



**PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
DU RWANDA**



**COMMISSION NATIONALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

Etude sur l'intégration du Genre dans les programmes de lutte contre le SIDA.

**Réalisée avec l'appui
du Fonds de développement des Nations Unis pour la femme**

FEVRIER 2005

**Consultante:
Jeanne Françoise Kayibanda, M.sc**

SIGLES ET ABREVIATIONS

APELAS	: Association des secteurs Privé et Para-Etatique dans la lutte Anti-Sida
ARBEF	: Association Rwandaise pour le Bien – Etre Familial.
AVEGA	: Association des Veuves du Génocide d’Avril 1994.
CAP	: Connaissances Attitudes et Pratiques.
CNJ	: Conseil National des Jeunes.
CNF	: Conseil national des femmes.
CNLS	: Commission Nationale de Lutte contre le SIDA.
CPLS	: Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA.
CPN	: Consultation prénatale.
CS	: Centre de santé.
EER	: Eglise épiscopale au Rwanda.
FHI	: Family Health International.
FOJAS	: Forum des Jeunes Anti – SIDA.
IC	: Intervalle de confiance.
IMPACT	: Implementing AIDS Prevention and CARE Project.
IRC	: International Rescue Committee
IST	: Infections Sexuellement Transmises.
IEC	: Information Education Communication.
LWF	: Lutheran World Foundation.
MAP	: Multicountry AIDS Programme.
MIGEPROF	: Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille.
MIJESPOC	: Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture.
MINEDUC	: Ministère de l’Education, de la Science, de la Technologie et de la Recherche Scientifique.
MINISANTE	: Ministère de la Santé.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
ONAPO	: Office National de la Population.
ONGs	: Organisations Non Gouvernementales.
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le SIDA.
PACFA	: Protection and Care of Families against Aids.
PMTCT	: Prevention Mother To Child Transmission.
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement.
PTME	: Prévention de la Transmission de l’infection à VIH de la Mère à l’Enfant.
PSI	: Population Services International.
PVVIH	: Personnes Vivant avec le Virus de l’Immunodéficience Humaine.
PF	: Planning Familial.
RRP+	: Réseau Rwandais des Personnes vivant avec le VIH.
SIDA	: Syndrome de l’Immunodéficience Acquise.
SIPAA	: Support to the International Partnership on AIDS in Africa.
SR	: Santé Reproductive.

TRAC : Treatment and Research on AIDS Center.
SWAA : Society for Women against AIDS in Africa.
UNIFEM : United Nations Development Fund for Women
VCT : Voluntary Counselling and Testing
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
LISTE DES TABLEAUX	5
RESUME.....	6
DEFINITION ET PRESENTATION DES CONCEPTS SUR LE GENRE.....	7
I. INTRODUCTION.....	9
II. CONTEXTE DE L’ETUDE	11
1. VULNÉRABILITÉ AU VIH LIÉE AUX INÉGALITÉS DES SEXES.....	11
2. LES DÉTERMINANTS LIÉS À L’INÉGALITÉ DES SEXES ET PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	13
3. INÉGALITÉ DES SEXES ET PROBLÉMATIQUE DU VIH AU RWANDA.....	18
➤ 3.1 Épidémiologie et dynamique de l’infection au VIH	18
➤ 3.2 Les déterminants liés au genre et VIH au Rwanda	19
III. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L’ETUDE.....	24
IV. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	26
I. LES LACUNES EN MATIÈRE DE PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LES PROGRAMMES DE VIH/SIDA	26
➤ I.1. Insuffisance d’information et d’éducation en matière de sexualité	26
➤ I.2. Insuffisance des mécanismes qui accroissent l’habilité et le pouvoir de décision de la femme en matière de sexualité	32
➤ I.3. Dépendance économique de la femme et prostitution	34
➤ I.4. L’insuffisance de sensibilité au genre dans les programmes et services de soins santé	37
➤ I.5. Manque d’éducation de la communauté en vue des normes sociales positives	39
➤ I.6. Lacunes au niveau de la recherche et les données statistiques	41
II. LES PARTENAIRES À CIBLER EN MATIÈRE DE FORMATION POUR L’INTÉGRATION DU GENRE DANS LES PROGRAMMES DE VIH/SIDA.....	43
III. PLAN D’ACTION DE FORMATION DES FORMATEURS EN GENRE ET VIH/SIDA AU NIVEAU DES PROVINCES.....	44
IV. LES INSTITUTIONS ET PERSONNES RESSOURCES POUVANT CONTRIBUER À LA FORMATION DES FORMATEURS.....	48
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	52
VI. ANNEXE.....	55
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Effectifs des pairs éducateurs par sexe.....	29
Tableau 2. Fréquentation des centres de santé reproductive des jeunes	31
Tableau 3. Les projets visant l'augmentation du pouvoir économique de la femme financés dans le cadre de lutte contre le VIH/SIDA	34
Tableau 4. Institutions ayant dans leur programme l'encadrement des professionnelles de sexe	35
Tableau 5. Répartition par sexe des personnes regroupées dans les associations des PVVIH	41
Tableau 6. Calendrier de formation des formateurs en genre et VIH/SIDA	45

RESUME

La présente étude sur l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, est une étude évaluative menée auprès des institutions oeuvrant dans le secteur de la lutte contre le SIDA au Rwanda.

Les institutions évaluées sont celles du secteur public, privé, ainsi que le secteur communautaire et les structures organisationnelles.

Elle avait pour objectifs spécifiques:

- Identifier les lacunes en matière de prise en compte du Genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Identifier les partenaires à cibler en matière de formation pour l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Elaborer un plan d'action de formation des formateurs au niveau des provinces.
- Identifier les institutions et personnes ressources pouvant contribuer à la formation des formateurs.

Les résultats de l'évaluation montrent que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA enregistrent encore des lacunes dans la prise en compte de la dimension genre dans leurs plans d'activité. En effet peu d'institutions prévoient des activités visant la réduction des déterminants du VIH/SIDA liés à l'inégalité des sexes.

Les principales lacunes notées concernent:

- La disponibilité insuffisante d'information et d'éducation de la jeune fille en matière de sexualité.
- L'insuffisance de mécanismes qui accroissent l'habileté et le pouvoir de décision de la femme en matière de sexualité.
- Faible sensibilité au genre dans les programmes et services de santé..
- L'insuffisance d'éducation de la communauté en vue des normes sociales positives en matière du genre.
- La faible disponibilité des données issues de la recherche statistique (Données désagrégées par sexe).

DEFINITION ET PRESENTATION DES CONCEPTS SUR LE GENRE

Genre¹: Mot qui évoque les rôles qui sont déterminés socialement à l'homme et à la femme, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes.

Sexe²: Les traits physiques et physiologiques qui servent à identifier une personne comme étant de sexe féminin ou masculin, notamment le type des organes génitaux; les types d'hormones prédominants qui circulent dans le corps, la capacité à produire le sperme ou l'ovule et la capacité à concevoir, donner naissance et allaiter les enfants.

L'équité liée au Genre²: Le fait d'être juste à l'égard des femmes et des hommes. Pour assurer l'équité, il faut qu'il y'ait des mesures pour compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les hommes et les femmes de danser sur un même pied d'égalité. Dans le contexte de la Santé de la reproduction, l'équité signifie l'accès équitable aux services de santé de la reproduction et de planification familiale.

Problème du Genre²: Un problème de genre existe lorsque l'accès aux biens et avantages et aux services de la société est refusé à quelqu'un sur base du genre ou lorsque les besoins des personnes de sexe féminin ou ceux de sexe masculin sont satisfaits au détriment des besoins de l'autre sexe.

Sensibilité au Genre²: La capacité à percevoir les différences, les problèmes et les inégalités liés au genre, et à les intégrer dans des stratégies, actions et services.

L'analyse du Genre³: Consiste à définir, à analyser et à préparer des mesures pour réduire les inégalités résultant des rôles différents attribués aux femmes et aux hommes ou du déséquilibre des relations de pouvoir entre eux et pour corriger les conséquences de ces inégalités sur les conditions de vie, la santé et le bien – être.

Dans le domaine de la santé, l'analyse du genre permet souvent de montrer comment ces inégalités nuisent à la santé des femmes, de faire apparaître les obstacles qu'elles doivent surmonter pour jouir d'une bonne santé et de déterminer des moyens d'éliminer ces obstacles.

L'analyse par sexe révèle également les risques et problèmes particuliers de santé auxquels sont exposés les hommes du fait du rôle social qui leur est dévolu.

1 Miniplan & Migeprof: Rapport sur le profil de la situation de la femme et de l'homme au Rwanda. Kigali, novembre 2002.

2. Prime II: Outils d'évaluation de la sensibilité au genre à l'intention des prestataires et gestionnaires des services de santé de la reproduction et de la planification familiale. Février 2003.

3 OMS: Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes: Politique de l'OMS en matière de Genre. 2002.

Stéréotype du Genre² : Les caractéristiques sociales et psychologiques attribuées aux femmes et aux hommes sur base du genre. Ces caractéristiques donnent une forme aux attentes des comportements liés au genre. Les exemples de stéréotypes liés au genre sont que les femmes sont considérées comme soumises et faibles et que les hommes sont brutaux et forts.

Le programme d'action de Beijing⁴: Programme qui fut adopté par la 4^{ème} conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en septembre 1995.

Ce programme d'action trace, à travers 12 domaines critiques, les lignes à suivre pour donner plus de pouvoir aux femmes. Ces 12 domaines sont:

1. La femme et la pauvreté
2. L'éducation et la formation des femmes
3. Les femmes et la santé
4. La violence à l'égard des femmes
5. Les femmes et les conflits armés
6. Les femmes et l'économie
7. Les femmes, le pouvoir et la prise de décision
8. Les mécanismes institutionnels pour la promotion des femmes
9. Les droits humains des femmes
10. Les femmes et les médias
11. Les femmes et l'environnement
12. La petite fille

En septembre 1997 une réunion fut organisée dans notre pays qui aboutit à la définition des priorités nationales s'articulant autour de 9 domaines critiques à savoir:

1. Le partage égalitaire du pouvoir et de responsabilités;
2. La lutte contre la pauvreté;
3. L'amélioration de l'accès des femmes aux services sociaux (éducation, santé, gestion de l'environnement);
4. La promotion de la paix et la lutte contre les violences faites aux femmes;
5. L'amélioration du statut juridique de la femme;
6. La promotion de la femme à travers les médias;
7. L'appui aux femmes dans des situations particulières;
8. Le renforcement des mécanismes de promotion de la femme;
9. La promotion, la protection et le développement de la petite fille.

⁴ Secrétariat Exécutif permanent de suivi de Beijing: Plan d'action National de Suivi et de la mise en œuvre de la plate forme d'action de Beijing 2004-2007. Kigali, décembre 2003.

I. INTRODUCTION

Deux décennies viennent de s'écouler après l'émergence de l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine dans le monde. Depuis la découverte des premiers cas de SIDA en 1981 c'est plus de 20 millions de personnes qui en sont mortes⁵. Les estimations faites en 2003 par le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) donnent des chiffres allant jusqu'à 5 millions de nouvelles infections et à 38 millions de personnes vivant avec le VIH au niveau mondial¹. L'Afrique subsaharienne continue d'être le continent le plus touché, actuellement on estime que près de 23 millions de personnes vivent avec le VIH sur ce continent⁵.

Au Rwanda, le profil épidémiologique de l'épidémie du VIH est aussi alarmant. Les données épidémiologiques disponibles montrent que le VIH/SIDA constitue un sérieux problème de santé publique. La prévalence actuelle du VIH chez les adultes est estimée entre 5 et 13%. Par ailleurs, l'impact de l'infection sur le plan socioéconomique est aussi considérable; les projections faites conjointement par l'OMS et l'ONUSIDA en 1996 montraient que le nombre de 255.180 personnes séropositives atteindra 518.660 personnes en 2005 et 715.580 en 2010. A cette date de 2010, c'est près de 500.000 rwandais qui auront péri des suites du SIDA depuis l'émergence de l'épidémie dans le pays en 1983⁶.

Avec la progression de l'épidémie dans le monde on remarque qu'il y'a plus de femmes qui sont infectées que les hommes. En décembre 2003 les femmes représentaient un peu plus de 50% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. En plus le pourcentage le plus élevé des personnes qui meurent suite à l'infection au VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne, est constitué par les femmes, car étant le pilier de la vie familiale, même quand elles sont malades, elles continuent à remplir leur rôle jusqu'à la dernière minute. A part cette surcharge domestique qui incombe à l'état général déjà affaibli par la maladie, il y'a aussi le facteur nutritionnel qui entre en jeu, en effet suite aux problèmes de disponibilité alimentaire vécus par la majorité des ménages dans les pays en voie de développement, la femme se nourrit toujours quand tous les membres de la famille sont rassasiés. Ainsi ce manque de repos ajouté au manque de nutrition adéquate, accélèrent la mort de la femme séropositive.

En outre les jeunes femmes sont beaucoup plus exposées que les jeunes hommes à l'infection au VIH⁷. Cela étant remarquable surtout dans les régions où la transmission du VIH est principalement hétérosexuelle; c'est le cas de l'Afrique subsaharienne où deux fois plus de jeunes femmes que d'hommes sont infectées⁸.

5. ONUSIDA : Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de Sida, Genève 2004

6. Meda N, Kayirangwa E, Nyiramasarabwe L. La surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmises (MST), de l'infection à VIH et du SIDA au Rwanda. Rapport d'expertise préparé pour l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique. Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : Centre MURAZ/OCCGE, août 2000 : 48 p

7. ONUSIDA. Le point : Le sida et les jeunes. Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde; Genève 2002

8. ONUSIDA/OMS Le point sur l'épidémie 2002

Ce phénomène est dû à plusieurs facteurs, notamment la discrimination faite aux femmes et aux filles quant à leur accès à l'éducation, à l'emploi, au crédit, aux soins de santé, à la terre et à l'héritage. En effet avec la décroissance progressive de nombreuses économies africaines, les femmes et les jeunes filles trouvent que les rapports avec les hommes peuvent constituer des occasions vitales d'obtenir la sécurité financière et sociale ou de satisfaire leurs aspirations matérielles créant ainsi une dépendance économique à l'égard des hommes.

Cette dépendance associée à la subordination culturelle et traditionnelle, fait qu'il n'est pas encore concevable aujourd'hui que les jeunes filles et les femmes puissent exiger des rapports sexuels protégés ou qu'elles puissent mettre fin à des relations comportant un risque d'infection.

L'inégalité ainsi créée dans les relations sexuelles entre les hommes et les femmes, se révèle être un des plus importants facteurs qui alimente la crise de la pandémie du VIH en augmentant le nombre de relations sexuelles à risque.

Avec l'avancée de l'épidémie il a été remarqué que bon nombre de stratégies mondiales et nationales de lutte contre le VIH/SIDA ne tiennent pas compte des sexospécificité et sont centrées généralement sur le comportement individuel et non sur le contexte socio-économique lié aux sexospécificité dans lequel s'inscrit ce comportement. En effet les programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA devraient porter à la fois sur l'infection par le VIH, les valeurs culturelles et les droits et besoins des femmes comme ceux des hommes vu qu'ils jouent un rôle crucial dans la propagation de la pandémie du VIH. Cette approche globale exige l'expression d'une volonté politique et la participation de tous les secteurs de la société de même que de tous les paliers de gouvernement.

C'est dans ce cadre que la CNLS en partenariat avec l'UNIFEM a organisé cette étude sur l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dont le but principal est de relever les lacunes en matière de l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

La revue documentaire ainsi que l'exécution de la présente étude s'est fortement inspirée de la littérature de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNIFEM sur l'intégration du concept genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA d'une part et d'autre part des autres travaux menés dans le domaine du genre et de la pandémie du VIH/SIDA au RWANDA.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

1. Vulnérabilité au VIH liée aux inégalités des sexes

La plus importante voie de transmission du VIH est la voie sexuelle. Par ailleurs pas mal d'études comportementales ont montré que la sexualité mal gérée constitue un facteur important de propagation de l'infection au VIH. Souvent cette sexualité mal gérée est la conséquence des rapports inégalitaires entre l'homme et la femme. En effet la sexualité est perçue différemment selon que l'on est femme ou homme.

Les normes et croyances culturelles ainsi que les valeurs sociales constituent les éléments explicatifs des rapports inégalitaires en matière de sexualité entre l'homme et la femme. Elles définissent et véhiculent des stéréotypes sexistes de la masculinité et de la féminité qui sont à l'origine des comportements à risque de l'infection au VIH.

Par exemple dans la plus part des sociétés traditionalistes et conservatrices, spécialement celles du continent africain, la définition de la féminité parfaite est accompagnée de plusieurs attributs notamment la virginité, la chasteté, la passivité et l'obéissance absolue à l'homme dans les relations sexuelles; tandis que la masculinité est définie par la force, l'indépendance et la domination face à la femme. Au moment où les normes sociales prônent la virginité chez la jeune fille, nos sociétés encouragent les expériences sexuelles chez le jeune garçon comme marque de masculinité, favorisant ainsi des comportements sexuels à risque caractérisés surtout par le multipartenariat sexuels.

Ainsi, ces idéologies de masculinité et de féminité définies par les normes culturelles et sociales, influencent considérablement les comportements sexuels des femmes et des hommes en les rendant vulnérables à l'infection au VIH.

Par ailleurs les normes culturelles favorisent l'ignorance de la jeune fille en matière de sexualité, la sexualité étant considérée comme un sujet tabou, ce qui défavorise les jeunes filles plus tard quand elles commencent leurs activités sexuelles car elles ne possèdent pas suffisamment d'information ou alors sont très mal informées sur leur santé sexuelle et reproductive. Cette ignorance conduit souvent à un comportement sexuel à risque.

Dans bien des régions où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, les proportions de l'infection au VIH sont beaucoup plus élevées parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes.

En 2000, les chiffres de l'OMS donnaient une estimation de 12 à 13 femmes qui étaient infectées pour 10 hommes en AFRIQUE subsaharienne⁹.

La vulnérabilité de la femme face à l'infection au VIH explique en partie cette proportion plus élevée de femmes infectées que d'homme, vulnérabilité qui relève du contexte biologique, socioéconomique et culturel.

9. OMS. Les femmes et le VIH/SIDA. Aide-mémoire N° 242, Genève juin 2000

- **Vulnérabilité biologique**

Le risque d'infection par le VIH durant des rapports non protégés est deux à quatre fois plus grand pour une femme que pour un homme. En effet la concentration du virus dans le sperme infecté par le VIH est plus élevée que dans les sécrétions sexuelles de la femme. En plus les femmes ont une surface plus importante de muqueuse exposée aux sécrétions sexuelles de leur partenaire, ce qui explique la majorité de transmission homme-femme que la transmission femme-homme⁹. Par ailleurs les IST, augmentent la vulnérabilité biologique des femmes au VIH car elles sont moins décelables chez ces dernières.

- **Vulnérabilité culturelle**

Comme expliqué plus haut, dans la majorité des cultures africaines, il est inacceptable que les femmes refusent des rapports sexuels non désirés et sans protection sans qu'elles subissent les conséquences de leur entourage allant jusqu'à la stigmatisation^{6,7}. La femme, qu'elle soit consentante ou non, ne peut insister pour que son partenaire adopte des pratiques sexuelles sans risque, ni refuser ses avances. Ainsi réduites au silence, les femmes sont incapables de décider de leur vie sexuelle. En effet les relations sexuelles sont dirigées par un rapport de force où l'homme domine sa partenaire que ça soit dans les rapports conjugaux mais aussi dans les rapports sexuels entre les travailleuses de sexe et leurs clients.

- **Vulnérabilité socioéconomique**

La forte dépendance économique de la femme, en particulier la femme africaine vis à vis de l'homme la rend impuissante pour décider d'une relation sexuelle sans risque. Cette dépendance se constate chez tous les groupes de femmes, qu'elles soient mariées ou non. Pour les femmes mariées, elles préfèrent ignorer les comportements sexuels à risque ou les infidélités de leurs époux pour préserver leur statut de femmes mariées. En effet d'après le rapport d'ONUSIDA le simple fait d'être mariée constitue un risque majeur d'infection au VIH pour les femmes qui n'ont guère la possibilité de demander l'abstinence ou d'instaurer l'usage du préservatif dans leur couple et qui ne peuvent contrôler l'activité sexuelle de leur mari à l'extérieur du foyer¹⁰. Quant aux femmes vivant seules, souvent elles font recours à la prostitution qui apparaît comme le seul moyen de survie dans des situations économiques difficiles.

Ainsi de nombreuses femmes sont obligées d'accepter des rapports sexuels non protégés en échange des faveurs matérielles pour leur survie quotidienne; d'autres sont contraintes de fournir des services sexuels dans le cadre de leur travail (Servantes, employées de bar ou de restaurants), enfin dans certains milieux, les veuves sont contraintes à la prostitution pour survivre car elles n'ont aucun droit juridique sur les biens de leur mari¹¹.

10. ONUSIDA. Les femmes et le Sida. Genève : ONUSIDA, 1997

11. ONUSIDA EIP/AOC. Atelier régional sur l'analyse de la situation de la prostitution en Afrique de l'Ouest et du centre; Abidjan, 21-24 Mars 2000

Une fois entrées dans la voie de la prostitution le risque d'attraper le VIH pour ces femmes augmente considérablement. Cela se confirme par des études conduites chez les travailleuses de sexe qui ont montré que les femmes qui pratiquent la prostitution courent un risque élevé de contracter les infections sexuellement transmises y compris le VIH/SIDA^{12,13}; en effet, étant exposées à une exploitation sur le plan financier, les travailleuses de sexe ne peuvent exercer que difficilement un contrôle sur leurs rapports sexuels, elles n'ont pas toujours le pouvoir d'exiger des moyens de protection à leurs clients ce qui les contraint aux nombreux rapports sexuels non protégés source de contamination du VIH.

Particulièrement les recherches menées en Afrique ont démontré que les personnes s'adonnant à la prostitution ont des taux d'infection au VIH sensiblement plus élevés que la population générale.¹⁴⁻¹⁸

L'autre phénomène fréquent dans les pays en voie de développement spécialement en Afrique est le phénomène des guerres et des conflits qui augmentent la vulnérabilité des femmes et de filles aux IST et au VIH/SIDA à travers le viol. Ce fut le cas au cours du génocide de 1994 au Rwanda, où près de 5000 femmes Rwandaises ont porté des enfants par viol et plusieurs ont été infectées par le virus du VIH¹⁹.

2 Les déterminants liés à l'inégalité des sexes et programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA

La vulnérabilité et la recherche des mesures de protection spécifiques à la femme ont été longtemps oubliées dans les stratégies de prévention et de lutte contre l'infection au VIH. En dehors des conséquences d'ordre médical et sanitaire, il a été constaté que l'élaboration des politiques et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA n'ont pas tenu compte des déterminants socio-économiques et culturels liés à l'inégalité des sexes qui pourtant jouent un rôle important dans la propagation de l'épidémie du VIH²⁰. Certains de ces déterminants sont:

12. Bakare RA, Oni AA, Umar US, Adewole IF, Shokunbi WA, Fayemiwo SA, Fasina NA. Pattern of sexually transmitted diseases among commercial sex workers (CSWs) in Ibadan, Nigeria: Afr J Med Med Sci. 2002; 31: 243-7

13. Nagot N, Ouangre A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC et al.. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002; 29 : 517-21

14. Asamoah-Adu C, Khonde N, Avorkliah M, Bekoe V, Alary M, Mondor M et al.. HIV infection among sex workers in Accra: need to target new recruits entering the trade. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001; 28: 358-66

15. Morison L, Weiss HA, Buve A, Carael M, Abega SC, Kaona F et al.. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. AIDS 2001; 15: (Suppl 4) S61-9.

16. Aklilu M, Messele T, Tsegaye A, Biru T, Mariam DH, van Benthem B et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia; AIDS 2001; 15: 87-96

17. Ramjee G, Karim SS, Sturm AW. Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa, Sex Transm Dis. 1998; 25: 346-9.

18. Buzingo T, Alary M, Sokal DC, Saidel T. The prevalence of HIV and risk behavior of prostitutes living in 2 populous regions of Bujumbura (Burundi); Cahier Sante. 1997; 7: 355-60

19. Paula Donovan. Rape and HIV/AIDS in Rwanda. London: Lancet 2002; 360 Suppl:s17-8

20. Gupta GR. Gender and HIV / AIDS: transforming prevention programs; Aids captions. 1995 ;2 :8-10

• L'ignorance en matière de sexualité

L'éducation et l'information sexuelle constituent une base solide pour préparer les jeunes à avoir un comportement sexuel sans risque qui les protégera contre les IST et l'infection au VIH. Les circonstances de vulnérabilité dans lesquelles se trouvent de nombreux jeunes pourraient constituer une explication de la fréquence élevée du VIH dans ce groupe d'âge. En effet pour la majorité des jeunes, l'activité sexuelle commence à l'adolescence²¹⁻²⁴. À cet âge, les relations sexuelles sont souvent non planifiées et sporadiques, et se produisent parfois sous la pression ou la contrainte surtout chez les jeunes adolescentes.²⁵

En outre la vulnérabilité des jeunes, en particulier des filles est aggravée par l'insuffisance de leurs connaissances sur la transmission du VIH et d'autres IST et sur la santé reproductive en général²⁶. En effet des millions de jeunes filles sont élevées dans la quasi-ignorance du fonctionnement de leur appareil de reproduction, comprennent mal les mécanismes de transmission ou de prévention du VIH et des autres ISTs.

Même lorsqu'il y a des cours d'éducation sexuelle à l'école, ils sont introduits dans les classes plus avancées, avec comme conséquence un petit nombre de filles qui en bénéficient car on les retire de l'école plutôt que les garçons, situation fréquemment vécue par les jeunes filles dans les pays en développement.

L'éducation sexuelle, pour laquelle la responsabilité est partagée entre plusieurs protagonistes dont les parents, les médias et les écoles reste à améliorer. En plus de l'information sur le fonctionnement de leur appareil génital, l'éducation sexuelle devrait informer les jeunes sur la façon dont la définition classique de la féminité et de la masculinité dicte des comportements à risque aux infections sexuellement transmises et au VIH et rend les femmes plus vulnérables à ces maladies.

Cependant force est de constater que d'une part les dialogues sur la sexualité entre parents et enfants sont inexistantes soit par ignorance des parents, soit par honte de parler de la sexualité avec leurs enfants; d'autre part, là où ces dialogues existent elles sont basées sur les normes culturelles et valeurs sociales qui favorisent l'inégalité des sexes; ainsi l'information donnée aux enfants diffère selon que l'enfant est un garçon ou une fille.

Pour cela les programmes de lutte contre le VIH/SIDA devraient plaider en faveur de la communication et du dialogue sur la sexualité entre les parents et leurs enfants, préconiser l'accès à l'information sexuelle, et appuyer les cours d'éducation sexuelle dans les écoles. Vu l'étroite corrélation entre l'éducation des femmes, leur santé et celle de leurs familles, les politiques doivent recommander et appuyer la conception et la mise en application des mesures destinées à renforcer l'accès des femmes à cette éducation.

21.Oindo ML. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *Afr Health Sci* 2002; 2: 33-9

22.Kamtchouing P, Takougang I, Ngoh N, Yakam I. Sexuality of adolescent students in Yaounde (Cameroon). *Contracept Fertil Sex* 1997; 25: 798-801

23.Lema VM, Hassan MA. Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *East Afr Med J* 1994; 71: 122-8

24.Agyei WK, Mukiza-Gapere J, Epema EJ. Sexual behaviour, reproductive health and contraceptive use among adolescents and young adults in Mbale District, Uganda. *J Trop Med Hyg* 1994; 97: 219-27

25.Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei, South Africa. *East Afr Med J* 1996; 73: 95-100

26.Lema VM. Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of reproductive biology among adolescent secondary school girls in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 1990; 67: 86-94

- **L'habilité et le dialogue sur la sexualité entre l'homme et la femme**

Les barrières sociales et culturelles entravent le dialogue sur la sexualité entre l'homme et la femme ainsi que la capacité de négocier et de persuader un partenaire en vue d'un comportement sexuel plus sûr²⁰.

À part les barrières socioculturelles, les couples mariés ne disposent pas de temps suffisant pour discuter de la sexualité. En effet les deux époux n'ont pas le temps de se retrouver entre eux en vue d'un dialogue en rapport avec leur vie de couple. Cela étant dû d'une part aux nombreuses tâches domestiques réservées à la femme qui ne lui laissent pas le temps de faire autre chose. Pour la femme africaine surtout celle du milieu rural, le repos est vécu comme un luxe de sorte que trouver un temps de discuter avec son mari est quasi inexistant. De son côté, l'homme non plus ne dispose pas de temps pour dialoguer avec sa femme ne fut ce que pour les problèmes ordinaires du foyer, en effet le temps qu'il passe à la maison avec son épouse est limité, ses activités étant réparties entre le travail aux champs et les bistrotts ou les cabarets. Par ailleurs la promiscuité dans la quelle vivent de nombreuses familles africaines constitue également un obstacle à toute intimité entre les époux.

Les barrières socioculturelles qui empêchent le dialogue entre mari et femme sur les sujets liés à la sexualité continuent d'être un blocage au dépistage volontaire du VIH. En effet par crainte de violence ou d'abandon, les femmes ne souhaitent parfois pas savoir si elles sont infectées par le VIH, ce qui explique le peu de volonté à se faire tester. Pour celles ayant été dépistées, dans le cadre du PTME par exemple, elles préfèrent cacher leur statut par peur des réactions imprévisibles souvent violentes de leurs partenaires.

Pour ce qui est d'autres partenaires sexuels non mariés, les relations sont également caractérisées d'un manque de dialogue. Les femmes africaines ne possèdent pas l'habileté de dire non aux rapports sexuels compromettant ou présentant des risques, la culture de discuter du risque possible pour les rapports sexuels n'existe pas entre les partenaires, c'est toujours l'homme qui commande quoi faire et la femme doit se soumettre. Souvent les femmes souhaitent que leurs partenaires utilisent des préservatifs mais dans ces conditions elles ne peuvent pas négocier et encore moins imposer leur point de vue.

Ainsi en vue de promouvoir l'utilisation du préservatif, les programmes de prévention devraient élaborer des stratégies visant la communication ainsi que les techniques de négociation qui doivent être offertes à la population.

- **La dépendance économique**

L'un des facteurs associé à la propagation du VIH et non le moins important est la prostitution des jeunes femmes. Cette prostitution est engendrée dans la majorité des cas par la pauvreté. En effet le faible pouvoir d'achat des femmes les incitent à se prostituer pour sortir d'une situation économique précaire. La féminisation croissante de la pauvreté a des répercussions significatives sur la propagation du VIH/SIDA et le développement économique. Par conséquent, si on veut briser le lien existant entre la situation économique des femmes et leur vulnérabilité au VIH/SIDA, il est impératif que les

programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA plaident en faveur de la rectification des politiques juridiques et économiques nationales qui donnent aux femmes l'accès aux ressources économiques et améliorent leurs perspectives économiques.

- **La convivialité des services et moyens de protection**

L'accès des femmes aux services de santé est sévèrement limité par de nombreux facteurs comme la distance, le temps, les moyens financiers et pouvoirs de décisions détenus par les hommes, la qualité des soins, mais aussi par certaines normes sociales qui entourent la nature de la maladie dont souffre la femme.

Dans la majorité des cas les femmes ne présentent pas beaucoup d'initiative pour aller se faire soigner, pire encore quand il s'agit d'un problème qui touche leur appareil génital; en effet elles sont élevées dans l'idée que les problèmes de santé, font partie de leur lot quotidien. En plus, en raison des sentiments de honte et de déshonneur qui accompagnent les infections sexuellement transmissibles en général, et la stigmatisation faite aux personnes atteintes du VIH en particulier, les femmes atteintes de ces maladies évitent généralement de se rendre aux formations sanitaires chargées de la prise en charge de ces maladies craignant d'être pointées du doigt.

Qui plus est, les agents de santé auxquels les femmes peuvent avoir accès, dans les formations sanitaires se montrent souvent antipathiques et réprobateurs, surtout lorsque qu'elles sont atteintes du VIH.

D'autre part la disponibilité d'un moyen de protection contre les IST et le VIH contrôlé par la femme est loin d'être assuré. L'un des moyens privilégiés actuellement est le préservatif féminin toutefois son utilisation continue de poser beaucoup de problèmes. En effet ce préservatif n'est pas pratique, et coûte très chers, il n'est donc pas à la portée de toutes les femmes surtout celles qui sont très nécessiteuses. L'autre moyen de protection qui malheureusement est toujours au stade de la recherche est l'utilisation des microbicides pouvant tuer le VIH.

Ainsi pour mettre en place des mesures de prévention efficaces et qui protègent la femme la conception des politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA devrait viser à rendre disponible un moyen de protection dont la femme ait le contrôle.

- **Les normes sociales positives**

Les programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA devraient tenir compte des pesanteurs socioculturelles qui placent les femmes dans une situation relativement désavantagée par rapport aux hommes et qui les rendent plus vulnérable au VIH et aux autres IST.

En effet dans bien des régions, et particulièrement en Afrique où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du VIH, les taux d'infection sont beaucoup plus élevés parmi les jeunes femmes que parmi les jeunes hommes parce que dans bien des cas les normes de genre dans ces sociétés permettent aux hommes d'avoir plus de partenaires sexuels que les femmes.

Ainsi les politiques de sensibilisation devraient tenir compte du rôle joué par le genre dans la propagation de la pandémie du VIH, et concevoir les messages visant à modifier les normes culturelles et l'idéologie sociale sur la masculinité et la féminité, qui régissent les relations sexuelles entre les hommes et les femmes, et qui favorisent des comportements sexuels à risque. La sensibilisation des femmes aux différents processus de prise de décision sur leur santé serait un des moyens susceptibles d'influencer pour que protection des femmes en matière du VIH/SIDA soit effective.

Les programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA doivent préconiser des stratégies visant à abolir les abus sexuels à l'encontre des enfants, le viol sexuel ainsi que la culture du silence qui entoure ces phénomènes.

Dès le jeune âge les petits garçons doivent être éduqués à respecter les filles et les femmes, les adolescents à adopter un comportement sexuel responsable qui inclus le respect de leur partenaire.

3 Inégalité des sexes et problématique du VIH au Rwanda

3.1 Épidémiologie et dynamique de l'infection au VIH

La première enquête mesurant la prévalence du VIH dans la population générale fut conduite en 1986. Les résultats de cette enquête ont montré que la prévalence globale de l'infection au VIH était de 17,8% (IC à 95% : 14,3-21,2%) en milieu urbain et de 1,3% (IC à 95% : 0,5-2,2 %) en milieu rural. En milieu urbain les femmes étaient plus infectées que les hommes (21% contre 14,6%) ; les tranches d'âge les plus affectées étaient de 0-5 ans (10,1%) et de 26-40 ans (30%)²⁷.

La deuxième enquête dans la population générale qui n'a cependant pas couvert tout le territoire national a été menée en 1997 ; les résultats de cette enquête ont montré une prévalence de 11,1% ; cette prévalence était légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (11,3% versus 10,8%) ; par rapport aux hommes les femmes présentaient une prévalence plus élevée dans les catégories d'âge jeunes (20-29 ans) alors qu'on observait le contraire après 30 ans, les hommes âgés de 30 ans et plus enregistraient une prévalence plus élevée que les femmes de la même catégorie d'âge. Les femmes violées (15,2%) pendant la guerre de 1994 ont eu une prévalence plus élevée du VIH que celles qui n'ont pas été violées (15,2% versus 11%)²⁸.

Une autre étude qui pourra donner une situation actualisée de la prévalence du VIH dans la population générale et qui s'étendra sur tout le territoire du pays est attendue pour l'année 2005.

En dehors de la prévalence issue de ces études dans la population générale, la situation du VIH est mesurée régulièrement par la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes venues en consultation prénatale.

Selon les résultats de la dernière sérosurveillance chez les femmes enceintes (2002) la prévalence du VIH est de 5% au niveau national²⁹.

Par rapport aux femmes du milieu rural, les femmes résidant en milieu urbain enregistrent une prévalence plus élevée (13,5% pour la ville de Kigali, 6,3% pour les autres villes du Pays contre 3,2% pour le milieu rural). En outre parmi les facteurs de risque associés à la séropositivité du VIH chez les femmes enceintes, le statut marital montre que les femmes vivant seules (Veuves, divorcées, séparées) courent plus de risque que les femmes mariées vivant avec leurs maris ; en effet la séroprévalence du VIH est multipliée à peu près par 3 chez celles qui vivent seules. Comparativement à l'âge, la prévalence du VIH est plus élevée dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans²⁹.

D'après le rapport du FHI/IMPACT Rwanda pour l'année 2002, la prévalence globale des clients fréquentant les centres de dépistage volontaires était de 11,1% au niveau national avec des disparités selon le milieu : 12,2% pour les centres du milieu urbain contre 6% pour ceux du milieu rural. Cette prévalence fut de 13% en 2003 avec une légère différence selon le sexe : 7,5% chez les femmes contre 5,1%.

²⁷ Bizimungu, C, Ntilvamunda, A, Tahamana, et al. [Nationwide Community-Based Serological Survey of HIV-1 and other Human Retrovirus Infections in a Central African Country](#). Lancet 1989 ; i : 941-3.

²⁸ Ministère de la santé , Rapport annuel 2001. Kigali, mars 2002

²⁹ Treatment and Research aids center :Surveillance de l'infection au VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale. Rwanda 2002

En ce qui concerne les comportements à risque de l'infection au VIH, sur base des résultats de trois enquêtes comportementales menée chez les routiers³⁰, les jeunes entre 15-19ans³¹ et chez les professionnelles du sexe³², l'âge au premier rapport sexuel se situerait entre 15 et 18 ans pour les professionnelles du sexe, chez les jeunes l'âge moyen au premier rapport sexuel étant de 14 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons. L'utilisation du condom est de 10% chez les jeunes sexuellement actif, de 74% chez les routiers et de 90% chez les professionnelles de sexe.

3.2 Les déterminants liés au genre et VIH au Rwanda

➤ PAUVRETE, MULTI PARTENARIAT SEXUEL ET PROSTITUTION

L'une des conséquences atroces du génocide de 1994 fut l'augmentation du nombre de veuves et des femmes séparées de leurs maris qui sont emprisonnés ou qui se sont exilés laissant leurs épouses au Pays.

Ainsi, suite à ces pertes ou à la séparation des siens, la femme rwandaise qui était habituée à être soutenue par son mari ou sa famille s'est vue délaissée et abandonnée, obligée de faire face seule aux difficultés socio-économique d'après le génocide de 1994, ce qui l'a plongée dans une situation de pauvreté extrême.

La féminisation de la pauvreté au Rwanda fut confirmée par les résultats de l'enquête menée en 2000 par le ministère des finances et de la planification économique sur les conditions de vie des ménages au Rwanda: D'après cette enquête les femmes représentent 54% des pauvres dans tout le pays. Alors que les ménages dirigés par les hommes sont à 54,32% pauvres et que 35,08% vivent dans l'extrême pauvreté, ce sont 64,15% dirigés par les femmes qui sont pauvres et 43,5% qui vivent dans l'extrême pauvreté³³.

Afin de se sortir de ces conditions de pauvreté, certaines femmes ont adopté un comportement à risque du VIH caractérisé par le multi partenariat avec les hommes qui sont sensés les aider à résoudre leurs problèmes économiques, d'autres se sont données à la prostitution.

En effet, suite au soit disant nombre élevé des femmes dans la population rwandaise (54% de la population rwandaise)³⁴ et en particulier celles vivant seules, le multipartenariat sexuel et le concubinage semblent installés et peu à peu tolérés dans la société rwandaise.

En outre le protectionnisme attribué à l'homme dans la culture rwandaise incite les femmes à rechercher absolument un partenaire masculin avec qui rester, quelles que soient les conditions de rester avec ce dernier, c'est dans ce contexte que de nombreuses veuves ou femmes séparées de leurs maris tombent dans le cycle vicieux du multipartenariat sexuel motivé par la recherche d'une soi disant protection masculine et d'un soutien économique.

³⁰ FHI/IMPACT Rwanda : Enquête de surveillance des comportements au près des routiers, Rwanda 2000)

³¹ FHI/IMPACT Rwanda : Enquête de surveillance des comportements au près des jeunes de 15 à 19ans, Rwanda 2000)

³² FHI/IMPACT Rwanda : Enquête de surveillance des comportements au près des prostituées, Rwanda 2000)

³³ Ministère des finances et de la planification économique du Rwanda : Enquête intégrale sur les conditions de vie des menages au Rwanda (200-2001). Kigali, mars 2002

³⁴ Ministère des finances et de la planification économique du Rwanda : 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat du Rwanda, Kigali Août 2002

Par ailleurs, on constate également que les difficultés économiques rencontrées au cours de la période d'après génocide ont contribué à l'expansion de la prostitution de la femme rwandaise. En effet pour plus de 80% de prostituées interviewées lors de l'enquête démographique et de santé menée par l'ONAPO en 2000, la raison évoquée de s'adonner à la prostitution est la survie économique.

Le danger de contamination du VIH est vécu quotidiennement par ces professionnelles du sexe car elles n'utilisent pas régulièrement le préservatif lors des rapports sexuels avec leurs clients ; l'utilisation de celui ci dépend du bon vouloir du client et des besoins matériels du moment ressentis par la professionnelle du sexe. Cela ressort des enquêtes menées auprès des professionnelles du sexe où la principale raison évoquée pour la non utilisation du condom est le refus du client³². En effet, étant donné la situation économique médiocre dans laquelle vivent les professionnelles du sexe, elles acceptent de s'exposer à la contamination du VIH vu que les clients proposent des montants supérieurs pour les rapports sexuels non protégés.

➤ FAIBLE POUVOIR DE DECISION DE LA FEMME EN MATIERE DE SEXUALITE

Le faible pouvoir de décision en matière de sexualité, généralement constaté chez la femme africaine se remarque aussi chez la femme rwandaise. En effet, tel que dicté par la culture rwandaise et rappelé par la gente féminine de la famille de la nouvelle mariée la veille de son mariage, la femme rwandaise doit être soumise à son mari en toute chose et particulièrement en matière de sexualité, elle ne doit en aucun cas refuser les rapports sexuels à son mari, si besoin est à son beau-père ou aux beaux frères.³⁵ Il lui est rappelé sans cesse que les rapports sexuels sont un dû de son mari et des membres de sa famille à partir du moment où sa famille a reçu la dot. La sexualité n'est pas un sujet à discussion, la femme doit tout simplement subir et se taire quand elle se sent lésée. De son côté, le jeune homme est aussi élevé dans l'idée d'être le maître du foyer pour qui la femme doit toute obéissance.

Cet aspect de la culture rwandaise enlève à la femme tout pouvoir de décision à tout ce qui touche à la sexualité constituant ainsi un facteur de risque de contamination du VIH et d'autres IST, car même quand elle soupçonne son mari de souffrir des maladies sexuellement transmissibles, elle n'osera pas lui refuser les rapports sexuels par peur d'être répudiée ou chassée du foyer, situation identique pour l'utilisation du préservatif. En même temps cette absence de pouvoir de décision en matière de sexualité mène à l'absence de dialogue entre les partenaires. Ici également la cause principale est au niveau de la culture rwandaise qui entoure de tabous tout ce qui touche à la sexualité.

³¹ Ministère du genre et de la promotion de la femme/Fonds des nations unies pour la population : Etude sur les croyances, les attitudes et les pratiques socioculturelles en rapport avec le genre au Rwanda, Mai 2002

Par la suite ce manque de pouvoir de décision en matière de sexualité qui peut se traduire en d'autres termes par l'absence de respect de la femme, associé au manque de dialogue entre les partenaires conduit facilement aux rapports sexuels forcés et violences sexuelles au sein du couple, phénomènes qui sont souvent vécus par des femmes rwandaise et qui constituent des déterminants importants de contamination de pas mal de femmes au Rwanda.

➤ **LES PRATIQUES TRADITIONNELLES ET CULTURELLES**

Comme il ressort du rapport de l'étude menée par ACORD dans les districts de Budaha et de Rusumo³⁶, il existe toujours dans la société rwandaise des pratiques liées à la culture et aux traditions, qui continuent de favoriser les comportements sexuels à risque, comme l'obligation absolue de faire les rapports sexuels lors de certains événements de la vie.

Le risque lié à ces pratiques traditionnelles est qu'elles n'autorisent pas le choix des partenaires sexuels, ainsi il y'a un grand risque de contamination si l'un des deux partenaires qui doivent accomplir ce rituel est séropositif.

Parmi elles on peut citer par exemple la pratique d'«Ukwezwa» qui est un rituel accompli lors du décès d'un conjoint, et qui recommande à la veuve de faire les rapports sexuels le jour de l'enterrement de son mari ou lors de la levée de deuil, souvent c'est le frère du décédé qui accomplit cette tâche.

➤ **INSUFFISANCE D'INFORMATION EN MATIERE DE SEXUALITE**

Un des déterminants qui favorise la propagation du VIH/SIDA dans la population rwandaise est l'absence d'information en matière de sexualité. Cette absence d'information est en partie favorisée par la culture rwandaise qui entoure de tabous tout ce qui touche à la sexualité. Les résultats qui ressortent de l'étude de MIGEPROFE sur les croyances les attitudes et pratiques socioculturelles en rapport avec le genre montrent que 20,3% de Rwandais sont sans information en matière de sexualité, la proportion des femmes étant élevée que celle des hommes, soit 10,6% contre 9,7%³⁵. D'après cette étude la principale source d'information est celle des amis. En outre la nature de l'information qui est échangée concerne en majorité les conseils et attitudes envers le partenaire. Les autres informations touchant par exemple les risques du multipartenariat sexuel, les grossesses non désirées, les ISTs ou l'utilisation du préservatif ne ressortent pas souvent de l'information donnée entre amis. Les parents comme source d'information en matière de sexualité constituent une faible proportion (5,2%)³⁵. Par ailleurs l'information donnée par ces derniers est dictée par les normes de la société rwandaise quant à leurs exigences sur la conduite d'une jeune fille et d'un jeune garçon en matière de sexualité.

³⁶ Social Action to identify community socio-cultural and traditional practices likely to spread HIV/AIDS. Report of the study carried out in Budaha and Rusumo Districts. Kigali, june 2003

A titre d'exemple, comme les normes de la société rwandaise ne tolèrent pas les rapports sexuels avant le mariage pour les jeunes filles³¹, la mère sermonne sa fille sur l'importance de conserver sa virginité jusqu'au mariage, cependant ces sermons n'existent pas pour le garçon qui par contre est encouragé par la société à avoir des rapports sexuels avant le mariage en guise de test de bonne santé et de normalité.

➤ LA VIOLENCE SEXUELLE

De tout temps la guerre s'accompagne comme arme d'humiliation, des actes de viols sexuels perpétrés sur les femmes et les filles. La femme rwandaise a également été victime des abus et viols sexuels d'une atrocité humiliante au cours du génocide de 1994. Le viol sexuel fut non seulement une arme d'humiliation utilisée contre les femmes et leurs familles mais aussi une arme de transmission du VIH. En effet selon l'enquête d'AVEGA menée au près des femmes violées pendant le génocide, 67% d'entre elles sont porteuses du VIH³⁷.

D'autre part, les viols sexuels au sein des couples sont enregistrés dans la société rwandaise relevant dans la plupart des cas du non-respect des droits de la femme dans la société. Ces cas de viol sexuel furent rapportés par l'enquête menée entre 1998 et 2003 par IRC en collaboration avec le MIGEPROFE qui spécifie que 25,3% des femmes enquêtée ont été, au moins une fois au cours des cinq années sur lesquelles a porté l'enquête, victimes de viol sexuel. 13,4% d'entre elles ont souffert de violences sexuelles physiques, et 21,9% ont enduré des humiliations verbales³⁸.

Également des cas de viols sexuels sur les petites filles sont enregistrés un peu partout dans le pays, l'une des causes de ces viols étant que les rapports sexuels avec les petites filles guériraient le SIDA; ainsi par ces viols il est clair que le risque de contamination est élevé vu que certains hommes qui violent les petites filles se sachent séropositifs. Par ailleurs notre société vit une autre forme de viol déguisé observable surtout en ville où certains hommes ciblent les jeunes écolières comme partenaires sexuels sans risque étant donné leur jeune âge, en leur offrant la possibilité de s'offrir des petits objets de luxe comme le téléphone portable, les habits à la mode et autres.

Les résultats de l'étude comportementale menée chez les jeunes de 15-19 ans illustrent ce phénomène de l'influence du facteur âge dans les rapports sexuels; en effet plus de la moitié des filles interrogées ont affirmé avoir des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés³¹.

³⁷ AVEGA «AGAHOZO»: Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda. Kigali, décembre 1999).

³⁸ Ministry of gender and family promotion: Report of research on the violence against women in Rwanda: From January 1998 to March 2003). Kigali 12th June 2004

➤ **L'ÉLOIGNEMENT DES CONJOINTS POUR RAISONS DE TRAVAIL**

La relation entre la mobilité des populations et le VIH/SIDA est une réalité vécue par de nombreux pays africains surtout ceux de l'Afrique de l'Ouest, région qui connaît plus de flux migratoire que le reste de l'Afrique.

Un problème similaire au Rwanda se reconnaît chez les camionneurs qui constituent un groupe à risque du VIH de par leur mobilité.

En effet, obligés de passer plus de temps sur les axes routiers qui relient les pays de la région des grands lacs loin de leurs femmes ou partenaires, ces camionneurs sont particulièrement caractérisés par un comportement de multipartenariat sexuel avec des partenaires occasionnels et plus souvent avec les professionnelles du sexe.

D'après l'enquête de surveillance des comportements chez les routiers menée en 2000 par FHI/IMPACT Rwanda, une proportion élevée d'enquêtés soit 91% a affirmé avoir utilisé le préservatif avec une prostituée, toutefois seuls 63% l'ont utilisé avec une partenaire occasionnelle. Ce qui est remarqué c'est que l'utilisation du condom est dictée par le type du partenaire sexuel. D'après leurs affirmations la majorité des camionneurs se protègent plus avec les prostituées qu'avec les partenaires occasionnelles. Cependant le grand danger qui règne à ce niveau c'est la non utilisation systématique du préservatif avec les partenaires occasionnelles. En effet ce comportement est le plus souvent dû à une fausse confiance qui se crée entre les camionneurs et leurs partenaires occasionnelles après quelques rapports sexuels basés sur l'absence de signes de maladies remarquable chez ces dernières.

Par ailleurs ce n'est que 19% de tous les camionneurs qui ont affirmé utiliser le préservatif avec leurs femmes, à ce niveau réside aussi un danger de transmission soit du VIH ou des IST des camionneurs à leurs femmes en provenance des partenaires occasionnelles ou prostituées rencontrées sur les axes routiers.

Ainsi, de par la nature de leur travail, ces hommes sont à risque élevé de contamination des IST y compris le VIH. En même temps ils constituent un groupe passerelle qui constitue un pont de transmission du VIH entre la population générale représentée par leurs femmes ou les autres partenaires occasionnelles rencontrées à leur passage, et un autre groupe à risque constitué par les professionnelles du sexe.

Le même phénomène se rencontre chez toutes les populations en mouvement continue comme les militaires, les travailleurs qui quittent leur milieu familial pour venir en ville y travailler (Ex : Commerçants, veilleurs, etc..).

III. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Objectifs

L'actuelle étude est une étude qualitative menée dans le but ultime d'évaluer l'intégration du concept genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Les objectifs spécifiques

- Identifier les lacunes en matière de prise en compte du Genre dans les programmes de VIH/SIDA.
- Identifier les partenaires à cibler en matière de formation pour l'intégration du genre dans les programmes de VIH/SIDA.
- Elaborer un plan d'action de formation des formateurs au niveau des provinces.
- Identifier les institutions et personnes ressources pouvant contribuer à la formation des formateurs.

2. Méthodologie

L'échantillonnage

Les institutions concernées par la présente étude ont été choisies dans les quatre principaux secteurs d'intervention de la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. Ces institutions sont:

Pour le secteur public :

- Le Ministère de la Santé
- Le Ministère du genre et de la promotion de la famille
- Le Ministère de l'Education
- Le Ministère de la jeunesse, des sports et de la culture
- Le forum des femmes parlementaires
- Les directions chargées du genre et des affaires sociales au niveau des provinces.

Le secteur Privé a été évalué à travers son bureau de coordination: L'umbrella APELAS

Pour le secteur communautaire et structures organisationnelles:

- Le comité du Conseil national de la jeunesse au niveau des provinces
- Le comité du Conseil national des femmes au niveau des provinces
- Les associations des femmes : Le collectif profemme twese hamwe, Swaa Rwanda.
- Les confessions religieuses : L'église catholique, Le conseil des églises protestantes au Rwanda, l'islam.
- Le réseau des personnes vivant avec le VIH.
- Les ONGs partenaires des CPLS: PSI, IMPACT, INTRA HEALTH, CROIX ROUGE RWANDA, ARBEF, IRC, CARE, AFRICARE, WORLD RELIEF, LWF

Le secteur des structures de coordination constituées par les organes qui coordonnent la lutte contre le SIDA au niveau national et provincial: CNLS, CPLS

Les outils de collecte

Une grille d'évaluation et des guides d'entretien (En annexe) nous ont servi pour évaluer l'existence, dans les plans d'action des institutions concernées par l'étude, des activités visant la réduction des déterminants liés à l'inégalité des sexes qui entretiennent la pandémie du VIH.

Collecte des données

Pour répondre aux objectifs de l'étude nous avons procédé par une évaluation qualitative des plans d'action des institutions concernées par l'étude ainsi que des entretiens individuels et entretien de groupe avec les responsables des institutions, programmes et associations concernés par l'étude. L'étude s'est déroulée de septembre à novembre 2004, la collecte a porté sur les données de 2003 et 2004.

- L'identification des lacunes en matière de prise en compte du genre dans les programmes de VIH/SIDA (1^{er} objectif) a été réalisé sur base des entretiens avec les responsables des institutions, programmes et associations concernés par l'étude. En plus des entretiens avec les responsables, on a évalué les plans d'action sur base des éléments contenus dans la grille d'évaluation (Annexe).
- L'identification des partenaires à cibler en matière de formation (2^{ème} objectif) a été faite parmi les institutions, associations et structures évalués en mettant l'accent sur les personnes occupant les places de responsabilités ou les leaders élus par la communauté enfin qu'ils puissent être les formateurs des autres.
- Le plan de formation a été établi sur base de la disponibilité des différents acteurs concernés par l'étude.
- Sur base de l'évaluation faite nous avons identifié certaines institutions qui ont un programme dont les activités répondent à la question du genre et VIH/SIDA (4^{ème} objectif).

Limitation de l'étude

Les données collectées l'ont été sur base de l'information obtenue au niveau des CPLS, ainsi nous n'affirmons pas avoir atteint tout les intervenants dans la lutte contre le SIDA, la collecte des données a concerné les acteurs qui travaillent étroitement avec les CPLS, c'est le cas pour les ONGs, seuls ont été évalués ceux qui ont un partenariat avec les CPLS, il en est de même pour les confessions religieuses.

IV. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

I. Les lacunes en matière de prise en compte du Genre dans les programmes de VIH/SIDA

I.1. Insuffisance d'information et d'éducation en matière de sexualité

➤ Dialogue entre parents et enfants

La nécessité de motiver les dialogues sur la sexualité entre parents et enfants n'est pas perçue comme une priorité par les institutions oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA qui furent évaluées par la présente étude.

En effet, la quasi-totalité de ces institutions prévoient dans leurs plans d'action des activités visant la sensibilisation ou la communication pour le changement de comportement, toutefois force est de constater que ces activités de sensibilisation ne concernent pas l'éducation des parents en vue de parler de la sexualité avec leurs enfants.

Les enfants surtout les adolescents plus particulièrement les filles devraient être informés des sujets en rapport avec la sexualité étant donné leur âge critique. D'une part le meilleur endroit où l'adolescent devrait recevoir une information sûre est au sein de sa famille par ses parents; or il existe encore des barrières qui entravent ce dialogue sur la sexualité entre les parents et les enfants notamment la peur d'éveiller la curiosité de leurs enfants, le manque de temps, le désir de préserver les enfants de la pratique sexuelle et de la débauche, et surtout la sensibilité des sujets en rapport avec la sexualité qui fait que ni le père ni la mère n'ont le courage d'en parler.

Au cours de cette étude, le besoin de dialogue entre parents et enfants fut évoqué par les représentantes du conseil national des femmes qui nous ont signalée que ce dialogue devrait être motivé enfin de prévenir et de protéger les enfants contre les viols qui sont enregistré régulièrement dans notre société et pour donner l'information aux adolescents sur les dangers des rapports sexuels précoces et non protégés.

Toutefois notre constat fut que ce canal de sensibilisation et d'éducation des jeunes, en particulier des jeunes filles à travers les entretiens ou les discussions avec leurs parents, n'est pas utilisé par nombreuses des institutions évaluées.

Seul le centre Dushishoze (PSI Butare) a un programme régulier visant l'éducation des parents en matière de communication sur la sexualité avec leurs enfants.

Les autres institutions (surtout les confessions religieuses) le font occasionnellement lors des séances de formations sur le VIH/SIDA organisées pour la population adulte, toutefois ce qui est fait pendant ces séances, il est demandé aux parents de parler du VIH/SIDA avec leurs enfants mais il n'existe pas de plan de communication préparé pour leur apprendre comment aborder cette question avec leurs enfants.

De leur côté les associations des femmes œuvrant dans le secteur de lutte contre le VIH/SIDA mettent plus de force dans la sensibilisation de la femme sur les voies de transmission du VIH, les moyens de protection et le dépistage, cependant, la motivation des mères en vue de dialoguer avec leurs enfants sur les sujets touchant à la sexualité n'est pas privilégiée.

En outre le seul secteur qui rassemble de façon régulière un grand nombre de jeunes filles et qui peut servir de source d'informations et de connaissances en matière de sexualité est le milieu scolaire, cependant jusqu'à maintenant il n'existe pas encore de programme élaboré au niveau national qui est dispensé régulièrement dans les écoles sur la sexualité ou le VIH/SIDA. Ce qui est prévu par le ministère de l'éducation ce sont des leçons concernant l'anatomie des organes génitaux, les changements liés à l'adolescence, les méthodes contraceptifs, le VIH et les ISTs, qui sont intégrées dans le cours de science et technologie élémentaire dispensé aux élèves de sixième année primaire.

Seule l'Eglise Anglicane au Rwanda (EER) diocèse de Kigeme a déjà commencé ce programme dans 42 écoles primaires de GIKONGORO où les notions sur la sexualité et le VIH/SIDA et les autres ISTs sont enseignées aux élèves à partir du deuxième cycle de l'école primaire.

Le point de vues des intervenants rencontrés lors de cette étude sur la question de l'éducation sexuelle des jeunes et en particulier des jeunes filles émerge dans le même ordre d'idées soulignant la nécessité de l'introduction de l'éducation sexuelle et information sur les IST&VIH/SIDA, toutes fois tous reconnaissent que c'est de l'ordre du Ministère de l'éducation d'ajouter ça dans les curricula de formation.

Les entretiens au ministère de l'éducation nous ont révélé qu'il y'a un module de formation et un cours sur le VIH/SIDA qui sont en cours d'élaboration, cependant leur préparation ne s'est pas penchée sur la question du genre et le VIH/SIDA.

➤ **Information et éducation de la jeune fille en matière de sexualité**

En général il n'existe pas de programme particulier visant l'éducation sexuelle de la jeune fille. Certaines sources offrent à la jeunesse en général l'information sur la sexualité, la santé de la reproduction ou la prévention du VIH/SIDA comme les clubs antisida, les pairs éducateurs des jeunes, les centres de santé reproductive des adolescents (ARBEF, CENTRE DUSHISHOZE DU PSI, MIJESPOC, AFRICARE) d'autres organisent périodiquement les campagnes de sensibilisation spécifiques à la jeune fille comme PACFA ou Pro femmes.

De toutes ces sources d'informations, les centres de santé reproductive des adolescents semblent être les seules institutions qui offrent à la jeunesse en général, et aux jeunes filles en particulier une information complète et de façon régulière sur la santé de la reproduction. Cependant étant donné le nombre encore restreint de ces centres (5 dans tout le Pays) et l'existence encore sensible de certaines barrières qui empêchent de nombreuses filles à les fréquenter (Travaux domestiques, permission des parents); il s'avère que le nombre de filles qui bénéficient de l'information qui se donne dans ces centres reste encore faible.

Les sources d'information sur la sexualité et le VIH/SIDA dans la jeunesse

Les clubs antisida et la pair éducation pour les jeunes

La création des clubs anti-Sida semble être le moyen choisi par la majorité des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA en vu d'une sensibilisation des jeunes dans leurs localités.

En effet que ce soit les ONGs, les confessions religieuses, le Conseil National de la Jeunesse, chacun dans son secteur motive la jeunesse à la création des clubs antisida et des formations sont organisées par ces institutions pour les pairs éducateurs.

Toutefois deux grandes lacunes caractérisent ce système de clubs antisida et des pairs éducateurs : En premier on constate que les clubs antisida surtout ceux de la jeunesse non scolarisée existent seulement de noms, il n'existe pas de mécanisme de suivi ou de supervision de leurs activités. En général leurs activités sont remarquées seulement lors des compétitions sportives des jeunes ou des évènements florkloriques.

Il en est de même aussi pour le suivi du travail des pairs éducateurs. Jusque là ceux formés par les diocèses catholiques et les centres des jeunes semblent bénéficier d'un système de supervision et de suivi de qualité.

L'autre lacune réside au niveau du contenu des messages de sensibilisations. Les messages véhiculés par les clubs antisida lors de rencontres inter jeunesses concernent essentiellement les connaissances générales sur le VIH/SIDA (Modes de transmission, moyens de protections, dépistage volontaire); les messages spécifiques en rapport avec la vulnérabilité des jeunes filles ou le changement de comportements en vue des normes sociales positives ne sont pas évoquées.

Par ailleurs malgré la volonté des différentes institutions encadrant les pairs éducateurs de former un nombre égal de filles et garçons parmi les pairs éducateurs, le constat en est que les garçons sont plus nombreux que les filles avec comme conséquence le nombre réduit de filles sensibilisées.

La situation est présentée dans le tableau à la page suivante.

Tableau 1. Effectifs des pairs éducateurs par sexe

Province	Source	Pairs éducateurs		Total
		Filles	Garçons	
Kigali Ngali	CNJ	10	38	48
Gitarama	Diocèse Kabgayi	109	123	232
Butare	CNJ	11	34	45
Gikongoro	CNJ	28	87	115
Cyangugu	CNJ	11	34	45
Kibuye	Diocèse Nyundo	198	198	396
Gisenyi	CNJ	37	111	148
Ruhengeri	CNJ	22	54	76
Byumba	CNJ	4	42	46
Umutara	CNJ	11	70	81
Kibungo	Diocèse Kibungo	93	180	273

Les centres de santé reproductive des jeunes

Les centres de santé reproductive donnent l'information et sensibilisent les jeunes en matière de la santé reproductive. Ils ont le privilège d'attirer les jeunes, grâce aux activités récréatives qu'ils organisent.

En général ces centres sont fréquentés par les jeunes non scolarisés, toutefois pendant les vacances scolaires ils reçoivent aussi les jeunes scolarisés.

Les thèmes de sensibilisation sont surtout focalisés autour des composantes de la santé de la reproduction:

- Concept de la Santé Reproductive
- Adolescence
- Organes reproducteurs
- Le cycle menstruel
- Grossesse et conception
- Grossesse non désirée
- Avortement et conséquences d'avortement clandestin
- Stérilité
- ISTS et VIH/SIDA
- Le planning familial
- Les drogues et leurs conséquences
- Genre
- Viols des enfants, des filles et des femmes

Les thèmes de sensibilisation sont d'une grande utilité pour les jeunes qui fréquentent ces centres, cependant par faute du personnel formé en genre et VIH, l'information donnée pour le thème « Genre » concerne essentiellement l'explication sur l'égalité des sexes en général plus que l'explication des conséquences découlant de la relation de force ou de pouvoir entre l'homme et la femme en matière de sexualité ou la sensibilisation en vue d'un changement de comportement pour une meilleure relation Homme-Femme en matière de sexualité.

Il en est de même pour le thème sur les viols; les causeries expliquent l'existence de ces viols et leur relations directes avec le VIH, toutefois on constate l'absence de la sensibilisation en vue de dénoncer les silences entourant les cas de viol.

En plus de la sensibilisation, certains centres offrent aux jeunes les activités de conseil sur le dépistage volontaire du VIH et le dépistage (Africare Gikongoro, Centre Dushishoze Butare, ARBEF Gikondo).

Toutefois, bien que ces centres aient une grande contribution dans la sensibilisation d'une population à risque (Jeunesse) leur nombre est encore restreint comparé aux nombreux jeunes qui ont besoin d'information et de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les autres ISTs. En effet, seuls trois centres du MIJESPOC sont fonctionnels (Cyangugu, Nyagatare, et Rubengera) plus les centres Dushishoze du PSI (Butare) ARBEF (Gikondo) et celui d'AFRICAIRE à Gikongoro.

Par ailleurs comme on peut le remarquer dans le tableau 2 la fréquentation de ces centres par les filles reste inférieure à celle des garçons. L'une des principales causes de cette faible fréquentation des filles est la réticence des parents à accorder la permission aux jeunes filles pour se rendre à ces centres. En effet pour de nombreux parents ces centres ouvrent aux jeunes la voie du vagabondage par l'apprentissage de la sexualité, distribution des préservatifs, etc....

Toutefois, enfin de motiver la fréquentation des jeunes filles, certains centres (RUBENGERA et NYAGATARE) organisent, en plus des activités propres du centre, les activités d'apprentissage de petits métiers pour les jeunes filles (Broderie, Vannerie) ce qui a motivé les parents à laisser leurs filles aller vers ces centres.

La fréquentation de ces centres est présentée dans le tableau à la page suivante:

Tableau 2. Fréquentation des centres de santé reproductive des jeunes

Centre	Période	Activités	Fréquentation	
			Filles	Garçons
Cyangugu (Migespoc)	Année 2003	Causeries éducatives	5589	6966
	1 ^{er} semestre 2004	Causeries éducatives	1246	2036
Gikongoro(Africare)	Année 2003	Conseil pour le dépistage volontaire (VCT)	1393	1400
	Année 2003	IEC et Cinéma mobile	12996	22881
	1 ^{er} semestre 2004	Conseil pour le dépistage volontaire (VCT)	747	789
	1 ^{er} semestres 2004	IEC et cinéma mobile	6494	7641
Butare (PSI)	Année 2003	Causeries éducatives	2047	6779
	1 ^{er} semestres 2004	Causeries éducatives	426	1278
Kibuye(Migespoc)	Année 2003	Causeries éducatives	54	112
	1 ^{er} semestre 2004	Causeries éducatives	2091	1882
		Conseil pour le dépistage volontaire (VCT)	92	55
Nyagatare(Migespoc)	Année 2002	Causeries éducatives	699	811
	Année 2003	Causeries éducatives	492	1769
	1 ^{er} trimestre 2004	Causeries éducatives	3552	2906

I.2. Insuffisance des mécanismes qui accroissent l'habilité et le pouvoir de décision de la femme en matière de sexualité

➤ Dialogue sur la sexualité entre partenaires sexuels

L'activité visant l'éducation et la motivation des partenaires à échanger ou discuter sur la sexualité n'apparaît pas dans les programmes des différentes institutions évaluées. Par contre, pour la majorité des ONGs et institutions oeuvrant dans le domaine de la prévention du VIH, l'accent est mis plus sur la promotion et la distribution du préservatif masculin dans la population que sur l'éducation et la motivation des partenaires sexuels à dialoguer sur la sexualité ou l'apprentissage des techniques de négociation en vue des rapports sexuels sans risque. Or à cause de l'influence de la culture qui ne privilégie pas les dialogues en rapport avec la sexualité, il s'avère que même l'utilisation du préservatif reste insatisfaisante. Ainsi, en plus de la promotion de l'utilisation du préservatif, les institutions visant la prévention du VIH devraient ajouter dans leurs programmes les activités d'éducation visant la motivation des partenaires sexuels à discuter sur les rapports sexuels sans risque et l'apprentissage des techniques de négociation d'utilisation du préservatif.

L'absence de cette éducation se remarque aussi à travers les statistiques du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant où la proportion des partenaires des femmes enceintes qui viennent à leur tour se faire tester reste à la baisse: Elle a varié de 10% en 2002 à 15% au cours de l'année 2003. En effet, cette faible proportion des partenaires est dû au fait que les femmes enceintes n'arrivent pas à persuader leurs mari pour le dépistage; le sujet touchant le statut sérologique du couple entraîne des mésententes dans les couples car tout au départ ils ne sont pas habitués à dialoguer sur des sujets touchant à la sexualité.

Par ailleurs on constate que la population féminine n'est pas entraînée à dire non aux rapports sexuels non voulus, la culture de la résignation continue de caractériser la conduite des jeunes filles et femmes rwandaises. De ce fait il est important que les programmes de lutte contre le Sida incluent dans leurs activités de sensibilisation l'éducation des jeunes filles et femmes quant au droit à leur corps.

➤ Les moyens de protection contrôlés par la femme

Jusqu'aujourd'hui seul le préservatif masculin est vulgarisé dans la population. Or étant donné les difficultés rencontrées par les femmes pour convaincre leurs partenaires quant à son utilisation lors des rapports sexuels, il s'avère nécessaire que les femmes aient un autre moyen de protection dont elles contrôlent l'utilisation.

Comme ailleurs dans le monde le seul autre moyen de protection disponible est le préservatif féminin, cependant pas mal d'obstacles bloquent encore sa disponibilité dans la population notamment son coût et son utilisation qui demande la maîtrise de l'anatomie des organes génitaux de la femme.

Ce qui a été remarqué lors de cette étude, c'est que l'intérêt des différents intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA pour la promotion et la distribution de ce préservatif n'est pas manifeste, à noter que même dans tous les messages de sensibilisation sur les moyens de protection du VIH seul est évoqué le préservatif masculin. Mis à part qu'il y'a même des acteurs dans ce domaine de lutte contre le SIDA qui nous ont affirmé ne pas connaître ce préservatif, les autres institutions qui en font la distribution comme le Ministère de la santé, l'ARBEF ou les centres de santé reproductive (ceux du Mijespoc) le font dans le cadre de la planification familiale essentiellement.

L'absence de programme visant la promotion du préservatif féminin traduit l'insensibilité à la question du genre parmi les différents acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA. Même les associations visant la promotion de la femme ne semblent pas préoccupées par la nécessité de mettre à la disposition de la population féminine ce moyen de protection, qui peut les aider à avoir un pouvoir de décision sur les rapports sexuels.

L'autre moyen de protection envisagé est l'utilisation des microbicides qui est encore au stade de la recherche, un projet d'essai clinique pour les microbicides a débuté cette année au Rwanda ce qui mérite d'être apprécié.

I.3. Dépendance économique de la femme et prostitution

Tableau 3. Les projets visant l'augmentation du pouvoir économique de la femme financés dans le cadre de lutte contre le VIH/SIDA

Province	Projets	Institution financée	Population financée	Bailleur	Financement (FRW)
Mairie de la ville	1. Vente de charbon de bois	Association Ihoreremunyarwanda	Professionnelles de sexe	CNLS PNUD	1.200.000
	2. S/projet de renforcement des capacités financières des femmes prostituées de SODOMA/ Ville de Kigali	Ministère Evangélique de Développement et Action Sociale MEDIAS	Professionnelles de sexe	MAP	3.000 000
	3. Micro-crédits:fonds rotatifs(Rwanda Women Network)	Rwanda Women Network	Associations des femmes	CNLS PNUD	1.320.000
Kigali Ngali	4. Projet introduisant les petits métier pour les filles au centre des jeunes de Kabuga	Association AJPEKA Kabuga	Jeunes filles	MAP	5.307.000
Butare	5. Micro crédits:Fonds rotatifs	Centre Igiticy'ubugingo	Professionnelles de sexe	CNLS PNUD	3.999.776
Ruhengeri	6. Projet d'apprentissage des femmes à la fabrication des savons	Coopérative Abanyamurava	Femmes rurales	MAP	4.800.000

Actuellement trois projets de la CNLS accordent des financements à différentes institutions et associations intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Depuis le début de leurs activités les trois projets ont déjà financé 290 projets (212 pour le MAP, 18 pour le projet CNLS SIPAA et 60 pour le projet CNLS PNUD).

Cependant comme on peut le remarquer sur le tableau 3 le nombre total des projets financés dans le cadre d'augmenter le pouvoir économique de la femme arrive seulement à 6. Par ailleurs ces projets s'étendent seulement sur 4 Provinces du pays.

La constatation générale est que la majorité des micros projets financés sont ceux des associations de personnes vivant avec le VIH.

Un besoin de mobilisation des associations des femmes en vue d'élaboration des micro-projets pour pouvoir bénéficier des financements octroyés dans le cadre de la réduction de la pauvreté chez la femme se fait sentir.

Tableau 4. Institutions ayant dans leur programme l'encadrement des professionnelles de sexe

Province	Effectif	Institutions	Activités
Mairie de la ville	2	➤ Centre médico Social Kwa Nyiranuma	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prise en charge psychosociale ➤ Prise en charge médicale ➤ Councilling pour le dépistage volontaire ➤ Distribution du préservatif ➤ Épargne et micro crédits
		➤ Association Ihorere Munyarwan da	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilisation pour le changement de comportement par la parole de Dieu ➤ Apprentissage de petits métiers (couture) ➤ Appui nutritionnel des professionnelles de sexe atteintes du VIH ➤ Prise en charge scolaire des orphelins du SIDA
Butare	1	➤ Centre Igiti cy'ubugingo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prise en charge des IST ➤ Councilling pour le dépistage volontaire ➤ Distribution du préservatif ➤ Activités génératrices de revenu ➤ Formation en genre et droit de la femme et de l'enfant ➤ Sensibilisation pour le changement de comportement et réintégration sociale
Byumba	1	➤ CPLS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Plaidoyer pour la prise en charge des IST ➤ Distribution du préservatif ➤ Activités génératrices de revenus ➤ Sensibilisation pour le changement de comportement et le dépistage volontaire.

Le tableau 4 présente les acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA qui s'occupent de façon régulière des professionnelles du sexe. Cet encadrement régulier est seulement

enregistré dans 3 provinces à savoir la Ville de Kigali, Butare et Byumba. La constatation générale est que le groupe des professionnelles du sexe n'est pas ciblé par les intervenants dans la lutte contre le SIDA. Par ailleurs les acteurs répertoriés, sauf la CPLS de Byumba ont en commun un but à caractère religieux, c'est en partie par leur mission évangélique de s'occuper des marginalisés de la société qu'ils encadrent ce groupe, plus que par la volonté de réduire la propagation du VIH dans un groupe à risque.

I.4. L'insuffisance de sensibilité au genre dans les programmes et services de soins santé

a. Les services de Santé Reproductive

Le personnel médical travaillant dans les services de santé reproductive (Consultation ISTs, CPN, VCT, PMTCT, PF) qui d'emblée devrait être sensible au genre de par la nature des services dans lesquels ils travaillent, n'a reçu aucune formation en rapport avec le genre, cela ayant comme conséquences des conduites incorrectes de certains agents de santé qui bloquent la fréquentation des services de SR. C'est le cas des consultations des ISTs, les attitudes réprobatoires du personnel des consultations empêchent la majorité des patients surtout les filles et les femmes souffrant des IST à aller consulter. Cette situation se remarque par le fait que la majorité de filles ou femmes atteintes d'ISTs qui sont dans les régions couvertes par les centres de santé reproductives des adolescents préfèrent aller demander de l'aide aux conseillers de ces centres que de se rendre directement aux formations sanitaires. Ainsi c'est le personnel de ces centres qui fait le plaidoyer auprès du personnel de l'hôpital ou du CS en vue des consultations médicales de leurs clientes.

Cet aspect de la question est confirmé par l'initiative du centre IGITI CY'UBUGINGO qui encadre les professionnelles du sexe, qui a dû inclure dans ses activités un service chargé de la prise en charge des IST, parce que le constat en était que les professionnelles du sexe ne se faisaient pas soigner pour ces maladies, les raisons avancées par ces dernières étaient qu'elles n'étaient pas bien reçues par le personnel médical.

Une autre institution qui privilégie aussi la prise en charge des ISTs est l'ARBEF, toutefois le nombre de ses cliniques est encore restreint, ils sont au nombre de trois dans tout le pays (Ville de Kigali, Butare et Ruhengeli)

Par ailleurs une autre lacune en matière de l'intégration de la dimension genre dans les programmes et services de santé reproductive, se remarque par l'absence de certaines activités visant la promotion de la santé reproductive: il s'agit des consultations prénuptiales, la prise en charge psychosociale des violences sexuelles et la sensibilisation en vue des changements sociaux pour accroître le pouvoir de décision de la femme. Ces trois types d'activités qui pourtant font parti du paquet global des activités de Santé Reproductive semblent être méconnus dans nos structures de soins de santé.

b. Programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Le programme chargé de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant enregistre dans son exécution des lacunes liées à l'insensibilité au genre. Les lacunes ont été remarquées à deux niveaux:

- En premier lieu il y'a le problème de l'implication des partenaires des femmes enceintes dans les activités du PTME relatant l'absence de sensibilisation de la

communauté sur la question de la parenté responsable. A ce niveau le constat en est que tout au début des activités de ce programme, seule la femme fut informée et sensibilisée sur les activités du programme à travers les consultations prénatales; comme les hommes ne viennent pas avec leurs femmes dans les consultations prénatales, eux n'ont pas bénéficié de cette information. C'est ce manque d'information et de sensibilisation à l'égard des hommes qui semble expliquer en partie la réticence voir le refus de certains hommes à la participation aux activités du programme de PTME notamment le dépistage. La stratégie adoptée pour amener les hommes à participer aussi au dépistage fut une lettre d'invitation envoyée par la formation sanitaire au mari, toutefois cette stratégie nécessite d'être renforcé par une mobilisation communautaire enfin que toute la population puisse être conscientisée.

- En deuxième lieu, on constate que dans sa conception le programme n'a pas prévu les stratégies de suivi et de soutien des femmes séropositives et de leurs enfants après l'accouchement. En effet, l'organisation des visites à domiciles est à la charge des formations sanitaires dont les capacités s'avèrent souvent limitée pour exécuter cette activité. Alors que la névirapine est donnée gratuitement, la prise en charge des Infections Opportunistes pour les femmes séropositives enrôlées dans le programme revient à la charge de la femme, non plus la prise en charge nutritionnelle des bébés des femmes séropositives n'a pas été prévue. Or, par dégradation de leur état de santé ou par manque de moyens de se procurer un substitut du lait maternel, les mères séropositives n'arrivent pas à appliquer l'allaitement maternel exclusif ou le sevrage obligatoire tel qu'indiqué à 6 mois. Ainsi la transmission écartée par la prise de la névirapine avant l'accouchement reste présent pendant la période d'allaitement.

I.5. Manque d'éducation de la communauté en vue des normes sociales positives

➤ Absence de programme visant l'éducation des hommes en vue du respect de leurs partenaires

Au cours de la présente étude nous avons constaté qu'il n'existe pas de programme visant spécialement l'éducation des hommes en vue d'une relation de respect mutuel entre partenaire en matière de sexualité.

Des lacunes ont été notées dans l'élaboration des messages de sensibilisation, à titre d'exemple beaucoup de messages insistent sur les moyens de protection du VIH en privilégiant l'utilisation du préservatif, cependant aucun message ne sensibilise les hommes à respecter la décision de leurs partenaires en ce qui concerne les rapports sexuels sans risque.

La raison pouvant expliquer cette absence est l'ignorance des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA en matière du genre. Pour la majorité le concept genre signifie la promotion de la femme, ainsi les activités ou les stratégies élaborées par les associations ou institutions visant la promotion du genre (Associations des femmes, Migeprof) ne visent que la population féminine alors qu'elles devaient concerner les deux sexes.

Dans le cas spécifique de la lutte contre le VIH/SIDA, il est impératif de privilégier dans les stratégies de communication pour le changement de comportement, l'éducation de la population masculine car c'est elle qui est en partie responsable de la vulnérabilité de la femme en ce qui concerne l'infection au VIH.

➤ Insuffisance de messages dénonçant les silences entourant les viols

Actuellement les cas de viol sexuel constituent des sujets d'actualité dans notre société. Les cas de viols se présentent sous plusieurs formes allant des violences sexuelles sur les petites filles et les mineures jusqu'au mariages forcés en passant par les violences conjugales. Cependant ce qui est remarqué c'est qu'il existe une grande différence entre le nombre réel de viols commis et ceux déclarés soit à la police ou à l'hôpital. En effet, le silence entourant les cas de viol sexuel persiste toujours.

Plusieurs raisons expliquent ces silences: D'une part il y'a les croyances culturelles qui entretiennent ces silences, en effet pour la majorité de la population, un cas de viol dénoncé équivaut à un cachet donné à la victime qui la poursuivra toute sa vie constituant un obstacle à son mariage, surtout lorsqu'il s'agit d'une petite fille, car toute la société saura qu'elle n'est plus pure. Ainsi la population préfère taire ces cas de viols dans le souci de protéger les victimes. D'autre part l'âge ou la position des personnes commettant ces viols empêchent les victimes de les dénoncer, c'est le cas des jeunes élèves violées par leurs instituteurs ou celles violées par les leaders religieux. Enfin par peur d'être jugées

par la communauté ou de perdre leur statut de femme mariée, les femmes victimes de violences conjugales ne dénoncent pas leur mari préférant se résigner à leur sort.

Les résultats de notre évaluation sur cette question en est que d'une part 'il n'existe pas de stratégie définie par les institutions oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA visant la lutte ou la prise en charge des cas de viol. Cette tâche est plus réservée aux associations féminines qui organisent des campagnes de sensibilisation ou des manifestations dénonçant les cas de viols des petites filles. D'autre part, on constate qu'il n'y' a pas beaucoup d'efforts mises dans la mobilisation de la population en vu d'abolir la culture du silence qui entoure les cas de viol. Cela a été remarqué par l'inexistence d'activités visant la lutte contre la violence sexuelle dans les plans d'action des différentes institutions oeuvrant dans le domaine de lutte contre le SIDA évaluée lors de cette étude.

Par ailleurs à part les violences sexuelles commises à l'endroit des jeunes enfants (petites filles ou des petits garçons), des filles ou des femmes, les autres cas de violence sexuelle ne sont pas évoqués dans les messages de sensibilisation existants; notamment les violences conjugales. Mis à part cette absence de message sensibilisation sur les violences conjugales, la prise en charge psychosociale des victimes de violence sexuelle enregistre encore de lacunes. Jusqu'à maintenant le service de consultation générale au niveau des centres de santé ou de gynécologie au niveau de l'hôpital est le seul endroit qui accueille les victimes des viols sexuels, or le niveau de formation du personnel médical travaillant dans les CS ne permet pas d'offrir aux victimes ou à leur famille l'aide dont ils ont besoin sur le plan moral et psychologique. Tout en notant que les femmes abusées sexuellement par leur mari ou partenaires n'ont pas un endroit où chercher une aide ou un soutien moral.

➤ **La stigmatisation des PVVIH**

La stigmatisation associée à l'infection au VIH est vécue quotidiennement par les personnes souffrant de cette maladie, pas seulement dans notre société mais aussi partout au monde. Ce qui est remarqué dans notre société c'est que cette stigmatisation est le fruit des jugements faits par la communauté à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Comme toutes les ISTs, l'infection au VIH/SIDA est considéré aussi comme une maladie honteuse, pour beaucoup elle est associée à une vie aux mœurs légères.

Les intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA mettent assez d'effort dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation faites aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'une des stratégies mises en action pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation est la sensibilisation des personnes atteintes en vue de se mettre en associations. Cependant ce qui est remarqué c'est que ces associations sont en majorité constituées par les femmes; les hommes séropositifs ont encore des réticences à se grouper en associations.

D'après les propos recueillis auprès des femmes séropositives membres des associations des PVVIH, les hommes ne veulent pas regagner ces associations de peur que toute la

communauté connaisse leur statut. Même ceux qui sont mariés ne veulent pas que leurs épouses aillent dans ces associations.

A ce niveau, il est nécessaire que les efforts se continuent dans la sensibilisation de la population masculine séropositive sur les avantages de se réunir en associations afin de combattre la discrimination. Il est également important que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, organisent régulièrement des campagnes éducatives pour les personnes vivant avec le VIH qui les aident à vivre positivement avec le VIH/SIDA. Le tableau suivant montre la répartition par sexe des PVVIH dans certaines associations travaillant avec les CPLS.

Tableau 5. Répartition par sexe des personnes regroupées dans les associations des PVVIH

Province	Personnes vivant avec le VIH			Source
	Femmes	Hommes	Total	
Butare	563	59	622	CPLS
Gikongoro	248	80	328	CPLS
Cyangugu	404	212	616	CPLS
Gisenyi	219	221	440	CPLS
Ruhengeri	32	7	39	CPLS
Kibungo	231	102	333	CARITAS
Umutara	513	174	687	CPLS

*Les autres provinces n'ont pas collecté les données des associations par sexe, ils ont seulement le nombre total des membres

I.6. Lacunes au niveau de la recherche et les données statistiques

➤ Situation de l'épidémie selon le sexe

Les données sur la situation de l'épidémie proviennent essentiellement de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales des formations sanitaires publiques, de la notification des cas de SIDA par les formations sanitaires du Pays (Hôpitaux et Centres de Santé publics), des enquêtes conduites dans la population générale, des données des sites de VCT (Conseil, et Dépistage Volontaire), du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et de quelques études conduites en milieu hospitalier ou dans certains centres urbains sur certains groupes ciblés par les chercheurs. Les données comportementales proviennent des enquêtes CAP en matière du VIH ou de l'utilisation du préservatif menées dans certains groupes à risque comme les professionnelles du sexe, les jeunes, les camionneurs.

Les résultats statistiques par sexe ne sont pas toujours disponibles, les enquêtes comportementales donnent l'information selon le sexe car elles sont souvent conduites

dans la population générale, les données des VCT donnent également les statistiques selon le sexe, toutefois cette source ne donne pas l'image exacte de l'épidémie suite aux caractéristiques des populations qui fréquentent les centres de VCT qui diffèrent de ceux de la population générale. En effet, il s'agit souvent des personnes ayant eu des comportements sexuels à risque et qui désirent une confirmation à leurs inquiétudes, ou au contraire des personnes qui n'ont pas eu de comportements à risque et qui veulent prouver leur séronégativité.

Une lacune est enregistrée au niveau de la notification du nombre de cas de SIDA dans les structures sanitaires de notre pays, la réalité en est que l'information disponible au niveau du système d'information sanitaire n'est pas désagrégée selon le sexe, on retrouve à ce niveau le nombre total des cas notifiés dans les formations sanitaires, en plus il faut préciser que ce chiffre ne traduit que le nombre de cas vus dans les services sanitaires publics du Pays; il ne donne donc pas l'image exacte de l'épidémie dans tout le Pays; car un certain nombre de malades du Sida ne sont pas soignés dans le système hospitalier et décèdent à domicile, comme il y'en a qui se font soigner dans les cliniques privées, et dont le nombre n'est pas rapporté par le système d'information sanitaire. Par ailleurs de nombreux malades du Sida meurent d'autres pathologies liées ou non au Sida avant que le diagnostic de Sida n'ait pu être posé.

Par ailleurs l'absence de données actualisées sur la prévalence ou l'incidence du VIH dans la population générale bloque les analyses concernant les taux de contamination par sexe.

➤ **L'impact de l'épidémie selon le sexe**

Jusqu'à l'heure actuelle seules les enquêtes démographiques et de santé donnent une information fiable sur les indicateurs socioéconomiques de notre pays y compris les indicateurs sanitaires.

Comme les données de ces enquêtes sont collectées dans la population générale, il est facile de calculer ou d'estimer l'impact d'un tel ou tel problème dans la population générale selon le sexe.

Cependant pour les deux enquêtes démographiques et de santé réalisées après le génocide, aucune n'a collecté les données biologiques sur le VIH, cette information pourra être disponible avec la troisième enquête prévue en 2005 qui inclura les données de prévalence sur le VIH dans la population générale.

II. Les partenaires à cibler en matière de formation pour l'intégration du genre dans les programmes de VIH/SIDA.

Liste des personnes à former:

- Les membres des CPLS
- Les membres des Comités du conseil national des femmes au niveau des provinces
- Les membres des Comités du Conseil national de la jeunesse et le coordinateur du FOJAS au niveau des provinces
- Les représentants du syndicat des enseignants
- Les superviseurs des districts de santé
- Les représentants des confessions religieuses chargés du programme VIH/SIDA
- Le coordinateur APELAS et les points focaux dans les provinces.
- Les présidents des Associations des PVVIH dans les provinces.
- Les points focaux dans les institutions publiques (Ministères, établissements para étatiques, commissions).
- Les responsables des programmes dans les ONGS partenaires de la CNLS.

III. Plan d'action de formation des formateurs en genre et VIH/SIDA au niveau des provinces.

Une formation en genre et VIH est très souhaitée, car au cours de cette étude nous avons remarqué que l'aspect genre en rapport avec la problématique du VIH n'était pas bien compris par la majorité des acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA, la plupart associaient au genre le nombre des femmes et des hommes notés dans leurs activités, rares sont ceux qui associaient à cet aspect les activités de lutte contre le VIH/SIDA visant à diminuer les déterminants liés à l'inégalité des sexes et qui entretiennent la pandémie du VIH .

Le tableau à la page suivante présente le plan de formation en genre des formateurs au niveau des provinces.

Les formateurs ont été choisis dans les quatre secteurs d'intervention de la CNLS.

Groupes cibles et période de formation

Groupes cibles (Nombre par province)	Régions	Période
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les membres des CPLS (2: Le formateur et l'animateur) ➤ Les commissaires des CPLS (2) ➤ Les membres des Comités du conseil national des femmes au niveau de la province (3: Chargée de la santé, éducation et formation, et culture) ➤ Les membres des Comités du Conseil national de la jeunesse et le coordinateur du FOJAS (3:Chargé de la santé, genre et culture) ➤ Un représentant du syndicat des enseignants ➤ Les superviseurs des districts de santé(4 par province) ➤ Les représentants des confessions religieuses chargé du programme VIH/SIDA (5) ➤ Les représentants APELAS dans les provinces(1) ➤ Les présidents RRP+ dans les provinces.(1) ➤ Les coordinateurs des ONGs au niveau des provinces <p>*Pour le niveau central, la formation concernera les représentants des ONGS et directeurs des programmes, les points focaux dans les ministères, coordinateurs des umbrellas (Conf. Relig, Apelas, RRP+), Trac, CNLS. (Ici c'est pour viser les décideurs et planificateurs enfin qu'ils puissent intégrer les stratégies et activités en rapport avec le genre lors de la conception de leurs projets)</p>	1* Région Sud: <ul style="list-style-type: none"> ➤ CYANGUGU, ➤ GIKONGORO, ➤ BUTARE 	Du 06 au 09 juin 2005
	2* Région Nord: <ul style="list-style-type: none"> ➤ RUHENGERI ➤ GISENYI ➤ KIBUYE, 	Du 13 au 16 juin 2005
	3.*Région EST: <ul style="list-style-type: none"> ➤ BYUMBA ➤ KIBUNGO ➤ UMUTARA 	Du 20 au 23 juin 2005
	4* Région centre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ VILLE DE KIGALI, ➤ KIGALI NGALI ➤ GITARAMA 	Du 27 au 30 juin 2005
	5*Niveau Central	Du 05 au 08 juillet 2005

En plus des notions générales sur le genre la formation devra porter sur les principaux déterminants liés au genre qui favorisent la propagation du VIH et dont la prise en compte par les programmes de lutte contre le VIH enregistre encore des lacunes. Ces principaux déterminants étant:

- La disponibilité insuffisante d'information et éducation de la jeune fille en matière de sexualité.
- L'insuffisance de mécanismes qui augmentent l'habileté de la femme et son pouvoir de décision en matière de sexualité: (L'éducation de la femme sur les techniques de négociation des rapports sexuels sans risque, promotion du préservatif féminin).
- La dépendance économique source de prostitution.
- L'insuffisance de l'éducation de la communauté en vue des normes sociales positives en matière du genre: Abolir les silences autour du viol, respect de la femme et de la jeune fille, responsabilisation de l'homme en matière de sexualité.
- Sensibilité insuffisante au genre dans les programmes et services de santé: Conduite inadéquate du personnel médical en matière de sensibilité au genre, Implication de l'homme dans les activités des services de SR en général et de PTME en particulier.

IV. Les institutions et personnes ressources pouvant contribuer à la formation des formateurs.

Sont présentées dans cette section certaines institutions qui ont une avance sur les autres dans l'intégration du genre dans leurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA ainsi qu'une brève description de leurs activités, en deuxième lieu il est présenté des personnes ressources travaillant dans ces institutions pouvant aider à la formation des formateurs.

1. Initiative family package: PACFA

L'initiative 'Family package 'est un programme du projet PACFA initié par la Première Dame du Rwanda depuis février 2002. En plus des activités du PTME, ce programme inclut la prise en charge des membres de la famille des mères séropositives identifiées lors des activités de PTME. Cette prise en charge concerne:

- La thérapie aux anti rétroviraux
- Le traitement des ISTs
- Le traitement des Infections Opportunistes.
- L'appui nutritionnel incluant le lait artificiel pour les nouveaux-nés
- Le financement des micros projets générateurs de revenu.

Comme souligné dans les sections précédentes, les aspects du suivi à domicile et de la prise en charge médico social des mères séropositives qui semblaient être oublié dans la conception du programme de PTME sont pris en considération par le programme Family Package. Et dans ce cas il ne s'agit pas seulement de la mère séropositive mais aussi de tout les membres de sa famille.

Ce qui mérite d'être apprécié surtout c'est que ce programme brise complètement la chaîne de transmission du VIH de la mère à l'enfant en rendant disponible le lait artificiel, toutes les femmes enrôlées dans ce programme utilisent l'allaitement artificiel.

Le programme a commencé par le centre de santé de Kacyiru qui a servi de projet pilote, il est prévu de l'étendre dans quatre structures sanitaires du district de Kabutare à savoir l'Hôpital universitaire, l'hôpital de Kabutare, le Centre universitaire de santé publique et le centre de santé de Matyazo avant la fin de cette année.

2. Programme Communication Parents Adolescents: Centre Dushishoze PSI Butare

Le programme «Communication Parent Adolescent» initié par le Centre Dushishoze de Butare consiste en séances de discussion avec les parents de la ville de Butare et des environs sur la question du dialogue en matière de sexualité entre parents et adolescents. Au départ ce centre du PSI est un centre de jeunes dont le but principal est l'éducation et la sensibilisation des jeunes en matière de santé reproductive.

En plus de l'éducation donnée aux jeunes, ce centre forme aussi leurs parents sur l'aspect de la communication avec leurs enfants en matière de sexualité enfin les notions sur la sexualité données aux jeunes au centre se complètent en milieu familial par les dialogues initiés par les parents.

Ce programme de communication inclut les discussions en rapport avec les obstacles du dialogue entre parent et enfant (Culture, ignorance, gêne, manque de temps), la nécessité et l'importance de ce dialogue, comment aborder les adolescents en vue de leur parler de la sexualité.

3. Programme d'éducation sexuelle, IST&VIH/SIDA: Eglise anglicane diocèse de Kigeme

Ce programme initié par l'église anglicane diocèse de Kigeme commence au deuxième cycle d'école primaire.

En plus des notions apprises aux écoliers sur le VIH/SIDA et les ISTs, ce programme insiste surtout sur les bonnes valeurs morales en matière de sexualité notamment les comportements sexuels risqués.

Egalement on apprend aux écoliers comment reconnaître les gestes des gens qui veulent les violer et la conduite à tenir en cas de tentative de viol entre autre dénoncer l'agresseur même s'il s'agit de quelqu'un de la famille.

Par ailleurs trois attitudes sont apprises aux écoliers en cas de proposition des rapports sexuels: Refuser catégoriquement, Traîner la décision pour plus tard, Négocier une décision qui convient aux deux partenaires.

Enfin une section est réservée aux attitudes qu'on doit avoir à l'égard des personnes avec le VIH/SIDA.

Le module de formation est a été préparée d'une façon adaptée à l'âge des écoliers, les connaissances sont dispensées à travers de petites histoires et scènettes compréhensibles par les élèves.

4. Les activités de consultation pré-nuptiale et de préparation à la vie commune: IntraHealth International.

Jusqu'à l'heure actuelle aucune formation sanitaire ne faisait encore les activités de consultation pré-nuptiale.

Avec le mois d'octobre 2004, l'organisme IntraHealth International a initié les activités de «consultation pré-nuptiale et de préparation à la vie commune» dans le centre de santé de Kigoma (Province de Gitarama).

La consultation pré-nuptiale et de préparation à la vie commune telle qu'initiée par Intra Health consiste un entretien entre le prestataire de soins et le couple qui va se marier clôturé d'un examen médical.

L'entretien comprend deux parties, une causerie éducative en rapport avec la santé de la reproduction et un counselling pour le dépistage volontaire du VIH.

L'information et l'éducation dispensées lors de la causerie éducative concerne entre autre:

- L'anatomie et physiologie en relation avec la sexualité la reproduction
- La planification familiale et la parenté responsable (espacement des naissances, taille raisonnable de la famille, prévention des grossesses non désirées par la contraception) .
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
- Le droit des époux à une meilleure santé, à une sexualité épanouie, à l'absence totale de violence.

L'examen médical consiste en un dépistage des affections et maladies pouvant poser à la famille des problèmes au cours du mariage et de leur vie conjugale, y compris le VIH/SIDA. et les autres ISTs pouvant être détectés au Centre de Santé.

Finalement les maladies ou infections détectées pouvant être traité au CS sont prises en charge, pour celles qui ne sont pas à la hauteur du CS un transfert à l'hôpital est donné.

5. Programme d'encadrement des professionnelles du sexe: Centre Igiticy'Ubugingo Missionnaires médicales de Marie Butare

Le projet d'encadrement des professionnelles du sexe des missionnaires médicales de Marie a débuté en 2000 dans la ville de Butare avec pour objectif de venir en aide aux femmes en détresse, engagées dans le commerce du sexe ou victimes du viol, pour promouvoir le changement d'attitudes et de comportements des communauté grâce au programme «Education à la Vie».

Des conseils et une éducation à la vie sont dispensés à ces femmes en détresse enfin de les aider à survivre, à retrouver leur dignité, à avoir une meilleure qualité de vie et à se réintégrer dans la société.

En outre un programme de suivi régulier est établi intégrant les visites à domiciles et le suivi médical ayant pour objectif principal la détection des IST et leur prise en charge. Ce centre prévoit aussi les séances de counselling pour le dépistage volontaire du VIH, en effet toutes les femmes suivies par ce centre subissent un test de dépistage du VIH.

A part cet encadrement médical, en collaboration avec Haguruka le centre Igiticy'ubugingo offre à ces femmes des formations en genre, droits de la femme et de l'enfant, et sur les violences faites aux femmes. Cette activité de formation sur les droits de la femme et de l'enfant aide beaucoup les professionnelles du sexe suivies par le centre, après voir reconnu les injustices dont elles sont victimes, certaines commencent les processus de réclamer leurs droits et ceux de leurs enfants sous l'aide juridique de Haguruka.

Egalement les professionnelles du sexe présentées sous le nom commun de femmes en détresse bénéficient d'une aide financière sous forme de micros crédits.

Grâce à cet encadrement le centre enregistre régulièrement le nombre de professionnelles du sexe qui quittent le métier de commerce du sexe et ce dernier les aider à se réintégrer dans la société (Construction de maison d'habitation).

Ce programme d'encadrement des professionnelles du sexe intégrant le suivi médical et psychosociale, les formations en genre et droits des femmes et des enfants et l'aide financière nous semble exemplaire pour toutes les institutions qui souhaiteraient aider les professionnelles du sexe.

6. Stratégie du collectif Pro-femme Twese Hamwe pour le renforcement du pouvoir de décision de la jeune fille en prévention du VIH/SIDA

Dans le but d'aider la jeune fille étudiante à faire face aux problèmes liés aux comportements à risque de l'infection au VIH qui caractérisent les jeunes étudiantes rwandaises, notamment les rapports sexuels précoces et non protégés, le matérialisme des jeunes filles qui les incite à avoir des rapports sexuels avec des personnes plus âgées, manque de prise de décision des filles qui ne résistent pas aux sollicitations sexuelles des garçons, ignorance en matière de santé de la reproduction en général et du VIH en particulier, le collectif Pro-femme Twese Hamwe a élaboré une stratégie visant le renforcement du pouvoir de décision de la jeune fille en matière de prévention du VIH/SIDA.

Les interventions définies par cette stratégie concernent l'organisation d'une grande campagne de sensibilisation de la jeune fille étudiante en milieu scolaire et pendant les vacances. Le message clé de cette campagne de sensibilisation vise le renforcement des capacités de la jeune fille de dire NON aux rapports sexuels non voulus.

En outre les jeunes étudiantes sont informées sur les différentes stratégies utilisées par les garçons ou les hommes pour corrompre les filles.

Tableau récapitulatif des institutions, programmes et personnes pouvant aider à la formation

Institution	Programme	Personne ressource
PACFA	Initiative Family Package	Régine Iyamuremye
EER Kigeme	Programme d'éducation sexuelle, IST&VIH/SIDA	Msgr Augustin Mvunabandi
Centre Dushishoze PSI BUTARE	Dialogue en matière de sexualité entre Parents et Adolescents	Norberthe Niyuhire
Intra Health International	Activités de consultation pré-nuptiale et de préparation à la vie commune	Daphraose Nyirasafali
Igiti cy'ubugingo (Butare)	Encadrement des prostituées	Sr Geneviève Van Waesberghe
Profemme Twese Hamwe	Stratégie de renforcement du pouvoir de décision de la jeune fille en matière de prévention du VIH/SIDA.	Mme Umunazire Immaculée

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La prise en compte des déterminants liés à l'inégalité des sexes dans la lutte contre le VIH/SIDA devrait être une mesure sans appel pour tous les programmes et plans d'activités menés dans ce domaine. En effet comme la pauvreté, l'inégalité des sexes constitue aussi un déterminant de taille dans la propagation du VIH.

Les résultats de cette étude évaluative ont montré que les programmes de lutte contre le SIDA au Rwanda, accusent un retard dans la prise en compte du concept genre dans l'élaboration et l'exécution de leurs plans d'activités.

La constatation globale fut que les actions menées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA se font en majorité dans un contexte général, peu visent la réduction des déterminants liés à l'inégalité des sexes qui favorisent la propagation du VIH notamment l'ignorance des filles en matière de sexualité, la pauvreté des femmes source de prostitution, l'absence du pouvoir de décision de la femme en matière de sexualité etc.

Par ailleurs, il n'existe pas de programme visant l'éducation de la population masculine en vue de modifier la relation Homme-Femme caractérisée par la suprématie de l'homme dans la prise de décision en matière de sexualité.

En vue d'enrayer les causes de l'inégalités des sexes sources de la propagation du VIH sont adressées aux différents acteurs oeuvrant dans la lutte contre le SIDA:

MINEDUC:

- Intégrer les cours d'éducation sexuelle dans les programmes d'enseignement qui incluent l'apprentissage des normes sociales positives en matière de sexualité dès l'école primaire.

MIGEPROF:

- Mettre en place un programme visant l'encadrement des professionnelles du sexe.
- Mettre en place un programme de sensibilisation des parents sur la question des dialogues en matière de sexualité entre les parents et les enfants.

MINISANTE:

- Définir les stratégies de mobilisation des hommes pour les activités de Santé de la Reproduction en général et de PMTCT en particulier.
- Organiser des formations du personnel médical en matière du genre.
- Inclure dans le paquet d'activités du programme de prise en charge des PVVs, les activités de prise en charge psychosociales des femmes séropositives.
- Améliorer le système d'information sanitaire en prévoyant la collecte des données statistiques par sexe.

- Organiser une formation en Genre et VIH pour le personnel médical travaillant dans les services de Santé Reproductive.
- Mise sur pied dans tous les centres de santé du pays les activités de consultation prénuptiale.
- Elaborer un protocole de prise en charge des cas de violence sexuelle au niveau des centres de santé.

MINISANTE ET MIGEPROF:

- Promouvoir la prise en charge psychosociale des victimes des violences sexuelles et de leur famille (Centre de counselling, service d'écoute).
- Définir et mettre en œuvre les stratégies qui visent la réduction de la violence conjugale.

MIJESPOC:

- Chercher un financement pour remettre sur pied les centres des jeunes qui avaient arrêté leurs activités par manque de budget et en installer d'autres sur tout le territoire du Pays.
- Assurer une bonne gestion des projets d'appui des centres de santé reproductive des adolescents et veiller à leur continuité.

MIJESPOC, MINISANTE ET MIGEPROF:

- Elaborer un programme de sensibilisation de la population visant l'abolition des comportements liés à la culture qui exposent à la transmission du VIH.

FORUM DES FEMMES PARLEMENTAIRES:

- Plaidoyer auprès du Gouvernement et des parlementaires pour la mise en place des lois punissant les contaminations volontaires au VIH lors des viols des femmes et des enfants.

TRAC:

- Renforcer le système de surveillance épidémiologique existant: Initier la surveillance épidémiologique (Comportementale et biologique) dans les groupes à risque (Professionnelles du sexe) et les groupes passerelles (Camionneurs).
- Inclure dans le programme de PMTCT, les activités de prise en charge médicale et nutritionnelle et de suivi à domicile et des mères séropositives et de leurs nourrissons.
- Organiser des études comportementales pour le groupe des personnes vivant avec le VIH.
- Organiser une formation en Genre et VIH pour les techniciens des services de PMTCT et VCT.
- Encourager les VCT et l'éducation sexuelle des couples.

APELAS:

- Organiser des campagnes de sensibilisation sur les normes positives en matière de relation Homme-femme, dans les institutions et organisations privées regroupant un personnel majoritairement masculin.

RRP+:

- Organiser une campagne de sensibilisation de la population masculine séropositive enfin de rejoindre les associations des PVVIH.

CNLS:

- Organiser des campagnes de sensibilisation visant la promotion de l'égalité des sexes en matière de sexualité.
- Inclure dans tous les messages de sensibilisation, les messages visant les normes sociales positives en matière de sexualité.
- Définir les stratégies de promotion du condom féminin.
- Mobiliser tous les acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA en vue d'inclure dans leurs plans d'actions, des activités visant l'intégration de la dimension genre.
- Privilégier les projets visant la réduction de la vulnérabilité de la femme dans l'octroi des financements.
- En collaboration avec ses partenaires identifier les facteurs qui favorisent une meilleure implication des hommes dans la prévention du VIH/SIDA et améliorer la communication au sein du couple.

RESEAU DES CONFESIONS RELIGIEUSES POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA:

- Sensibiliser la communauté sur le concept de l'égalité des sexes et son importance dans la lutte contre le VIH/SIDA..

LES ASSOCIATIONS FEMININES DE LUTTE CONTRE LE SIDA & CONSEIL NATIONAL DES FEMMES:

- Définir les stratégies d'éducation de la population féminine en vue de dire «NON» aux relations sexuelles non désirées ou comportant des risques.

VI. ANNEXE

OUTILS DE COLLECTE

Grilles d'évaluation des lacunes sur l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA

Les déterminants liés à l'inégalité des sexes qui entretiennent la pandémie du VIH/SIDA	Organe à évaluer	Questions: (Grille d'évaluation)
I. Information et éducation des jeunes filles sur la sexualité et la procréation	<ul style="list-style-type: none"> • Mineduc (service qui s'occupe de la lutte contre le Sida • Club Sida dans les écoles secondaires • Formation formelle des femmes • ONG et association de lutte contre le VIH/SIDA(ex: PSI,ARBEF,SWAA, IMPACT...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les cours d'éducation sexuelle insistent sur la vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA et IST (Vulnérabilité biologique, économique et culturelle) • Les campagnes de sensibilisation de ces ONG ou associations insistent sur la vulnérabilité biologique des femmes face au VIH/SIDA et IST.
II. Habilité et dialogue sur la sexualité:	<ul style="list-style-type: none"> • ONG et association de lutte contre le VIH/SIDA(ex: PSI,ARBEF,SWAA ...) • PSI, TRAC, CNLS. <p style="text-align: center;">MIGEPROF</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Est que les campagnes de sensibilisation sur l'utilisation du condom intègrent les techniques de négociation entre la femme et son partenaire pour l'utilisation du condom.(PSI surtout) • Existe -t-il de projet sur le condom féminin ou les microbicides • Statistiques selon le sexe? • Existe -t-il de projet sur les microbicides? • Existe -t-il de projet dont l'objectif est de

	ONGs de lutte contre le SIDA (Impact, care, PSI, SWAA	promouvoir les dialogues sur la sexualité dans les familles.
III. Pauvreté et Prostitution	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS, TRAC • CNLS (service chargé de la sensibilisation) • TRAC (CRIS) • ONG (PSI, ARBEF, IMPACT) • MINISANTÉ (Administration locale, superviseur, service chargé de la sensibilisation de lutte contre le SIDA. • MINISANTE, MINICOFIN 	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de projets ou programmes travaillent-ils avec les professionnelles de sexe (Prostitués) comme groupe vulnérable ? • Combien de publications ou diffusion de documents d'orientation qui insistent sur la corrélation entre la situation économique des femmes et leur vulnérabilité face au VIH/SIDA. • Existe-t-il d'indicateurs économiques ajustés selon les disparités entre les sexes qui permettent de déterminer le coût du SIDA pour les ménages et les collectivités. • Les statistiques selon le sexe : Types et gravité d'infections opportunistes selon le sexe, Prise d'antiretroviraux selon le sexe, statistiques des personnes éduquées ou sensibilisées selon le sexe • Combien de programmes ou ONGs incluent dans leurs politique la création des

		projets générateurs de revenus et les microcrédits pour les PVVIH ou les travailleuses de sexes?
IV. Convivialité des services	<ul style="list-style-type: none"> • TRAC (VCT, PMTCT) • MINISANTE • MINISANTE(DSS) • Les superviseurs de district, directeurs de genre et affaires sociale/santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sites de VICT/PMTCT par province et horaire de service • Nombre de dispensaire IST • Recherches sur l'association entre IST et VIH • Ce qu'ils pensent sur les horaires de soins compte tenu du travail ménager des femmes.
V. Les normes sociales positives	<ul style="list-style-type: none"> • MINISANTE • MIGEPROF • MIJESPOC • MINEDUC • PSI • SWA • ARBEF • IMPACT • CRIS • CNLS 	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de message qui sensibilisent sur les conséquence néfaste de l'importance donnée par les normes sociales et culturelles sur la masculinité.(Force de l'homme qui se mesure dans le nombre de ses partenaires féminins.) message visant spécialement les hommes • Les campagnes de sensibilisation insistent-elles sur la question du viol?(Abolir les silences traditionnels sur les viols?) • Existe-t-il des messages de sensibilisation des petits garçons au respect des filles et des femmes

		et à l'adoption des comportements sexuels responsables?
--	--	---

Guides d'entretien

Gouvernance locale (Directeur de santé, responsable des affaires sociales, responsable VIH/SIDA, Medecin de district ou superviseur)

- Avez-vous participé l'élaboration des politiques par l'analyse genre ?
- Avez-vous suivi le processus d'intégration genre dans les plans stratégiques et les plans d'action ?
- Avez vous reçu une formation sur l'inégalité des sexes et la problématique du VIH?
- Les prestataires de soins ont ils reçu une formation en genre?
- Les campagnes de sensibilisation insistent –elles-sur la vulnérabilité des femmes face à l'épidémie du VIH/SIDA: (vulnérabilité sur le plan biologique, économique, social et culturel)?
- Les données de mortalité et morbidité par le VIH sont-elles collectées selon le sexe?

ONG, Associations de lutte contre le VIH/SIDA, confessions religieuses

- Existe-t-il des campagnes éducatives spécialement pour les filles (Anatomie de leurs corps, rapport sexuel non protégés)
- Normes sociales plus saines:
 - Les campagnes de sensibilisation insistent-t-elles sur la question du viol?(Abolir le silence traditionnel sur les viols?)
 - Sensibilisation des petits garçons au respect des filles et des femmes et à l'adoption des comportements sexuels responsables.
 - Quel type de sensibilisation à l'égard des hommes (Leur faire prendre conscience du risque encouru par les comportements à haut risque: Importance donnée à masculinité dans la culture qui privilégie des comportements à risque.)
- Les données sont collectées selon le sexe?

Au niveau des programmes et des projets(y compris les ONG)

- Les plans d'action tiennent compte des différences hommes-femmes (qu' en est il du processus d'intégration du concept «genre» dans les plans stratégiques, les plans de développement et les plans d'action?
- Existe-t-il un projet de mise sur place des moyens de protection dont la femme ait le control ? (Ex: Projet de recherche sur les microbicide:CNLS,TRAC)
- Combien de programmes de lutte contre le SIDA s'occupent des professionnelles de sexe (Prostitués) et des femmes mariées comme groupe vulnérable? (Surveillance, sensibilisation, recherche conduite sur les facteurs de risque associés au VIH dans ce groupe, réinsertion dans la vie normale?)
- Services conviviaux (Personnel des services de counselling: combien de femmes dans le personnel, combien ont eu une formation sur la répercussion de l'inégalité des sexes sur l'épidémie du VIH/SIDA, pourcentage de couples conseillés, ce que pense le personnel quant au nombre restreint d'hommes qui accompagnent leurs femmes pour le dépistage; ce que fait le personnel pour corriger ça? :PMTCT, VCT , Par rapport à gender – sensitive:Comment est fait le suivi des femmes enceintes HIV+?Proportion de celles qui reçoivent les antiretroviraux (Après l'accouchement) ou qui bénéficient des examens médicaux de contrôle de leur état.
- Association IST/VIH chez les femmes: Qu'est ce qui est fait à ce niveau?(IEC pour cette problématique: sensibilisation des femmes à consulter rapidement au moindre signe)
- Les données sont collectées selon le sexe?
- Existe-t-il des programmes spécifiques pour sensibiliser les couples légalement mariés sur les danger de ne pas connaître leur sero-prévalence?
- Existe-t-il des structures pouvant accueillir des femmes qui se plaindraient du comportement sexuel à risque de leurs époux?
- Existe-t-il un service de counseling pour les hommes qui ont un emploi qui les amène à travailler loin de leur famille (chauffeurs de taxi, de camions, employés des ONG qui travaillent à l'intérieur du pays et dont les femmes vivent en ville, etc...)
- Existe-t-il un service de counselling qui pourraient accueillir des jeunes filles victimes de viol en dehors ou au sein de la famille ?
- Existe-t-il un service de counselling qui pourraient accueillir les parents des jeunes filles victimes de viol en dehors ou au sein de la famille et donner des conseils sur leur prise en charge notamment sur la contamination au VIH/SIDA et sa prise en charge ?
- Existe -t-il une partie du budget allouée à l'appui aux activités génératrices de revenu des associations des femmes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Miniplan & Migeprof: Rapport sur le profil de la situation de la femme et de l'homme au Rwanda. Kigali, Novembre 2002.
2. Prime II: Outils d'évaluation de la sensibilité au genre à l'intention des prestataires et gestionnaires des services de santé de la reproduction et de la planification familiale. Février 2003.
3. OMS: Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes: Politique de l'OMS en matière de Genre. 2002.
4. Secrétariat Exécutif permanent de suivi de Beijing: Plan d'action National de Suivi et de la mise en œuvre de la plate forme d'action de Beijing 2004-2007. Kigali, décembre 2003
5. ONUSIDA: Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de Sida, Genève 2004
6. Meda N, Kayirangwa E, Nyiramasarabwe L. La surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmises (MST), de l'infection à VIH et du SIDA au Rwanda. Rapport d'expertise préparé pour l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique. Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): Centre MURAZ/OCCGE, août 2000: 48 p
7. ONUSIDA. Le point: Le sida et les jeunes. Rapport sur l'épidémie du VIH/SIDA dans le monde; Genève 2002
8. ONUSIDA/OMS Le point sur l'épidémie 2002
9. OMS. Les femmes et le VIH/SIDA. Aide-memoire N° 242, Genève juin 2000.
10. ONUSIDA. Les femmes et le Sida. Genève: ONUSIDA, 1997
11. ONUSIDA EIP/AOC. Atelier régional sur l'analyse de la situation de la prostitution en Afrique de l'Ouest et du centre; Abidjan, 21-24 Mars 2000
12. Bakare RA, Oni AA, Umar US, Adewole IF, Shokunbi WA, Fayemiwo SA , Fasina NA. Pattern of sexually transmitted diseases among commercial sex workers (CSWs) in Ibadan, Nigeria: Afr J Med Med Sci. 2002; 31: 243-7

13. Nagot N, Ouangre A, Ouedraogo A, Cartoux M, Huygens P, Defer MC et al.. Spectrum of commercial sex activity in Burkina Faso: classification model and risk of exposure to HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002; 29: 517-21
14. Asamoah-Adu C, Khonde N, Avorkliah M, Bekoe V, Alary M, Mondor M et al.. HIV infection among sex workers in Accra: need to target new recruits entering the trade. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001; 28: 358-66
15. Morison L, Weiss HA, Buve A, Carael M, Abega SC, Kaona F et al.. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2001; 15: (Suppl 4) S61-9.
16. Aklilu M, Messele T, Tsegaye A, Biru T, Mariam DH, van Benthem B et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia; *AIDS* 2001; 15: 87-96
17. Ramjee G, Karim SS, Sturm AW. Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa, *Sex Transm Dis.* 1998; 25: 346-9.
18. Buzingo T, Alary M, Sokal DC, Saidel T. The prevalence of HIV and risk behavior of prostitutes living in 2 populous regions of Bujumbura (Burundi); *Cahier Sante.* 1997; 7: 355-60
19. Paula Donovan. Rape and HIV/AIDS in Rwanda. London: *Lancet* 2002; 360 Suppl:s17-8
20. Gupta GR. Gender and HIV / AIDS: transforming prevention programs; *Aids captions.* 1995 ;2:8-10
21. Oindo ML. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *Afr Health Sci* 2002; 2: 33-9
22. Kamtchouing P, Takougang I, Ngoh N, Yakam I. Sexuality of adolescent students in Yaounde (Cameroon). *Contracept Fertil Sex* 1997; 25: 798-801
23. Lema VM, Hassan MA. Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *East Afr Med J* 1994; 71: 122-8.
24. Agyei WK, Mukiza-Gapere J, Epema EJ. Sexual behaviour, reproductive health and contraceptive use among adolescents and young adults in Mbale District, Uganda. *J Trop Med Hyg* 1994; 97: 219-27

25. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Adolescent sexual behaviour, knowledge and attitudes to sexuality among school girls in Transkei, South Africa. *East Afr Med J* 1996; 73: 95-100
26. Lema VM. Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of reproductive biology among adolescent secondary school girls in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* 1990; 67: 86-94
27. Bizimungu, C, Ntilvamunda, A, Tahamana, et al. [Nationwide Community-Based Serological Survey of HIV-1 and other Human Retrovirus Infections in a Central African Country](#). *Lancet* 1989; i: 941-3.
28. Ministère de la santé , Rapport annuel 2001. Kigali, mars 2002
29. Treatment and Research aids center: Surveillance de l'infection au VIH par sites sentinelles chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatales. Rwanda 2002.
30. FHI/IMPACT Rwanda: Enquête de surveillance des comportements au près des routiers, Rwanda 2000)
31. FHI/IMPACT Rwanda: Enquête de surveillance des comportements au près des jeunes de 15 à 19ans, Rwanda 2000)
32. FHI/IMPACT Rwanda: Enquête de surveillance des comportements au près des prostituées, Rwanda 2000)
33. Ministère des finances et de la planification économique du Rwanda: Enquête intégrale sur les conditions de vie des menages au Rwanda (200-2001). Kigali, mars 2002
34. Ministère des finances et de la planification économique du Rwanda: 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat du Rwanda, Kigali Août 2002
35. Ministère du genre et de la promotion de la femme/Fonds des nations unies pour la population: Etude sur les croyances, les attitudes et les pratiques socioculturelles en rapport avec le genre au Rwanda, Mai 2002
36. Social Action to identify community socio-cultural and traditional practices likely to spread HIV/AIDS. Report of the study carried out in Budaha and Rusumo Districts. Kigali, june 2003

37. VEGA «AGAHOZO»: Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda. Kigali, décembre 1999).
38. Ministry of gender and family promotion: Report of research on the violence againts women in Rwanda:From january 1998 to March 2003). Kigali 12th june 2004.