

**UNIVERSITE NATIONALE DU RWANDA**

**ECOLE DE SANTE PUBLIQUE**

**MAITRISE EN SANTE PUBLIQUE**

**VULNERABILITE ET RISQUE LIES AU VIH ET SIDA CHEZ LES  
GROUPES SOCIAUX HISTORIQUEMENT MARGINALISES  
« BATWA » DES DISTRICTS DE RUSIZI, NYAMASHEKE ET  
NYAMAGABE**

Mémoire présenté et défendu en vue de  
l'obtention du grade de Maitrise en Santé  
Publique.

Par **Kanyamasoro Muhire**

*Directeur : Dr NTAGANIRA Joseph*

Kigali, février 2010

**DEDICACE**

*A notre famille*

*A la famille Rwigamba Balinda*

*A la communauté Batwa du Rwanda*

## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de ce travail est le fruit des efforts conjugués de plusieurs personnes qu'il nous est agréable de remercier vivement.

Nos vifs et sincères remerciements s'adressent au Gouvernement Rwanda à travers le SFAR qui a assuré le financement de notre formation.

Notre sentiment de reconnaissance va également aux corps académique et administratif de l'ESP/UNR, pour leur encadrement et leur préoccupation pour un enseignement de qualité.

Qu'il nous soit permis de dire grand merci au Dr NTAGANIRA Joseph qui malgré, ses multiples responsabilités a accepté de diriger ce mémoire. Sa disponibilité, ses conseils et ses remarques pertinents nous ont permis de donner le meilleur de nous même dans le cadre de cette recherche.

Nous exprimons nos sentiments de gratitude au Président de L'ULK, l'Honorable Sénateur, Prof. Dr RWIGAMBA BALINDA de nous avoir encouragé et donné la permission d'étudier malgré les taches que nous avons à notre responsabilité.

Nous sommes également très reconnaissants envers le Dr KEKOURA KOURUMA et Mme Elisabetta PEGURRI de leurs conseils scientifiques et de leur appui financier à travers l'ONUSIDA pour mener des recherches sur terrain.

A la communauté Twa de Rusizi, Nyamasheke et Nyamagabe pour leur accueil et collaboration qui a rendu notre travail facile.

Que toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à notre formation et à la réalisation de ce travail. Qu'elles trouvent ici le fruit de leurs efforts.

## **KANYAMASORO MUHIRE**

### **ABSTRACT**

#### **1. Context**

Most of the people who belong to the vulnerable groups and especially the historically marginalized groups live into conditions likely to favor the risk of HIV and Aids. The situation of discrimination by the other social groups leads to behaviors or attitudes favorable to the prevention against HIV and Aids.

For historically marginalized groups, the situation still remained unknown because since till then no specific studies had been conducted in order to apprehend their situation. Thus, this study has been conducted to this purpose.

## **2. Objectives**

To determine the particularities of vulnerability and risk to HIV and Aids by the Batwa, as social vulnerable and historically marginalized group so as to propose operational strategies in order to prevent and/or to reduce HIV and Aids prevalence in this group.

## **3. Methodology**

Data collecting has effectively reached 130 individuals, say 10.4%, a largely acceptable and representative percentage for the reliability of the survey results in social sciences.

The sample has been established at two degrees of survey: (i) at the district level district, and (ii) to the household level. The study has covered the former Province Cyangugu in the today's districts of Rusizi and Nyamasheke and the one of Nyamagabe in the former province of Gikongoro, while taking into account the balancing weight of locations habitually estimated as populated by a significant number of individuals who the historically marginalized Batwa group. The choice of the respondents has been focused on heads of households, who have been randomly selected per site, a man and a woman if possible. The analysis has been carried out through "SPSS" and "Epi info" computer programme. Chi2 test has been applied with a 5% statistical significance level.

## **4. Results**

The results obtained from the descriptive analysis of the respondents show that 60,7% of the respondents get married before the legal age of 21 years old (the median age being 19 ; medium age : 20, the mode : 16 with 95% C I [19,5416-21,4346]).

In the same vein, regarding age at the first sexual intercourse, more than the half of the respondents (57,7% ) have confirmed having had sex before 21 years old and even before age sixteen (26,9%).

Still as regards sexual behavior, 43,8% of the respondents had non-desired pregnancies before marriage; and a no-negligible group do not perceive any risk of HIV infection (6,9%).

The majority of the respondents acknowledges that HIV does exist (96,9%). So do they for the modes of its transmission and prevention. But they don't know anything at all about Mothers to Child HIV Transmission (PMTCT).

Only 5,4% of the respondents know about HIV prevention and transmission methods, with reference to the three chief means of prevention; notably sexual abstinence, fidelity to an unique non-infected partner and the correct use of the preservative.

As concern prejudices formed around HIV, results demonstrate that the respondents confuse HIV with the poisoning (79,2%). Women are more inclined to believe this than men (60,2% versus 39,8% ).

The surveyed population accuses acute poverty as the main reason which urges the Twa wife to have extra conjugal sexual relations in order to satisfy her household primary needs. Among the given reasons, the quest for food comes first (66,2%), then money and presents (32%) and finally the valorization and/or prestige of having sex with rich person (2%).

As the marital status, married people are the most protected (33,3%) in relation to independent union (0,0%) with  $p = 0,030$ ; 95% IC [0,562-0,791].

Regarding the use of the condom, results show that the existence of the condom is almost totally known (96,9%). However, only 10,7% of the respondents affirm having used the condom at least once in their life.

Given the fact that the Batwa live in isolation, they don't easily access to information because only 8% argue that they have a health animator within their group; the rest receive information from the radio (28,1%), from neighbors (9,5%), in community meetings with local authorities (19,8%) from the cell health animators (42,5%).

**Conclusion**

The Batwa are the most hit by poverty in Rwanda. This makes them more vulnerable in social and economic aspects. There is a need for an appropriate intervention as their problems are different from other groups in terms of HIV and AIDS.

## **RESUME**

### **1. Contexte**

L'ensemble des personnes appartenant aux groupes vulnérables et spécialement aux groupes historiquement marginalisés vivent des conditions qui seraient de nature à favoriser le risque d'infection au VIH/SIDA. La situation de discrimination par les autres groupes sociaux pousse à des comportements ou attitudes peu favorables à la prévention contre le VIH/SIDA.

Chez les groupes historiquement marginalisés, la situation restait toujours inconnue car il n'y avait pas d'études spécifiques jusqu'ici qui avaient été faites à leur égard afin de se rendre compte de leur situation. C'est dans ce contexte que cette étude a été menée.

### **2. Objectifs**

Déterminer les particularités de vulnérabilité et de risque face au VIH et SIDA chez les Batwa, groupe social vulnérable et historiquement marginalisé afin de proposer des stratégies opérationnelles pour prévenir et/ou réduire la prévalence du VIH et SIDA chez ces derniers.

### **3. Méthodologie**

La collecte effective des données a pu atteindre 130 ; soit 10.4%, un pourcentage largement acceptable et représentatif pour la fiabilité des résultats de l'enquête en sciences sociales. L'échantillon a été élaboré à deux degrés de sondage : (i) au niveau district, et (ii) au niveau ménages. L'étude a couvert l'ancienne Province de Cyanguu dans les districts actuels de Rusizi et de Nyamasheke et celui de Nyamagabe dans l'ancienne province de Gikongoro, tout en tenant compte d'une pondération des endroits estimés habituellement peuplés par un nombre significatif des personnes appartenant aux groupes historiquement marginalisés Batwa. Le choix des personnes à interroger a été focalisé sur les chefs des ménages tirés au hasard par site, dont un homme et une femme si possible.

L'analyse a été faite à l'aide des logiciels de traitement des données « SPSS » et « Epi info ». Le test de Chi<sup>2</sup> avec un seuil de signification statistique de 5% a été utilisé.

### **4. Résultats**

Les résultats issus de l'analyse descriptive des enquêtés montrent que 60,7% des enquêtés se marient avant l'âge légal de 21 ans (âge médian : 19 ; âge moyen : 20, mode : 16 avec 95%IC [19,5416-21,4346]).

De même, l'âge au premier rapport sexuel, plus de la moitié (57,7% de nos enquêtés ont confirmé avoir fait leurs premiers rapports sexuels avant 21 ans dont 26,9% d'entre eux ont fait leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans.

En ce qui concerne le comportement sexuel, 43,8% de nos enquêtés ont contracté des grossesses non désirées avant le mariage malgré un groupe non négligeable qui ne perçoit aucun risque d'infection au VIH (6,9%).

La majorité des enquêtés connaissent que le VIH existe (96,9%). De même pour les modes de transmission et de prévention. En ce qui concerne la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ceci n'est pas connu chez nos enquêtés.

Quant à la connaissance des méthodes de prévention de la transmission du VIH, faisant référence aux trois principaux moyens de prévention ; à savoir l'abstinence sexuelle, la fidélité à un partenaire non infecté et l'utilisation correcte du préservatif, les résultats montrent que 5,4% seulement les connaissent.

En rapport avec des préjugés qui sont autour du VIH, les résultats montrent que les enquêtés confondent le VIH à l'empoisonnement (79,2%). Cela s'accroît beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes interrogés au cours de l'enquête. (60,2% chez les femmes et 39,8% chez les hommes).

La population enquêtée accuse une pauvreté accrue qui pousse la femme Twa à faire des rapports sexuels extra conjugaux pour subvenir aux besoins primaires de son foyer. Parmi les causes les poussant à les faire, la recherche de la nourriture vient en premier lieu (66,2%), vient ensuite l'argent et cadeau (32%) et enfin la valorisation et/ou prestige de faire des rapports avec une personne plus aisée qu'elle (2%). En rapport avec le statut marital, les mariés sont les plus protégés (33,3%) par rapport aux unions libres (0,0%) avec  $p = 0,030$ ; 95% IC [0,562 – 0,791].

En rapport avec l'utilisation du condom, les résultats montrent que la connaissance de l'existence du condom est presque totale (96,9%). Néanmoins, 10,7% des enquêtés qui affirment avoir utilisé le condom au moins une fois dans la vie.



Les Batwa vivant isolés et qui vivent regroupés seuls n'ont pas aisément accès à l'information car 8% seulement affirment qu'ils ont un animateur de santé provenant de leur groupe et le reste reçoit des informations à partir de la radio (28,1%), des voisins (9,5%), dans des réunions communautaires avec les autorités locales (19,8%) ainsi que des animateurs de santé de cellule (42,5%).

### **Conclusion**

Les Batwa ont une pauvreté élevée qui les rend vulnérables en tous points de vue social et économique. Il faudrait intervenir d'une manière particulière chez eux, car leurs problèmes sont différents des autres groupes de la population rwandaise en matière du VIH et SIDA.

**SIGLES ET ABREVIATIONS**

- %: Pourcentage
- **CAURWA**: Communauté des Autochtones Rwandais
- **EDS**: Enquête Démographique et de Santé
- **EICV**: Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des ménages
- **IC**: Intervalle de Confiance
- **MINECOFIN**: Ministère des Finances et de la Planification Economique
- **ONUSIDA**: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et SIDA
- **PSI**: Population Services International
- **SIDA** : Syndrome d'Immuno- déficience Acquise
- **VIH** : Syndrome d'Immuno- déficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

<b>Tableau I.</b> Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociaux démographiques .....	15
<b>Tableau II.</b> Description des résultats sur les comportements sexuels.....	16
Tableau III. <b>Connaissance sur le VIH et SIDA</b> .....	17
<b>Tableau IV.</b> Utilisation du condom .....	18
<b>Tableau V.</b> Sources d'informations au VIH et SIDA chez les enquêtés .....	19
Tableau VI. <b>Age au 1<sup>er</sup> mariage selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence</b> .....	22
Tableau VII. <b>Age au 1er rapport sexuel selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence</b> .....	23
Tableau VIII. <b>Le fait d'avoir encenté ou etre enceintée avant mariage selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence</b> .....	25
Tableau IX. <b>L'utilisation du condom selon le sexe, l'age, le statut matrimonial, le mode d'habitat et le district de residence des enquetés</b> .....	29
Figure I. <b>Age au 1<sup>er</sup> mariage selon le sexe</b> .....	21
Figure II. <b>Age au 1er mariage selon le mode d'habitat</b> .....	21
Figure III. <b>Répartition des enquetés selon l'age au 1er rapport sexuel</b> .....	23
Figure IV. <b>Raisons avancées par les enquetés sur des rapports sexuels extra conjugaux</b> .....	26
Figure V. <b>Connaissance des moyens de prévention du VIH et SIDA selon le sexe et selon le mode d'habitat</b> .....	27
Figure VI. <b>Effets de la connaissance du VIH et SIDA, de l'utilisation du condom et du statut actuel du VIH sur les préjugés autour du VIH et SIDA</b> .....	28

## TABLE DES MATIERES

<a href="#">DEDICACE</a> .....	I
REMERCIEMENTS .....	II
<b>ABSTRACT</b> <b>III</b>	
<b>RESUME</b> <b>VI</b>	
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	IX
<b>LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES</b> <b>X</b>	
TABLE DES MATIERES .....	XI
<b>CHAPITRE I. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
1.1. Définitions des concepts.....	2
<b>1.1.1. La vulnérabilité</b> <b>2</b>	
<b>1.1.2. Le Risque</b> <b>4</b>	
1.2. Problématique .....	4
1.3. Revue de la littérature.....	8
1.4. Objectifs de l'étude .....	123
<b>1.4.1 .Objectif général</b> .....	<b>11</b>
<b>1.4.2. Objectifs spécifiques</b> <b>23</b>	
1.5. Méthodologie de l'étude.....	23
<b>1.5.1. Lieu de l'étude</b> <b>23</b>	
<b>1.5.2. Type d'étude</b> <b>23</b>	
<b>1.5.3. Variables d'étude</b> <b>12</b>	
<b>1.5.4. Echantillonnage et collecte des données</b> <b>24</b>	
<b>1.5.5 Résultats attendus</b> <b>25</b>	
<b>1.5.6. Limites de l'étude</b> <b>14</b>	
<b>CHAPITRE 2 : ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	<b>27</b>
2.1. Analyse descriptive des résultats.....	15

<b>2.1.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés</b>	<b>27</b>
<b>2.1.2. Les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et SIDA</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3. Les facteurs de risque liés au VIH et SIDA</b>	<b>18</b>
<b>2.1.4. Les sources d'informations en matière de lutte contre le VIH chez les Batwa</b>	<b>19</b>
2.2. Analyse bivariée .....	20
<b>2.2.1. Facteurs associés aux comportements sexuels</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2. Connaissance sur le VIH et SIDA et préjugés autour du VIH et SIDA</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3. Facteurs associés à l'utilisation du condom</b>	<b>29</b>
<b>CHAPITRE III : DISCUSSION DES RESULTATS</b> .....	<b>31</b>
3.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés .....	31
3.2. Les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et SIDA .....	31
<b>3.2.1. Les comportements sexuels</b>	<b>31</b>
<b>3.2.2. Utilisation du condom</b>	<b>33</b>
3.3. Connaissance sur le VIH et SIDA et préjugés autour du VIH et SIDA .....	34
<b>3.3.1. Connaissance du VIH et SIDA</b>	<b>34</b>
<b>3.3.2. Préjugés autour du VIH et SIDA</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>41</b>
Annexes .....	45

## CHAPITRE I. INTRODUCTION

L'ensemble des personnes appartenant aux groupes vulnérables et spécialement aux groupes historiquement marginalisés vivent des conditions qui seraient de nature à favoriser le risque d'infection au VIH/SIDA. La situation de discrimination par les autres groupes sociaux pousse à des comportements ou attitudes peu favorables à la prévention contre le VIH/SIDA.

En effet, les femmes vivent actuellement une situation dramatique sur le plan de la santé publique puisqu'un grand nombre d'entre elles découvre leur séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine, souvent à l'occasion d'une grossesse, alors que beaucoup d'hommes responsables des contaminations ne sont pas dépistés et continuent d'infecter d'autres femmes.

La plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH est due à des facteurs physiologiques et biologiques mais également à des pressions sociales, culturelles et économiques qui ne leur permettent pas d'assurer leur prévention (*«Femmes et sida»/http://www.inist.fr/article188.html consulté le 25/10/2008*)

Chez les groupes historiquement marginalisés, la situation reste toujours inconnue car il n'y a pas d'études spécifiques jusqu'ici qui ont été faites à leur égard afin de se rendre compte de leur situation. La marginalisation infligée aux Batwa, serait le reflet des inégalités qui existent entre les groupes sociaux. Cette violation des droits humains, encore largement enveloppée dans une culture du silence, fragiliserait les Batwa notamment en ce qui concerne leur pouvoir de négociation sur le plan sanitaire. La discrimination sexuelle, l'alcoolisme, les rapports sexuels non protégés et la violence seraient les moteurs de l'épidémie de VIH et SIDA chez Batwa et chez la femme en particulier.

C'est dans ce cadre que nous voudrions mener une étude spécifique à leur égard afin de montrer la vulnérabilité et le risque liés VIH/SIDA en général et en particulier chez les personnes historiquement marginalisées Batwa.

## **1.1. Définitions des concepts**

### **1.1.1. La vulnérabilité**

Dans ce travail nous allons définir deux concepts importants qui sont la vulnérabilité et le risque, afin d'élucider le contenu du travail pour un lecteur non habitué avec les concepts.

Selon Le Petit Larousse, la vulnérabilité est un caractère vulnérable de quelque chose ou de quelqu'un. Susceptible d'être attaqué, d'être blessé, faible et qui donne prise à une attaque.

La vulnérabilité diffère de la pauvreté en ce sens qu'elle se concentre sur l'insécurité d'un individu ou d'un ménage ; c'est-à-dire la probabilité que leurs conditions puissent très vite se détériorer. Des exemples y relatifs sont l'impact de la sécheresse sur les ménages agricoles ayant de petites exploitations ou l'effet de la perte de l'emploi sur un ménage pour lequel cela représentait la principale source de revenu. (...) La vulnérabilité de certains groupes de ménages est plus sérieuse que d'autres. Trois exemples importants qui peuvent être identifiés à partir de l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICV) sont :

- Les ménages agricoles, ceux qui sont sans terre ou ont de petites exploitations,
- Les ménages dont une grande proportion des membres dépend d'un seul ou de deux membres ;
- Les jeunes non instruits qui n'ont que peu de perspectives d'emploi (MINECOFIN, 2002 :38).

Il faut insister sur le fait que certains groupes vulnérables importants ne peuvent pas être identifiés car ils ne sont pas basés dans leurs ménages et ne sont pas couverts par aucune enquête. Ici nous pouvons mentionner les Batwa qui sont des sans logis et en déplacement continuels mais qui sont aussi vulnérables de haut rang (MINECOFIN, 2000 :38)

Parlant de la vulnérabilité liée au VIH/SIDA, les résultats de l'enquête ANRS-VESPA montrent que les facteurs de vulnérabilité sont la précarité et l'isolement ; l'accès à

l'information et à la prévention, le dépistage tardif et la féminisation de l'épidémie.

**(Migrants et VIH** Transcriptases, 2004, n° 114, numéro spécial, 48 p)

Selon BINAGWAHO et al (2006), les personnes vulnérables face au VIH/SIDA et groupe à haut risque sont composés: de jeunes, d'hommes en uniforme, de populations mobiles, des veuves et veufs, et de professionnels du sexe.

Nous référant aux différentes définitions ci-hauts citées, les Batwa seraient des vulnérables non seulement économiquement mais aussi socialement en raison de la marginalisation qui les pousse à l'isolement et au manque d'informations. Dans ce travail nous allons beaucoup plus insister sur le VIH, quand bien même, nous ne ferons pas abstraction de la vulnérabilité liée à l'économie qui serait source de la vulnérabilité sociale liée au VIH et SIDA chez les Batwa.

### **Communautés qui s'identifient comme historiquement marginalisées**

Comme il a été signalé plus haut, certains considèrent les Batwa comme une catégorie particulière dans la population du Rwanda et eux-mêmes se sentent marginalisés en raison de leur mode de vie et de leur histoire par les autres groupes de la population rwandaise.

Il est à signaler que les Batwa du Rwanda, se repartissent en deux catégories très proches : (...) les Batwa sylvoles (IMPUNYU) sont des Batwa de forêt. Ils n'ont pas des demeures fixes et ne construisent pas des maisons durables. (...) Ils ne cultivent pas et ne pratiquent pas l'élevage. Ils ne font pas de poterie. (...) ils vivent de chasse. Quand ils veulent manger les produits de la récolte, ils les troquent contre la viande. Par contre, les Batwa céramistes sont essentiellement potiers et pratiquent le parasitisme auprès de grands personnages auxquels ils servent d'exécuteurs de menus travaux. (Musilikare, 1999 :209-210).

Le pourcentage des Batwa dans l'ensemble de la population du Rwanda est très faible et leur proportion diminue progressivement avec l'évolution démographique du pays. Jérémie MUSILIKARE (1999 : 211) se basant sur plusieurs sources indique comme suit le pourcentage des Batwa dans la population rwandaise de 1956 à 1991 :



1956 :0,669% ; 1970 : 0,555% ; 1980 :0,527% ; 1991 :0,411%. L'enquête faite par la CAURWA en 2002 est arrivée à une estimation de même ordre selon laquelle les Batwa représentaient 0,405% de la population globale.

Les particularités de leur situation souvent soulignées par les Batwa, sont avant tout la discrimination et les préjugés auxquels ils sont régulièrement confrontés. Plusieurs d'entre eux affirment que leurs enfants n'aiment pas aller à l'école parce que les autres enfants leur jettent des objets et les traitent de chiens. De même, lors des cérémonies communautaires, mariage ou obsèques, les Batwa sont invités, mais ne partagent pas le repas et boissons servis aux autres invités». Toutes ces définitions et concepts montrent combien les Batwa sont vulnérables et marginalisés sur tout le plan social et économique et ceux ci seraient la base de frein remarquable d'accès aux soins de santé et à l'information utile à la prévention au VIH et SIDA.

### **1.1.2. Le Risque**

Selon UNAIDS (2006 :15), le groupe à risque est un groupe dont le comportement peut le placer à haut risque d'exposition au VIH et pas nécessairement identifié comme groupe particulier.

Le fait d'être mobile ne représente pas, en soi, un facteur de risque au VIH et SIDA. C'est davantage au niveau des types de situation et de comportements que dans le phénomène de mobilité proprement dit que la vulnérabilité et le risque d'infection liés au VIH et SIDA se trouvent accrus (ONUSIDA, 2001 :5).

De ce constat, les Batwa ne sont pas un groupe à risque, mais plutôt, les comportements liés à leur statut socio-économique les rendraient vulnérables et à risque face au VIH et SIDA. Nous parlerons notamment du mode d'habitat qui occasionne les mariages précoces chez les jeunes Batwa, d'isolement, de l'alcoolisme et des rapports sexuels non protégés.

### **1.2. Problématique**

Plusieurs recherches ont prouvé que parmi les comportements à risque dans la propagation du VIH, les rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires

viennent au premier rang. Les professionnels de sexe sont pointés du doigt pour avoir un nombre élevé des partenaires. Des recherches faites sur le VIH/SIDA et l'utilisation des condoms ont prouvé que le SIDA est aggravé par le fait que presque le ¼ de la population vivant en milieu rural font des rapports sexuels avec des prostitués des centres avoisinants (IMPACT & USAID, 2005).

D'autre part, les connaissances, attitudes et pratiques en matière du VIH varieraient selon les caractéristiques sociodémographiques d'une population. Des études faites au Congo montrent que chez les pygmées, la vulnérabilité face à l'infection du VIH est un problème majeur auquel il faudrait faire face et cela est justifié en ces termes : « nous avons constaté au cours des consultations dans les communautés que les filles ont des relations sexuelles très jeunes », a affirmé Firmine Bouity. (...) Tout en soulignant le manque de statistiques, Mme Bouity a estimé, d'après ses études de terrain, que « la majorité des filles a son premier rapport sexuel entre neuf et 14 ans. La conséquence, c'est qu'il y a beaucoup d'enfants-mères. C'est dire que les gens ne savent pas ce qu'est le planning familial et encore moins le VIH ». ([www.sidanet.info](http://www.sidanet.info) sidanet, 2006, 3(6) : 932) consulté le 23/08/2008

Il continue en disant que l'ouverture vers le monde de la communauté pygmée a eu pour conséquence un plus grand brassage de leurs membres avec les populations du reste du pays, notamment les Bantous, créant des tensions et la méfiance entre ces groupes qui se rejettent la responsabilité de la propagation du virus. Un des pygmées le confirme en ces termes : « nous ne pouvons que les [les Bantous] accuser parce qu'ils sortent avec nos femmes alors qu'ils ne tolèrent pas que nous en fassions autant pour les leurs ». (... ,...) Une croyance répandue dans plusieurs régions d'Afrique centrale, selon laquelle avoir des relations sexuelles avec des Pygmées peut soigner le VIH/SIDA, a aussi contribué à propager le virus dans leurs rangs ([www.sidanet.info](http://www.sidanet.info) sidanet, 2006, 3(6) : 932) consulté le 23/08/2008).

Ceci serait aussi similaire chez les Batwa du Rwanda où les autres groupes autres que les Batwa disent que les femmes Batwa soigneraient la maladie du dos.

Selon EDS III-(2005), la grande majorité des femmes et des hommes ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH et SIDA. En outre, la grande majorité des

femmes (90 %) et la quasi-totalité des hommes (99 %) ont déclaré qu'il était possible de faire quelque chose pour éviter de le contracter et ont cité au moins une méthode de protection. Il n'y a pas de disparités significatives en niveau de connaissance du VIH quelque soit le groupe d'âge, l'état matrimonial, la résidence, la région ou le niveau d'instruction. Cela indique clairement que les informations sur le SIDA ont été diffusées à presque tout le monde quelque soit le statut socio-démographique. Quant à l'utilisation du condom, son utilisation reste très faible puisqu'elle ne concerne que 3 % des femmes et 5 % des hommes. Ces taux ne reflètent pas un changement important depuis 2000 où 1% des femmes et 6 % des hommes avaient déclaré l'avoir utilisé.

Chez les Batwa, la situation reste toujours inconnue car il n'y a pas d'études spécifiques jusqu'ici qui ont été faites à leur égard afin de se rendre compte de leur situation. L'ensemble des personnes appartenant aux groupes vulnérables et spécialement aux Batwa, vivraient des conditions qui sont de nature à favoriser le risque d'infection au VIH/SIDA. La situation de discrimination par les autres groupes sociaux pourrait pousser à des comportements ou attitudes à risque face au VIH et SIDA.

En effet, le complexe d'infériorité qui leur est inculqué les ferait accepter des rapports non protégés proposés par des personnes jugées respectables. Cette situation de discrimination ferait également que ceux qui la subissent éprouvent une certaine honte à chercher à connaître leur état sérologique en consultant les personnes appartenant à des catégories considérées comme supérieures.

La situation économique de grave pauvreté rendrait très difficile l'accès aux soins de santé alors qu'elle exposerait en même temps à recourir aux rapports sexuels contre rémunération aussi fréquemment que possible.

Quant à la culture, selon VIDAL, L., Le rôle de la culture des personnes sur l'épidémie de SIDA soulève des interrogations parmi les chercheurs, acteurs politiques et associatifs, qu'elle soit pensée comme " un facteur favorisant la diffusion du VIH, ou permettant, au contraire, d'en contenir les effets ([www.lecrips.net/webpaca/publications/migrantsetvih/migrants/et\\_vih.htm.1](http://www.lecrips.net/webpaca/publications/migrantsetvih/migrants/et_vih.htm.1) du 23/08/2008).

Chez les Batwa, la situation sociale et culturelle exposerait à la promiscuité et à des usages traditionnels pouvant être des occasions d'infection du VIH notamment par utilisation collective d'instruments tranchants dans la coiffure et le traitement de certaines maladies. Parmi les comportements à risque face au VIH et SIDA que court les Batwa nous citerons notamment : l'alcoolisme et les rapports sexuels non protégés.

Le niveau d'instruction est très bas chez les Batwa. Cela limiterait les sources et les possibilités de circulation des informations sur le SIDA et sur les moyens de prévention contre cette épidémie. Il faut noter aussi que ces groupes manquent en leur sein des personnes suffisamment instruites qui pourraient servir des conseillers communautaires en matière de santé.

L'inexistence d'études consacrées particulièrement aux contraintes rencontrées par les groupes historiquement marginalisés dans leur lutte contre plusieurs épidémies apparaît quand on parcourt les listes des recherches récentes menées au Rwanda sur la tuberculose et le VIH et SIDA.

Cependant, les études disponibles sont trop globales pour permettre de formuler des actions de plaidoyer fondées sur le danger particulier qu'affrontent les Batwa et quelques autres groupes vulnérables dans le domaine de la santé. On ignore par exemple les conséquences du manque d'agents de santé et d'autres animateurs sociaux au sein de ces différents groupes.

Il y a également peu de renseignements objectifs sur les types de relations entre les membres des groupes historiquement marginalisés et les agents des systèmes de santé et d'animation sociale et leur influence sur les comportements des membres de ces groupes défavorisés concernant la lutte contre les grandes épidémies.

Il est donc pertinent de mener une étude afin de formuler des recommandations qui serviront d'outils de plaidoyer pour ces groupes sociaux vulnérables ou historiquement marginalisés.

### 1.3. Revue de la littérature

Selon l'EDS III (2005), l'infection au VIH et SIDA, les taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, les résultats montrent qu'au niveau national la prévalence est de 3,0 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 3,6 %, sont nettement plus infectées que les hommes à 2,3 %. En ce qui concerne la situation par milieu de résidence, le taux de prévalence est de 7,3 % dans l'ensemble urbain et de 2,2 % en milieu rural.

Par rapport au niveau d'instruction, la prévalence du VIH est la plus élevée chez les personnes du niveau secondaire (5,6 %). La proportion des personnes testées positives a tendance à augmenter avec l'âge pour les deux sexes. En comparant les taux entre les sexes, on peut dire avec certitude que le taux de prévalence pour les femmes de 20 à 24 ans (2,5 %) est déjà significativement plus élevé que celui des hommes (0,5 %)

Concernant le taux maximum d'infection, les femmes l'atteignent à l'âge de 35-39 ans tandis que les hommes l'atteignent plus tard à 40-44 ans. Ces faits suggèrent que les femmes contractent le virus à un âge plus jeune que les hommes, et qu'elles atteignent leur niveau d'infection maximum plus tôt que les hommes. Ces tendances s'observent dans plusieurs autres pays en Afrique sub-saharienne (EDSR III, 2005).

Des mesures de lutte contre cette épidémie ont été prises par l'Etat rwandais comme ailleurs dans le monde. La politique de mobilisation communautaire, la politique sectorielle en matière de lutte contre le VIH/SIDA et la sensibilisation de la population sur les moyens de prévention ont été développées. Le préservatif, l'abstinence et la fidélité ont fait l'objet des séances multiples de sensibilisation de la population à la prévention du VIH/SIDA.

On se demanderait si les Batwa en bénéficient aussi et accèdent aux bénéfices de cette sensibilisation vue leur état de non accès à l'information adéquat !

Une étude effectuée au Rwanda par PSI (2003), a révélé que le niveau de connaissances des préservatifs est très élevé, avec plus de 80% des rwandais qui ont

vu le condom, qui en ont entendu parler et qui affirment même qu'ils connaissent ce qu'un préservatif.

Selon l'EDSR III (2005) l'utilisation du condom reste très faible puisqu'elle ne concerne que 3% des femmes et 5 % des hommes. Ces taux ne reflètent pas un changement important depuis 2000 où 1% des femmes et 6% des hommes avaient déclaré l'avoir utilisé. (...) néanmoins, une stigmatisation basée sur le genre s'observe quant à la perception des rwandais à l'égard de l'acheteur du condom. Parmi les raisons de non utilisation du condom, la sous information quant à l'utilisation convenable reste un obstacle majeur : plus de la moitié de tous les enquêtés considèrent cette sous information comme premier frein à l'utilisation et elle est aussi évoquée en deuxième lieu par les non – utilisateurs, après la confiance au partenaire. Dans le même paquet, il y a lieu de mettre le fait que certaines gens n'aiment le condom et d'autres qui sont freinés par les rumeurs. On se demanderait le cas chez les Batwa.

Selon Sorel ETA (2008), chez les pygmées AKA du CONGO auquel nous faisons référence, le cadre de logement pygmée éveille les désirs sexuels des enfants. En effet, en forêt, où parents et enfants habitent dans des huttes, comme dans les villages mixtes (pygmée-bantou), où l'on installe dans une même case plusieurs lits « tangué » les uns près des autres, bien que les acteurs sexuels soient sous les moustiquaires opaques, les enfants, impressionnés par les ébats érotiques des parents, se mettent par la suite à les imiter. Ce système d'habitat, certes culturel, favorise donc une sexualité précoce chez les enfants pygmées. [...] En matière de concept VIH et SIDA, chez les pygmées AKA et les risques de contamination, le terme « SIDA » est presque inconnu en milieu pygmée AKA. Ses manifestations et symptômes ne sauraient être interprétés comme une maladie due à un VIH, mais plutôt comme une maladie d'origine surnaturelle qui nécessiterait un désenvoûtement pour que le malade amaigri retrouve la santé. Mais pour le malade qui présente encore un parfait état physique, la communauté court comme dans le reste des sociétés le risque d'être contaminée.

Selon ONUSIDA (2005 :25), connaître les faits concernant la propagation du VIH et les moyens de l'éviter et acquérir les compétences essentielles nécessaires à la prévention constituent un élément essentiel de tous les programmes sur le VIH. [...] le manque de connaissances contribue aussi à l'accroissement de la stigmatisation et de la discrimination.

Dans le cadre de la prévention du VIH, l'ONUSIDA met l'accent sur l'approche précise et cohérente pour ce qui est des migrants, des populations autochtones et des autres populations vulnérables. Il continue en proposant que les populations autochtones devraient bénéficier, sans discrimination ni stigmatisation, du niveau de santé physique et mentale le plus élevé possible. Et pour prévenir, stopper et inverser l'épidémie dans ces groupes, des interventions sont nécessaires pour accroître leur accès à l'information et aux services de prévention, de traitement et de prise en charge tenant compte de leur vulnérabilité particulière (ONUSIDA, 2005 :20-21).

Partant de l'étude faite par la CAURWA(2003) avec l'assistance des services nationaux des statistiques que seuls 23% de Batwa peuvent lire et écrire alors que la moyenne nationale est de 52%. Par ailleurs, 48% des Batwa sont sans un quelconque niveau d'instruction, alors que sur le plan national le taux correspondant est de 25%. De même, alors que 66% d'autres rwandais ont fréquenté l'école primaire et/ou maternelle, le taux correspondant chez les Batwa est de 51%.

Les Batwa, vivant en marge de la société et à majorité analphabètes, seraient moins informés sur ce problème qui préoccupe tout le monde. De plus, des comportements à risques seraient enregistrés dans leur vie quotidienne, tels que l'endogamie, les mariages précoces, les divorces fréquents, l'alcoolisme,... De ce qui vient d'être dit, quel serait le degré de connaissance et d'interventions chez les Batwa en matière de prévention du VIH ?

## **1.4. Objectifs de l'étude**

### **1.4.1 .Objectif général**

Déterminer les particularités de vulnérabilité et de risque face au VIH et SIDA chez les Batwa, groupe social vulnérable et historiquement marginalisé afin de réduire le risque de contamination dans cette population.

### **1.4.2. Objectifs spécifiques**

- Identifier les facteurs de vulnérabilité découlant de la place et de la considération qui sont attribuées au Batwa dans leur société face au VIH et SIDA ;
- Décrire les types des comportements à risque face au VIH et SIDA chez les Batwa selon leurs différents milieux et activités traditionnelles;
- Identifier les interventions faites envers les Batwa dans le cadre de lutte contre le VIH et SIDA ;
- Formuler des recommandations qui serviront d'outils de plaidoyer pour ces groupes sociaux vulnérables ou historiquement marginalisés.

## **1.5. Méthodologie de l'étude**

### **1.5.1. Lieu de l'étude**

L'étude a été faite sur la population Batwa des Districts de Nyamasheke et de Rusizi dans l'ancienne Province de Cyangugu et du District Nyamagabe dans l'ancienne province de Gikongoro. Ces deux régions sont habitées par des groupes Batwa qui accusent un retard notable dans leur intégration dans la population rwandaise, et c'est parmi eux que nous rencontrons des Batwa potiers et sylvicoles.

### **1.5.2. Type d'étude**

Notre étude est de type d'observation, descriptive transversale.



### **1.5.3. Variables d'étude**

#### **1.5.3.1. Variable dépendante**

Les variables dépendantes retenues dans cette étude se focalisent sur les comportements sexuels qui déterminent la vulnérabilité et le risque liés au VIH (âge au 1<sup>er</sup> mariage, âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel, avoir enceinté ou être enceintée, activité sexuelle extra conjugale, l'usage du condom, connaissance du VIH, test du VIH et préjugés autour du VIH

#### **1.5.3.2. Variables indépendantes**

Les variables indépendantes retenues dans cette étude sont les déterminants de vulnérabilité rencontrés chez les Batwa qui sont: l'âge, le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction, le statut marital et la répartition géographique.

### **1.5.4. Echantillonnage et collecte des données**

#### **1.5.4.1. Méthode d'échantillonnage.**

##### **Calcul de la taille d'échantillon**

Tenant compte du nombre des ménages repartis dans les trois districts d'étude, l'univers statistique compte 1256 ménages des Batwa. L'échantillon initialement proposé était de 125 représentants des ménages des Batwa à enquêter. La collecte effective des données a pu atteindre 130 ; soit 10.4%, un pourcentage largement acceptable et représentatif pour la fiabilité des résultats de l'enquête en sciences sociales.

##### **Tirage d'échantillon**

L'échantillon a été élaboré à deux degrés de sondage : (i) au niveau district, et (ii) au niveau ménages. L'étude a couvert l'ancienne Province de Cyanguu dans les districts actuels de Rusizi et de Nyamasheke et celui de Nyamagabe dans l'ancienne province de Gikongoro, tout en tenant compte d'une pondération des endroits estimés habituellement peuplés par un nombre significatif des personnes appartenant aux groupes historiquement marginalisés Batwa. Le choix des

personnes à interroger a été focalisé sur les chefs des ménages tiré au hasard par site, dont un homme et une femme si possible.

La collecte des données s'est effectuée dans 28 secteurs administratifs dont 10 dans le District de Rusizi, 13 dans le District de Nyamasheke : 13 sites et 5 dans le district de Nyamagabe avec une moyenne de 4 enquêtés par secteur pour Rusizi et Nyamasheke et une moyenne de 9 enquêtés par secteur dans le District de Nyamagabe. Pour ce dernier, les enquêtés sont nombreux par site d'enquête du fait qu'ils sont concentrés autour de la forêt de Nyungwe et près de petits centres commerciaux et la Ville de Gikongoro.

#### **1.5.4.2. Collecte, analyse et traitement des données**

L'analyse des données a été faite sur base des données collectées sur terrain auprès des enquêtés. Une vérification systématique des questionnaires a été faite pour s'assurer que ces derniers sont complets et correctement enregistrés.

A la fin de la collecte des données, un dépouillement des données a été fait et l'analyse a été précédée par la saisie des données qui ont été codifiées à l'avance. Cette analyse a été faite à l'aide des logiciels de traitement des données « SPSS » et « Epi info ».

Les tests qui ont été utilisés pour comparer les proportions qui sont à la base du risque du VIH/SIDA vis-à-vis de la vulnérabilité est le test de Chi<sup>2</sup>. Un seuil de signification statistique de 5% a été choisi.

#### **1.5.6 Résultats attendus**

1. Plusieurs facteurs de vulnérabilité des Batwa qui les rendent moins réceptifs aux conseils et aux consignes donnés à l'ensemble de la population en matière de protection contre le VIH sont identifiés.
2. Les principaux facteurs exposant les Batwa au risque d'infection au VIH/SIDA sont connus.
3. Les sources d'informations auxquelles les Batwa accèdent dans le cadre de lutte contre le VIH et SIDA sont identifiées.

### **1.5.7. Limites de l'étude**

Une des limites de cette étude est la possibilité d'un biais d'information du fait que les enquêtés avaient une tendance à cacher la réalité de ce qui les concernent. Pour minimiser ce biais, nous avons montré le bien fondé de l'étude et les résultats attendus qu'ils tirent de cette étude, notamment le plaidoyer en leur faveur. En outre cette étude serait beaucoup plus intéressante si elle couvrait tout le territoire national. Cela a eu des répercussions dans les analyses multivariées qui devraient être faites car l'échantillon est trop petit.

## CHAPITRE 2 : ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre est consacré à l'analyse des principaux facteurs de vulnérabilité des Batwa les rendant moins accueillants aux conseils et aux consignes donnés à l'ensemble de la population en matière de protection contre le VIH. Ensuite il sera analysé les facteurs de risque d'infection au VIH/SIDA et enfin les interventions faites particulièrement aux Batwa en matière du VIH et SIDA sont identifiées. Ces facteurs sont mesurés à partir des variables telles que les caractéristiques socio démographiques, le mode d'habitat, la connaissance et les attitudes en matière du VIH et SIDA, les facteurs de risque notamment l'utilisation ou non du condom et les interventions et les stratégies de lutte contre le VIH et SIDA chez les Batwa.

Les données collectées ont été saisies à l'aide du logiciel SPSS et deux types d'analyse ont été faites à savoir : l'analyse descriptive et l'analyse bivariée.

### 2.1. Analyse descriptive des résultats

#### 2.1.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés

Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés sont consignées dans le tableau 1 ci- dessous. En effet, les variables retenues dans ces caractéristiques sont : l'âge, le sexe, le statut matrimonial et le niveau d'instruction des enquêtés.

**Tableau I. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques**

<b>Variables sociodémographiques</b>	<b>Effectif (n=130)</b>	<b>%</b>	<b>Variables sociodémographiques</b>	<b>Effectif (n=130)</b>	<b>%</b>
<b>Groupe d'âge</b>			<b>Statut matrimonial actuel</b>		
Moins de 20 ans	5	3,8	Célibataire	30	23,1
20-29 ans	47	36,2	Marié	68	52,3
30-39 ans	41	31,5	Union libre	18	13,8
40-49 ans	20	15,4	Divorcé (e)	2	1,5
50 ans et plus	17	13,1	Veuf (ve)	12	9,2
<b>Niveau d'instruction</b>			<b>Sexe</b>		
Secondaire	10	7,7	Masculin	63	48,5
Primaire	63	48,5	Féminin	67	51,5
Sait lire et écrire	8	6,2			
Ne sait ni lire ni écrire	49	37,7			

Les résultats repris dans le tableau ci-dessus montrent que les enquêtés sont groupés dans des classes d'âge et les enquêtés des classes de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans sont plus nombreux par rapport aux autres classes (âge médian : 33 ; âge moyen : 33, mode : 23 avec 95%IC [34,6972-39,0647]).

En matière d'éducation le plus grand nombre de nos enquêtés a fait l'école primaire (48,5%) suivi de ceux qui ne savent ni lire ni écrire (37,7%). En ce qui concerne le statut matrimonial actuel, les mariés sont plus de la moitié de nos enquêtés.

### 2.1.2. Les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et SIDA

Les facteurs de vulnérabilités liés au VIH et SIDA consignés dans les lignes qui suivent sont les comportements sexuels des enquêtés

#### 2.1.2.1. Les comportements sexuels

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques de vulnérabilité liées au comportement sexuel.

**Tableau II. Description des résultats sur les comportements sexuels**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Age au 1<sup>er</sup> mariage</b>		
15-20 ans	51	60,7
21-24 ans	13	15,5
25 ans et plus	20	23,8
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
(âge médian : 19 ; âge moyen : 20, mode : 16 avec 95% IC [19,5416-21,4346])		
<b>Age au 1<sup>er</sup> rapport sexuel</b>		
Moins de 15 ans	35	26,9
15-20 ans	40	30,8
Plus de 20 ans	13	10,0
Ne se souvient pas	42	32,3
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>
<b>Etre enceinte ou avoir enceinte avant mariage</b>		
	57	43,8
<b>Mode d'habitat</b>		
Habitat isolé	87	66,9
Habitat village Batwa seulement	31	23,9
Habitat avec les autres groupes que les Batwa	12	9,2
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

<b>Perception du risque d'infection au VIH par les enquêtés</b>		
Majeure	99	76,2
Mineure	22	16,9
Aucun risqué	9	6,9
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Les résultats du tableau II issus de l'analyse descriptive des enquêtés montrent que 60,7% des enquêtés se marient avant l'âge légal de 21 ans (âge médian : 19 ; âge moyen : 20, mode : 16 avec 95%IC [19,5416-21,4346]).

De même, l'âge au premier rapport sexuel, plus de la moitié (57,7% de nos enquêtés ont confirmé avoir fait leurs premiers rapports sexuels avant 21 ans dont 26,9% d'entre eux ont fait leurs premiers rapports sexuels avant 16 ans.

En ce qui concerne les rapports sexuels, 43,8% de nos enquêtés ont contracté des grossesses non désirées avant le mariage. Malgré un groupe non négligeable qui ne perçoit aucun risque d'infection au VIH (6,9%), 76,2% des enquêtés perçoivent un risque d'infection au VIH au sein de leurs groupes.

### 2.1.2.2. Connaissance sur le VIH et SIDA

Le tableau suivant décrit les caractéristiques sur la connaissance du VIH et SIDA, son mode de transmission et son mode de prévention et des préjugés autour de celui-ci.

**Tableau III : Connaissance sur le VIH et SIDA**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectif (n=130)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Connaissance de l'existence du VIH et SIDA en général	126	96,9
<b>Connaissance sur le mode de transmission du VIH et SIDA</b>		
Connaissent que le VIH se transmet par les rapports sexuels non protégés faits avec une personne séropositive	69	53,1
Connaissent que les VIH se transmet par des objets tranchants	14	10,8
Citent simultanément les rapports sexuels et les objets tranchants	47	32,1
<b>Connaissance du mode de prévention du VIH et SIDA</b>		
Rapport sexuel protégé	21	16,2
Abstinence sexuelle	18	13,8
Fidélité à un partenaire	61	46,9
Rapport sexuel protégé et abstinence	20	15,4
Rapport sexuel protégé, abstinence et fidélité	7	5,4
Rapport sexuel protégé et fidélité	3	2,3

La majorité des enquêtés connaissent que le VIH existe (96,9%). De même pour les modes de transmission et de prévention. Lorsqu'on observe les résultats en rapport avec le mode de transmission du VIH, plus de la moitié (53,1%) reconnaissent que le VIH peut se transmettre par des rapports sexuels non protégés. En ce qui concerne la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ceci n'est pas connu chez nos enquêtés.

Quant à la connaissance des méthodes de prévention de la transmission du VIH, faisant référence aux trois principaux moyens de prévention ; à savoir l'abstinence sexuelle, la fidélité à un partenaire non infecté et l'utilisation correcte du préservatif, il apparaît du tableau III que la fidélité à un partenaire non infecté vient en premier lieu (46,9%) et en dernier lieu vient l'abstinence sexuelle (13,8%). En ce qui est de la connaissance simultanée de ces trois méthodes, les résultats montrent que 5,4% seulement les connaissent.

En plus nous avons voulu savoir s'il existe des préjugés qui sont autour du VIH, il a été constaté que les enquêtés confondent le VIH à l'empoisonnement (79,2%). Cela s'accroît beaucoup plus chez les femmes que chez les hommes interrogés au cours de l'enquête. (60,2% chez les femmes et 39,8% chez les hommes).

### 2.1.3. Les facteurs de risque liés au VIH et SIDA

L'utilisation du condom étant l'un des moyens utilisés pour éviter la contamination du VIH et SIDA, nous avons considéré cette variable afin de connaître à quel degré nos enquêtés l'utilisent et voir s'ils le connaissent.

**Tableau IV. Utilisation du condom**

Caractéristiques	Effectif (n=130)	Pourcentage (%)
<b>L'utilisation du condom</b>		
Avoir entendu parler du condom	126	96,9%
Avoir vu le condom	70	53,8%
Avoir utilisé le condom au moins une fois dans la vie	14	10,7%

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que la connaissance de l'existence du condom est presque totale (96,9%). Il se remarque un écart notable entre la connaissance de l'existence du condom et de son utilisation qui est de 10,7% des personnes enquêtées. Le 10,7% des enquêtés qui affirment avoir utilisé le condom ne se souviennent pas exactement de quand ils l'avaient utilisé sauf une fois au moins dans la vie. Mais cela ne dit pas qu'au cours de l'année personne ne l'a pas utilisé.

#### **2.1.4. Les sources d'informations en matière de lutte contre le VIH chez les Batwa**

Les interventions faites envers les Batwa dans le cadre du VIH et SIDA sont reprises dans le tableau ci-dessous. En effet, les informations qui sont retenues dans ce tableau proviennent des variables en relation avec les sources d'informations en matière du VIH qui sont notamment : les animateurs de santé communautaires de cellule, la radio, les voisins et les autorités locales, il n'existe aucune autre intervention qui leur est offerte.

**Tableau V. Sources d'information au VIH et SIDA chez les enquêtés**

<b>Sources d'information au VIH et SIDA</b>	<b>Effectif (n=130)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Animateur de santé Twa dans la communauté	11	8,5
Animateurs de santé communautaire de cellule	71	54,6
Radio	47	36,1
Voisins	16	12,3
Les autorités locales dans des réunions communautaires	33	25,3

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que 8,5% des enquêtés affirment avoir un animateur de santé communautaire Twa dans leurs communautés qui leur donnent des informations sur le VIH et SIDA. Les autres informations sont reçues à travers les animateurs de santé communautaires de cellule (54,6%), la radio (36,1%), les voisins (12,3%) et les autorités locales pendant les réunions communautaires (25,3%).



## **2.2. Analyse bivariée**

Les indicateurs calculés concernent 3 aspects à savoir :

- Les comportements sexuels (âge au premier mariage, âge au premier rapport sexuel, enceinter ou être enceinte avant mariage, rapports sexuels extra conjugaux)
- Connaissance du VIH et SIDA (connaissance du mode de prévention du VIH et SIDA, et préjugés autour du VIH et SIDA)
- Connaissance et utilisation du condom

Les tableaux fournissent les degrés d'association de chaque indicateur pour les répondants. Les comparaisons ont été faites en tenant compte des variables indépendantes : sexe des enquêtés, âge des enquêtés, état matrimonial, niveau d'instruction, le mode d'habitat et lieu de provenance (District).

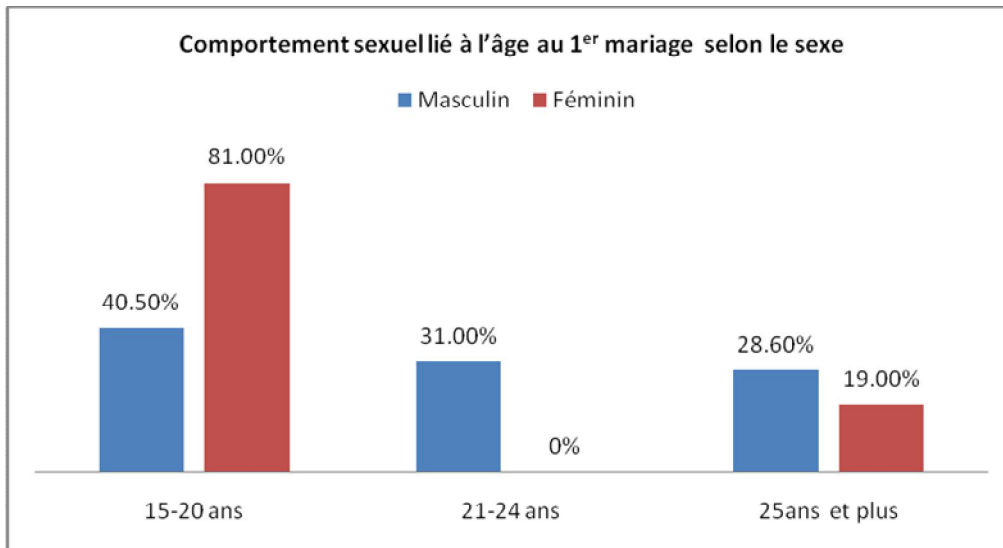
### **2.2.1. Facteurs associés aux comportements sexuels**

Les facteurs retenus associés aux comportements sexuels sont l'âge au premier mariage, l'âge au premier rapport sexuel, avoir enceinté ou être enceinte avant mariage et avoir des partenaires multiples.

#### **2.2.1.1. Age au premier mariage**

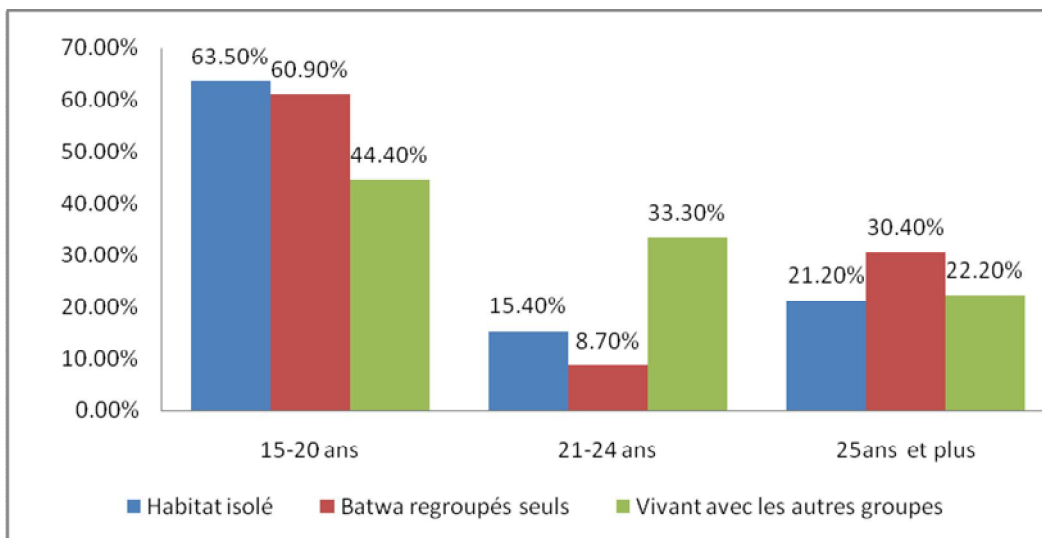
Les résultats du tableau ci-dessous analysent la corrélation qui existe entre l'âge au 1<sup>er</sup> mariage et les variables explicatives notamment : le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence.

**Figure I. Age au 1<sup>er</sup> mariage selon le sexe**



Des résultats issus de la figure I, la plus grosse proportion des femmes se marient à l'âge de moins de 20 ans (81,0%), alors que chez les hommes un peu plus de la moitié des enquêtés se sont mariés après 20 ans (59,5%).

**Figure II. Age au 1<sup>er</sup> mariage selon le mode d'habitat**



On remarque que parmi les Batwa qui vivent avec les autres groupes de la population un peu plus de la moitié (55,5%), se sont mariés à plus de 20 ans d'âge contrairement aux autres groupes d'habitat considérés qui se marient avant l'âge légal (21 ans), respectivement en habitat isolé (63,5%) et ceux qui sont regroupés dans leur propres villages (60,9%).

L'analyse n'a pas tenu compte des enquêtés qui affirment ne pas connaître l'âge de leurs mariages. Ils sont au nombre de 16 et sont tous caractérisés par la résidence en habitat isolé.

**Tableau VI. Age au 1<sup>er</sup> mariage selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence.**

Variables explicatives	Age au premier mariage (N=84)	
	15-20 ans	>20 ans
<b>Selon le sexe</b>		
Masculin	40,5%	59,5%
Féminin	81,0%	19,0%
		P=0,000**
<b>Selon le mode d'habitat</b>		
Habitat isolé	63,5%	36,5%
Batwa regroupés seuls	60,9%	39,1%
Vivant avec les autres groupes	44,4%	55,6%
		P=0,234
<b>Selon le niveau d'instruction</b>		
Secondaire	100,0%	0%
Primaire	65,7%	34,3%
Sait lire et écrire	16,7%	83,3%
Ne sait ni lire ni écrire	59,0%	41,0%
		P=0,349
<b>Selon les Districts</b>		
Rusizi	54,5%	45,5%
Nyamasheke	69,0%	31,0%
Nyamagabe	57,6%	42,4%
		P=0,929

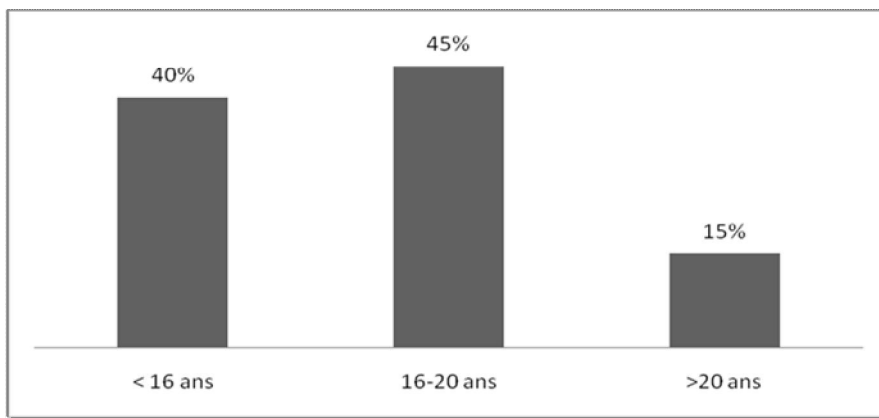
\*\*=  $p < 0,001$

En analyse bivariée, il ressort des résultats qu'il existe une association hautement significative entre l'âge au premier mariage et le sexe ( $p=0,000$ ). La précocité de mariage se remarque beaucoup plus chez le sexe féminin (81%) que chez le sexe masculin (40,5%). Pour les autres variables considérées, il n'y a aucune signification.

### 2.2.1.2. Age au premier rapport sexuel

Dans cette sous section nous avons d'abord analysé la proportion des enquêtés selon l'âge dans un graphique et ensuite nous avons passé à l'analyse bivariée (tableau VII) pour voir s'il existe des associations entre l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel et les variables explicatives notamment : le sexe, le niveau d'instruction, le mode d'habitat et le district.

**Figure III. Répartition des enquêtés selon l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel**



Sur un effectif de 88 enquêtés soit 67,7% de 130 enquêtés qui ont pu se souvenir de l'âge à laquelle ils ont fait leurs premiers rapports sexuels, 40% ont fait leurs rapports sexuels avant 16 ans, 45% entre 16 et 20 ans. Ceux qui ont pu attendre au-delà de 20 ans représentent 15%. Il est à noter que dans l'ensemble, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 17 ans dont 18 ans chez le sexe masculin et 16 ans chez le sexe féminin. L'âge modal est de 15ans et l'âge médian est de 16 ans.

**Tableau VII. Age au premier rapport sexuel selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence.**

Variables explicatives	Age au premier rapport sexuel (n=88)	
	< 16 ans	>16 ans
<b>Selon le sexe</b>		
Masculin	40,4%	59,6%
Féminin	36,6%	63,4%
<b>p=0,716</b>		

<b>Selon le mode d'habitat</b>		
Habitat isolé	39,6%	60,4%
Batwa regroupés seuls	31,0%	69,0%
Vivant avec les autres groupes	54,5%	45,5%
<b>p=0,691</b>		
<b>Selon le niveau d'instruction</b>		
Secondaire	50,0%	50,0%
Primaire	41,5%	58,5%
Sait lire et écrire	0,0%	100,0%
Ne sait ni lire ni écrire	41,9%	58,1%
<b>p=0,687</b>		
<b>Selon les Districts</b>		
Rusizi	37,5%	62,5%
Nyamasheke	34,8%	65,2%
Nyamagabe	41,5%	58,5%
<b>p=0,712</b>		

Parmi les Batwa interrogés, la proportion la plus élevée de ceux qui ont eu les 1<sup>ers</sup> rapports sexuels avant 16 ans se rencontre chez ceux qui habitent avec les autres groupes de la population (54,5%). Ceux qui se trouvent dans un habitat isolé et dans celui regroupé des Batwa seulement ont leurs 1ers rapports sexuels en grande majorité au delà de 16 ans respectivement 60,4% et 69%. Ces modes d'habitat cités sembleraient être les milieux les plus favorables au contrôle social en matière sexuelle.

La précocité des rapports sexuels est la plus forte chez les Batwa du District de Nyamagabe (41,5% avant 16 ans). Par contre, dans les Districts de Rusizi et Nyamasheke, plus du 1/3 des personnes interrogées ont eu les 1ers rapports soit après 20 ans d'âge, soit lors du mariage.

Des résultats de l'analyse bivariée, on constate que l'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel d'aucune des variables explicatives considérées : sexe (p=0,716; 95% IC [-0.171-0.247]), mode d'habitat (p=0,69; 95% IC [-0.244-0.190]), du niveau d'instruction (p=0,687; 95% IC [-0.077-0.130]) et du district de résidence (p=0,712; 95% IC [-0.194-0.167]) a une association significative.

### 2.2.1.3. Avoir enceinté ou être enceintée avant mariage

Les résultats du tableau ci-dessous analysent s'il existe une relation significative entre le fait d'avoir enceinté ou d'être enceintée avant mariage chez les Batwa et les variables explicatives notamment le sexe, le niveau d'instruction, le mode d'habitat et le district.

**Tableau VIII. Le fait d'avoir enceinté ou d'être enceintée avant mariage selon le sexe, le mode d'habitat, le niveau d'instruction et le district de résidence.**

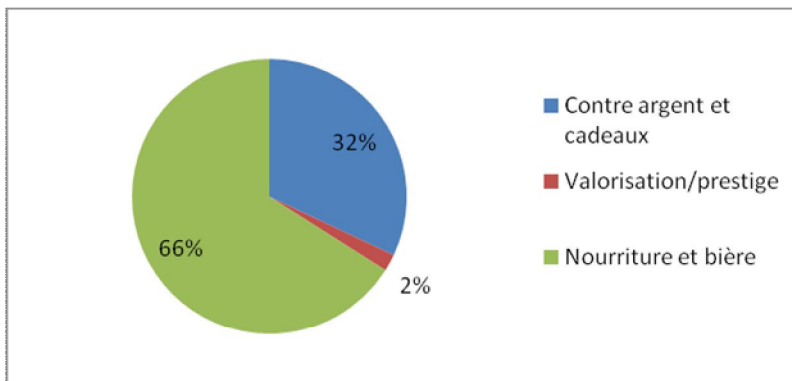
Variables explicatives	Avoir enceinté et être enceintée (N=130)	
	OUI (43,8%)	NON (56,2%)
<b>Selon le sexe</b>		
Masculin	42,9%	57,1%
Féminin	44,8%	55,25
<b>p=0,827</b>		
<b>Selon le niveau d'instruction</b>		
Secondaire	40,0%	60,0%
Primaire	42,9%	57,1%
Sait lire et écrire	25,0%	75,0%
Ne sait ni lire ni écrire	49,0%	51,0%
<b>p=0,514</b>		
<b>Selon le mode d'habitat</b>		
Habitat isolé	46,0%	54,0%
Batwa regroupés seuls	45,2%	54,8%
Vivant avec les autres groupes	25,0%	75,0%
<b>p=0,270</b>		
<b>Selon le District</b>		
Risizi	45,0%	55,0%
Nyamasheke	43,5%	56,5%
Nyamagabe	43,2%	56,8%
<b>p=0,870</b>		

Il ressort des résultats de l'analyse bivariée qu'il n'y a pas d'association entre l'indicateur d'avoir enceinté ou être enceintée avant mariage et les variables considérées. Bien qu'il n'y a pas d'association significative entre le mode d'habitat, il se remarque que les personnes à habitat isolé et des Batwa regroupés seuls sont plus exposées (respectivement 46% et 45,2%) parmi ceux qui ont confirmé avoir enceinter ou être enceintée avant mariage par rapport aux Batwa vivant avec les autres groupe de la population (25%).

#### 2.2.1.4. Rapports sexuels extra conjugaux

Dans ce point, nous avons analysé les causes des rapports sexuels extra conjugaux qui sont sources de vulnérabilité liée au VIH et SIDA chez les femmes par rapport aux variables explicatives considérées. Parmi les causes de ces rapports sexuels extra conjugaux nous avons considéré les suivantes : rapports sexuels contre argent et cadeaux, rapports sexuels pour la valorisation (prestige) et rapports sexuels contre nourriture/bière.

**Graphique IV. Raisons avancées par les enquêtés sur des rapports sexuels extraconjugaux**



Des résultats du graphique ci-dessus, nous remarquons que la population enquêtée accuse une pauvreté accrue qui pousse la femme twa à faire des rapports sexuels extra conjugaux pour subvenir aux besoins primaires de son foyer. Parmi les causes les poussant à les faire, la recherche de la nourriture vient en premier lieu (66,2%), vient ensuite l'argent et cadeau (32%) et enfin la valorisation et/ou prestige de faire des rapports avec une personne plus aisée qu'elle (2%).

En rapport avec le statut marital, les mariés sont les plus protégés (33,3%) par rapport aux unions libres (0,0%) avec  $p=0,030$ ; 95% IC [0,562 – 0,791].

## 2.2.2. Connaissance sur le VIH et SIDA et préjugés autour du VIH et SIDA

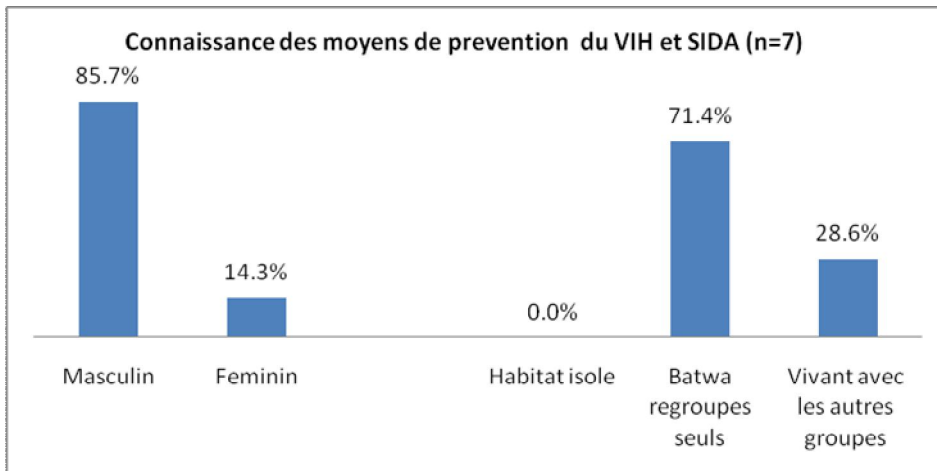
Les résultats relatifs aux indicateurs de connaissance sur le VIH et SIDA, indiquent en général le niveau de connaissance du mode de prévention du VIH et des préjugés autour du VIH et SIDA.

### 2.2.2.1. Connaissance des moyens de prévention du VIH et SIDA

Les résultats de l'étude ont montré qu'en considérant la personne qui connaît le mode de prévention du VIH et SIDA, celle qui connaît tous les 3 moyens utilisés qui sont notamment : l'utilisation correcte du préservatif, la fidélité à un partenaire non infecté et l'abstinence sexuelle très peu des enquêtés ne les connaissent pas (5,4% soit 7 personnes de 130 enquêtés). Cependant, tous les enquêtés connaissent au moins une méthode. En rapport avec le sexe, le sexe masculin est le mieux informé par rapport au sexe féminin (85,7% soit 6 de 7 qui connaissent simultanément les 3 modes de prévention du VIH).

En ce qui est du mode d'habitat, les Batwa en habitat regroupé seuls (71,4% soit 5 de 7 enquêtés) et ceux vivant avec les autres groupes de la population (28,6%) sont les mieux informés par rapport à ceux vivant isolés (0%). De même des jeunes de moins de 20 ans accusent aussi des lacunes en matière de connaissance de prévention du VIH et SIDA.

**Figure V : Connaissance des moyens de prévention du VIH et SIDA selon le sexe et selon le mode d'habitat**

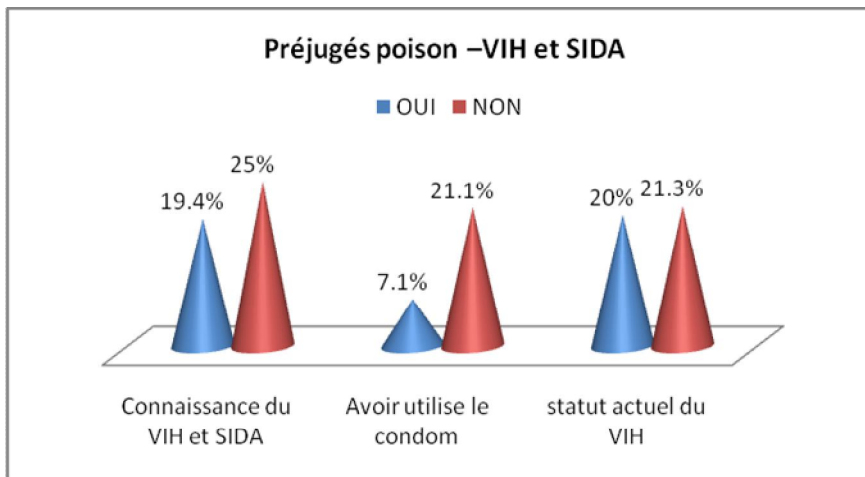




### 2.2.2.2. Préjugés autour du VIH et SIDA

En voulant analyser cette variable, nous avons l'intention de vérifier s'il y aurait un effet de la connaissance du VIH et SIDA, de l'utilisation du condom et du statut actuel du VIH sur les préjugés autour du VIH et SIDA. En effet le préjugé en question concerne la confusion entre le VIH et SIDA et d'avoir été empoisonné et/ou envouté par des voisins.

**Figure VI. Effets de la connaissance du VIH et SIDA, de l'utilisation du condom et du statut actuel du VIH sur les préjugés autour du VIH et SIDA**



Il ressort des résultats de l'analyse que parmi les 128 personnes enquêtées, les 124 qui connaissent l'existence du VIH et SIDA, 4 parmi elles, soit 19,4% continuent toujours à confondre le VIH et SIDA avec le poison et/ou l'envoutement. De même 25% soit 1 personne sur les 4 qui ont déclaré n'avoir pas la connaissance de l'existence du VIH. Pour celles qui ont utilisé au moins une fois le condom, 7,1% ont encore des préjugés, de même 21,1% parmi celles qui n'ont jamais utilisé le condom. Quant à celles qui sont séropositives, parmi les 99 enquêtés qui ont pu passer le test au VIH, 1 personne des 5 qui se sont déclarées séropositives, soit 20% d'elles doutent de leur séropositivité au VIH et SIDA et continuent aussi à confondre le VIH

et SIDA au poison et/ou l'envoutement, de même 20 personnes soit 21,2% de celles qui sont séronégatives.

### 2.2.3. Facteurs associés à l'utilisation du condom

Les résultats du tableau ci-dessous donnent des associations qui sont entre « l'utilisation du condom au moins une fois dans la vie » avec les variables explicatives qui sont le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le mode d'habitat et le district de résidence des enquêtés.

**Tableau IX. L'utilisation du condom selon le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le mode d'habitat et le district de résidence des enquêtés**

Variables explicatives	Avoir utilisé le condom	
	Effectif (n=14)	%
<b>Selon le sexe</b>		
Masculin	6	43%
Féminin	8	57%
<b>Selon l'âge</b>		
Moins de 20 ans	0	0%
20-29 ans	7	50%
30-39 ans	4	29%
40-49 ans	0	0%
50 ans et plus	3	21%
<b>Selon le statut matrimonial</b>		
Célibataire	3	21%
Marié (e) légalement	6	43%
Union libre	4	29%
Divorcé(e)	0	0%
Veuf (ve)	1	7%
<b>Selon le mode d'habitat</b>		
Habitat isolé	3	21,4%
Batwa regroupés seuls	9	64,3%
Vivant avec les autres groupes	2	14,3%
<b>Selon les Districts</b>		
Rusizi	4	29%
Nyamasheke	0	0%
Nyamagabe	10	71%

Les résultats des analyses montrent que la proportion des jeunes âgés de moins de 20ans reste faible au niveau d'utilisation du condom (0%), Par ailleurs ce sont les

femmes qui utilisent beaucoup plus le condom que les hommes (57% par rapport à 43%). La tranche d'âge comprise entre 20-29 ans est la plus utilisatrice du condom (50%) par rapport aux autres groupes d'âge. Selon le mode d'habitat la population isolée est la moins utilisatrice du condom. Pour les districts de résidence, Nyamagabe vient en premier lieu avec 71% des enquêtés qui ont déjà utilisé au moins une fois le condom. Ceci est justifié par le fait que c'est là où l'on rencontre beaucoup plus des personnes séropositives et qui se sont fait tester au VIH.

## **CHAPITRE III : DISCUSSION DES RESULTATS**

### **3.1. Les caractéristiques socio démographiques des enquêtés**

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés constituent une partie importante de notre recherche. Elles permettent de mieux comprendre et d'expliquer les comportements de la population étudiée vis-à-vis de la vulnérabilité liée au VIH et SIDA.

La population étudiée est majoritairement jeune, soit 71,5% des jeunes, âgés de 15 à 39 ans. Les mariés ainsi que les célibataires constituent la grande couche de cette population en raison de 52,3 % et 23,1% respectivement. Comparativement avec l'étude faite par la CAURWA (2003) sur tout le territoire national, la population Twa de moins de 25 ans était évaluée à 65,3 % pour une population estimée à 33.144 habitants. Selon l'état matrimonial des chefs des ménages âgés de 12 ans et plus, les mariés sont plus nombreux avec 57,3 % dont 34,3 % de mariés monogames et 23 % de mariés polygames. Dans notre étude il n'y a pas de différence des caractéristiques socio démographiques considérées.

### **3.2. Les facteurs de vulnérabilité liés au VIH et SIDA**

Les facteurs de vulnérabilité retenus dans ce travail en guise de discussion sont les comportements sexuels, la connaissance du VIH et les préjugés autour du VIH.

#### **3.2.1. Les comportements sexuels**

Les comportements sexuels chez les personnes d'étude sont l'âge au premier mariage, l'âge au premier rapport sexuel et l'utilisation du condom.

##### **3.2.1.1. Age au premier mariage**

Une étude menée par la CAURWA en 2003 chez les Batwa sur tout le territoire national a montré que l'âge moyen au premier mariage est de 20 ans pour le sexe féminin, c'est-à-dire une année avant l'âge légal, et 23 ans pour le sexe masculin. Selon le 3<sup>ème</sup> recensement général de la population et de l'habitat (MINECOFIN,

2005), s'agissant du calendrier de la nuptialité, les hommes entrent en union plus tard que les femmes. En moyenne globale pour les deux sexes c'est 25,4 ans dont 26,4 ans chez les hommes et les femmes à 24,0 ans et de l'âge médian de 24 ans.

En comparaison avec les résultats de notre étude, l'âge au premier mariage, parmi nos enquêtés, l'âge médian est égal à 19 ans et l'âge moyen équivalent à 20 ans. De ce constat, ceci montre que le mariage chez les Batwa commence précocement (15-20 ans) et différemment selon les sexes (40,5% chez les jeunes de sexe masculin et 81,5% chez les jeunes de sexe féminin). Il se remarque aussi une signification statistique entre l'âge au 1<sup>er</sup> mariage et le sexe ( $P=0,000$ ) car les femmes se marient tôt par rapport aux hommes.

On remarque ensuite que parmi les Batwa qui vivent avec les autres groupes de la population rwandaise, moins de la moitié (44,4%) se sont mariés à moins de 20 ans d'âge, contrairement aux autres groupes d'habitat considérés qui se marient avant l'âge légal (21 ans), respectivement en habitat isolé (63,5%) et ceux qui sont regroupés dans leur propres villages (60,9%).

Ceci vient d'être confirmé par des entretiens que nous avons mené avec les concernés qui confirment que *« les jeunes célibataires constituent une population à risque dans la mesure où dans cette catégorie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat fréquent. De même, les femmes et les jeunes filles sont souvent moins bien informées sur l'épidémie et ont moins accès aux services du VIH et SIDA que les hommes, notamment dans les zones rurales. Les jeunes filles sont sexuellement actives plus tôt que les garçons - elles sont enrôlées dans des mariages précoces ou sont victimes d'abus sexuels - et ont souvent des partenaires plus âgés »*.

En plus il vient d'être remarqué que chez les Batwa, la connaissance de la législation en rapport avec l'âge légal du mariage n'est pas connue. Celle-ci augmente aussi le degré de vulnérabilité face au VIH et SIDA car la majorité des jeunes âgés de moins de 20 ans n'ont jamais utilisé le condom.

### **3.2.1.2. Age au premier rapport sexuel**

D'après les résultats de notre étude, le cas est le même, où il n'y a que les hommes qui retardent les premiers rapports sexuels jusqu'au mariage. Pour le reste, un peu plus d'un tiers des enquêtés affirment avoir eu les 1<sup>ers</sup> rapports sexuels avant l'âge de 16 ans. Plus de la moitié des femmes enquêtées ont eu leurs 1<sup>ers</sup> rapports sexuels avant 21 ans, alors que les hommes dans la même situation ne représentent que près de 30%.

Chez les Batwa enquêtés, en rapport avec le mode de vie, la proportion la plus élevée de ceux qui ont eu les 1<sup>ers</sup> rapports sexuels avant 16 ans se trouve chez ceux qui habitent avec les autres groupes de la population (54,5%). Ceci montre à quel niveau les Batwa sont vulnérables car ils sont exposés aux rapports sexuels contre la nourriture (13,8%) et contre l'argent et cadeaux (83,9%).

Alors qu'au Rwanda en 2002, 3,6% des adolescentes de 12 à 19ans étaient déjà mères (MINECOFIN, 2005), chez les Batwa la tendance va vers le sens contraire pour laquelle 43,8% des personnes enquêtées ont confirmé avoir enceinté ou être enceintée avant mariage dont plus de la moitié sont du sexe féminin. Ceci montre à quel degré les Batwa courent le risque d'infection au VIH et SIDA en faisant allusion à ceux ont enceinté et celles qui ont été enceintée avant leurs premiers mariages et qui n'utilisent pas le condom au moment des rapports sexuels.

### **3.2.2. Utilisation du condom**

En général selon notre enquête, les Batwa savent que le condom existe à un niveau très satisfaisant (96,9%). Le fait d'avoir vu le condom (53,8%) va en diminuant par rapport à la connaissance de l'existence du condom. Même ce fait d'avoir vu le condom ne justifie pas l'utilisation du condom car ceci est vu par les mariés au moment des examens prénataux pour quelques femmes Batwa enceintes qui puissent visiter les centres VCT.

Quant à l'utilisation du condom, selon l'EDS (MINECOFIN, 2005), 20% des femmes et 34% des hommes, lors de l'enquête ont déclaré avoir utilisé le condom durant leurs

derniers rapports sexuels. Quant aux Batwa, 10,7% affirment non seulement qu'ils l'ont déjà utilisé pendant leurs derniers rapports sexuels lors de l'enquête mais plutôt au moins une fois dans la vie. La non utilisation du préservatif, selon les enquêtés, les préservatifs comportent aussi un prix d'acquisition qui semble être au dessus des moyens de certaines catégories des personnes (adultes très pauvres, jeunes sans emploi). Le condom étant à usage unique et sans valeur économique, son achat pour des fréquences élevées des relations sexuelles s'avère très coûteux et ne savent où s'en procurer.

En plus des femmes craignent de proposer l'utilisation du condom à leurs partenaires sexuels pour que ces derniers ne les prennent pour des personnes à partenaires multiples. Elles veulent ainsi susciter la confiance des partenaires en leur faisant croire qu'ils sont leurs partenaires uniques. Les hommes déclarent aussi refuser d'utiliser le préservatif même lorsqu'ils ont de fortes présomptions d'être infectés ou qu'ils soient sûrs de l'être, pour faire croire à leurs partenaires qu'ils sont sains et qu'ils ont pleinement confiance en elles.

Les jeunes Batwa âgés de moins de 20 ans, courent de nouveau le risque d'infection du VIH du fait que parmi les enquêtés, car personne dans cette tranche d'âge n'a jamais utilisé le condom; déclarent-ils.

### **3.3. Connaissance sur le VIH et SIDA et préjugés autour du VIH et SIDA**

#### **3.3.1. Connaissance du VIH et SIDA**

En comparaison avec l'EDS III-Rwanda (MINECOFIN, octobre 2005), où la totalité des femmes et des hommes ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH et SIDA, il en est de même pour le cas de notre étude. Cela indique clairement que les informations sur le SIDA ont été répandues et assimilées par presque tout le monde quelque soit le statut sociodémographique malgré la différence des voies d'accès à l'information en matière du VIH et SIDA pour le groupe considéré.

### 3.3.2. Préjugés autour du VIH et SIDA

Chez les Batwa enquêtés nous avons remarqué que les femmes ont plus des préjugés autour du VIH et SIDA car elles croient plus à l'empoisonnement et/ou à l'envoûtement. Cela se remarque beaucoup chez les veuves qui croient que leurs époux seraient morts d'une maladie autre que le SIDA et surtout que la fidélité à un seul partenaire chez les Batwa est la plus prônée oubliant qu'ils font des rapports sexuels avec d'autres partenaires en échange d'argent ou de nourriture sans utilisation du préservatif.

En plus les Batwa enquêtés disent qu'à partir que le gouvernement rwandais et les organisations non gouvernementales se sont souvenu d'eux, les autres groupes de la population rwandaise ont eu des jalousies envers eux et ont commencé à les empoisonner, ignorant qu'ils ont abandonné leur mode de vie traditionnel et à s'intégrer dans le système économique formel, ces changements ont amené les Batwa à côtoyer davantage les groupes voisins qui affichent généralement des taux de prévalence du VIH plus élevés que ceux enregistrés au sein de leur groupe.

### 3.4. Les sources d'informations en matière de lutte contre le VIH chez les Batwa

Les résultats de notre étude montrent que chez les Batwa la connaissance de la prévention du VIH est associée au mode d'habitat des enquêtés. Ce qui veut dire que si l'on voudrait faire une sensibilisation au VIH et SIDA, il faudrait tenir compte de cette variable.

Les Batwa isolés et qui vivent regroupés seuls n'ont pas aisément accès à l'information car 8% seulement affirment qu'ils ont un animateur de santé provenant de leur groupe et le reste reçoit des informations à partir de la radio (28,1%), des voisins (9,5%), dans des réunions communautaires avec les autorités locales (19,8%) ainsi que des animateurs de santé de cellule (42,5%). Il est à noter que le mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas connu par la population Batwa enquêtée.

Ceci est renforcé par le témoignage d'une femme enquêtée en ces termes : *nous n'avons pas accès à l'information comme il se fait chez les autres groupes. Les informations reçues dans des réunions en rapport avec le VIH et SIDA sont*



*insuffisantes car nous n'avons pas d'occasion pour demander et de comprendre davantage ».*

Une autre femme enquêtée continue en disant : *« les informations que nous recevons des voisins nous doutons d'elles car ceux qui nous les donnent trouvent de l'occasion pour nous tromper afin de faire des rapports sexuels avec nous ».*

En plus, selon les témoignages des enquêtés, nombreux croient à tort qu'avoir des relations sexuelles avec une femme Twa permet de guérir les hommes porteurs du virus. Ainsi, les femmes Twa sont confrontées à un risque supplémentaire de contracter le VIH.

Les résultats de l'étude sont davantage renforcés par une étude faite par Dorothy Jackson (2005) au Rwanda, au Burundi et en République Démocratique du Congo qui dit que plusieurs communautés des Batwa ont des connaissances sur VIH/SIDA à travers les campagnes nationales. Cependant, seulement 8% savent que les condoms empêchent le VIH/SIDA. [...] Néanmoins, un autre fait de vulnérabilité et de risque au VIH et SIDA est que si un homme non-Mutwa a mal au dos, il peut être guéri en ayant des rapports sexuels avec une femme Mutwa. De plus en plus on dit également que ceci est vrai pour le VIH et SIDA, et ceci augmente ainsi le risque de contamination.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### CONCLUSION

Les données présentées dans cette étude montrent que l'âge au 1<sup>er</sup> mariage et l'âge au premier rapport sexuel chez les groupes enquêtés commence trop précocement (15-20ans). Chez les Batwa, ils ne tiennent pas compte de la majorité car la connaissance de la législation en rapport avec l'âge légal du mariage n'est pas connue. Celle-ci augmente aussi le degré de vulnérabilité face au VIH et SIDA.

En rapport avec le mode de vie, la proportion la plus élevée de ceux qui ont eu les 1<sup>ers</sup> rapports sexuels avant 16 ans se rencontrent chez ceux qui habitent avec les autres groupes de la population (54,5%). Ceci montre à quel niveau les Batwa sont vulnérables car ils sont exposés aux rapports sexuels contre la nourriture (13,8%) et contre l'argent et cadeaux (83,9%) et ceci serait la raison pour laquelle 43,8% des personnes enquêtées ont confirmé avoir enceinté ou être enceintée avant mariage dont plus de la moitié est du sexe féminin.

En général les Batwa enquêtés connaissent que le condom existe à un niveau très satisfaisant (96,9%). La différence des résultats qui existerait entre l'utilisation du condom chez les Batwa et les autres rwandais est que ceux qui ont déclaré avoir utilisé le condom chez les Batwa sont ceux qui l'ont utilisé au moins une fois dans la vie. Quant aux autres, ils ont déclaré l'avoir utilisé lors de leurs derniers rapports sexuel et quel que soit le type de partenaire.

En matière de connaissance du VIH, pour le cas de notre étude, chez les Batwa enquêtés, la connaissance de la prévention du VIH est associée au mode d'habitat des enquêtés. Ce qui veut dire que si l'on voudrait faire une sensibilisation au VIH et SIDA, il faudrait tenir compte de cette variable. Ceci se justifie par le fait que les Batwa isolés et qui vivent regroupés seuls n'ont pas aisément accès à l'information car 8% seulement affirment qu'ils ont un animateur de santé provenant de leur

groupe. En plus de cela, le mode de transmission VIH de la mère à l'enfant n'est pas connu dans la population Batwa. Les préjugés tout autour du VIH et SIDA chez les Batwa persistent toujours car ils croient à l'empoisonnement et ou à l'envoûtement au lieu du VIH et SIDA.

Il a été remarqué que les Batwa ont une pauvreté élevée qui les pousse à faire des rapports sexuels extraconjugaux chez les mariés afin de subvenir à leurs besoins primaires notamment le problème de la sécurité alimentaire parmi lesquels 86,2% des enquêtés affirment que les femmes Batwa font des rapports extra conjugaux et les filles se méconduisent en échange de nourriture et des cadeaux.

## **RECOMMANDATIONS**

En vue de mettre en place des mécanismes de lutte contre la propagation du VIH chez les Batwa, il est important de mettre en place un programme avec trois volets à savoir :

1. Construction des logis en agglomération avec d'autres groupes de la population rwandaise
2. Information, Education et communication et
3. Financement des projets générateurs de revenus destiné à ce groupe historiquement marginalisé

### **1. Construction des logis en agglomération avec d'autres groupes de la population rwandaise**

Des résultats de l'étude, il a été remarqué que les Batwa isolés n'ont pas accès à n'importe quel programme de développement, de même pour ceux qui vivent regroupés seuls dans leurs propres villages. C'est dans ce cadre que nous recommanderions aux autorités locales de mener un programme de construction des maisons pour les Batwa dans des villages avec les autres groupes de la population rwandaise dans le cadre d'intégration socio-économique qui reste un frein chez nombreuses communautés Batwa isolées.

## 2. Education, sensibilisation et communication

Dans la présente stratégie, il est proposé de mener des actions d'éducation et de sensibilisation auprès des groupes cibles en particulier et de la population en général, en privilégiant l'approche d'éducation par les pairs, dans le cadre de la prévention et la lutte contre le VIH-SIDA.

En référence aux associations partenaires de la CNLS, les actions suivantes d'Information, Education, et communication (IEC) s'imposent aussi pour les Batwa car ils n'ont pas été intégrés dans les programmes de la CNLS suite à la marginalisation historique et à l'auto marginalisation.

- Organiser des sessions de formation sur le VIH à l'intention des groupes spécifiques Batwa (jeunes, mariés, PVVIH);
- Créer pour les enfants et les jeunes Batwa de nouveaux espaces de dialogue sur les sujets qui les intéressent ou qui sont d'envergure nationale et internationale concernant le VIH et SIDA (séminaires, théâtre forum, films éducatifs relatifs au VIH et SIDA, débats, etc.) ;
- Organiser des activités ou des manifestations publiques d'éducation ou de sensibilisation en impliquant les Batwa (théâtre de rue, concours, compétitions sportives, affiches, élocutions, chants et danses, slogans, etc.) ;
- Sensibiliser les jeunes sur leurs droits et devoirs, sur la santé de la reproduction, le conseil de dépistage volontaire et la prise en charge communautaire des PVVIH.
- Mettre en place un programme de sensibilisation tout en y impliquant des volontaires Batwa dans ce programme ;
- Les sensibilisations sur la planification familiale ne prennent pas en compte la communauté Batwa. De ce fait, les centres VCT devraient tenir compte de ce constat tout en promouvant la représentativité des Batwa dans les organes de prise des décisions pour des problèmes les concernant en matière du VIH et SIDA ;

### **3. Financement des projets générateurs de revenus destiné à ce groupe historiquement marginalisé**

- En matière économique, les gouvernements locaux, les organisations non gouvernementales, l'ONUSIDA et la CNLS en particulier devraient financer des projets générateurs de revenus des Batwa afin que ces derniers parviennent à changer des comportements à risque qu'ils continuent à manifester, où ils échangent leurs corps contre la nourriture et l'argent et cadeaux.
  - Bien que les animateurs de santé visitent les Batwa, ces derniers disent qu'ils ne sont pas satisfaits des services qui leur sont rendus en matière du VIH et SIDA. Ils n'ont pas des moyens d'accès aux associations et aux coopératives des PVVIH pour ceux qui sont infectés car ils n'ont pas la possibilité d'avoir de parts sociales exigées et ne connaissent rien des modalités d'adhésion aux associations et coopératives. C'est dans ce cadre qu'il faudrait disponibiliser des moyens adéquat afin qu'ils puissent accéder aussi à ces opportunités économiques offert aux autres communautés voisines.
4. Enfin, mener une étude similaire plus poussée au niveau nationale devrait être faite pour montrer l'envergure du VIH et SIDA chez les groupes historiquement marginalisés Batwa comparée aux autres groupes de la population rwandaise.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Andrew, A. et Fisher, James R. For eit et al.** , *Designing HIV/AIDS intervention studies: an operations research handbook*, Population Council, USA, May 2002.
2. **BARUME A.** *Heading towards Extinction? Indigenous Rights in Africa: The case of the Twa of the Kahuzi-Biega National Park, Democratic Republic of Congo*, Forest Peoples Programme and IWGIA, 2000.
3. **Cathi Albertyn**, " Le droit et les droits humains pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH " dans : *Les derniers seront les premiers - thèmes légaux cruciaux et VIH/SIDA*, Conférence de Durban - 7 juillet 2000/  
<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-durban2000femmes.htm>, consulté le 10/11/2008.
4. **CAURWA**, *Conditions de vie de la population Batwa au Rwanda, Enquête socio-économique de la CAURWA*, Kigali 2003.
5. **CNLS- Rwanda, PNUD et al**, *Processus d'intégration du VIH/SIDA dans la Stratégie nationale de développement économique et de réduction de la pauvreté*, Kigali 2006.
6. **CNLS**, *Cadre Stratégique National du Rwanda en VIH-SIDA*, Kigali, mai 2002.
7. **Elias MWEBEMBEZI**, *Comment se pose la problématique de l'intégration sociale des Batwa au Burundi : Recherche des voies de libération*, /[www.peres-blancs.ccf.fr/pygmees.htm](http://www.peres-blancs.ccf.fr/pygmees.htm) , consulté le 7/06/2008.
8. *Femmes et sida* /<http://www.inist.fr/article188.html> consulté le 25/10/2008.
9. **FHI et IMPACT**, *Enquêtes de surveillance comportementale, Guide pour enquêtes répétées de surveillance comportementale au sein de populations exposées au VIH*, version française, septembre 2002.
10. **GATARAYIHA G. et KANYAMASORO M.** « Analphabétisme et marginalité » in *Revue scientifique de l'ULK, N°10*, éditions de l'ULK, Kigali, août 2008.
11. **Geeta Rao Gupta** " Genre, sexualité et VIH/sida - Quoi ? Comment ? Pourquoi ? " *Discours en plénière de la conférence internationale sur le sida à Durban*, le 12/07/2000.

- <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-guptadurban2000.htm>, consulté, le 10/11/2008.
12. [http://www.genreenaction.net/spip.php?article6740/Sida : La domination masculine, un facteur de vulnérabilité pour les femmes](http://www.genreenaction.net/spip.php?article6740/Sida%3A%20La%20domination%20masculine,%20un%20facteur%20de%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9%20pour%20les%20femmes). Consulté le 29/12/2008.
  13. **IMPACT & USAID**, *Strategic behavioral communication (SBC) for HIV and AIDS: A framework*, Family Health International, September 2005.
  14. **INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION**. *Convention (No. 169) concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, adopted on 27 June 1989 by the General Conference of the International Labor Organization at its seventy-sixth session, 1989*.
  15. **JACKSON D.** *Implementation of international commitments on traditional forest-related knowledge; indigenous peoples' experiences in Central Africa*, Newing H, ed. Our knowledge for our survival, Vol. 1. Regional case studies in traditional forest-related knowledge and implementation of related international commitments. International Alliance of the Indigenous and Tribal Peoples of the Tropical Forests, Forest Peoples Programme, and Centre for International Forestry Research, 2005.
  16. **JACKSON D.** *Twa women, Twa rights in the Great Lakes region of Africa*. Minority Rights Group International, London 2003.
  17. **KALIMBA Zephyrin**, *La situation des Batwa forestiers et la conservation du Parc national des volcans et la Forêt naturelle de Nyungwe . Etude de cas n° 1 – Rwanda*, août 2001
  18. **KANYAMASORO MUHIRE**, *Analyse de la situation socio-économique des Pygmées Batwa du Rwanda*, ULK, Kigali 2004 (mémoire de fin de cycle de Licence).
  19. [Kouma Laurent Dekalika](http://aede.org/spip.php?auteur40) / <http://aede.org/spip.php?auteur40> du 24/10/2008.
  20. **LEWIS J, KNIGHT J.** , *The Twa of Rwanda. Assessment of the Situation of the Twa and Promotion of Twa Rights in Post-War Rwanda*. World Rainforest Movement and International Work Group for Indigenous Affairs, 1995.
  21. **LEWIS, J.**, *Les pygmées Batwa de la région des Grands Lacs*, rapport de MRG International, 2001.

22. **MBOUSSOU, F., F. et al**, « Fidélité conjugale et vulnérabilité de la femme au VIH » in *Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites*, N°117-juillet/ août 04, Brazzaville 2004.
23. **MINECOFIN**, *Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté 2008-2012*, Kigali 2007.
24. **MINECOFIN**, *Un profil de la pauvreté au Rwanda. Un rapport basé sur les résultats de l'enquête intégrale sur les conditions des ménages 1999-2001*, Kigali, février 2002.
25. **MINISANTE**, *Politique nationale de santé de la reproduction*, Kigali 2003.
26. **MUSILIKARE Jérémie**, *Analyse des facteurs de la sous scolarisation des pygmées en Afrique Centrale. Cas des Pygmées Batwa au Rwanda et des pygmées Baka-Bakola au Cameroun*, Louvain-La- Neuve, juin 1999 (Thèse de Doctorat, faculté de psychologie et des sciences de l'Education).
27. **Najjumba M, I, et al.** , *La perception du risque et l'utilisation du condom en Uganda*, Université de Makerere, Kampala, 1999.
28. **Nyang'ori Ohenjo et coll.**,(2006), *Health of Indigenous people in Africa*; <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606688491/fulltext#bib90>.
29. **ONUSIDA**, *Commerce du sexe et VIH/ SIDA, collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA*, Genève, mars 2003.
30. **ONUSIDA**, *Intensification de la prévention du VIH: ONUSIDA document d'orientation politique*, août 2005.
31. **ONUSIDA**, *Mobilité des populations et SIDA, collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA*, Genève, avril 2001.
32. **ONUSIDA**, *Rapport sur l'épidémie du SIDA : 4<sup>e</sup> rapport mondial*, Genève, 2004.
33. **ONUSIDA**, *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA*, Genève 2000.
34. **PSI Rwanda**, *Rwanda sexual behavior and condom use survey*, Kigali 2003.
35. **SIDANET**, « Au Congo, les pygmées sont inquiets des ravages du SIDA dans leur communauté" in *Sidanet www.sidanet.info Sidanet, 2006, 3(6) : 932*.



36. **Sorel ETA**, « La sexualité et le SIDA chez les Pygmées Aka de la République du Congo », juin 2008 [Mis en ligne sur *ethnoLyceum* le 30 juin 2008]. URL : <http://ethnolyceum.wordpress.com/2008/06/30/sexualite-et-sida-chez-les-pygmees-aka/> consulté, le 20/08/2008
37. **UNAIDS**, *Preferred terminology guidelines for HIV and AIDS*, October 2006.
38. **UNGA**, *Declaration of commitment on HIV/AIDS; Special Session on HIV/AIDS 25-26 June 2001*.
39. **UNITED NATIONS**, *The Concept of Indigenous. Background paper prepared by the Secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues. Workshop on Data Collection and Desegregation for Indigenous Peoples*, New York: United Nations, Secretariat for Indigenous Peoples, 2004.
40. **Vidal, L.**, [www.lecrips.net/webpaca/publications/migrantsetvih/migrants/etvih.htm.1](http://www.lecrips.net/webpaca/publications/migrantsetvih/migrants/etvih.htm.1) du 23/08/2008. <http://osi.bouake.free.fr/?+-vih+> , consulté le 4/10/2009).
41. Copyright 2007 IRIN / Sidanet [www.sidanet.info](http://www.sidanet.info) France Date de publication : Mardi 22 mai 2007 consulté le 4/10/2009).

## **ANNEXES**

## Annexe I

**Questionnaire**

**Déterminants de vulnérabilité et de risque liés au VIH et SIDA  
chez les groupes sociaux historiquement marginalisés « BATWA »**

**Identification du répondant**

Numéro d'ordre du questionnaire : .....

Date du remplissage du questionnaire : ...../...../2009

District.....

Secteur.....

Cellule.....

**Confidentialité et consentement :**

Vous aurez à répondre à quelques questions très personnelles et certaines personnes auront du mal à y répondre. Vos réponses seront totalement confidentielles. Votre nom n'apparaîtra pas sur ce formulaire et il ne sera jamais associé aux informations que vous nous confierez. Vous n'êtes pas obligé (e) de répondre à certaines questions si vous ne voulez pas le faire et vous pouvez arrêter de répondre aux questions à tout instant si vous le souhaitez.

Mais vous répondez franchement à toutes les questions, vous nous aiderez à déterminer les particularités de vulnérabilité et du risque d'exposition au VIH/SIDA dans les groupes sociaux historiquement marginalisés qui nous aideraient à formuler des recommandations qui serviront des outils de plaidoyer pour ces groupes sociaux vulnérables ou historiquement marginalisés. Nous vous serons très reconnaissants de nous aider en répondant à ces questions.

N°	Question	Réponse	Code
1	Sexe	Masculin :.....	1
		Féminin :.....	2
2	Quel âge (en année) avez-vous ?		.....
3	Statut matrimonial	Célibataire .....	1
		Marié.....	
		Union Libre.....	2
		Divorcé.....	3
		Veuf/Veuve.....	4
4	Date 1 <sup>er</sup> mariage ?(en année)		.....

5	Niveau d'étude	Secondaire..... Primaire..... Alphabétisation..... Sans instruction.....	1 2 3 4
6	Type d'habitat	Isolé..... Regroupé Batwa seulement..... Regroupé avec les autres.....	1 2 3
6	Durant les 4mois passés avez-vous passé un certain temps en dehors de votre foyer?	Oui..... Non..... Ne sait pas.....	1 2 3
7	Le mari ou l'épouse que vous êtes ensemble est le (la) quantième ?		.....
8	Avez-vous combien des femmes/ ou votre mari a combien des femmes ?		.....
9	A quel âge avez-vous fait vos premiers rapports sexuels volontaires ou forcés?		.....
10	Avez-vous conçu une grossesse ou enceinter une fille avant votre mariage?	Oui..... Non.....	1 2
11	Connaissez-vous le SIDA ?	Oui..... Non.....	1 2
12	Connaissez-vous personnellement une personne qui est porteuse du VIH/SIDA ou quelqu'une qui est mort du VIH et SIDA chez vous au village? (Ne pas citer les noms)	Oui..... Non.....	1 2
13	Si oui à la question 11, y a-t-il parmi elles un membre de famille ?	Oui..... Non.....	1 2
14	Comment le SIDA se transmet-il ?	Rapports sexuels non protégés..... Objets tranchants..... Pas de réponse..... Autres.....	1 2 3 4
15	Quel est le degré d'intensité du VIH dans votre communauté/milieu	Majeur..... Mineur..... Ne sait pas.....	1 2 3
16	Comment se protéger contre le VIH/SIDA ?	Fidélité..... Abstinence..... Préservatif..... Ne sait pas .....	1 2 3 4
17	Avez- vous entendu parler du préservatif ?	Oui..... Non..... Ne sait pas .....	1 2 3
18	Si oui l'avez-vous déjà vu	Oui..... Non.....	1 2
19	Si Oui, l'avez-vous déjà utilisé ?	Oui..... Non.....	1 2
20	Si Non pourquoi ? ..... ..... .....		
21	Dans quelles circonstances l'avez-vous utilisé lors de votre dernier rapport sexuel?	..... .....	
22	Pensez-vous que le fait d'être en	Oui.....	1

	bonne santé n'exclut-il pas la contamination par le VIH/SIDA ?	Non..... Ne sait pas .....	2 3
23	Savez-vous que les ARV existent ?	Oui..... Non..... Ne sait pas.....	1 2 3
24	Avez-vous fait le test du VIH/SIDA ?	Oui..... Non.....	1 2
25	Quel a été le résultat ?	Positif..... Négatif.....	1 2
26	Quand ?		.....
27	Après avoir eu vos résultats avec qui avez-vous partagé l'information ?	Epoux..... Epouse..... Membre de famille..... Ami..... Aucun.....	1 2 3 4 5
28	Quelles sont les précautions avez-vous pris après avoir eu vos résultats ? ..... .....		
29	Quels sont les comportements que vous adoptez envers une personne séropositive ? ..... .....		
30	Quand elle est malade comment est-elle soignée ?	Centre de santé..... Médicaments traditionnels..... Rester à la maison..... Ne sait pas.....	1 2 3 4
31	Arrive-t-il souvent où on parle du poison au lieu du VIH chez la personne séro positive dans votre milieu ?	Oui..... Non.....	1 2
32	Savez-vous qu'il existe un programme de lutte contre le VIH et SIDA ?	Oui..... Non.....	1 2
33	Si oui lequel ? ..... ..... .....		
34	Avez-vous dans votre communauté un animateur de santé TWA?	Oui..... Non..... Ne sait pas.....	1 2 3
35	Si non qui vous parlent de la santé dans votre communauté ?	Animateur de santé de cellule / centre de santé Radio..... Voisin..... Autorités..... Aucun.....	1 2 3 4 5
36	Quels sont les obstacles qui existent chez -vous dans la lutte contre le VIH/SIDA ? ..... .....		
37	Quels sont les conseils à donner au programme de lutte contre le VIH et SIDA dans le cadre de son amélioration en votre faveur ? ..... ..... .....		

38	Existe-t-il des cas des violences sexuelles pour raison de marginalisation durant les 3 derniers mois?	Oui..... Non..... Ne sait pas.....	1 2 3
39	Quelles sont les raisons qui poussent les Batwa à faire des rapports sexuels extra conjugaux ?	Contre argent et cadeaux..... Protection..... Valorisation /prestige..... Nourriture ..... Autres.....	1 2 3 4 5
40	Avez-vous quelque chose à ajouter ? ..... ..... .....		

Vous voilà à la fin du questionnaire. Nous vous remercions d'avoir bien voulu consacrer du temps pour y répondre. Nous apprécions beaucoup votre collaboration.

**Annexe II : Répartition des enquêtés par site d'enquête et par district et par sexe****District de Rusizi**

Secteurs	Nombre des sites	Personnes enquêtées		
		Femmes	Hommes	Total
Butare	2	2	2	4
Bweyeye	3	2	4	6
Gihundwe	2	4	0	4
Gitambi	3	2	4	6
Muganza	1	0	2	2
Nkungu	1	2	0	2
Nyakabuye	1	0	2	2
Nyakarenzo	2	0	4	4
Nzahaha	3	0	6	6
Rwimbogo	2	2	2	4
Total	20	14	26	40

**District de Nyamasheke**

Secteurs	Nombre des sites	Personnes enquêtées		
		Femmes	Hommes	Total
Bunyangurube	1	0	2	2
Bushenge	1	2	0	2
Cyato	1	2	0	2
Kagano	3	2	4	6
Kanjongo	1	2	0	2
Karambi	4	3	5	8
Kirimbi	1	2	0	2
Macuba	1	4	0	4
Nyabitekero	2	2	2	4
Rangiro	3	4	2	6
Ruharambuga	1	2	0	2
Shangi	2	0	4	4
Total	23	25	21	46

**District de Nyamagabe**

Secteurs	Nombre des sites	Personnes enquêtées		
		Femmes	Hommes	Total
Cyanika	2	1	3	4
Gasaka	9	9	8	17
Kamegeri	3	3	3	6
Kibilizi	2	4	0	4
Kibumbwe	3	3	2	5

Kitabi	4	6	2	8
Total	23	26	18	44