du VIH**

La contamination nécessite la présence du VIH dans le liquide en concentration suffisante.

#### **Parmi les liquides contaminants on distingue :**

-Le sang ; les spermés et les sécrétions vaginales et le lait maternel

#### **Les liquides non contaminant sont :**

-La salive, les larmes et les urines

#### **On distingue trois modes de transmission du VIH :**

**-Transmission par voie sexuelle :**On estime que 80-85% de la transmission se fait lors du rapport sexuels non protégés d'une personne infecté à son / sa partenaire sexuel (le) .Ces rapports sexuels peuvent être homosexuels ou hétérosexuels. Selon la nature du rapport, le risque de contamination est plus ou moins élevé

([http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so\\_245\\_p0.html#so\\_245.4](http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so_245_p0.html#so_245.4)consulté le 23 novembre 2012).

#### **-Transmission par voie sanguine :**

Évaluée environ à 5%, elle se fait par l'intermédiaire de transfusion de sang ou de dérivés sanguins infectés, d'injection avec du matériels souillés, d'échange ou de réutilisation d'aiguilles, des seringues souillés, de piqûres accidentelles avec du matériels souillés et actes opératoires avec du matériels préalablement utilisé chez des sujets infectés et qui n'a pas été stérilisé (E.ROSENTHAL, in *New York Times*, 25<sup>th</sup> August 2002, pp.1 et 4).

#### **- Les transplantations d'organe des sujets infectés transmettent le VIH.**

Il peut être également transmis lors de contact direct avec du matériel souillé par du sang infecté lors d'acte rituels ou coutumier tel que la circoncision, le tatouage, etc (G.TRACY IRONS, California, 2001, pp. 33-34).

#### **-Transmission de la mère à l'enfant :**

Le risque de transmission de l'infection du VIH de la mère à l'enfant varie d'un pays à un autre et est généralement estimé entre 15-40%, cette transmission peut se produire pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'allaitement. La transmission optimale se situe au moment de l'accouchement. A chacune de ces périodes, une prévention particulière peut être proposée (R. A. SMITH, Chicago, 1998, pp.71-72).

### **1.2.4 Mode de prévention du VIH /SIDA**

L'épidémie actuelle du VIH/SIDA est en grande partie le fait de comportement individuel à risque. Bien qu'elle ne suffise pas pour juguler entièrement et efficacement tous les aspects de l'épidémie, la prévention constitue la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA et sa contribution pour inverser la tendance de la pandémie et primordiale. En l'absence du vaccin et du traitement curatif la prévention

du VIH /SIDA dans notre contexte repose essentiellement sur les comportements à moindre risque (ONUSIDA, Genève, juillet 2002, p.107).

**- La prévention de la transmission par voie sexuelle :**

Pour les personnes sexuellement actives, la prévention est basée sur l'adoption de comportement à moindre risque.

En effet, l'abstinence, la fidélité et l'usage du préservatif permettent de prévenir efficacement la transmission du VIH. Les jeunes constituent un groupe vulnérables qui méritent d'être informé, éduqué et conseillé avant qu'ils ne prennent des habitudes sexuelles (Partenaires multiples, rapports sexuels non protégés) difficilement réversibles. Les jeunes doivent être encouragés à retarder l'âge de leurs premiers rapports sexuels, à s'abstenir de rapport sexuels avant le mariage, si non à utiliser un préservatif au cours de tout rapport sexuel (S. C.WELLER, June 1993, pp.1635-1644).

**- La prévention de la transmission par voie sanguine :**

La prévention ne sera efficace que par la mise à la disposition des malades de sang sécurisé pour des transfusions sanguines dont les indications auront été posées correctement. La sécurisation du sang nécessite le recrutement de donneurs à moindre risque et la prise en compte de la période d'incubation dans le processus de sélection de poches de sang à transfuser.

Le rôle critique des injections (IM, IV) avec du matériel souillé et mal stérilisé, de même que certaine pratique rituelles (tatouages, circoncisions, excisions, etc.) ne doit pas être négligé (Z.ROSENBERG and G.BROWN, Arlington, VA, 2002).

**- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :**

Cependant, il convient de dire qu'elle nécessite une mobilisation et une sensibilisation de la communauté sur les risque de la transmission vertical du VIH de la mère à l'enfant et l'intégration du conseil et du dépistage volontaire dans la consultation prénatale.

Le schéma prophylactique utilisant les ARVs existent à l'heure actuel pour réduire d'une manière significative la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la période in utero, per et post-partum. De même, pour faire face à la transmission post-partum liée à l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel exclusif doit être conseillé en tenant compte du contexte familial, culturel, des conditions d'hygiène et de moyen financier de la future maman (CATHOLIC BISHOPS OF KENYA, Nairobi, December 1999, p. 9).

### **1.2.5 Aperçu historique du VIH/SIDA au niveau mondial**

Par ce point nous allons voir le VIH/SIDA dans des différents coins du monde où nous allons le voir en Afrique, en Europe, et au Rwanda.

#### **1.2.5.1 VIH/SIDA En Europe**

Fin 2008, l'Europe comptait 1,2 million de personnes infectées par le VIH/Sida, avec environ 100.000 nouvelles infections chaque année. Avec 20.000 nouvelles infections, la propagation de l'épidémie est plutôt stable en Europe de l'Ouest. Elle explose en revanche en Europe de l'Est, avec 80.000 nouvelles infections chaque année. Conséquence, l'Europe est devenue la région du monde où la progression du virus est la plus forte (ONUSIDA, Genève, juin 2004).

Principale raison de cette augmentation du nombre d'infections, la consommation de drogue par intraveineuse. Dans certains pays d'Europe, plus de 50% des personnes vivants avec le VIH/Sida sont des consommateurs de drogue. Une grande majorité de ces séropositifs sont aussi infectés par la tuberculose ou l'hépatite C. Dans la plupart des pays d'Europe de l'Est, les usagers de drogues sont victimes de stigmatisations, de discriminations et n'ont pas accès aux services sociaux ou aux services de santé, dont ceux proposant des traitements contre le VIH/SIDA (P.LAMPTEY, M.WIGLEY, D.CARR, AND Y.COLLYMORE, September 2002, p.4).

Parmi les pays les plus sévèrement touchés, l'Ukraine où 15.000 personnes ont été nouvellement infectées en 2008. Pour faire face à ce problème de santé publique, des campagnes et des programmes à l'intention des usagers de drogues ont été mis en place. Distribution gratuite de seringues ou d'aiguilles et mise en place de traitements

de substitution ont commencé à produire leurs effets. « Les traitements et la prévention montrent leur efficacité en Ukraine aujourd'hui », a ainsi estimé le Dr Olena Eschenko, du ministère ukrainien de la santé.

En Europe de l'Ouest, l'épidémie de VIH/Sida s'est en revanche stabilisée. Au Portugal par exemple, qui a connu une forte augmentation des infections ces dernières années, l'offre de traitements et la mise en place de campagnes de prévention chez les usagers de drogue a aussi permis d'inverser la tendance et de ralentir l'épidémie. C'est ce qu'a expliqué le coordinateur de la lutte contre le virus dans le pays, le Dr Henrique Barros.

Le VIH/Sida en Europe dépend de l'accès aux services en Europe de l'Est, a estimé de son côté le responsable du programme VIH/Sida au sein du bureau européen de l'OMS, Martin Donoghoe, qui a également rappelé l'importance de prévenir le retour de l'épidémie en Europe de l'Ouest. Selon lui, une action conjointe des gouvernements, des services de santé et des organisations spécialisées en Europe permettront de faire reculer la maladie sur l'ensemble du continent (ONUSIDA, Genève, juin 2004, p. 26).

Lors de l'élaboration du projet en 2002, le Rwanda se classait parmi les 10 pays africains les plus gravement touchés par le VIH/SIDA. À cette époque, le financement n'était pas adapté à l'étendue et à l'ampleur de l'épidémie, et la thérapie antirétrovirale pouvant sauver des vies était uniquement accessible, dans quelques centres urbains, à ceux qui avaient les moyens de se l'offrir (ONUSIDA, Genève, juillet 2002, p. 31)..

#### **1.2.5.2 VIH/SIDA au Rwanda**

Dès le départ, le gouvernement rwandais a fait preuve d'un engagement marqué vis-à-vis de la prévention et du traitement du VIH. Il a rapidement reconnu l'impact négatif de l'épidémie sur le développement, a adopté une approche multisectorielle et a développé un plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Le Rwanda a demandé l'appui de la Banque dans le cadre du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (MAP) en Afrique. Le projet est financé par un don de 30,5 millions de dollars de l'IDA et couvre toute la gamme de services préventifs, médicaux et de soutien à l'attention des personnes victimes du VIH/SIDA. La plupart des activités ont eu une portée nationale et ont été financées sur base de la demande. Les organisations de la société civile, les organisations confessionnelles et les

associations de citoyens ont fortement bénéficié de cette aide (<http://www.rwanda1.com> consulté le 19 Novembre 2012).

L'accès aux soins et au traitement pour les personnes atteintes du SIDA a été étendu aux zones rurales où la majorité des Rwandais vivent avec moins de 0,70 dollar par jour. Ce développement a permis de réduire les taux d'infection au VIH des jeunes rwandais.

#### - **Au niveau du secteur privé**

D'après la CNLS, l'implication du secteur privé dans la lutte contre le SIDA reste faible. Certaines entreprises ont pu, néanmoins, développer en leur sein des actions de prévention et de prise en charge médicale de leur personnel, la CNLS se félicite du fait que ce secteur commence à s'intégrer d'avantage dans le forum national de lutte contre le SIDA et devient partie prenante de la commission (Ministère de la santé, Kigali, 2003).

La réponse de ce secteur demeure toutefois timide et limitée à quelques grandes entreprises. Nous estimons, pour notre part, qu'il faut arriver à un engagement de tout le secteur privé pour la lutte efficace contre le VIH/SIDA ; surtout que, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, la menace est sérieuse au niveau microéconomique des entreprises. Comme ce secteur apporte à l'économie nationale une contribution dans le sens des profits à réaliser en termes d'économie d'échelle, nous estimons donc que ces entreprises ont toutes les raisons de s'investir dans la lutte contre le SIDA en faveur de leurs travailleurs et de leurs familles et d'éviter ainsi ou du moins de réduire l'impact négatif de l'épidémie qu'elles pourraient encourir.

Ce secteur pourrait aussi tirer beaucoup de profit à exercer le principe de solidarité envers tous ses travailleurs atteints par le VIH/SIDA et leurs familles. Par solidarité, il faut comprendre ici ce que rappelait Jean-Paul II dans son encyclique *Sollicitudo rei socialis* de 1987 : la solidarité « *n'est (...) pas un sentiment de compassion vague ou d'attendrissement superficiel pour les maux subis par tant de personnes proches ou lointaines. Au contraire, c'est la détermination ferme et persévérante de travailler pour le bien commun ; c'est-à-dire pour le bien de tous et de chacun parce que, tous,*

*nous sommes vraiment responsables de tous.* »( JEAN-PAUL II, *Sollicitudo rei socialis*, 14 mai 1987, p.38).

#### - **Au niveau du secteur communautaire**

Le secteur communautaire, que nous pouvons identifier ici à la société civile, a été le plus entreprenant dans la lutte contre le SIDA au Rwanda notamment à travers plusieurs projets et initiatives. Ces derniers se sont surtout focalisés dans la sensibilisation et les ateliers de formations suivant la méthode Information, Education et Communication (IEC), il convient ici de souligner particulièrement l'importante contribution des confessions religieuses et des associations nationales comme l'ARBEF et le collectif PROFEMMES TWESE HAMWE qui, déjà engagées dans des programmes de santé pour la Reproduction, ont intégré l'IEC sur les MST et le VIH/SIDA dans leurs programmes d'éducation de base(CNLS, Kigali, avril 2002, p. 55).

Il faut noter pourtant qu'il y a encore beaucoup à faire pour la prise en charge communautaire des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ainsi que celle des personnes affectées indirectement par l'épidémie, en particulier les veuves et les orphelins. On constate, en effet, un faible engagement dans ce sens. Comme le montre l'étude menée conjointement par le MINISANTE, le PNLS et l'OMS sur le rôle des ONG et les associations impliquées dans la lutte contre le SIDA au Rwanda, 46% des interventions de ces différents groupes en 1999 étaient essentiellement des activités d'information, d'éducation et de sensibilisation ; mais, par contre, très peu se faisait pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elles sont à rendre encore plus efficaces notamment à travers un budget plus consistant et une décentralisation des différents services (FHI/IMPACT-RWANDA, MINISANTE/PNLS, Kigali, décembre 2000).

C'est dans ce sens qu'il faut signaler la création du TRAC (Treatment and Research on AIDS Center) au niveau du Ministère de la santé. Le TRAC coordonne les activités à orientation médicale, cherchant une plus grande efficacité de ces activités par rapport au passé. Un forum d'ONGs œuvrant dans le domaine de lutte contre le VIH/SIDA a été aussi créé, ce forum a l'avantage, en collaborant étroitement avec la CNLS, de faire

le trait d'union entre les activités gouvernementales, l'ONU SIDA et les ONGs, s'il est bien géré, il peut constituer une structure décisive pour l'organisation et l'efficacité de la lutte contre le SIDA, dans l'esprit de la subsidiarité, ces différentes Organisations Non Gouvernementales peuvent ainsi être efficaces dans l'effort national de lutte contre le SIDA, effort qui rejoindrait peut être alors tous les milieux, notamment les zones rurales qui sont souvent oubliées, d'où l'orientation du Partners In Health dans le District Burera, hôpital de Butaro.

### **1.2.6 La prévention et traitement du VIH/SIDA**

IL n'existe pas le traitement curatif ou vaccin contre le VIH SIDA, mais les perspectives thérapeutiques d'aujourd'hui montrent qu'il existe 3 classes d'antirétroviraux pour atténuer son évolution. Ce sont les inhibiteurs nucléotidiques de la rétro transcriptase, les inhibiteurs non nucléotidiques de la rétro transcriptase et les antis protéases (R. A. SMITH, Chicago, 1998, p. 70)

La lutte contre l'infection à VIH repose sur l'information, éducation, et communications (I.E.C) à la population. L'abstinence et l'utilisation du condom pendant les rapports sexuels restent les meilleurs outils de la prévention de l'infection à VIH (G.TRACY IRONS, Californie, 2001, pp. 33-34).

La prévention de la transmission du VIH SIDA de la mère à l'enfant nécessite une mobilisation et une sensibilisation de la communauté sur les risques de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant. Les femmes séropositives doivent être dotées des moyens nécessaires pour le planning familial afin d'éviter les grossesses non désirées (R. A. SMITH, Chicago, 1998, pp.71-72).

Les contacts sociaux ordinaires (vivre sous le même toit, être ensemble au travail, marche, à l'école, jouer ensemble, serrer la main,...) et même l'usage en commun des commodités (eau de bain, piscine, vaisselle, toilette,...) et finalement les piqûres d'insectes, tous ne transmettent pas le VIH SIDA (A. GINORI, USA in *La Repubblica*, 22 décembre 2002, pp.14-15)

Les facteurs suivants sont de risque pour le VIH SIDA, comme la population jeune par son importance et son ignorance :

- Les mouvements des populations,
- Déscolarisation,
- Prostitution,
- Précocité des rapports sexuels,
- La multiplicité des partenaires,
- La prise de drogue et d'alcool,
- La promiscuité,
- La pauvreté,
- Les pratiques traditionnelles,
- L'immaturation des organes génitaux de la fille,
- La combinaison à d'autres IST ou l'absence de circoncision chez l'homme.

Bref, vaut mieux s'abstenir mais beaucoup de gens considèrent ça comme irréaliste et inacceptable (A. GINORI, USA in *La Repubblica*, 22 décembre 2002, pp.14-15)

Néanmoins, l'usage des préservatifs pour tous les types de rapports sexuels (anal, vaginal, oral), une relation de fidélité mutuelle ou aucun des partenaires n'est infecté, la masturbation, massage, caresse superficielle, baisers, sont des pratiques sexuelles à moindre risque. La relation entre le VIH/ SIDA et les autres MSTs est que les modes de transmission et les facteurs de risque sont les mêmes et les moyens de prévention sont les mêmes (G.TRACY IRONS, Californie, 2001, p. 44).

#### **1.2.6.1 Principes Généraux à observer pour la prévention du VIH/SIDA.**

La prévention des infections à rétrovirus chez les femmes consiste principalement à améliorer les compétences du personnel de santé grâce à l'élaboration de lignes directrices et de normes adaptées aux besoins locaux pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à divers niveaux du système de santé (G.TRACY IRONS, Californie, 2001, pp. 47-49).

Sensibiliser les populations aux questions de santé et promouvoir les activités qui ont un effet positif sur les attitudes pratiques de la famille et de la communauté vis à vis de

la grossesse et de l'accouchement en évitant le risque au maximum de contacter l'infection à VIH/SIDA. Beaucoup d'étude ont montré que 15% des femmes développent une complication susceptible de mettre leur vie en danger, ce qui nécessite une prestation de soins par le personnel qualifié, capable d'appliquer tous les mesures internationales (G.TRACY IRONS, Californie, 2001, p.50).

Bref, pour assurer une meilleure protection des femmes candidates à procréer, il faut planifier et définir le succès au niveau de la communauté, améliorer les compétences des prestataires, assurer la qualité des soins de santé, engager les ressources humaines, matériels et financiers. En plus, il faut encourager les conseils et les tests pour le dépistage, promouvoir l'accouchement par un prestataire compétent, assurer un accouchement propre et sain, améliorer la connaissance des signes de danger maternels, le système d'aiguillage, et l'engagement de la communauté (ONUSIDA, Genève, juin 2004, p.13).

## **1.2.7 Les conséquences du VIH/SIDA sur l'Afrique**

### **1.2.7.1 Les conséquences démographiques du VIH/SIDA sur l'Afrique**

L'Afrique arrive tout juste aujourd'hui à la phase paroxystique de sa transition et dans les décennies qui viennent, elle est appelée à faire un bond spectaculaire, que d'autres ont fait dans les années 60 et 70, les projections de population des Nations Unies fondées sur l'hypothèse d'une généralisation à toutes les populations du monde et notamment à celles des pays du SUD, de la « Transition démographique ». La réaction devient immédiate aux démographes : Jamais l'Afrique ne supportera un tel accroissement démographique même à l'absence du SIDA ou fragilité économique (ONUSIDA, Genève, juin 2004, p.10).

Dans Neuf pays africains ou le taux de prévalence est égale ou  $>$  à 1%, le VIH/SIDA éliminera l'allongement de l'espérance de vie qui aurait due se produire en 17 ans : En d'autres terme, au lieu d'atteindre 64 ans d'ici 2010 -2015, l'espérance de vie dans ces pays retombera en moyenne à 47 ans. La plupart des progrès réalisées en matière de développement au cours des 30 dernières années seront donc réduits à néant pour toute une génération avec une menace sans précédent pour le développement et les indices

démographique. En résumé, la propagation du VIH/SIDA est donc une catastrophe sans égale dans l'histoire de l'humanité (ONUSIDA, Genève, 2004, p 61).

### **1.2.7.2 Les conséquences économiques du VIH SIDA**

#### **- Sur les femmes africaines**

La femme africaine est victime d'un analphabétisme extrêmement très élevé, qui fait qu'elle devient faible au pouvoir de négociation sexuelle. Dans la plupart des pays africains, 80% des femmes sont analphabètes, ceci pose d'importants problèmes d'accès à l'information, sans parler de tabous de sexualité, et cette situation d'infériorité n'aide pas la femme africaine à gérer sa sexualité et ses problèmes économiques, d'où risque de contracter le SIDA facilement (SALOMON, Arlington, 2003, p.30).

La multi partenariat actif désigne les femmes qui choisissent délibérément d'avoir plusieurs partenaires (prostituées). La prostitution est tolérée en Afrique, et est intimement liée à la dépendance économique et à la pauvreté. Au Sénégal, il existe une loi qui officialise la prostitution en permettant aux prostituées d'avoir un carnet qui leur donne droit chaque mois, à la prise en charge de leur santé. En cas de descente de police, elles ne sont pas à moindre risque inquiétées s'elles présentent ce carnet (<http://www.e-citizen.com.carnets.html> consulté 10 mai 2012). Toute personne de plus de 20 ans peut avoir son carnet et donc exercer le métier de prostitution en toute sécurité et légalité (JUDITH, COHEN, Arlington 2001, p.71).

Au Burkina FASO, Angola, Ouganda, et Kenya, on ira vous indiquer où vous pouvez trouver les prostituées si vous êtes de voyage. Au Nigeria, les femmes les plus exposées sont celles des routiers, ayant au moins six partenaires par voyage, et en rentrant chez eux, ils contaminent leur femme, ceci est valable au Rwanda pour les femmes des camionneurs et des poids lourds.

Au Rwanda, la prostitution n'est pas autorisée, on ira même à emprisonner les prostituées, mais beaucoup d'experts affirment que ce n'est pas une solution, car celles qui sont visibles sont de l'iceberg, alors que la plus grande part de la prostitution rwandaise est clandestine (MIGEPROFE, Kigali, 2006, p.52).

Dans cette prostitution clandestine, on classe par exemple les rapports sexuels occasionnels entre une femme veuve ou divorcée, qui a des problèmes pour nourrir ses enfants ou pour payer l'électricité ou son loyer, avec un homme qui va l'aider financièrement. Elle ne se considère pas comme une prostituée au marché, mais à certains moments de sa vie, elle a des relations occasionnelles qui ne sont pas protégées.

Ceci existe aussi chez les jeunes filles qui font des rapports occasionnels avec les hommes qui les aident un peu, connus sous le nom de « SUGAR DADDY ». En Afrique de l'Ouest, les jeunes filles ont des rapports occasionnels avec des hommes murs qui payent leur scolarité, les livres ou vêtements, tous ces facteurs exposent au VIH SIDA (JUDITH, COHEN, Arlington 2001, p.74).

### **1.2. 8 Les effets secondaires des médicaments anti rétroviral**

Les effets secondaires indésirables des agents antirétroviraux varient de molécule à molécule, par ethnicité et par individu, et par interaction avec d'autres médicaments, y compris l'alcool, l'hypersensibilité à certains médicaments peut également se produire chez certains individus. La liste qui suit inclut les effets secondaires indésirables qui ont pu être observés chez des patients prenant l'un ou l'autre antirétroviral:

Douleur abdominale, alopécie, anémie, asthénie, diarrhée, vertiges, syndrome de fanconi, flatulences, Céphalées, Hépatite, Hypercholestérolémie (Dyslipidémie, hyperlipidémie, hypercholestérolémie), hyperpigmentation (des ongles, paumes, de la plante des pieds, etc.), ongles incarnés, insomnie, ictère, insuffisance hépatique, malaise, confusion mentale, myalgies, encéphalomyélite myalgique (syndrome de fatigue chronique), myopathie, nausée, neutropénie, cauchemars, ulcérations buccales, pancréatite, paresthésies, névropathie périphérique, érythèmes, insuffisance rénale, somnolence, syndrome de Stevens-Johnson, modifications de la perception du goût, vomissements, xérodermie (peau sèche) et xérostomie (bouche sèche) (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Antir%C3%A9troviral> consulté le 15 septembre 2012).

### **1.2.9 Prise en charge du VIH/SIDA et appui social**

De temps en temps beaucoup de chercheurs ont pu montrer qu'il y a les facteurs favorisant la pauvreté dans les familles affectées par le VIH/SIDA :

- L'augmentation des dépenses pour les soins de santé
  - La réduction et/ou la perte des revenus de famille
  - La réduction et/ou l'épuisement de la force du travail entraînant ainsi la consommation des épargnes des ménages.
  - L'augmentation des dettes vis-à-vis des tiers
  - Les coûts des funérailles
- ([http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702\\_4.htm](http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702_4.htm) consulté le 22 novembre 2012).

***Ces facteurs entraînent les conséquences suivantes :***

- Changement des activités principales des ménages
  - Dépense des économies
  - Recherche d'un travail
  - Pratique des cultures de subsistance
  - Vente des biens (bétail, terre, immobiliers, bijoux, habits voire même des parcelles et maisons, etc.)
  - Emprunt de l'argent
  - Réduction de la consommation et les dépenses sur la nourriture, la santé et l'éducation
  - Émigration
  - Faire travailler les enfants ou augmenter la charge de travail des enfants
  - Déscolarisation des enfants
  - Recours à la mendicité
  - Diversification des activités productives
  - Séparation des membres du ménage
- ([http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702\\_5.htm](http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702_5.htm) consulté le 22 novembre 2012).

Pour pallier à toutes ces conséquences chez les PVVIH, certaines agences et organismes humanitaires ont pris l'initiative de leur venir en aide en vue de

promouvoir les petites activités génératrices des revenus, en leur octroyant des prêts, des fonds en espèces et des crédits rotatifs en nature, etc

D'ici Partners In health considère comme appui de type soins de santé chez les PVVIH, type support psychosocial, et Appui scolaire, ce qu'on fait réellement dans le contexte du programme de lutte contre le VIH/SIDA est écrit dans ce texte :

- L'accompagnement psychosocial des PVVIH ;
- Les Soins médicaux et palliatifs ;
- L'assistance pour la formation et l'organisation des Associations ;
- L'assistance pour l'éducation scolaire ;
- L'assistance nutritionnelle aux PVVIH/SIDA ;
- L'Accompagnements des PVVIH/SIDA les agents de santé communautaires (<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012).

### **1.2.10 Considération éthiques**

Le groupe cible (PVVIH) dans cette étude et certains aspects abordé par la présente enquête sont des aspects qui touchent l'intimité, la participation à la présente recherche est strictement volontaire. Pour répondre à cette exigence, une introduction bien préparée a été faite par l'enquêteur chaque fois avant de commencer la collecte des données proprement dite.

Les enquêteurs devons être connus d'où l'importance d'utiliser les conseillers qui ont fait le counselling pré et post test dans chaque zone de rayonnement et les enquêteurs devons d'abord expliquer à leurs interlocuteurs qui ils sont, le but de visite, le contexte, les objectifs et intérêt de l'enquêté et par là, négocier le libre consentement des répondants avant de commencer la collecte des données.

## **Conclusion partielle**

Le premier chapitre que nous venons de terminer porte sur deux parties essentielles dont la première présentant les définitions des concepts clés contenus dans le sujet de ce travail ; la seconde présentant la revue de la littérature où nous avons fait recours aux différents auteurs ayant fait des recherches semblables à la notre.

Nous allons dans le chapitre suivant, décrire le milieu de travail, l'hôpital de Butaro, le Projet Partners in Health en particulier et la méthodologie.

## **CHAPITRE II. DESCRIPTION DU MILIEU D'ÉTUDE ET LA MÉTHODOLOGIE**

### **2.1 DESCRIPTION DU MILIEU D'ÉTUDE**

#### **2.1.1 Définition**

Le milieu d'étude est le champ dans lequel le chercheur devra investiguer et mener sa recherche. D'après Alberelle L et All(1996, p.9), le concept de champ de recherche désigne « un domaine d'activité relativement constitué et séparé des autres ». Pour *MOROY* cité par Bamutake (2004, p.35), C'est un espace social où des agents individuels ou collectifs voient leur propres objectives ou subjectives, et leurs stratégies de se définir et de se déterminer. Pour notre cas, le champ de recherche est l'hôpital de BUTARO, Centre de Sante Kinoni, au service de prises en charge des PVVIH.

#### **2.1.2 Présentation de l'hôpital de BUTARO**

##### **2.1.2.1 Situation géographique de l'hôpital de BUTARO**

L'Hôpital de district de BUTARO est l'un de 42 hôpitaux situé au Rwanda dans District administratif de Burera, province du Nord, il est limité au Nord par Ouganda, à l'Est par Musanze, au Sud par Gakenke et à l'Ouest par Gicumbi.

##### **2.1.2.2 Les Objectifs primordiales de l'hôpital**

- Réduire la mortalité et la morbidité infantile par l'approche de la gestion intégrée des maladies infantiles.
- Augmenter de 60 à 85% la proportion des naissances assistées par des professionnels formés.
- Elargir les contrats fondés sur la performance du projet pilote à l'inclusion de ces plans dans le budget gouvernemental.
- Renforcer et mieux utiliser le système de gestion de l'information de Santé.
- Augmenter la proportion de la population couverte par les mutuelles de santé de 60% à 95%.
- Augmenter de 43,5 à 65% la proportion des femmes qui font au moins 3 visites de consultation prénatale avant l'accouchement.
- Augmenter de 4 à 20% l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

- Continuer l'élimination du tétanos maternel et néonatal et éradiquer la poliomyélite avec la rougeole.
- Réduire la prévalence des cas de VIH Positifs dans la population générale.
- Garder la couverture vaccinale pour les enfants de moins de un an à plus de 85%.

### **2.1.2.3 Comité de gestion de l'Hôpital**

Le comité de gestion de l'hôpital est composé par le :

- Directeur
- Administrateur
- Représentant du personnel médical
- Chef de nursing
- Chef du service de soutien
- Représentant du personnel élu
- Représentant des intervenants

### **2.1.2.4 Partenaires de l'hôpital**

Dans son action médicale sociale l'hôpital de Butaro est appuyé par différents partenaires notamment :

- Le Gouvernement Rwandais qui fournit le salaire pour la majorité du personnel qualifié ainsi qu'un subside de fonctionnement annuel.
- Le projet PIH/IMB qui intervient surtout dans le renforcement des capacités, la santé communautaire, la construction et rénovation, appui nutritionnel des patients, etc.
- Le projet Global Fund qui fournit l'appui dans les domaines du VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et la supervision.
- Le Save the Children qui intervient dans la maternité à moindre risque. L'on ne peut passer sous silence la population à travers le paiement des soins offerts via principalement, les mutuelles de santé. Le présent plan stratégique intègre tous ces intervenants. Signalons que dans le souci d'amélioration continue du secteur de santé, l'hôpital de Butaro est dans le système de financement basé sur performance.

### **2.1.3 Présentation du centre de santé de KINONI**

#### **2.1.3.1 Historique du centre de santé de KINONI**

Le centre de santé de KINONI est un centre agréé catholique du Diocèse de Ruhengeri. Il est encadré par le district sanitaire de l'hôpital de BUTARO, et couvre la population de tout le secteur de RUGARAMA et certaine population du Secteur KINONI.

Le Centre de Santé de KINONI est fondé en 1952, sous l'initiative des gents de KINONI mais qui étaient à Kigali, J.Pièrre a cherché les donateurs qui étaient dans la ville de Kontric en Belgique.

En 1979 il a ouvert les portes par les sœurs de Saint Vincent de Paul.

Des services offerts ressortent du paquet minimum d'activités (PMA). Il s'agit des activités préventives (vaccination de routine et stratégies avancées, Planification familiale, consultation prénatale, surveillance de la croissance, consultation post natale). Les activités curatives :

Consultation primaire curative, hospitalisation, maternité, petite chirurgie, laboratoire, et le service de pharmacie) et les activités promotionnelles (IEC, santé et hygiène publique).

#### **2.1.3.2 Situation géographique de l'organisation**

Le CS de KINONI est situé dans le secteur de KINONI, District de Burera, Province du Nord en République du Rwanda. Il abrite une population particulièrement villageoise, avec niveau d'instruction très bas, mais qui continue à se propager sans tenir compte de leur situation économique.

Le Centre de Santé de KINONI est en général tempéré, avec la température constante comme partout ailleurs dans le pays.

#### **2.1.3.3 Aspect climatique**

Ce pendant comme cela est le cas dans l'ensemble du Rwanda, le secteur de KINONI connaît le climat du secteur de KINONI est du type humide, caractérisé par deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses qui sont réparties de la manière suivante :

- la petite saison sèche s'étend de mi-décembre à février
- La grande saison de pluie s'étend de mars à mi-juin

- La grande saison sèche s'étend de juin jusqu'au mois de septembre
- La petite saison de pluie s'étend de mi-septembre à décembre.

Les précipitations annuelles atteignent 1400 mm; la température varie entre 9<sup>o</sup> C et 29<sup>o</sup> C, suivant les endroits et la saison. Les aléas climatiques perturbent cette succession saisonnière. Le relief du secteur où réside le centre de santé de KINONI est accidenté : on enregistre dans le secteur une prédominance de collines séparées de bas fond dont la rivière et le lac qu'on appelle RUHONDO.

#### **2.1.3.4 Aspect économique**

L'économie de secteur de KINONI repose essentiellement sur une agriculture subsistance qui est pratiquée par plus de 90% de la population de secteur et de l'élevage. Le revenu annuel de la population est faible et se situe en dessous du seuil de la pauvreté, c'est-à-dire moins de un dollar par jour par personne (1\$/J/P).

Les principales cultures vivrières qu'on rencontre dans le secteur de KINONI sont : les pommes de terre, les sorghos, les haricots, les maïs, les petits pois, les légumes et les arbres fruitiers.

D'autres sources de revenu sont : l'élevage, la pêche, le commerce, l'artisanat, les carrières et les mines.

Les principales espèces de bétail sont : Les vaches, les moutons, les chèvres, les porcs, les lapins et les volailles. Le mode d'élevage est le plus communément pratiqué est de type traditionnel.

#### **2.1.3.5 Statut juridique**

Le centre de santé de KINONI est un centre agréé catholique du Diocèse de Ruhengeri et ayant pour mission d'améliorer la prise en charge curative et préventive des problèmes majeurs de santé, en offrant des soins de santé de qualité à la population.

#### **2.1.3.6 Objectifs et domaine d'intervention**

La mission du Centre de santé de KINONI consiste en l'amélioration de la prise en charge préventive et curative des problèmes majeurs de la santé en offrant des soins de

santé de qualité à la population desservie tout en assurant le bon fonctionnement et la gestion efficiente du Centre de santé.

La vision du Centre de Sante de KINONI a être un centre d'accueil idéal à tous les clients en leur offrant aussi des services de qualités en planification familiale et la lutte contre la malnutrition, des service de qualité de VCT,PMTCT et des services adéquat des ARV.

### **2.1.3.7 Organisation du Centre de Santé de Kinoni**

Le Centre de Sante de KINONI jouit d'une autonomie de gestion sous la coordination régulière du comité de santé (COSA) et du comité de gestion (COGE). Ces deux organes se réunissent respectivement une fois par trimestre et sur demande en cas de nécessité.

Le comite de sante est l'organe de prise de décision composée d'un représentant du secteur administratif, 2 représentant des enseignants, 2 représentants des animateurs de sante, 1 représentant des associations sans but lucratif, 1 représentant du secteur prive, le titulaire du Centre de Santé en assurant la secrétariat du comite.

Le comité de gestion(COGE) assure la gestion journalière, et est compose du Titulaire, du comptable, d'un représentant du personnel soignant, d'un représentant du personnel de soutien. Ces deux organes peuvent inviter toute autre personne jugée utile en cas de besoin.

Néanmoins ces organes de gestion étant en place, il a été constate que, non seulement la capacité de gestion et de leadership est limitée, mais aussi terme de référence ne sont pas métrisé par les membres. En plus, le niveau d'étude et salarial des membres du comites de gestion étant le même que celui du personnel, ce dernier ne le considère pas comme un organe hiérarchique directement supérieurs. Notons que l'appui de différent partenaires à développement et l'existence de texte légaux sont toutes les deux des opportunités pour améliorer le fonctionnement des ces comité.

### **2.1.3.8 Fonctionnement**

Toutes les entreprises ont à des degrés divers dans les mêmes fonctions à remplir. La différence se situe dans la manière dont les opérations sont regroupées pour être

attribuées aux services qui en ont la charge. Ainsi le Centre de Santé de KINONI est d'une structure linéaire avec 30 personnels repartis en trois catégories : Personnel administratif, personnel soignant et le personnel de soutien.

**Table 1: Répartition du personnel par qualification selon le genre**

<b>Qualification</b>	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	<b>Total</b>
Infirmier A2	4	10	14
Laborantin A2	1	1	2
Comptable A2	1	1	2
Assistante sociale A2	0	2	2
Santé environnementA1	1	0	1
Autres techniciensA2	2	4	6
Soutien	1	2	3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>30</b>

**Source** : rapport annuel, 2010, p45.

Les services opérationnels sont au nombre de 15 et sont repartis comme suit :

- Service d'Administration
- Service de Réception
- Service de Consultation
- Service d'Hospitalisation
- Service de Pansement
- Service de Laboratoire
- Service de Dépôts de médicaments
- Pharmacie de distribution
- Service de VCT/PMTCT
- Service de Maternité
- Service d'Hygiène
- Service de Comptabilité
- Service de la Consultation Périnatale (CPN)
- Service de la planification familiale (PF)
- Service Social

- Service de Zone de déchets.

### **2.1.3.9 Ressources financières**

La politique de décentralisation encourage les différents partenaires au développement de mobiliser les fonds et de s'aligner les derrières des priorités locales telle que consignées dans le plan stratégique des institutions de santé et le plan de développement du district. Non seulement notre institution ne dispose pas de tous les manuels de procédure de gestion financière et comptable mais aussi ceux dont on dispose ne sont pas maîtrisés par les utilisateurs.

Le taux d'adhésion aux mutuelles de santé satisfaisant et l'appui financier régulier des partenaires constituent des opportunités financières de notre formation sanitaire bien que les retards de remboursement par la section de mutuelle de santé et la faible contribution par les habitants constituent de menaces potentielles de la stabilité financière.

Les ressources du financement de Centre de Santé de KINONI sont essentiellement : Les recettes propres de Centre de Santé provenant de la prestation de soins, la vente de médicaments et des imprimés et les subsides de l'Etat.

Diverses autres sources des financements (les donations, coopérations diverses), Partners In Health et Global Fund.

### **2.1.3.10 Réalisations et perspectives d'avenir**

La mission du Centre de santé de KINONI consiste en l'amélioration de la prise en charge préventive et curative des problèmes majeurs de la santé en offrant des soins de santé de qualité à la population desservie tout en assurant le bon fonctionnement et la gestion efficace du Centre de santé.

La vision du Centre de Santé de KINONI consiste à être un centre d'accueil idéal à tout les clients en leur offrant aussi des services de planification familiale et la lutte contre la malnutrition, des services de qualité de VCT, PMTCT et des services des ARV.

La mission du Centre de santé de KINONI consiste en l'amélioration de la prise en charge préventive et curative des problèmes majeurs de la santé en offrant des soins de

santé de qualité à la population desservie tout en assurant le bon fonctionnement et la gestion efficiente du Centre de santé.

## **1. Réalisations**

Dans le cadre de maladies infectieuses, des efforts ont été fournis pour que les enfants soient complètement et correctement vaccinés au-dessus de 80% depuis environ dix ans. Seront maintenus, la stratégie avancée de vaccination dans les collines (Imidugudu) sera continue malgré le problème persistant de découpage de la zone qui faciliterait l'amélioration effective de la couverture vaccinale si jamais refait.

Les stratégies de distribution des MII aux femmes enceintes fréquentant les services CPN et du moment de la vaccination des enfants de moins de 5 ans sera maintenue par le personnel de santé et les ASC. La proportion des ménages avec au moins 1 MII est déjà réalisée à 55%.

La prise en charge de cas a été toujours une préoccupation majeure du personnel du centre de santé de KINONI. Le PMA a été offert dans l'ordre d'environ 70% des cas des IRA constitue la première cause de consultation curative primaire sans toutefois oublier les parasitoses intestinales causées par le manque de l'eau potable dans cette zone.

Le problème majeur du PMA curatifs sont correctement pris en charge au centre de santé sont de l'ordre de 70%. Le cas diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans qui sont correctement pris en charge dans la FOSA est dans l'ordre de 70%.

La mortalité maternelle et infantile a été évitée au centre de santé au cours des années écoulées.

La durée moyenne de séjour est de 3 jours pour environ 0.8% des hospitalisations et ce pourcentage sera réduit à la baisse à 0% d'ici fin 2012.

## **2. Perspectives d'avenir**

Le centre de santé de KINONI prévoit recruter le personnel qualifié selon les normes en collaboration avec le MINISANTE pour servir la population selon le besoin, donc : 20 Infirmiers, 2 Sage femme, 3 laborantins dont 1 du niveau A1 et 20 Travailleurs de soutien.

Renforcement des compétences du personnel administratif et technique

Renforcer les services de santé de la reproduction (PF)

Avoir teindre 70% en matière de planification familiale moderne

Avoir augmenté le taux d'utilisation des services CPN 4visites standards de 21% à 75% et le taux d'accouchements de 70% à 85%

Avoir augmenté la proportion des femmes enceintes se couchant sous MII de 60% à 75%

Avoir augmenté la proportion des ménages possédant au moins 1MII et celle possédants 2 MII ou plus de 60% à 85%

Avoir augmenté la proportion des femmes enceinte venant en CPN dépistées VIH et connaissent leurs résultats de 70% à 90%

Avoir augmenté la proportion de femmes enceintes VIH+sous ARV en vue de diminuer le risque de la transmission de la mère à l'enfant jusqu'à 80%

Avoir augmenté la proportion de TB à TPM+ et la coïnfection TB/VIH dépisté, et la proportion de succès de traitement jusqu'à 70%

Avoir augmenté la proportion des ménages st des institutions utilisant des latrines amélioré et se lavant les mains au savon de 40% à 95%

Avoir augmenté la proportion des ménages et des écoles qui gèrent correctement l'eau de buisson de 35% à 75%

Avoir augmenté la proportion des ménages et des institutions qui utilisent des ustensiles de cuisine sans fumée de 30% à 75%.

## **2.1.4 Présentation du Partners In Health (PIH)**

### **2.1.4.1 Question de départ**

Jusqu'à très récemment, il avait de la sagesse conventionnelle qui tuberculose résistante aux médicaments et le VIH / SIDA ne pouvait pas être traitée dans les pays en développement. PIH prouve du contraire, l'élaboration d'un modèle de soins communautaires pour traiter la tuberculose dans les bidonvilles de Lima, au Pérou, et fournir un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH / SIDA dans un bidonville dans les régions rurales d'Haïti. Les autorités sanitaires nationales dans les deux pays ont intégré les leçons tirées de ces projets pilotes dans les systèmes de santé nationaux. L'Institut de la santé et la justice sociale (IHSJ) est le plaidoyer et le bras politique de Partners In Health. Fondée en 1993 en utilisant le produit de Dr. Paul Farmer, John D. et Catherine T. MacArthur Award.

La mission de l'IHSJ est d'analyser l'impact de la pauvreté et les inégalités sur la santé, et d'utiliser ces résultats pour éduquer et former des étudiants, des universitaires, les bailleurs de fonds, les décideurs, et des laïcs. Basé sur le service de PIH dans le domaine et l'utilisation de la recherche et l'éducation, le personnel de l'avocat IHSJ pour les politiques qui prennent en charge une plus grande équité et la justice sociale.

#### **2.1.4.2 Aperçu historique du Partners In Health au Rwanda**

L'an 2004 le gouvernement du Rwanda invite PIH à renforcer la prévention nationale du VIH et de traitement dans les zones rurales où il avait été en retard. La Clinton HIV / AIDS Initiative (CHAI) exhorte également PIH à participer à un entraînement à l'échelle des soins du VIH dans les régions rurales au Rwanda et ailleurs en Afrique.

Janvier 2005 , PIH signe un protocole d'entente avec la CHAI pour lancer un projet à l'échelle des soins du VIH et de traitement au Rwanda, en collaboration avec le Ministère rwandais de la Santé et le traitement et la recherche contre le SIDA (TRAC), après plusieurs voyages à enquêter sur les conditions et de consulter le gouvernement rwandais, PIH accepte de travailler dans deux districts de santé dans le Sud-Est du Rwanda, la partie la plus pauvre du pays avec une population de près de 500.000 personnes par un seul médecin. Au cours du printemps, une organisation partenaire rwandais est formé sous le nom de Inshuti Mu Buzima (Partners In Health en kinyarwanda), l'hôpital abandonné à Rwinkwavu dans le district de Kayonza est reconstruit et rééquipé, et une formation approfondie est menée pour le personnel clinique et les agents de santé communautaires.

Inshuti Mu Buzima (IMB) commence à offrir le dépistage du VIH au sein d'une question de semaines et s'inscrit ses premiers patients sous thérapie antirétrovirale (ART) à partir de Juin 2005. À la fin de l'année, plus de 17.000 personnes ont été testées et près de 700 ont commencé à ART, Plus de 1000 patients rendre dans les dispensaires chaque mois, près de 5.000 femmes ont reçu le conseil prénatal et la distribution de 700 paquets de nourriture par mois pour le VIH et les patients tuberculeux et leurs familles (<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012). La première salle d'opération entièrement rénové ouvre en Octobre et les médecins commencer à fournir des soins chirurgicaux d'urgence, Plus les communautés reçoivent l'accès aux soins dans tout l'Est du Rwanda commence à travailler dans

quatre centres de santé dans le district de Kirehe, qui dessert une population de plus de 350.000 personnes. Plus de 1.500 colis alimentaires sont distribués chaque mois pour le VIH et les patients tuberculeux et leurs familles, et signe un accord avec le Programme alimentaire mondial pour un autre 1.000 par mois.

IMB continue à soutenir les droits sociaux et économiques en construisant plus de 35 maisons, payer les frais scolaires secondaires pour près de 400 étudiants qui, autrement, auraient n'ont pas pu aller à l'école, et l'établissement d'un atelier de menuiserie et de soudure qui fournit des emplois pour les résidents locaux et du mobilier pour les installations de nouvelles cliniques. À la fin de l'année 2006, environ 2.000 patients sont inscrits sur la thérapie antirétrovirale, plus de 800 agents de santé communautaires sont en visite des patients par jour à distribuer des médicaments (accompagnement) et fournir un soutien social. IMB élargit également à un septième site, dans l'EST du Rwanda, Centre de Santé de Ndego. IMB établit des cliniques de soins chroniques à tous les sept sites d'apporter un soutien à long terme des maladies telles que l'asthme, le diabète, l'épilepsie et les maladies cardiaques.

#### **2.1.4.3 Présentation du Partners In Health à l'hôpital de Butaro**

En 2007 Le ministère rwandais de la Santé travaille avec IMB pour lancer l'Initiative du Rwanda santé en milieu rural pour offrir des soins de santé de qualité à tous les districts ruraux dans le pays. Le programme apporte des soins complets aux Burera, un quartier au nord du Rwanda, dont 400.000 personnes avaient déjà été servi par un seul médecin et aucun fonctionnement de l'hôpital. Le programme rénove 55 lits d'hôpital pour une utilisation immédiate, fait des plans pour la construction et commence sur un nouvel hôpital de district, et engage le personnel clinique. Les villageois élisent 1200 agents de santé communautaires pour doter le modèle communautaire de soins.

Vers la fin 2007, Partners In Health a commencé à travailler en étroite collaboration avec le district pour reconstruire le système de santé de la District de Burera. En quelques mois, il a commencé les travaux dans le quartier, Partners In Health transformé le Centre de santé de Butaro dans un établissement hospitalier temporaire complet avec une salle d'opération et pris en charge le recrutement des fournisseurs de

soins de santé pour le personnel du service. En Décembre 2008, la construction a commencé sur un hôpital de district de 150 lits nouveaux de Butaro(<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012).

La vision pour le nouvel hôpital de Burera est ambitieux et multiple: d'apporter un hôpital bien conçu et innovant au service du peuple de Burera. Les plans de lutte contre l'infection, a étendu les services existants et nouveaux, des programmes de formation, et des équipements modernes et la technologie font de la livraison de la meilleure qualité de soins possible pour la population.

L'an 2009 au Burera, la soutient nationale du gouvernement rwandais cadre rural de soins de santé en fournissant une formation et en soutenant les salaires des infirmières en santé communautaire et les superviseurs et ainsi que les agents de santé communautaires aux soins pour le district de 400.000 personnes et 13 centres de santé; pour la première fois temps, les femmes dans le district ont accès aux soins de santé locale et globale en matière de reproduction( <http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012).

#### **2.1.4.4 Principes fondamentaux du PIH**

##### **- Fournir un accès universel aux soins de santé primaires**

Toutes les personnes doivent avoir accès à des soins de santé primaires - cela est particulièrement vrai pour les communautés touchées par le VIH / SIDA et la tuberculose. Lorsque la qualité des soins primaires est accessible, les gens sont plus enclins à rechercher des soins précoces et de traiter les deux conditions simples et des maladies complexes. Lorsque PIH traite quelqu'un pour une maladie infectieuse, que le patient reçoit également de santé primaires et des services sociaux.

##### **- Rendre les soins de santé et l'éducation gratuite pour les pauvres**

Lorsque les cliniques de frais d'utilisation dans les communautés pauvres, les gens ne cherchent pas l'accès aux soins de santé. Santé et éducation sont des itinéraires fondamentaux au développement et il est contre-productif et immoral de payer les frais d'utilisation pour ceux qui ont besoin de ces services et la plupart peuvent se permettre au moins eux.

### **- Embaucher et former les travailleurs de santé communautaires**

Les programmes de santé doivent impliquer les membres de la communauté à tous les niveaux de la conception et la mise en œuvre. PIH embauche et forme des agents de santé communautaires (ASC) pour offrir une éducation sanitaire, reportez-vous aux malades dans les cliniques, ou à fournir des médicaments et le soutien social aux patients à leur domicile. ASC ne remplacent pas le travail des médecins ou des infirmières, mais plutôt, ils sont une interface indispensable entre la clinique et la communauté.

### **- Lutter contre la maladie, c'est lutter contre la pauvreté**

Grâce à des partenaires communautaires, PIH travaille à améliorer l'accès à la nourriture, abris, eau potable, l'assainissement, l'éducation et les possibilités économiques.

### **- En partenariat avec les gouvernements locaux et nationaux**

Alors que les ONG jouent un rôle précieux dans l'élaboration de nouvelles approches pour traiter la maladie, les modèles réussis ne peuvent être mis à la disposition largement à travers les systèmes de santé nationaux. Pour aider à atteindre cet objectif, PIH renforce et complète l'infrastructure existante de la santé publique.

## **2.2 LA METHODOLOGIE**

Pour mieux cerner le sujet que nous nous sommes proposées d'étudier, nous allons nous servir de différentes méthodes et techniques qui, comme on peut le croire ne constituent pas une simple compilation mais se présentent dans une relation de complémentarité chacune apportant des éléments d'explication que l'autre n'a pas pu donner. Ainsi, notre travail sera guidé par des méthodes et techniques suivantes :

### **2.2.1. Les méthodes**

Au cours de ce travail, nous nous sommes servis des méthodes suivantes :

#### **2.2.1.1 Méthode statistique**

Cette méthode consiste de quantifier, chiffrer et présenter les résultats de la recherche (M. GRAWITZ, 1993, P.345). Ainsi, elle nous permettra de présenter les résultats de notre travail sous forme de graphiques, tableaux, schémas et pourcentage.

### **2.2.1.2 Méthode analytique**

La méthode analytique consiste à analyser systématiquement toutes les informations ainsi que les données récoltées en insistant beaucoup sur chaque cas (<http://www.wikipedia.org>, consulté le 24 Juillet 2012).

Cette méthode consiste à décomposer un tout en parties. Elle permet d'analyser systématiquement toute les informations et les données récoltées. Elle nous sera utile pour faire une analyse approfondie sur les activités du PIH de lutte contre le VIH/SIDA.

### **2.2.1.3 Méthode comparative**

La méthode analytique consiste à analyser systématiquement toutes les informations ainsi que les données récoltées en insistant beaucoup sur chaque cas, sur chaque élément d'un tout, en considérant les choses dans leurs éléments plutôt que dans leur ensemble (<http://www.oboulo.com>, consulté le 16 Juin 2012).

Cette méthode nous a servis à analyser systématiquement toutes les informations recueillies.

## **2.2.2 LES TECHNIQUES**

Notre travail est guidé par les techniques ci-après :

### **2.2.2.1 Technique documentaire**

Pour la présente technique M. GRAWITZ déclare que « *les techniques des documents même si elles n'offrent pas non plus de certitudes, permettent d'étudier la personnalité, les opinions, sous des angles variés.* » (GRAWITZ, M.; *Op. Cit*, p.526.)

Cette technique nous a permis d'exploiter les sources écrites contribuant à la réalisation de cette recherche.

Elle nous a aidé également à bien fixer le cadre conceptuel et théorique de notre travail par la consultation des ouvrages généraux, les journaux, les rapports, les brochures, les archives et les sources électroniques qui portant sur le VIH/SIDA et l'amélioration des conditions socio-économiques des bénéficiaires par PIH, la

documentation nous permettra enfin de consulter ceux qui auraient fait un travail similaire au nôtre.

Cette technique est orientée vers une fouille systématique de ce qui est écrit en rapport avec le domaine de recherche. Au cours de notre recherche, nous allons consulter les

### **2.2.2.2 Technique d'enquête par questionnaire**

Le questionnaire sert à interroger un certain nombre d'individus choisis, à un moment donné, selon les critères préalablement fixés dans un modèle d'échantillonnage et il est construit en fonction des thèmes particuliers (SELLITZ, C., 2003, p. 45).

Cette technique consiste à administrer un questionnaire auquel les enquêtés doivent répondre par écrit, à cet effet, nous allons administrer un questionnaire aux personnes concernées par notre travail.

### **2.2.2.3 Technique d'entretien**

L'entretien se définit comme étant « *un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir les informations en relation avec le but fixé.*

La technique d'entretien a pour but de recueillir les informations relatives à l'hypothèse par le biais d'une conversation entre l'enquêteur et l'enquêté. Pour compléter les informations reçues à l'aide du questionnaire, nous avons mené une interview dirigée. Les interviews ont aidé à obtenir plus d'informations que des simples questionnaires (GRAWITZ, M.; *Op. Cit*, p.644).

### **2.2.2.4 La technique d'échantillonnage**

Cette technique nous a permis de déterminer le nombre de la population représentant celle mère à enquêter.

Pour la détermination de l'échantillon représentatif, nous nous sommes référés à la table de détermination de la taille de l'échantillon de COCHRAN.G. William cité par A. BOUCHARD.

Il dit que « *quand la population faisant l'objet d'enquête est inférieure ou égale à 1.000.000, on la fait correspondre à un échantillon de 96 individus avec une marge d'erreur de 10 et le degré de précision de 95%.* » (BOUCHARD, A., *Statistique appliquée à la géographie*, Paris, 2002, p.68).

#### a. La population d'étude

Comme il est indiqué au dessus dans la partie délimitation du sujet, notre étude concerne tout les personnes vivant avec le VIH/SIDA du centre de santé KINONI et le personnel prestataires des PVVIH/SIDA c.à.d. les infirmiers, les assistantes sociale, les comptables et autre personnel de ce centre de Santé depuis Janvier 2008 au décembre 2011, mais nous ne pouvons pas arriver à tout élément concerné ; nous avons calculé l'échantillon représentatif.

Notre population d'étude s'élève à 300 PVVIH et 30 personnels, (Rapport SIS, Centre de Santé Kinoni, décembre 2011).

#### b. Détermination de la taille d'échantillon

Pour la détermination de l'échantillon représentatif, nous nous sommes référés à la table de détermination de la taille de l'échantillon de (COCHRAN.G. William cité par A. BOUCHARD 2002, p.68) quand la population faisant l'objet d'enquête est inférieure ou égale à 1.000.000, on la fait correspondre à un échantillon de 81 individus avec une marge d'erreur de 10 et le degré de précision de 95%.

$$\text{Formule } n_c = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{n}{\frac{N + n}{N}} = n \times \frac{N}{N + n} = \frac{N \times n}{N + n}$$

- Où
- N = la taille de l'univers
  - n = la taille de l'échantillon pour l'univers infini
  - $n_c$  = la taille de l'échantillon corrigé pour l'univers fini

Notre population d'étude s'élève à 300 individus. Comme cette population se trouve entre 100 et 500 individus nous avons pris un échantillon de 63 comme le montre la table d'ALAIN B. se trouvant en annexes.

$$D'où \quad nc = \frac{81}{\frac{300 + 81}{300}} = 81 \times \frac{300}{300 + 81} = \frac{300 \times 81}{300 + 81}$$

$$nc = 63$$

### **Conclusion partielle**

Dans le deuxième chapitre, nous avons présenté le milieu de notre recherche, qui est le projet PIH dans l'hôpital de Butaro, centre de santé de KINONI et la méthodologie de recherche où nous avons présenté les méthodes et les techniques dont nous nous sommes servi pour collecter, présenter et analyser les données vérifiant nos hypothèses.

Le prochain chapitre porte sur la présentation des données, l'analyse et l'interprétation des résultats que nous avons recueillis sur le terrain, dont nous nous sommes servie pour vérifier nos hypothèses de recherche.

## **CHAPITRE III: PRÉSENTATION DES DONNÉES, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre concerne la présentation des données, l'analyse et l'interprétation des résultats. Nous avons passé à cette étape après avoir récupéré tous les questionnaires qui avaient été distribués à nos enquêtés. Le même chapitre contient aussi l'interprétation des données.

Toutefois, ces données sont récoltées au moyen de l'échantillon tiré de la population d'enquête ou population mère car notre population d'étude est grande. Notre population d'étude est composée des PVVIH adulte et les personnels du Centre de Santé KINONI.

### **3.1 IDENTIFICATION DES ENQUÊTÉS**

L'identification de nos enquêtés se fait sur quatre indicateurs à savoir l'âge, le sexe et le niveau d'études et la relation avec le centre de Santé. Ces indicateurs n'ont pas été considérés pour rien mais plutôt parce que chacun d'eux influe sur la manière de voir les choses.

Par exemple si nous considérons l'âge nous constatons que la manière dont les adultes perçoivent les choses est différente de celle des jeunes. Il en est de même pour d'autres indicateurs.

#### **3.1.1 Âge des enquêtés**

L'âge minimal pour nos enquêtés est 18 ans. Pour bien spécifier nos enquêtés, nous sommes servie des tranches séparées par une période de 7 ans comme le montre le tableau suivant.

**Table 2: Identification des répondants enquêtés par la classe d'âge**

Âge	Effectif	Pourcentage
18 – 25 ans	5	8
26 – 33 ans	15	24
34 – 41ans	20	32

42-49ans	12	19
50 ans et plus	11	17
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012.

Selon ce tableau, l'âge des personnes enquêtées varie entre 18 ans et plus de 50 ans. 5 sur 63 enquêtés, soit 8% sont âgés de 18 à 25 ans ; 15 sur 63 enquêtés, soit 24% sont âgés de 26 à 33 ans. 20 sur 63 enquêtés, soit 32% sont âgés de 34 à 41 ans. 12 sur 63 enquêtés, soit 19% sont âgés de 42 à 49 ans, tandis que ceux de plus de 50 ans sont au nombre de 11 sur 63 enquêtés, soit 17%.

Par ce tableau nous constatons qu'un bon nombre des enquêtés se trouve dans une tranche d'âge allant 35 à 41 ans où nous avons 20 sur 63 enquêtés. Les âgés de 18 à 25 sont moins nombreux car ils ne sont que 5 sur 63 enquêtés. La raison en est que le dépistage volontaire n'est pas pour les adolescents mais pour les jeunes qui se sent adulte, les gents qui tiennent les décisions des leurs propres vie.

### 3.1.2 Identification des PVVIH/SIDA enquêtés selon le sexe

Il est nécessaire que notre recherche soit faite sur les enquêtés de sexes différents pour avoir des résultats présentés par les femmes et les hommes.

**Table 3: Identification de tous les répondants par sexe**

Sexe	Effectif	echantillon	Pourcentage
Féminin	181	38	60
Masculin	119	25	40
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012

Le tableau 2 montre que 38 filles et femmes confondues sur 63 enquêtés soit 60% ont répondu à notre questionnaire ; 25 hommes sur 63 enquêtés, soit 40% ont été enquêtés. Le pourcentage montre que l'effectif des femmes est plus élevé que celui des hommes. Ceci est parce qu'en général, le VIH est plus dominants chez les femmes, et le VIH tue les hommes avant que les femmes.

### 3.1.3 Identification des enquêtés selon la relation avec le centre de Santé

La relation joue un grand rôle en matière d'analyser les choses. Pour notre recherche nous avons eu la chance d'avoir un échantillon relationnel diversifié comme le montre le tableau ci-dessous.

**Table 4: Identification des répondants par relation**

Catégories relationnelles	Effectifs	Echantillon
patients	300	63
Employées du C.S	30	6

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012.

Le tableau 3 nous montre que notre échantillon est composé de 63 patients représentatif de 300 patients et de 6 employées représentatif de 30 employées tenue au hasard.

Notre échantillon est majoritairement composé par les patients, où les employées représentent 1/10 des patients, soit 6/63.

### 3.1.4 Identification des enquêtés selon le niveau d'étude

Le niveau d'étude constitue un aspect non négligeable lors de la recherche. C'est dans ce cadre qu'il n'a pas été négligé pour notre travail de recherche. Notre échantillon se compose d'enquêtés allant du niveau d'étude primaire au niveau universitaire.

**Table 5: Identification des répondants par le niveau d'étude**

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Niveau primaire	36	63
Niveau Artisanat	15	24
Niveau secondaire	9	14
Niveau universitaire	3	5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012.

Le tableau 4 montre que chacun des enquêtés a fréquenté l'école où 36 sur 63 enquêtés soit 63% ont fréquenté seulement l'école primaire, 15 sur 63 enquêtés soit

24% ont quelques années de formation artisanat, 9 sur 63 enquêtés soit 14 % sont des humanistes, enfin 3 sur 63 enquêtés soit 5% ont soit le premier soit le deuxième cycle universitaire.

### 3.2 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Cette partie repose sur les réponses fournies par les répondants à l'aide de la technique du questionnaire et celle d'interview. C'est à partir d'elle que nous allons pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses suite aux analyses qui seront faites.

#### 3.2.1 Connaissance du projet Partners In Health

Pour que nous nous rassurions que les données recueillies sont fiables, nous avons voulu savoir si tous nos répondants savent du projet Partners In Health dont nous nous sommes servis comme le terrain de notre recherche. C'est pour cette raison que le tableau suivant trouve sa place ici.

**Table 6: Connaissance sur le projet Partners In health**

Éléments de réponses	Explications	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
<b>Oui</b>	Formation aux infirmiers des services ARVs	19	37	56	89
	Appuis aux transports des échantillons de laboratoire	2	0	2	3
	La bonne gestion des données du service ARVs	4	1	5	8
<b>Non</b>		0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012

Tableau 5 montre que cent pour cent des enquêtés connaissent du projet Partners In Health où 56 sur 63 enquêtés, soit 89% dont 19 hommes et 37 femmes ont répondu que du projet Partners In Health est connue par son objectif de promouvoir la connaissance du personnel; 2 sur 63 enquêtés, soit 3% qui sont des hommes ont répondu que le projet Partners In Health est connue sous l'assistance de transporter les examens de contrôle des PVVIH à la laboratoire nationale ; tandis que 5 sur 63 enquêtés, soit 8% dont 4 hommes et 1 femme ont répondu que le projet Partners In

Health est connu comme projet forte en gestion des données utilisant le programme Open MRS.

Ce que nous pouvons dire par ce tableau c'est que les enquêtés ont en général répondu que le projet Partners In Health vise la promotion de la connaissance du personnel de l'hôpital et des centres de Santé où cette réponse compte 89% de toutes les réponses. Personne n'ignore le projet Partners In Health parmi nos enquêtés.

### 3.2.2 Contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA

Pour bien nous assurer qu'il y a eu la Contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA, nous avons voulu demander nos enquêtés ceux qu'ils connaissent.

**Table 7: Contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA**

<b>Contribution</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>	<b>Pourcentage</b>
Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA	15	18	33	52
Appui nutritionnel aux PVVIH/SIDA	9	20	29	46
Appuis scolaire des enfants des familles séropositives	1	0	1	2
Autres	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012.

Ce tableau 6 montre que le projet PIH a une contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA où 29 sur 63 enquêtés, soit 46% dont 9 hommes et 20 femmes ont répondu que le projet Partners In Health donne l'appui nutritionnel aux PVVIH/SIDA ; un seul homme sur 63 enquêtés, soit 2% a répondu que ce projet donne l'appui scolaire aux enfants des familles atteintes par le VIH/SIDA ; tandis que 33 sur 63 enquêtés, soit 52% dont 15 hommes et 18 femmes ont répondu que sa contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA est le paiement de la Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA, personne n'a répondu d'autres réponses.

Ce que nous pouvons dire par ce tableau c'est que les enquêtés ont en général répondu que le projet Partners In Health vise au paiement de la mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA où cette réponse compte 52% de toutes les réponses, la raison est que on doit soigner les infection opportuniste le plus vite possible pour le cas présenté.

### 3.2.3 Accompagnement des patients

Ici nous avons voulu connaître s'il y a l'importance des accompagnateurs en vers les patients, et combien qui en ont les accompagnateurs

**Table 8: Accompagnement des patients**

Éléments de réponses	Explications	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
<b>Oui</b>	Transporter les ARVs	13	25	38	60
	Accompagnement psychosociale	2	8	10	16
	Personnes de contact	4	1	5	8
<b>Non</b>		6	4	10	16
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012

Comme le montre le table 7, 38 sur 63 enquêtés, soit 60% dont 13 hommes et 25 femmes disent que le rôle d'un accompagnateur est le transport des médicaments au centre de santé vers le patients, 10 sur 63 enquêtés, soit 16% dont 2 hommes et 8 femmes ont répondu que l'accompagnateur joue un rôle psychosociale ; 5 sur 63 enquêtés soit 8% dont 6 hommes et 4 femmes ont répondu que l'accompagnateur a un rôle d'adresse de contact entre l'infirmier(e) et le patient(e); tandis que 10 sur 63 enquêtés, soit 16 % dont 6 hommes et 4 femmes n'ont pas d'accompagnateur, ils n'en ont pas de leur volonté, certain disent qu'ils ne voient pas d'importance d'avoir l'accompagnateur, les autres les en avaient mais ils les ont refusé a la raison de n'est avoir confiance d'eux . La grande constatations est que 84% ont les accompagnateurs, ceux qui signifie la création de l'emploi car ils en bénéficient quelque monnaies chaque mois.

### 3.2.4 Raison de la mise en place du projet Partners In Health

La mise en place du PIH n'a pas été un fait du hasard. Certainement il y avait un ou des problème(s) auquel/auxquels elle est venue répondre. Pour en être sûr, nous avons voulu collecter des différents points de vue de nos enquêtés. Le tableau suivant présente des points de vue de nos enquêtés sur la raison de mise en place du Partners In Health.

**Table 9: Problèmes que connaissaient les PVVIH/SIDA avant que le projet PIH ne commence ses activités**

Problèmes	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Carence alimentaire	14	20	34	54
Manque de la mutuelle de santé	7	8	15	23
Pas de minerval aux enfants	2	6	8	13
Manque de connaissance sur le VIH/SIDA	2	4	6	10
Autres	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, octobre 2012

Ce tableau montre que le problème que les PVVIH connaissaient avant que le Projet Partners In Health ne commence ses activités. Le problème majeur était lié à la manque de l'appui nutritif où celui-ci a été signalé par 34 sur 63 enquêtés, soit 54% dont 14 hommes et 20 femmes ; la manque de la mutuelle de sante a été signalée par 15 sur 63 enquêtés, soit 23% dont 7 hommes et 8 femmes ; les enfants qui ne fréquentaient pas l'école suite au manque du minerval a été signalé par 8 sur 63 enquêtés, soit 13% dont 2 hommes et 6 femmes , l'insuffisance de l'IEC sur le VIH/SIDA a été signalée par 6 sur 63 enquêtés, soit 10% dont 2 hommes et 4 femmes, enfin pas d'autres problèmes signalé.

Partant de ce qui est signalé dans ce tableau nous voyons qu'avant le lancement des activités du PIH il y avait un problème majeur à savoir l'appui nutritionnelle qui a été signalée par 54% des enquêtés. On dirait que ce problème a lié par la relation de cause à effet parce que la prise des médicaments anti retro viral nécessite les aliments nutritif et complète.

### 3.2.5 Progrès issus de la collaboration avec Le Projet PIH

Si les bénéficiaires du Projet PIH ne connaissent pas de progrès issus de leur collaboration de la dite entreprise, celui-ci n'aurait pas de raison d'être. Le tableau suivant montre comment et dans quel domaine Le Projet PIH donne naissance au progrès.

**Table 10: Progrès réalisés grâce à la collaboration avec le Projet PIH**

Éléments de réponses	Explication	Hommes	Femmes	Totale	Pourcentage
<b>Oui</b>	Diminution du fardeau de notre familles en vers nous	12	22	34	54
	Prise des médicaments régulièrement	5	7	12	19
	Appui alimentaire	5	6	11	17
	Autres	3	3	6	10
<b>Non</b>		0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source:* Résultats de notre enquête, Octobre 2012

Pour ce qui concerne le progrès réalisé par nos enquêtés grâce à la collaboration avec le projet PIH, 34 réponses données sur 63 enquêtés, soit 54 % témoignent de la diminution du fardeau de leur famille car ils ont récupérés l'espérance de vie grâce a la prise en charge provenant de ce projet qui leur administrées, 12 réponses données sur 63 enquêtés, soit 19 % témoignent de la prise des médicaments régulièrement, 11 réponses données sur 63 enquêtés soit 17 % témoignent de l'appui alimentaire tandis que 6 autres réponses sur 63 enquêtés, soit 10% ont été donnée comme l'adhérence des associations, l'augmentation du revenu de ménages car ils travaillent aussi pour demain.

Dans l'ensemble il y a des progrès réalisés par les gens qui collaborent avec le PIH.

### 3.2.6 Impact d'une association aux PVVIH

Nous n'avons pas attaché une grande importance d'analyse économique seulement, mais aussi celle social pour avoir réellement l'importance du PIH. Les impacts socio économique d'appartenir dans une association que nous avons reçus des répondants sont présentés dans le tableau suivant.

**Table 11: appartenir dans une association et son avantage**

Éléments de réponses	Explications	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
<b>Oui</b>	1. Obtenir les partenaires	15	28	43	68
	2. Aide morale	3	1	4	6
	Autres	4	2	6	10
<b>Non</b>		3	7	10	16
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, septembre 2012

Tableau 10 montre que cent pour 53 sur 63 appartiennent dans les associations dont 43 enquêtée soit 15 hommes et 28 femmes participent dans les associations en vue de gagner les partenaires, d'une autre part il y a 4 sur 63 enquêtés soit 6% dont 3 hommes et une seul femme qui vont dans les associations pour la raison de chercher le moral, 6 enquêtées soit 10 % dont 4 hommes et 2 femmes qui voient les associations dans d'autres sens comme le moyen de communication inter eux même, moyen de production et de se développer, enfin il y a eu 10 sur 63 enquêtés soit 16% dont 3 hommes et 7 femmes qui n'appartiennent pas dans une association en raison personnel.

### 3.2.7 Comment contribue t- il dans la lutte contre le VIH/SIDA

Comme il y a beaucoup de moyen qui peuvent être utilisée pour lutter contre le VIH/SIDA, comme le soutien aux patients, la prévention aux non atteints par le VIH/SIDA etc., nous avons voulu connaître à travers nos enquêtées ceux utilisée par ce projet PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.

**Table 12: Contribution du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA**

Contribution	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
Aide financier aux PVVIH à travers les Associations	3	7	10	16
Sensibilisation aux dépistages volontaire	1	3	4	6
Formations aux ASC sur le VIH/SIDA	17	23	40	64
Autres	4	5	9	14
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, Septembre 2012.

Par ce tableau 11, il est dit que le projet PIH participe beaucoup dans les formations des ASC où 40 sur 63 enquêtés soit 64% dont 17 hommes et 23 femmes, l'aide financier à travers les associations a 16% soit 10 sur 63 enquêtés dont 3 hommes et 7 femmes, aussi PIH contribue dans la sensibilisation aux dépistage volontaire où 4 sur 63 enquêtés soit 6% dont un seul homme et 3 femmes , enfin 9 sur 63 enquêtés soit 14% dont 4 hommes et 5 femmes voient la contribution du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA dans d'autres sens comme, la prise en charge du Service PMTCT, formation aux infirmiers et la prise en charge de l' accompagnement des PVVIH .

### 3.2.8 Jugements des enquêtés sur PIH

Par ce point nous allons montrer comment les enquêtés apprécient le projet PIH. C'est un point qui va nous servir beaucoup pour voir si réellement le projet répond aux besoins de ses bénéficiaires, ou s'il est là sans prendre en considération des besoins de ceux-ci.

**Table 13: Appréciation du Projet PIH par les enquêtés**

Eléments de réponses	Hommes	Femmes	Effectif	Pourcentage
Très utile	20	30	50	79
Utile	3	5	8	13
Peu utile	2	3	5	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

*Source* : Résultats de notre enquête, Septembre 2012

Le tableau 12 présente comme le Projet PIH est appréciable où 50 sur 63 enquêtés, soit 79% dont 20 hommes et 30 femmes trouvent que le projet est très utile; 8 sur 63 enquêtés, soit 13% dont 3 hommes et 5 femmes trouvent que le projet est utile, tandis que 5 sur 63 enquêtés, soit 8% dont 2 hommes et 3 femmes trouvent que le projet peu utile.

### **3.2.9 Entretien avec les personnels du Centre de santé**

Notre entretien a été constitué par trois questions. La première question demande la contribution socio économique du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA ?

Des réponses qui ont été dégagées pour cette question sont les suivantes :

- a) Appuis nutritif aux PVVIH/SIDA
- b) Carte de communication du service ARVS
- c) Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA
- d) Appuis aux agents de santé communautaire

La deuxième question comment les personnel du C.S aident les patients bénéficiaires du projet à s'approprier aux activités de celui-ci ?

Des réponses qui ont été dégagées pour cette question sont les suivantes :

- a) sensibilisation d'appartenir dans une association
- b) Education aux patients d'avoir un accompagnateur
- c) Visite à domicile lors du non respect du rendez vous médical.
- d) Faire les examens de contrôle aux patients

La troisième demande le progrès provenant de la collaboration avec le projet PIH ?

Les progrès rencontrés et signalés sont les suivants :

- a) Facilitation du rapport mensuel grâce à la base de données (Open MRS) instaurer par le projet PIH
- b) Réduction des taches grâce à l'augmentation des travailleurs.
- c) Augmentation de connaissance grâce aux formations des travailleurs par PIH
- d) Avoir une notion suffisante sur l'informatique grâce aux formations du PIH

### 3.3 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

- En tout, nous avons deux hypothèses à vérifier. Il s'agit de: La mutuelle de santé, l'appui nutritif et la diminution du fardeau à la famille des PVVIH ont été des réponses aux PVVIH grâce au projet PIH.
- Les agents de Santé communautaire sont intégrés et formés sur le VIH/SIDA

Selon les résultats de la recherche nous constatons que toutes les hypothèses ont été confirmées.

La première stipulant que Grâce à PIH les PVVIH ont bénéficié la mutuelle de santé, l'appui nutritif et la diminution du fardeau à la famille a été vérifié et confirmé dans tableau 6 et le tableau 9 où au tableau 6, 100% des enquêtés ont affirmé que le projet PIH contribue dans la lutte contre le VIH/SIDA d'une manière ou d'une autre.

Par ce tableau, nous constatons que 29 sur 63 enquêtés, soit 46% dont 9 hommes et 20 femmes ont répondu que le projet Partners In Health donne l'appui nutritionnel aux PVVIH/SIDA ; un seul homme sur 63 enquêtés, soit 2% a répondu que ce projet donne l'appui scolaire aux enfants des familles atteintes par le VIH/SIDA ; tandis que 33 sur 63 enquêtés, soit 52% dont 15 hommes et 18 femmes ont répondu qu'ils ont été payés de la Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA.

Au tableau 9, 34 réponses données sur 63 enquêtés, soit 54 % témoignent de la diminution du fardeau de leur famille car ils ont récupérés l'espérance de vie grâce à la prise en charge provenant de ce projet qui leur administrés

La seconde stipulant que grâce au projet PIH les agents de Santé communautaire sont intégrés et formés sur le VIH/SIDA, Celle-ci a été confirmée dans le tableau 11 où 40 sur 63 enquêtés, soit 64% dont 17 hommes et 23 femmes ont répondu qu'ils ont augmenté la connaissance et l'espérance aux agents de santé communautaires à cause des formations suffisantes qu'ils ont eu grâce au projet PIH In Health.

#### **Conclusion partielle**

Ce troisième chapitre comporte trois parties essentielles à savoir l'identification des enquêtés, les résultats de la recherche et la vérification des hypothèses.

Pour la première partie nous avons identifié les enquêtés en quatre indicateurs qui sont l'âge, le sexe, l'occupation et le niveau d'étude.

La seconde partie montre les résultats de la recherche et leur interprétation en se basant sur des réponses fournies par des répondants, enfin les hypothèses ont été vérifiées.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre travail s'est focalisé sur la contribution socio économique du Partners In Health dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda: Cas de l'hôpital Butaro centre de Santé de Kinoni, période d'étude 2008-2011.

Outre l'introduction générale dans laquelle se trouvent la problématique nos hypothèses de travail, l'intérêt du sujet, la délimitation du sujet, et la subdivision du travail ; notre travail comprend trois chapitres.

Dans le chapitre premier, il a été question de donner des définitions des mots clés et des théories en rapport avec notre sujet qui ont été présentées dans la partie intitulé revue de la littérature.

Le deuxième chapitre a porté sur la présentation de l'Hôpital Butaro, Partners In Health et de la méthodologie, tandis que le troisième chapitre s'est consacré sur la présentation des données, analyse et interprétation des résultats.

Pour vérifier nos hypothèses, nous nous sommes servies de méthodes et de techniques. Pour des méthodes nous nous sommes servies de méthodes : Méthode statistique, Méthode comparative et Méthode analytique. Quant aux techniques nous nous sommes servies de techniques : documentaire, enquête par questionnaire, enfin celle d'entretien.

Toutes nos hypothèses ont été confirmées. Cela se montre par le fait que pour la première hypothèse les répondants ont affirmé que le Projet PIH contribue dans la lutte contre le VIH comme le montre le tableau 6 et 9, où au tableau 6, 100% des enquêtés ont affirmé que le projet PIH contribue dans la lutte contre le VIH/SIDA d'une manière ou d'une autre.

Par ce tableau, nous constatons 29 sur 63 enquêtés, soit 46% dont 9 hommes et 20 femmes ont répondu que le projet Partners In Health donne l'appui nutritionnel aux PVVIH/SIDA ; un seul homme sur 63 enquêtés, soit 2% a répondu que ce projet donne l'appui scolaire aux enfants des familles atteintes par le VIH/SIDA ; tandis que 33 sur 63 enquêtés, soit 52% dont 15 hommes et 18 femmes ont répondu qu'ils ont été payés la Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA.

Au tableau 9, 34 réponses données sur 63 enquêtés, soit 54 % témoignent de la diminution du fardeau de leur famille car ils ont récupérés l'espérance de vie grâce à la prise en charge provenant de ce projet qui leur administrées.

Quant à l'intégration et formation des ASC par le projet PIH, 40 sur 63 enquêtés, soit 64% dont 17 hommes et 23 femmes ont répondu qu'ils ont augmenté la connaissance et l'espérance aux agents de santé communautaires grâce aux formations suffisantes du PIH; 10 sur 63 enquêtés, soit 16% dont 3 hommes et 7 femmes ont répondu qu'ils ont eu l'aide financier a travers les associations; 9 sur 63 enquêtés, soit 14% dont 4 hommes et 5 femmes ont donné d'autres contribution du PIH comme la prise en charge du Service PMTCT, formation aux infirmiers et la prise en charge de l'accompagnement des PVVIH .

Bref nous constatons que le projet Partners In Health contribue non seulement aux soins curatifs, mais aussi aux developpement socio économique de ses bénéficiaires donc à l'amélioration de la situation microéconomique, mais également à celle macroéconomique. Prenant l'exemple du Projet PIH nous constatons qu'elle a créé l'emploi aux agents de santé communautaire précisément aux accompagnateurs et leurs superviseurs, les chargés de suivie des données au niveau du centre de santé (EMR) etc. Comme cet emploi est sanctionné par le salaire mensuel, un bon nombre d'emploi du dit projet paie le TPR, d'où une double contribution économique.

## **RECOMMANDATIONS**

### **À l'État Rwandais**

- Le contrat signé entre le projet PIH et l'Etat Rwandais devrait être respecté dans toutes ses clauses.

### **Aux PIH**

- Le contrat signé entre le projet PIH et l'Etat Rwandais devrait être respecté dans toutes ses clauses.
- Le contrat signé entre le projet PIH et ses employées à travers les centres de Santé devrait être respecté dans toutes ses clauses
- Le Projet PIH devrait faire son mieux possible pour mettre ses activités dans tous les hôpitaux des Districts précisément dans les milieux ruraux.
- Le PIH devrait faire des recherches assez profondes pour savoir la cause de l'insuffisance de l'aide financier qui fait parler beaucoup de gens du zones de rayonnement de l'hôpital Butaro à nos jours.

### **Aux bénéficiaires du Projet PIH**

- Bien gérer et exploiter l'aide financier, matériel, éducatif et nutritionnel données par PIH
- Le respect des instructions portant sur le rapportage.
- Mettre en actions les conseils qui ont été données surtout aux PVVIH/SIDA.

## BIBLIOGRAPHIE

### I. DICTIONNAIRES

Dictionnaire *Le Petit Larousse Grand format*, Paris, 1998.

Dictionnaire *Petit ROBERT*, Paris, 2006.

*Encyclopédie Encarta*, Edition 2007.

### II. OUVRAGES PRINCIPAUX

AKTOUF, O., *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Presse de l'Université du Québec, 1992.

BOUTINET J. P., *Anthropologie du projet*, PUF, 2005.

ALAIN B., *Statistique appliquée à la géographie*, Paris, 2002, p.68.

GRAWITZ, M., *Méthodes de recherche dans les sciences sociales*, Dalloz, Paris, 2001.

JAMET, LAGOIN, et al: *Manuel des pêches maritimes tropicales*, Républiques française, Ministère de la coopération, Tome 1, 1974.

Muhammad YUNUS, *Vers un monde sans pauvreté*, France, 1997.

SELLTIZ, *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Montréal, H.W, LTEE, 1977.

Sarah de Haro. *Le SIDA en Afrique, des réponses associative*, réseau Afrique, 2000.

OMS, *Une stratégie globale du secteur de la sante contre le VIH/SIDA*, 2003-2007.

Sylvie A. Nenonnene , *Lutte contre le VIH/SIDA au Togo, les efforts des associations des PVVIH*, Lomé, le 30 Novembre 2007.

Z.ROSENBERG and G.BROWN, «Placing HIV Prevention in the Hands of Women: The promise of Microbicides», *Family Health International*, Arlington, VA, 2002.

MINISTERE DE LA SANTE, Politique nationale de population pour le développement durable au Rwanda, Kigali 2003.

JEAN-PAUL II, *Sollicitudo rei socialis*, 14 mai 1971, p.38.

COMMISSION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS), *Cadre stratégique national de lutte contre le SIDA 2002-2006*, Présidence de la république Rwandaise, Kigali, avril 2002, p. 55.

### III. DOCUMENT OFFICIEL

PROFEMMES/TWESE HAMWE, *Recherche documentaire sur la problématique du VIH/SIDA vis-à-vis de la femme Rwandaise*, Décembre 2003.

CNLS la riposte au SIDA, *Expérience de la reprise en charge par les ARVs*, Kigali, 2008.

P.LAMPTEY, M.WIGLEY, D.CARR, AND Y.COLLYMORE, «Facing the HIV/AIDS Pandemic», in *Population Bulletin*, vol.57, No.3, September 2002, p.4.

E.ROSENTHAL, «AIDS Scourge in Rural China leaves villages of Orphans», in *New York Times*, 25<sup>th</sup> August 2002, pp.1 et 4.

K.RAEN, *Où est le Bon Samaritain. Un défi à relever pour combattre le SIDA*, publication de L'Aide de l'Eglise Norvégienne et l'Alliance Biblique Universelle, Kigali, 2002, p.6.

G.TRACY IRONS (project editor), *Health Issues*, vol.1, Salem Press, California, 2001, pp. 33-34.

R. A. SMITH, *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural and scientific record of the HIV epidemic*, Fitzroy Dearborn, Chicago, 1998, pp.71-72.

S. C. WELLER, «A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV», in *Social Science & Medicine*, Volume 36, Issue 12, June 1993, pp.1635-1644.

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, juillet 2002, p.107.

CATHOLIC BISHOPS OF KENYA, *The AIDS Pandemic and Its Impact on our people*, Paulines Publications Africa, Nairobi, December 1999, p. 9.

FHI/IMPACT-RWANDA, *Enquête de Surveillance des Comportements (BSS) auprès des Routiers. Rwanda 2000*, MINISANTE/PNLS, Kigali, décembre 2000.

R. A. SMITH, *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural and scientific record of the HIV epidemic*, Fitzroy Dearborn, Chicago, 1998, p. 70

G. TRACY IRONS (project editor), *Health Issues*, vol.1, Salem Press, California, 2001, pp. 33-34.

R. A. SMITH, *Encyclopedia of AIDS: a social, political, cultural and scientific record of the HIV epidemic*, Fitzroy Dearborn, Chicago, 1998, pp.71-72.

A. GINORI, «Veto USA sui farmaci anti-AIDS. No agli sconti per i paesi poveri: Nuova apartheid», in *La Repubblica*, 22 décembre 2002, pp.14-15

#### **IV. RAPPORTS**

- ONU/SIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2007*, Edition spéciale 11<sup>ème</sup> anniversaire de l'ONUSIDA.
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, juillet 2002, p. 31.
- ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, juin 2004.

#### **V. NOTES DES COURS**

- BISHYZEHAGARI Thomas, *Initiation à la recherche scientifique* (Notes du cours), INES –Ruhengeri, 2009.
- HARELIMANA J.B, *Méthodologie de la recherche scientifique*, (Notes du cours), INES-Ruhengeri, 2010.

#### **VI. MÉMOIRES**

- Dr Joseph NTIRIBINGWA, *Connaissances et Attitude et Pratique en matière de VIH/SIDA au District Kabaya*, mémoire de maîtrise en Santé Publique, Mars 2005. P 43.
- Nicole Fraser, Marelize Gorgent-Albino et John Nkongoro, *Analyse rapide de l'épidémiologie du VIH/SIDA et des données sur la réponse au VIH au*

*sein des populations vulnérables de la région Africaine de grand Lacs,*  
Mémoire inédit, Janvier 2008, p 32.

## VII. SOURCES ÉLECTRONIQUES

<http://www.unicef.org/publications> consulté le 10 mars 2012.

<http://www.pih.org.rw> consulté le 15 mars 2012.

<http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm> consulté le 5 janvier 2012.

<http://www.e-citizen.com.carnets.html> consulté 10 mai 2012.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Antir%C3%A9troviral> consulté le 15 septembre 2012.

[http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so\\_245\\_p0.html#so\\_245.4](http://fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so_245_p0.html#so_245.4) consulté le 23 novembre 2012.

<Http://www.oboulo.com>, consulté le 16 Juin 2012.

<http://www.rwanda1.com> consulté le 19 Novembre 2012.

[http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702\\_5.htm](http://www.santetropicale.com/actualites/0702/actualites0702_5.htm) consulté le 22 novembre 2012.

**ANNEXE 1: INTRODUCTION**

Je réponds au nom de Mariane UWAMAHORO étudiante à l'INES Ruhengeri, en faculté des sciences économique, sociale et de gestion ; département de gestion des entreprises ; je fais une recherche scientifique de fin d'étude universitaire du deuxième cycle sur « *la contribution du Partners In Health dans la lutte contre le VIH/SIDA cas de l'hôpital de Butaro, centre de sante de Kinoni, période 2008-2011* ».

Nous vous demandons de bien vouloir participer dans cette recherche, tout en vous garantissant que les résultats de cette étude seront bien géré et qu'ils seront utilisé seulement dans cette étude.

Merci beaucoup.

**ANNEXE 2: INTANGIRIRO**

Nitwa Mariane UWAMAHORO, Umunyeshuri muri INES Ruhengeri, ishami ry'ubukungu, imibereho myiza n'ibaruramari, agashami k'ibaruramari, ndakora ubushakashatsi mu kurangiza icyiciro cya kabiri cya Kaminuza k'uruhare n'ubufatanye bw'umushinga Inshuti Mu Buzima mu ku rwanya icyorezo cy'agakoko gatera SIDA, mu bitaro bya Butaro, ikigonderabuzima cya Kinoni, 2008-2011 « *la contribution du Partners In Health dans la lutte contre le VIH/SIDA cas de l'hôpital de Butaro, centre de sante de Kinoni, période 2008-2011* ».

Turabasaba kutwemerera kudufasha k'ubushake muri ubushakashatsi, kandi tubijeje ko ibisubizo by'ubu bushakashatsi bizabikwa neza kandi bigakoreshwa muri ubu bushakashatsi gusa.

Murakoze cyane.

**ANNEXE 3: QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX BÉNÉFICIAIRES DU PROJET PARTNERS IN HEALTH/ HOPITAL BUTARO, CENTRE DE SANTE KINONI**

**I. INSTRUCTION :** indiquez la bonne réponse en utilisant le numéro de la réponse que tu as choisis et mettez –le dans une case de réponse formée.

<b>II. IDENTIFICATION DES RÉPONDANTS</b>			
<b>N<sup>0</sup></b>	<b>Question</b>	<b>Réponses</b>	<b>Case de réponse</b>
1	Sexe	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
2	Quelle est votre age ?	1. 18-35 ans 2. 36-49 ans 3. 50 ans et plus	<input type="checkbox"/>
3	Votre Niveau d'étude	1. Primaire 2. Artisanat 3. Secondaire 4. Université	<input type="checkbox"/>
4	Quelle est votre relation avec le centre de Santé ?	1. Patient 2. Employeur du C.S	<input type="checkbox"/>

<b>III. QUESTION DESTINEES AUX ENQUETES</b>			
1	Connaissez-vous le projet Partners In Health ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
	Si oui, que savez-vous de lui?	1. Formation aux infirmiers des services ARVs 2. Appuis aux transports des échantillons 3. La bonne gestion des données 4. Autres :.....	<input type="checkbox"/>
2	Quelle est sa contribution socio économique dans la lutte contre le VIH/SIDA	1. Appuis nutritionnelle aux PVVIH/SIDA 2. Appuis scolaire des enfants des familles séropositives 3. Mutuelle de Santé aux PVVIH/SIDA 4. Autres :.....	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous un accompagnateur ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
	Si oui citez le rôle d'un accompagnateur	1..... 2..... 3.....	
4	Avant que le Projet Partners In health commence ses activités quels étaient les problèmes que vous aviez ?	1.Carence alimentaire; 2. Manque de la mutuelle de santé 3. Pas de minerval aux enfants; 4. Manque de connaissance sur le VIH/SIDA 5. Autres :.....	<input type="checkbox"/>
5	Y a- t- il des progrès que vous avez réalisés grâce à la collaboration avec le Projet PIH ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
	Si oui, les quelles	1. Diminution du fardeau de notre familles en vers nous 2. Prise des médicaments régulièrement 3. Appui alimentaire 4. Autres	<input type="checkbox"/>

6	Appartenez-vous dans une association ?	1. Oui 2. Non	<input type="checkbox"/>
	Si Oui quelles sont les avantages d'une association ?	3. Obtenir les partenaires 4. Aide morale 5. Autres	<input type="checkbox"/>
7	Comment contribue-t-il dans la lutte contre le VIH/SIDA	1. Aide financier aux PVVIH à travers les Associations 2. Sensibilisation a le dépistage volontaire 3. Formations aux ASC 4. Autres :.....	<input type="checkbox"/>
8	Comment appréciez-vous le <i>Projet Partners In Health</i> ?	1. Très utile 2. Utile 3. Peu utile.	<input type="checkbox"/>

**IV. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE**

1	D'après vous quelle est la contribution socio économique du PIH dans la lutte contre le VIH/SIDA ?	a)..... b)..... c)..... d).....
2	Comment aide vous les patients à s'approprier aux les activités du projet Partners In Health?	a)..... b)..... c)..... d).....
3	Y a-t-il le progrès que vous avez connu grâce au projet PIH ?	a)..... b)..... c)..... d).....

**ANNEXE 4: IBIBAZO BIGENEWE ABAGENERWABIKORWA B'UMUSHINGA INSHUTI MU BUZIMA UKORERA MU BITARO BYA BUTARO, IKIGONDERABUZIMA CYA KINONI.**

**I. AMABWIRIZA:** Mushyire numero y'igisubizo mwahisemo mu kazu k'ibisubizo.

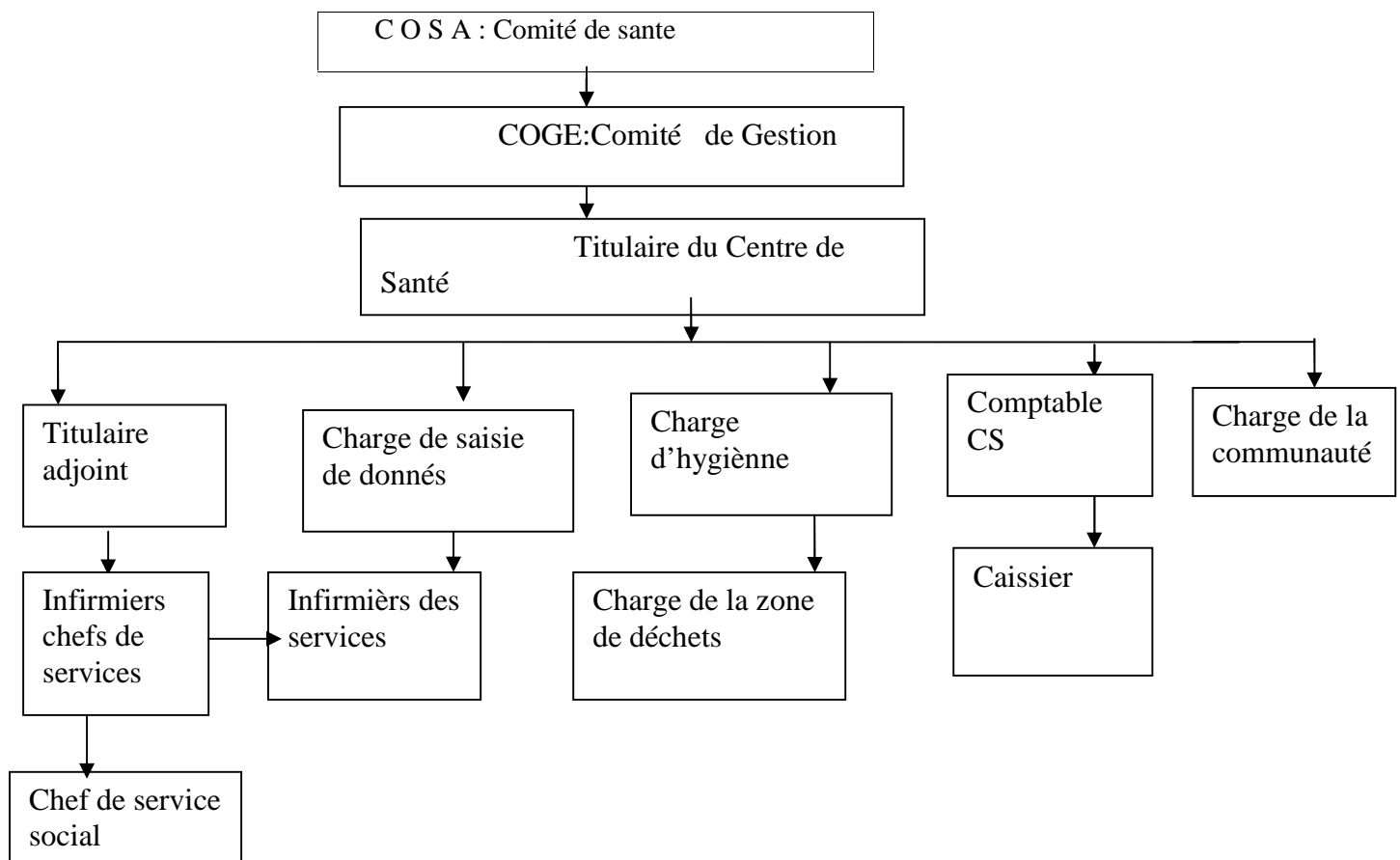
<b>II. UMWIRONDO W'USUBIZA</b>			
<b>N°</b>	<b>IBIBAZO</b>	<b>IBISUBIZO</b>	<b>AHO GUSUBIRIZA</b>
1	Igitsina	1. Gabo 2. Gore	<input type="checkbox"/>
2	Imyaka	1. 18-35 2. 36-49 3. 50 kuzamura	<input type="checkbox"/>
3	Amashuri mwize	1. Amashuri abanza 2. Imyuga 3. Ayisumbuye 4. Kaminuza	<input type="checkbox"/>
3	Isano mufitanye n'ikigo nderabuzima	1. Uburwayi 2. Umukozi w'ivuriro	<input type="checkbox"/>
<b>III. IBIBAZO BY'UBUSHAKASHATSI</b>			
1	Muzi umushinga Inshuti Mu Buzima ?	1. Yego 2. Oya	<input type="checkbox"/>
	Niba ari Yego, Ni ibihe bikorwa byawo mu kurwanya agakoko gatera SIDA	1. Amahugurwa ku baforomo bakora muri service itanga imiti gabanya ubukana 2. Inkunga ku bizamini by'abarwayi ba Virusi itera SIDA 3. Gucunga neza amakuru y'abarwayi	<input type="checkbox"/>

2	Ni uruhe ruhare rw'umushinga IMB mu kurwanya SIDA urebye imibereho myiza n'ubukungu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inkunga y'ibyo kurya ku barwayi ba SIDA</li> <li>2. Kwishyurira amashuri abana baabana n'ubwandu bwa SIDA cyangwa baturuka ku miryango yanduye SIDA</li> <li>3. Kwishyurira ubwwisungane mu kwiza abarwayi SIDA.</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
3	Mufite umuherekeza ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yego</li> <li>2. Oya</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
Niba ari Yego ni akahe kamaro k'umuherekeza		<ol style="list-style-type: none"> <li>1.....</li> <li>2.....</li> <li>3.....</li> </ol>	
4	Mbere yuko Umushinga Inshuti Mu Buzima utangira ibikorwa byawo ni ibihe bibazo mwari mufite ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nitwabonaga ibyo kurya ;</li> <li>2. Nta bwisungane mu kwivuza twagiraga</li> <li>3. Nta mafaranga y'ishuri y'abana twabonaga ;</li> <li>4. Nta bumenyi buhagije twari dufite kuri SIDA</li> <li>5. Ibindi</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
5	Haba hari iterambere mwagize murikesha kubona umushinga Inshuti Mu Buzima ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yego</li> <li>2. Oya</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
Niba ari yego ni irihe ?		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Byagabanyirije imvune imiryango yacu</li> <li>2. Twitabiriye gufata imiti uko bikwiye</li> <li>3. Inkunga mu byo kurya</li> <li>4. IKbindi</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
6	Muba mu ishyirahamwe ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yego</li> <li>2. Oya</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
Niba ari Yego ni akahe kamaro ko kuba mu Ishyirahamwe ?		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kubona abaterankunga</li> <li>2. Kutigunga</li> <li>3. Ibindi</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
7	Ni gute umushinga Inshuti Mu Buzima ugira uruhare mu kurwanya SIDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gufasha abarwayi ba SIDA binyuze mu mashyirahamwe yabo</li> <li>2. Kwigisha kwipimisha k'ubushake</li> <li>3. Guhugura abajyanam b'ubuzima kuri SIDA</li> <li>4. Ibindi</li> </ol>	<input type="checkbox"/>
8	Ni gute mubona ibikorwa by'umushinga Inshuti Mu Buzima ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ufite akamaro kanini</li> <li>2. Ufite akamaro</li> <li>3. Ufite akamaro gake.</li> </ol>	<input type="checkbox"/>

**ANNEXE 5: TABLE DE DÉTERMINATION DE L'ÉCHANTILLON D'ALAIN BOUCHARD**

Taille de la population infinie	Précision								
	90 fois sur 100			95 fois sur 100			99 fois sur 100		
	± 10%	± 5%	± 1%	± 10%	± 5%	± 1%	± 10%	± 5%	± 1%
	68	271	6765	96	384	9604	166	661	16589
1 000 000	68	271	6720	96	384	9513	166	663	16319
100 000	68	270	6336	96	383	8763	166	659	14229
50 000	68	269	5999	95	381	8063	165	655	12459
10 000	67	263	4035	95	370	4899	165	622	6239
5 000	67	263	2875	94	363	3288	161	586	3442
1 000	67	313	871	88	278	906	142	399	943
500	60	176	466	81	217	475	125	285	485
100	41	73	99	49	80	99	63	87	99
50	29	42	50	33	41	50	30	47	50

Source: ALAIN B., *Statistique appliquée à la géographie*, Paris, 2002, p.68.

**ANNEXE 6: Organisation et organigramme**

**Source :**Manuelle de procedure de formation sanitaire l'an 2009.