

Analyse géographique de l'incidence du V.I.H. et du SIDA au Rwanda en 1990

J.F. Gotanegre

Citer ce document / Cite this document :

Gotanegre J.F. Analyse géographique de l'incidence du V.I.H. et du SIDA au Rwanda en 1990. In: Cahiers d'outre-mer. N° 183 - 46e année, Juillet-septembre 1993. pp. 233-252;

doi : <https://doi.org/10.3406/caoum.1993.3486>

https://www.persee.fr/doc/caoum_0373-5834_1993_num_46_183_3486

Fichier pdf généré le 23/04/2018

Abstract

Geographical study of H. I. V. and AIDS infection in Rwanda in 1990. The people infected in 1990 by H.I.V. and AIDS patients are more numerous than data specified by Rwandese officials showed. The increase of the epidemic has been 91 % per year from 1983 to 1990. The infection affected mainly 19-34 year old youths, low income people, Tutsi people, unmarried or single parents, especially young ladies. Two thirds of new cases mentioned in 1990 live in towns or close to service centres implanted along the main roads or in the major modern activity areas. Under urbanized wards or suburbs are more H.I.V. infected than modern centre town wards at the two large cities of Kigali and Butare. In the partly urbanised townships, the 1990 incidence rate decrease from the centre town to the rural-urban periphery. H.I.V. infection and AIDS must be concerned as a major health problem for Rwanda as for Burundi, Uganda and Tanzania. The issue is tremendously dramatic for the whole Rwandese nation.

Résumé

Les personnes infectées par le V.I.H. et les malades du SIDA sont plus nombreuses que les déclarations officielles du Rwanda en 1990 ne le laissent supposer. La progression de l'épidémie fut de 91 % par an entre 1983 et 1990. Le virus affecte en priorité les jeunes adultes des deux sexes de 19 à 34 ans, les petits revenus monétaires, les célibataires, femmes surtout, et l'ethnie tutsi. Les deux tiers des nouveaux malades dépistés en 1990 vivent dans les villes rwandaises et près des bourgs de services qui s'égrènent le long des principaux axes de communication ou dans les zones d'activités dites modernes. Dans les deux grandes villes rwandaises, Kigali et Butare, les quartiers déstructurés «africains» et les faubourgs mal urbanisés sont plus affectés par l'infection que les quartiers modernes centraux. Dans les dix petites villes, le taux d'incidence en 1990 diminue du centre vers la périphérie. Le V.I.H. et le SIDA représentent un grave problème de santé publique comme dans les pays voisins (Burundi, Ouganda, Tanzanie) mettant en question l'avenir de la nation dans son ensemble.

Analyse géographique de l'incidence du V.I.H. et du SIDA au Rwanda en 1990

par Jean-François GOTANEGRE *

Résumé - Les personnes infectées par le V.I.H. et les malades du SIDA sont plus nombreuses que les déclarations officielles du Rwanda en 1990 ne le laissent supposer. La progression de l'épidémie fut de 91 % par an entre 1983 et 1990. Le virus affecte en priorité les jeunes adultes des deux sexes de 19 à 34 ans, les petits revenus monétaires, les célibataires, femmes surtout, et l'ethnie tutsi. Les deux tiers des nouveaux malades dépistés en 1990 vivent dans les villes rwandaises et près des bourgs de services qui s'égrènent le long des principaux axes de communication ou dans les zones d'activités dites modernes. Dans les deux grandes villes rwandaises, Kigali et Butare, les quartiers déstructurés «africains» et les faubourgs mal urbanisés sont plus affectés par l'infection que les quartiers modernes centraux. Dans les dix petites villes, le taux d'incidence en 1990 diminue du centre vers la périphérie. Le V.I.H. et le SIDA représentent un grave problème de santé publique comme dans les pays voisins (Burundi, Ouganda, Tanzanie) mettant en question l'avenir de la nation dans son ensemble.

Summary - *Geographical study of H.I.V. and AIDS infection in Rwanda in 1990.* The people infected in 1990 by H.I.V. and AIDS patients are more numerous than datas specified by Rwandese officials showed. The increase of the epidemy has been 91 % per year from 1983 to 1990. The infection affected mainly 19-34 year old youths, low income people, Tutsi people, unmarried or single parents, especialy young ladies. Two thirds of new cases mentioned in 1990 live in towns or close to service centres implanted along the main roads or in the major modern activity areas. Under urbanized wards or suburbs are more H.I.V. infected than modern centre town wards at the two large cities of Kigali and Butare. In the partly urbanised townships, the 1990 incidence rate decrease from the centre town to the rural-urban periphery. H.I.V. infection and AIDS must be concerned as a major health problem for Rwanda as for Burundi, Uganda and Tanzania. The issue is tremendously dramatic for the whole Rwandese nation.

Mots-clés - Rwanda, incidence, V.I.H., SIDA, espaces à risque, personnes à risque.

* Maître de Conférences à l'Université Paul-Valéry (Montpellier III)
Cahiers d'Outre-Mer, 46 (183), juillet-septembre 1993

Au vu des statistiques officielles, l'Afrique est actuellement le continent où le virus de l'immunodéficience humaine à l'origine du SIDA fait le plus de ravages : bien que le pourcentage de personnes infectées par le virus du V.I.H. par rapport au reste du monde y diminue (63 % en 1989 ; 58 % à mi-1993), on répertorie sur ce continent le tiers des malades du SIDA. Le Rwanda se classe en 8ème position des pays africains pour le nombre de cas de SIDA confirmés (6 578 en juin 1992 contre 10 en 1983, soit une progression annuelle de 91 %). A ce rythme, toute la population rwandaise actuelle pourrait être infectée dans 11 ans ! Le SIDA était déjà la cinquième cause de décès en 1989. C'est donc une catastrophe humaine et économique que toute la stratégie de développement doit prendre en compte dans l'attente d'un vaccin (fig. 1).

Les déclarations officielles émanant du Rwanda ne reflètent pas la situation dramatique qui y règne : en effet, en 1990, seulement 1 121 nouveaux cas de SIDA furent déclarés à l'O.M.S. par les responsables de santé. Il ne s'agit en l'occurrence que des cas confirmés par le Programme National de Lutte contre le SIDA (P.N.L.S.) provenant des 9 centres sentinelles de sérosurveillance localisés seulement dans 3 préfectures sur les 11 du pays. Les résultats des centres de transfusion sanguine contrôlés par la Croix-Rouge ne sont pas publiés. Les répertoires des tests de dépistage effectués dans les 6 formations sanitaires (sur les 329 que compte le pays) permettent de dénombrer 7 840 cas de V.I.H. et 2 979 cas de SIDA, soit 2,6 fois plus que les déclarations officielles n'en formulent. Le cumul de ces deux formes de morbidité détermine un taux d'incidence, en 1990, de 15‰¹. Grâce à la consultation des fiches médicales des patients il est possible d'effectuer une approche de cette épidémie des points de vue spatial et social.

I - Une épidémie *a priori* discriminatoire

La surveillance de la progression de l'épidémie est dévolue à chaque formation sanitaire (Tabl. I). Toute personne «suspecte» de V.I.H. et de SIDA se voit prélever un échantillon de sang qui est envoyé aux centres régionaux de PNLS pour confirmation (recherche d'anticorps au V.I.H. par les tests Elisa, IFA ou Western-Blot). Il est accompagné d'un formulaire caractérisant son genre de vie. Malgré l'informatisation du service (courant 1989), la sérosurveillance nationale est négligée du fait de la non-fiabilité des diagnostics

1 - Le taux d'incidence en 1990 =

$$(7\ 840\ VIH + 2\ 979\ sidéens) - 226\ étrangers \times 10\ 000$$

Population rwandaise estimée au 31.12.90

soit 6 936 000 habitants

Le recensement national d'août 1991 donne 7 155 000 habitants.

des assistants-médicaux, du pourcentage des fiches de santé restées incomplètes et des difficultés de circulation en ces temps de guerre. 44 % des fiches seulement (soit 4 807) sont exploitables². 1 976 malades du SIDA (soit 66 % des formulaires notifiés «sidéens») présentent soit 2 des 3 critères majeurs associés à une des 18 maladies retenues comme caractéristiques pour les adultes ou à deux pour les moins de quinze ans, soit une des 7 infections opportunistes du Control Diseases Center (C.D.C.) d'Atlanta en plus des deux tests sérologiques positifs. 36 % des formulaires notifiés «séropositifs» (soit 2 831 personnes) n'ont pas la totalité des diagnostics répertoriés ou sont asymptomatiques (Tabl. II).

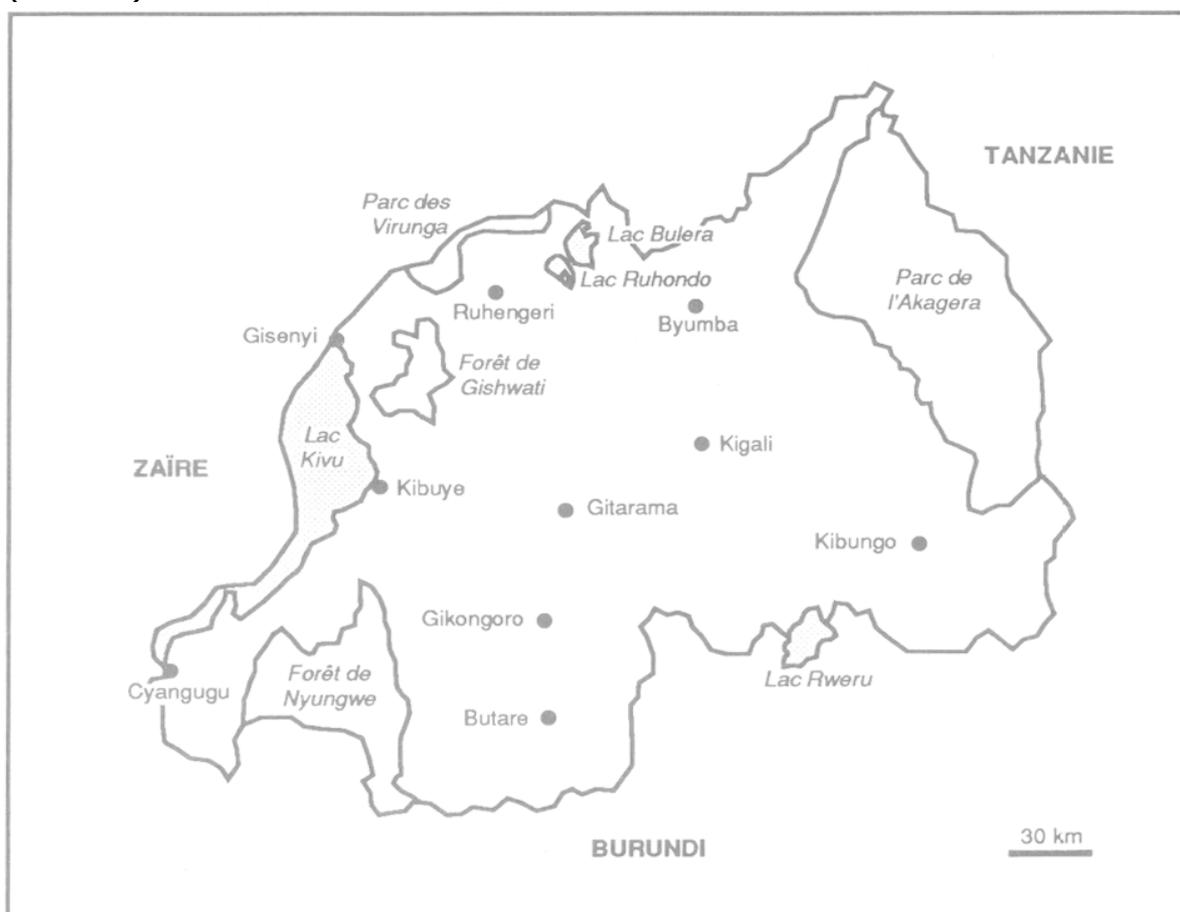


Fig.1 - Localisation

2- Les fiches inexploitables proviennent de l'hôpital de Kigali (C.H.K.). 96 % de ces fiches (soit 6 012) n'ont que les confirmations cliniques et les résultats sérologiques. Le manque de temps et l'impératif confidentiel pour certains cas ne permettent d'exploiter géographiquement que 4 % des morbidités dépistées par le C.H.K.

| | |
|--------------------------|--|
| Signes majeurs | |
| 1 | Perte de poids > 10 % ou retard de croissance staturo-pondéral * |
| 2 | Diarrhée chronique > 1 mois * |
| 3 | Fièvre > 1 mois (intermittente ou constante) * |
| Infections opportunistes | |
| 4 | Méningite à cryptocoques * |
| 5 | Toxoplasmose du système nerveux central * |
| 6 | Pneumonie * |
| 7 | Cryptosporidiose * |
| 8 | Sarcome de Karposi * |
| 9 | Tuberculose * |
| 10 | Candidose œsophagienne * |
| Signes mineurs | |
| 11 | Toux persistante > 1 mois |
| 12 | Dermatite prurigineuse généralisée |
| 13 | Zona |
| 14 | Candidose oropharyngée * |
| 15 | Herpès muco-cutané chronique * |
| 16 | Lymphadénopathie généralisée |
| 17 | Infections banales à répétition |
| 18 | Pour l'enfant : infection VIH confirmée chez la mère * |
| 19 | M.S.T. |
| 20 | M.P.C. |
| 21 | Abcès |
| 22 | Troubles psy. |
| 23 | Paralyse |
| 24 | Adénopathie |
| 25 | Gastrite |
| 26 | Arthralgies |
| 27 | Paludisme |
| 28 | Cancer |

Tableau I - *Enquête SIDA - Table des signes extérieurs de la maladie.*

* *Signes ou symptômes considérés comme importants par le Professeur Choutet, Hôpital Bretonneau à Tours.*

| Préfecture | Cas de V.I.H. | Etat matrimonial | Tutsi | Polygamie | Alphabétisés | Pop. active non agricole | Religion | Pop. résidente | % cs |
|------------|---------------|------------------|---------|-----------|--------------|--------------------------|----------|----------------|------|
| BUTARE | 1 232 | 167 301 | 133 657 | 9 186 | 239 195 | 13 747 | 55 293 | 764 485 | 47 |
| BYUMBA | 205 | 108 195 | 16 487 | 10 410 | 180 034 | 8 029 | 190 622 | 782 678 | 21 |
| CYANGUGU | 315 | 78 292 | 42 239 | 6 049 | 132 134 | 7 943 | 107 785 | 514 659 | 13 |
| GIKONGORO | 282 | 102 185 | 49 064 | 8 445 | 135 705 | 4 376 | 31 631 | 466 945 | 50 |
| GISENYI | 285 | 100 598 | 16 993 | 12 325 | 171 498 | 13 921 | 165 829 | 734 920 | 15 |
| GITARAMA | 380 | 156 173 | 59 985 | 7 154 | 267 236 | 11 189 | 49 869 | 851 811 | 18 |
| KIBUNGO | 324 | 86 684 | 39 011 | 5 903 | 135 350 | 5 920 | 93 046 | 652 032 | 36 |
| KIBUYE | 562 | 75 811 | 55 794 | 8 401 | 130 711 | 6 065 | 49 417 | 471 199 | 23 |
| KIGALI | 737 | 166 707 | 93 215 | 9 782 | 312 124 | 36 336 | 81 423 | 1 148 691 | 18 |
| RUHENGERI | 450 | 111 437 | 4 479 | 9 289 | 206 885 | 10 315 | 115 388 | 767 971 | 18 |

Tableau II - *Situations familiales, sociale, ethnique et religieuse des populations infectées par le V.I.H.*

1- Une épidémie de jeunes adultes

Au sein de la population rwandaise consultée, tous les groupes d'âge sont atteints mais les jeunes adultes, hommes (*abasore*) et femmes (*abahete*), âgés de 19 à 34 ans, sont les plus vulnérables dans respectivement 56 % et 66 % des cas.

Dans les autres groupes d'âge, l'inégalité de la morbidité reflète l'évolution du sex-ratio : parmi les populations infantile et juvénile (*batoya*) on note une légère diminution masculine ; parmi les adolescents (5 à 18 ans) on remarque plus de cas féminins que masculins par suite d'une surmortalité masculine ; chez les adultes de 35 à 49 ans et chez les personnes âgées, il y a une surreprésentation masculine consécutive à la surmortalité féminine découlant d'un syndrome d'épuisement maternel (fig. 2).

Si la base même de l'échantillon consulté induit une telle répartition, il est néanmoins significatif de noter qu'au total l'incidence du V.I.H. et du SIDA en 1990 touche pratiquement autant le sexe féminin que le masculin : respectivement 50,4 % et 49,6 %.

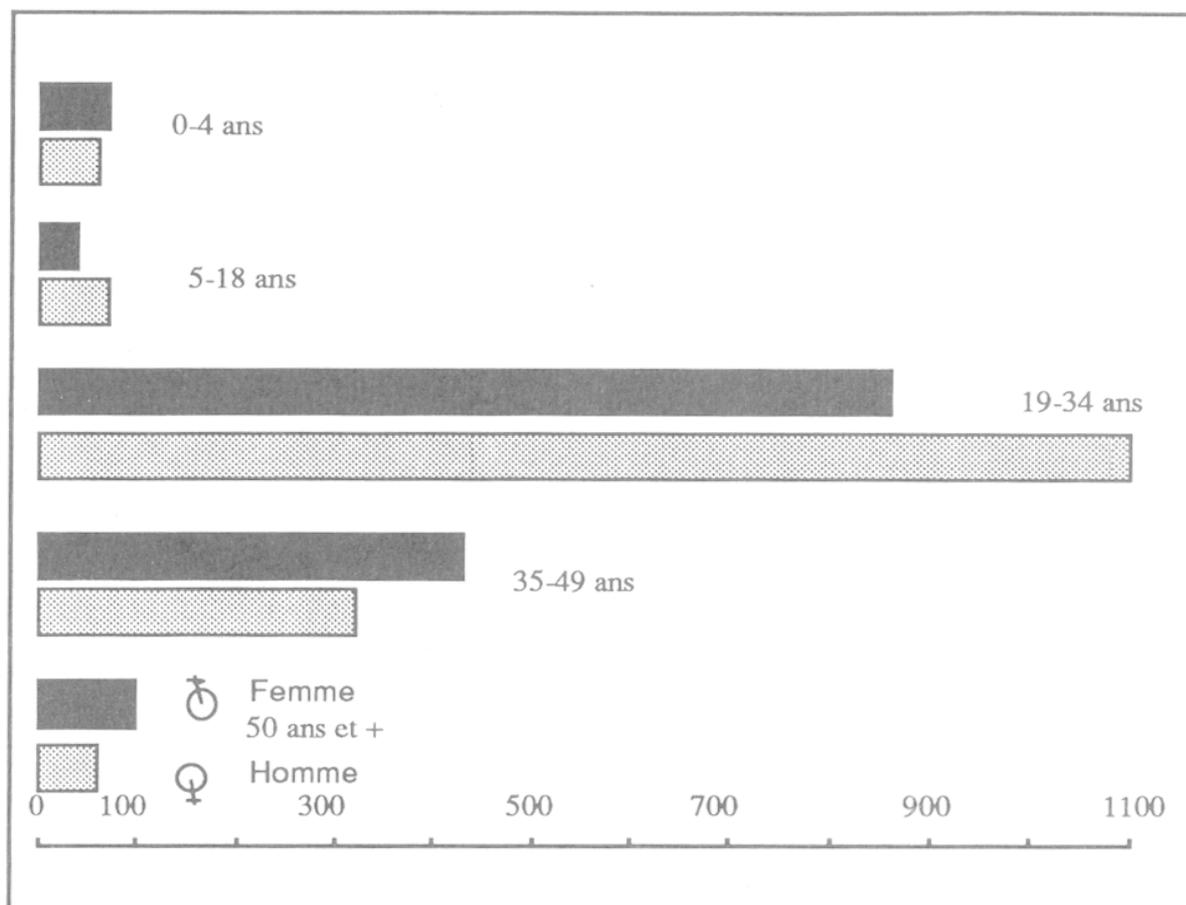


Fig.2 - Répartition des nouveaux cas de SIDA et de V.I.H. en 1990 selon les tranches de vie des Rwandais.

2-Une épidémie affectant surtout les personnes ayant de «petits revenus»

L'activité économique essentielle du Rwanda étant l'agriculture, il est normal que les agriculteurs représentent près de la moitié des cas d'infection (49,6 %) tout en sachant que les agriculteurs peuvent exercer un autre métier à temps partiel. Plus surprenant est de constater que 62 % des cultivateurs infectés sont des femmes. L'économie rurale à finalité domestique est encore peu diversifiée et peu intensifiée. Le tiers des ruraux est sous-employé. L'agriculture ne contribue plus que pour 36 % à la réalisation du P.I.B.

Mais comme le pourcentage de personnes porteuses du virus appartenant aux secteurs d'activités secondaire et tertiaire est le double du poids respectif de ces secteurs sur le marché du travail (20,3 % pour 10 %), les employés du secteur «moderne» de l'activité économique semblent en définitive les plus atteints. En pourcentage, la répartition trouvée des malades travaillant dans ce secteur est similaire à celle des effectifs et des sexes pour ces branches d'activité,

c'est-à-dire que les agents de l'Etat viennent en tête suivis par les artisans et salariés d'entreprise, les commerçants, les chauffeurs-routiers, les prostituées «reconnues» et les militaires.

L'importance relative de la population carcérale (1,5 % des infectés) et surtout celle des sans-emplois et des travailleurs occasionnels (25 % des malades) révèle l'acuité des problèmes du pays tant aux plans économique que sanitaire. Les professions à risque sont aussi bien celles qui associent prestige, argent, domination que celles liées à la débrouillardise. 19 % des cas de V.I.H. et de SIDA sont expliqués par la population active non agricole et 26 % par les alphabétisés, catégorie *a priori* avantagée pour trouver un emploi non exclusivement agricole. Mais les exclus du système économique et les oisifs forcés sont aussi une proie facile pour ce fléau. Par contre, les scolaires et les universitaires sont encore relativement épargnés, ce qui en font les principaux donneurs de sang. Ils représentent seulement 1,7 % des malades alors que 35 % de la jeunesse sont scolarisés.

3- Une épidémie de célibataires et de cas sociaux

Le tiers seulement des personnes infectées est marié. La polygamie ne favorise guère l'épidémie : 4 % des malades et $r^2 = 0,01$. Ce sont surtout les célibataires (26,1 %) et les chefs de famille monoparentale (20,3 %) qui constituent le gros bataillon des personnes touchées par l'épidémie ($r^2 = 0,42$)³. L'héritage du virus à la naissance touche 3,5 % des enfants. L'importance du pourcentage de célibataires contaminés témoigne du rôle joué par les «prostituées» occasionnelles ; le concubinage passager évolue très souvent vers une pseudo prostitution de la femme dès la première séparation. Le concubinage ou union de fait, tout en étant toléré, n'est pas reconnu par la loi ni par la coutume. L'aggravation de la distension des liens matrimoniaux par suite de mauvais traitements après beuverie, par jalousie, par incapacité d'entretenir la famille, par infécondité, favorise le naufrage de nombreuses femmes. La femme esseulée n'étant plus protégée par son mari ou sa famille survit par le commerce de boissons ou d'éventaire, paravent courant d'une prostitution non-officielle. Au total, 79 % des divorcés, séparés ou concubins malades sont des femmes.

Le veuvage représente aussi un «vivier» de la maladie, mais il y a quatre fois plus de veuves que de veufs atteints ; la multiplication des relations sexuelles occasionnelles ou leur inféodation à un lévirat déjà malade expliquerait cette plus grande vulnérabilité des femmes.

3- r^2 = le carré du coefficient de corrélation entre le nombre de cas de V.I.H. et de SIDA par préfecture et des variables explicatives. L'état matrimonial comprend quatre catégories : divorcés, séparés, veufs et célibataires. La religion ne prend en compte que les musulmans, les «sans religion» et les animistes. Les 6 premières variables corrélées datent du recensement de 1978.

4- L'ethnie tutsi favorisante

Si toute la population devait être frappée par l'épidémie, le carré du coefficient de corrélation mettrait en évidence le fait que 76 % des cas de V.I.H. et de SIDA appartiendraient au groupe ethnique tutsi. Les échanges de partenaire (*Guhanga ingo*) sont monnaie courante entre couples et amis appartenant à ce groupe. Ils pratiquent aussi fréquemment l'homosexualité. Par ailleurs, de par leur beauté les femmes tutsi sont recherchées comme maîtresses occasionnelles ou appointées par des hommes appartenant à d'autres groupes. L'ethnie tutsi a une part primordiale dans le développement urbain et de l'économie moderne⁴. De plus, en contrôlant les Eglises chrétiennes (catholique et protestantes) dans un pays peuplé à 90 % de Hutu, ces Tutsi provoquent un désintérêt de plus en plus grand par la population des règles morales occidentales et un grand relâchement des mœurs. Seuls les groupes familiaux pratiquant les cultes animistes ou adhérant à l'Islam semblent peu atteints par le V.I.H. ($r^2 = - 0,43$).

La notion d'épidémie n'est donc pas aveugle : des catégories à risque sont révélées par l'analyse de l'incidence. Dans la minorité tutsi comme dans la majorité hutu, les jeunes adultes, les *indushyi* (femmes seules délaissées), les ruraux laissés-pour-compte (par suite d'un morcellement extrême des terres), les individus marginaux au plan économique sont particulièrement vulnérables. Tous ces gens les plus en contact avec le V.I.H. se concentrent dans les villes et les bourgs ruraux, faisant des franges citadines mal urbanisées des lieux épidémiologiques dangereux.

II - Une épidémie soulignant le réseau urbain

En 1990, l'Office National de la Population (ONAPO) estimait à 8 % la population urbaine du Rwanda (soit 543 000 habitants) ; le recensement d'août 1991 ne retient que 386 351 urbains, soit un taux global d'urbanisation de 5 %, d'où l'expression «*le Rwanda est un pays sous-urbanisé*». Néanmoins, on y trouve de nombreux centres présentant certaines infrastructures citadines. Au plan épidémique, le virus de l'immunodéficience humaine touche pour un tiers des gens ayant une vie citadine au moins embryonnaire (38,5 % des nouveaux cas en 1990) (fig.4).

4- Il faut tenir compte du fait que la moitié des fiches exploitables proviennent des P.N.L.S. de Butare, Kibuye et Cyangugu, espaces regroupant 53 % des Tutsi.

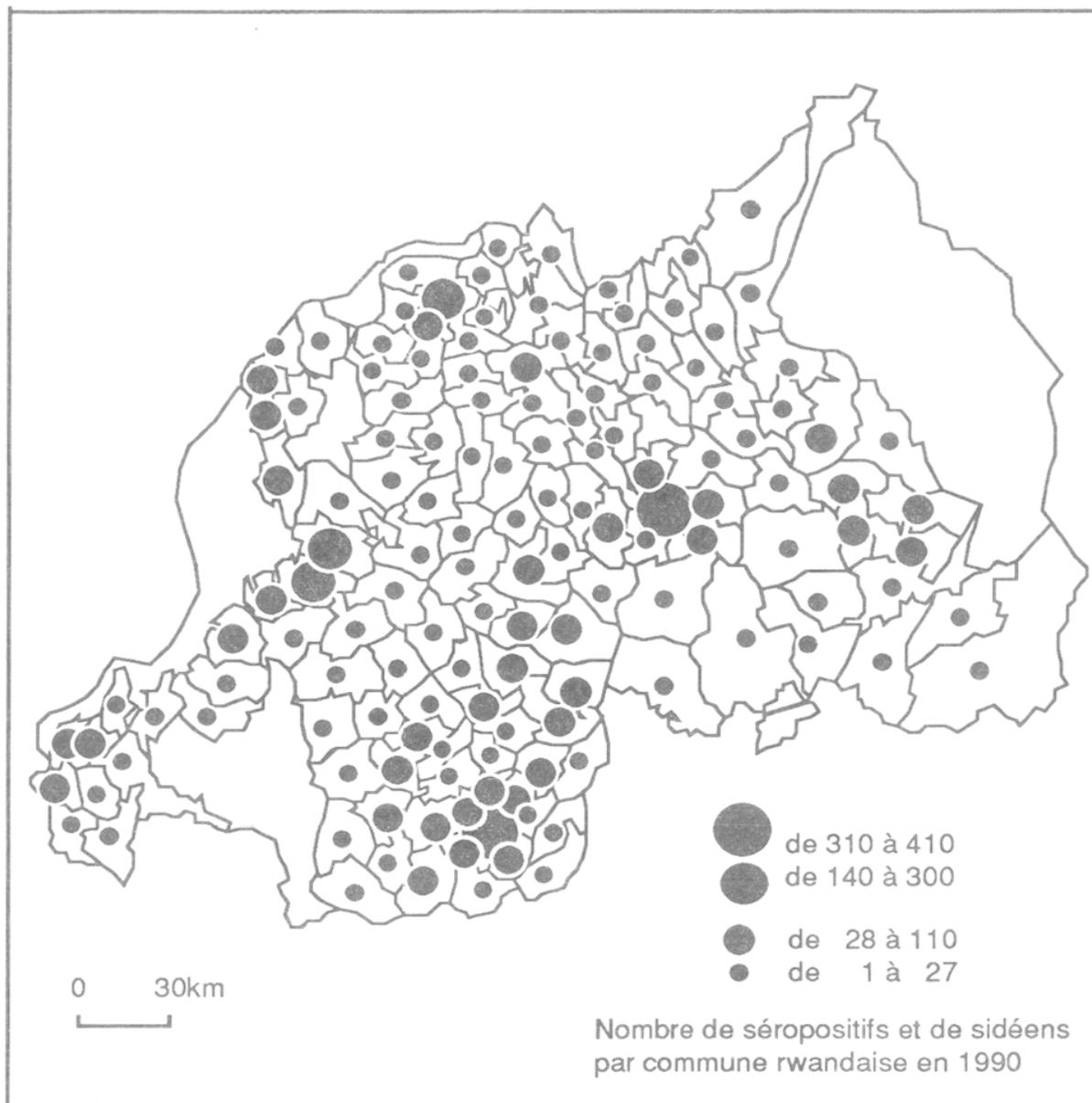


Fig.3 - Nouveaux cas de V.I.H. et de SIDA en 1990 au Rwanda

1- Les noyaux durs de l'épidémie

Si toutes les communes rwandaises ont été touchées par le V.I.H. et le SIDA en 1990 (sauf celle de Mugambazi), le nombre de cas par commune (fig.3) et surtout le taux d'incidence communal (fig.4) varient énormément : l'existence d'un cadre urbain et la présence d'axes majeurs de communications (routes goudronnées et cabotage lacustre) semblent favoriser l'épidémie.

Les communes traversées par un axe majeur de communication totalisent 71 % des nouveaux cas de V.I.H. et de SIDA. La fréquentation «cosmopolite» des cabarets-boutiques qui s'égrènent le long de ces axes joue un rôle décisif dans la progression de l'infection à V.I.H..

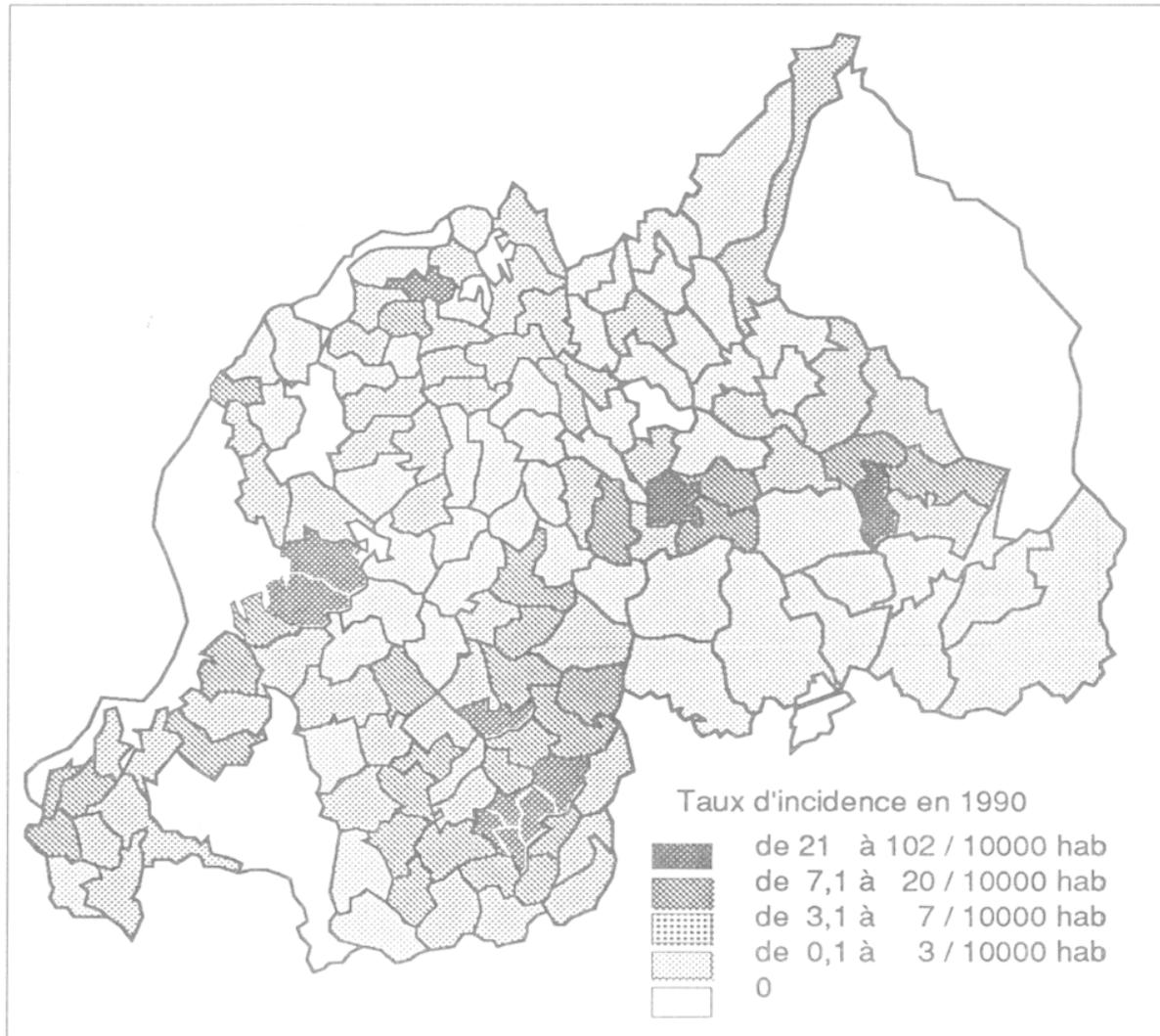


Fig.4 - Taux d'incidence communal du SIDA et du V.I.H. au Rwanda

Les bourgs servant de haltes enregistrent une incidence du V.I.H. et du SIDA en 1990 de l'ordre de 0,50 % alors qu'en milieu rural, elle n'atteint que 0,04 % (fig.5). Evidemment ce résultat peut être influencé par une meilleure déclaration «en ville» ou par suite d'une sous-déclaration dans les campagnes : 56,5 % des nouveaux cas sont en effet décelés dans une formation

sanitaire urbaine⁵. D'ailleurs 18 % des nouveaux cas ruraux sont dépistés en ville. Toutefois, 1 % des nouveaux cas urbains a été décelé dans un centre de santé rural. La faible incidence rurale tient donc largement au fait que 89 formations sanitaires rurales seulement sur 276 font analyser le sang de malades en situation de présomption de V.I.H. ou de SIDA.

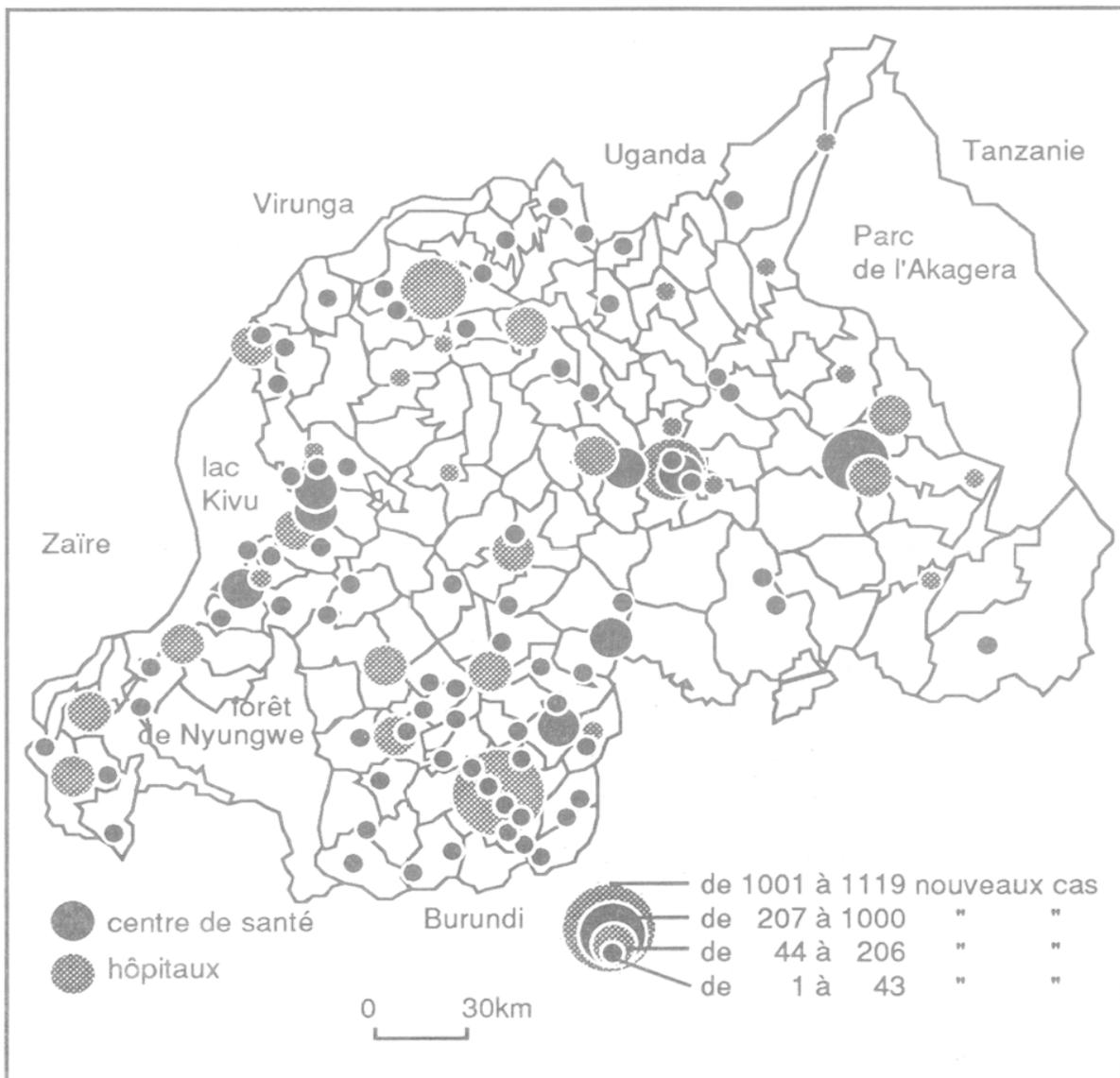


Fig.5 - Nouveaux cas de V.I.H. et de SIDA par centres de soins en 1990

Fait symptomatique, et à l'exception de Kibungo-ville et de Byumba-ville, toutes les petites villes ont un taux d'incidence supérieur à celui de la

5- Tous les hôpitaux urbains (12) dépistent les cas de VIH et de SIDA auxquels s'ajoutent 8 centres de santé urbains sur 11. Le seul hôpital rural ne déclarant rien est l'hôpital psychiatrique de Ndera.

capitale, Kigali (commune urbaine de Nyarugenge). Ils s'échelonnent de 0,4 % à Gisenyi à 1,1 % à Kibuye en passant par 0,5 % à Nyabisindu, Gikongoro, Gitarama ; 0,6 % à Ruhengeri ; 0,9 % à Rwamagana ; 1 % à Cyangugu et Butare contre 0,2 % à Kigali. L'instabilité de la population des bourgs ruraux peut expliquer ces résultats.

A l'échelle de la section de commune, on s'aperçoit que 57,5 % des nouveaux cas de V.I.H. et de SIDA habitent un secteur en voie d'urbanisation, englobant souvent un village-centre, maillon élémentaire de l'armature urbaine nationale. Les services administratifs, socio-culturels, commerciaux et artisanaux se localisent souvent le long d'une route tout en s'éparpillant parfois sur deux, voire trois secteurs⁶.

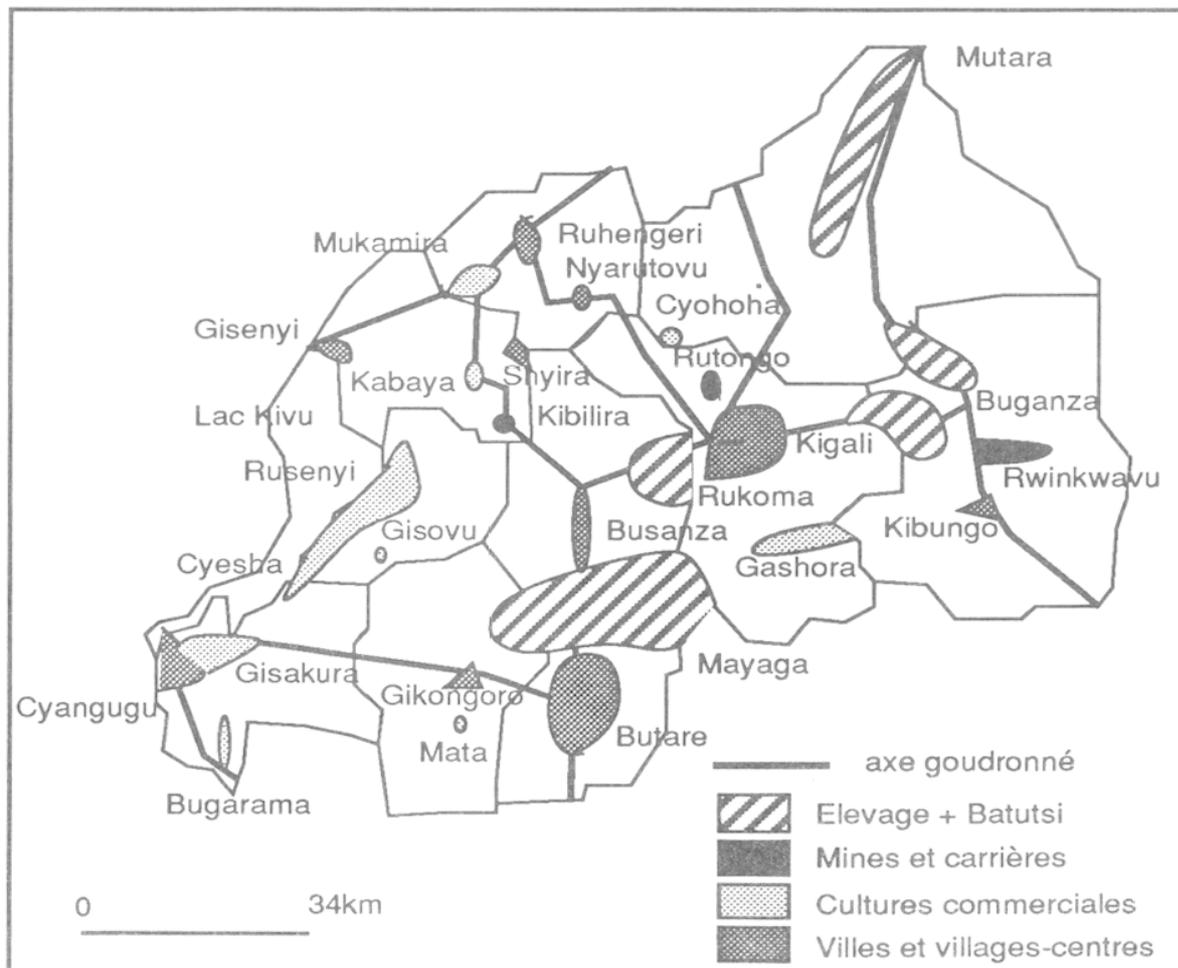


Fig.6 - Pôles séropositifs et sidéens en 1990

6- 69 % des secteurs administratifs du Rwanda ont hébergé en 1990 des nouveaux cas de séropositifs et de sidéens. Quatre nouveaux cas par secteur est la moyenne nationale pour ces 1 031 secteurs. Les deux tiers des nouveaux cas vivent dans des secteurs urbains possédant un ou plusieurs services.

Donc il est très difficile d'évaluer l'impact précis de l'urbanisation sur la distribution du V.I.H.. Néanmoins, on constate que les lieux où se propagent V.I.H. et SIDA correspondent aux secteurs où se développe une forte activité «moderne» (fig.4) : zones de production de mines et de carrières (Rwinkwavu, Kibilira, Rutongo, Muganza), zones de plantations (théiers de Pfunda, Cyohoha, Karago-Gaseke, Mata, Shagasha-Gisakura, Gisovu ; caféiers du Cyesha-Rusenyi ; riz du Bugarama ; pommes de terre de Nkuli), abords des camps militaires (Mbyo-Gashora). Les seules zones traditionnelles fragiles sont situées à proximité des grandes routes, là où la conjonction élevage/Batutsi/tuberculose se révèle primordiale (par exemple sur l'axe Bufundu-Est/Buzanza-nord/Muyaga, le Rukoma, le Buganza-sud et le Mutara). Dans tous les noyaux urbains élémentaires (petites villes et villages-centres) on assiste à un grand brassage d'individus socialement instables : fonctionnaires ayant une activité itinérante tout autant qu'oisifs que l'économie traditionnelle du *rugon* ne fait plus vivre. L'alcool et l'argent mettent en présence débrouillards et petits potentats et favorisent la mise en place d'une faune interlope faisant commerce du sexe assurant bien souvent les seuls passe-temps jugés agréables à l'intérieur de ces lieux mal structurés propices au désœuvrement. Les jours de marché voient se rassembler les gens des alentours. Pour les paysans, le jour de marché est l'occasion de s'évader des contraintes sociales inhérentes à la vie des «collines», à la société rurale traditionnelle. Par la proposition des partenaires sexuels multiples, ces «enclaves» de la modernité mal assimilée sont le terrain idéal de la diffusion de l'infection à V.I.H..

2- Le V.I.H., comme révélateur des espaces urbains

Officiellement, l'administration a délimité l'espace urbain. Mais celui-ci déborde ses frontières administratives et recèle des paysages différents bien mis en valeur par le gradient intra-urbain du V.I.H.. Dans de nombreuses villes, autour du quartier central colonial, s'étendent des banlieues restées rurales. La moitié de la population des circonscriptions urbaines déclare toujours avoir l'agriculture comme activité principale. Les agglomérations «rurbaines» sont plus le résultat du cumul de hautes densités de population et d'une grande pauvreté que d'une vitalité économique diversifiée. A l'exception de Kigali et de Butare où l'individualisation précise de quartiers résidentiels modernes et indigènes est possible, les villes du Rwanda associent donc un quartier axial réellement urbanisé et des secteurs de dense habitat rural. Il arrive même qu'on ne puisse séparer la périphérie «rurbaine» du quartier central (cas de Kibuye et Kibungo). Dans ces villes, petites et mal structurées, le gradient du V.I.H. diminue depuis le centre vers la périphérie. Les auréoles rurbaines ont une incidence intermédiaire entre les quartiers urbains centraux à forte endémie et

les «collines» rurales peu touchées car bien structurées. Gikongoro fait exception, les lieux d'animation dont l'hôpital et l'ancien centre commercial (Nzega) se situant dans l'espace rural.

A Kigali, l'espace indigène ou déstructuré est plus atteint (0,24 %) que les quartiers modernes (0,14 %), et surtout, que les zones rurales (0,05 %). Le vagabondage sexuel semble être l'apanage des petits salaires des quartiers populeux. Faute d'éducation minimale on enregistre chez eux absence de protection et fatalisme vis-à-vis de la maladie alors que les nantis mieux avertis qui habitent les beaux quartiers commencent à se prémunir contre ce fléau (fig.7).

III - Une épidémie favorisée

L'évolution de la société rwandaise rend problématique la gestion de l'épidémie : démographie galopante, dégradation de l'économie, instabilité politique se conjuguent, ce qui aboutit à la déstructuration du corps social.

1- L'influence d'un fort accroissement démographique

Une densité brute de 271 hab/km² et un taux annuel d'accroissement naturel de 3 % font que tout l'espace rural traditionnel est aménagé : 60 % du pays regroupent plus des trois quarts de la population. La S.A.U. (Surface Agricole Utilisée) moyenne familiale relève déjà de la structure du jardin (moins de 1 ha) ; dans 25 ans, on ne pourra plus compter que sur 30 ares pour une famille de 5 personnes. L'acuité de la succession foncière est ainsi posée.

De moins en moins de jeunes hommes peuvent nourrir une famille : ils ne peuvent donc se marier officiellement. Le retard important de l'âge au mariage et ce faisant le nombre extrême de jeunes adultes célibataires dénotent le caractère explosif du phénomène. Il arrive de plus en plus souvent qu'une jeune femme considère que son mari n'arrive pas à l'entretenir correctement, surtout lorsque sa dot n'est pas payée ; elle retourne alors chez ses parents. Cette séparation de fait multiplie à l'extrême le nombre des femmes esseulées, en particulier le long du lac Kivu (zone à forte incidence de V.I.H.) où les Bashi zairois contractent facilement des unions de fait avec ces Rwandaises à la dérive. L'inverse est rare parce que le Rwandais ne pourrait satisfaire l'alimentation fortement carnée d'une femme Shi. Le caractère non officiel de ces unions (souvent polygamiques) rend ces liens fragiles. Les Rwandaises qui les expérimentent ne s'en satisfont pas et viennent rapidement grossir les rangs des femmes-célibataires, prostituées d'occasion à Bukavu ou à Goma. De plus en plus, elles fréquentent maintenant Bujumbura, Butare et Kigali.

Ces formes actuelles de célibat forcé semblent donc encourager le vagabondage sexuel, facilitant la diffusion des M.S.T. (Maladies Sexuellement

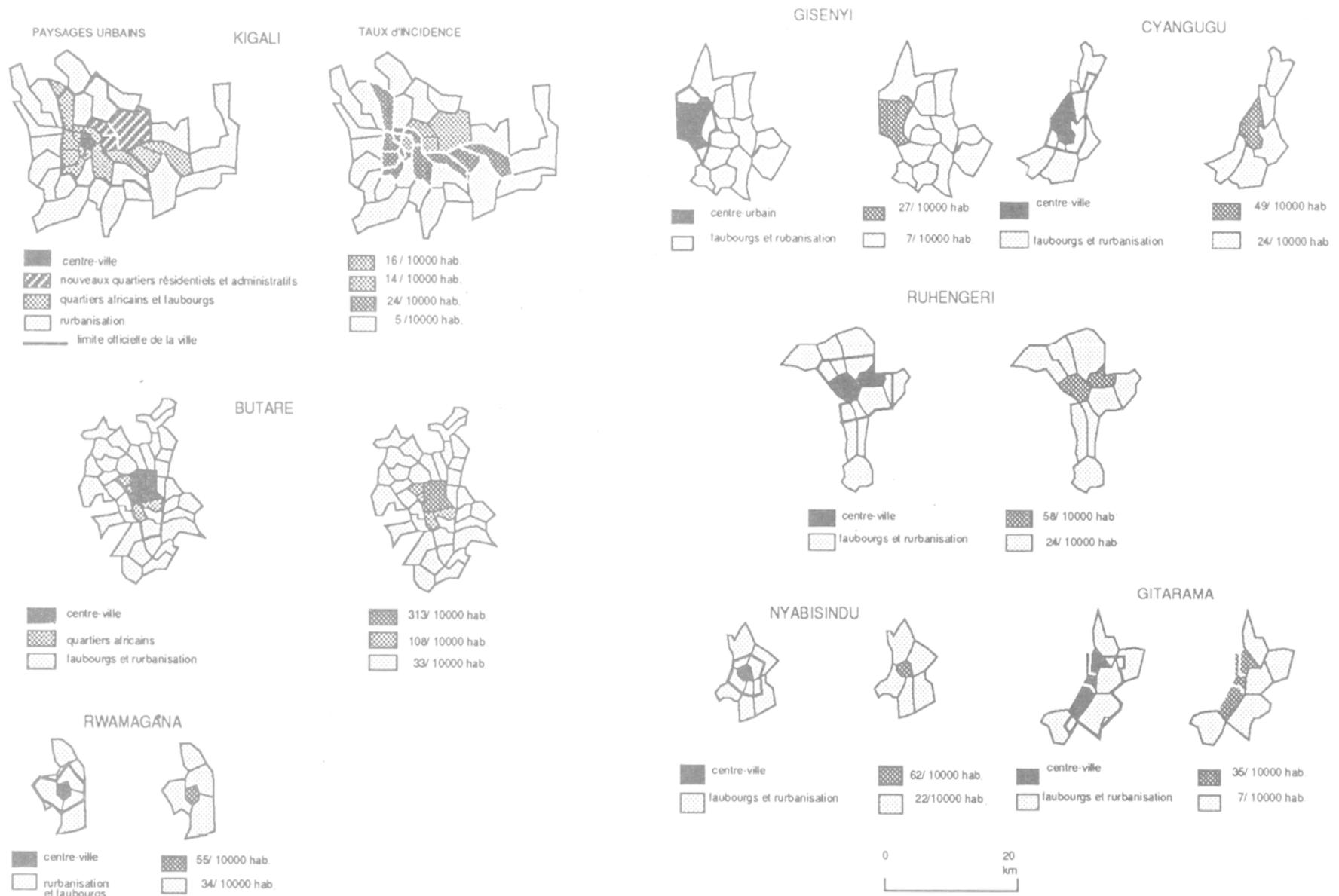


Fig.7 - Gradient du V.I.H. et du SIDA en 1990 dans des espaces urbains rwandais

Transmissibles) de plus en plus difficiles à guérir : 77 cas de V.I.H. et de SIDA sont soignés aussi pour M.S.T. et 1 175, soit le quart des infectés, déclarent avoir eu des antécédents vénériens. La nature des premiers rapports sexuels subit de fait une translation. Traditionnellement, ils s'acquerraient en fréquentant des prostituées attirées. Actuellement, ils font référence aux services des jeunes miséreux oisifs, présents en particulier dans les zones péri-urbaines ou «rurbaines».

Dans cette société rurale à habitat dispersé, les réunions autour de boissons alcoolisées (issues de la transformation des céréales et bananes en bières et cidres) sont aussi l'occasion de nouvelles rencontres débouchant sur la multiplication des partenaires sexuels : passer la nuit sans bière ni femme (*kurara umugore n'inzoga*) est au Rwanda un signe de pauvreté. La buvette ou cabaret-bar, commerce de détail le plus vulgarisé du pays, souvent situé le long des pistes ou dans des zones d'habitat rural mal urbanisé, est un lieu privilégié de rencontre et ce faisant un foyer de contamination par M.S.T. et V.I.H..

2- De faibles moyens sanitaires

Le Service de santé rwandais est handicapé par un budget limité (5 % du budget national) actuellement en forte régression (-26 % entre 1986 et 1989). Son efficacité passe donc par l'aide extérieure. Celle-ci finance 45 % de ses dépenses du service de santé. Le tiers de cette aide est versée pour la lutte contre le SIDA (soit 450 millions de FRwa⁷). Les conséquences de cette situation sont multiples :

a- La rareté des seringues et gants de caoutchouc dans les centres de soins

Les seringues réutilisables n'y sont pas toujours correctement stérilisées. De plus, les personnels médical et paramédical s'en servent subrepticement pour des soins à domicile dans de mauvaises conditions hygiéniques. Ces *magendu* ou faux guérisseurs peuvent être des agents involontaires du V.I.H.. 34 % des nouveaux infectés ont reçu des injections dans des formations médicales et 37 % ont subi des piqûres administrées par de faux guérisseurs ambulants.

b- Le problème du sang contaminé

Jusqu'en 1985, les transfusions sanguines ne dépistaient pas le V.I.H.. Comme ce virus fut notifié au Rwanda en 1983, une enquête menée en 1985 parmi les donneurs de sang montra que 18 % des donneurs urbains étaient

7- 1 FRwa = 0,0407 F

infectés contre 4 % des ruraux. Les élèves testés étaient séronégatifs. Aussi les 6 centres de transfusion sanguine recrutant 86 % de leurs donateurs dans le milieu rural et les écoles. Le taux moyen de séropositivité reste tout de même voisin de 3 % en 1990. Or les prélèvements n'arrivent pas à satisfaire une demande exacerbée par la guerre et la famine et ne peuvent pas tous être testés par manque de moyens. La tentation est donc forte d'utiliser tous les lots sanguins malgré l'interdiction d'utiliser du sang non testé. 2 % des nouveaux cas de V.I.H. et de SIDA ont subi une transfusion sanguine. Les malnutris, les parturientes, les paludéens et les accidentés sont les principaux visés.

c- Le problème des préservatifs

Si la quasi-totalité de la population connaît le SIDA, c'est grâce aux efforts éducatifs des organismes de santé nationaux et internationaux. Mais la moitié des ruraux et le tiers des urbains estiment que l'épidémie progresse lentement. Cette maladie est moins redoutée que le paludisme car elle touche infiniment moins d'individus. Lors d'enquêtes comportementales en 1988, 3,5 % des personnes interviewées utilisaient des préservatifs. La rareté de la protection personnelle ancrée dans les mœurs et soutenue par le clergé catholique ne peut que favoriser l'épidémie. Pour le moment, les préservatifs sont distribués gratuitement à raison de 60 000 par mois. C'est peu, d'autant plus que la moitié profite aux militaires, aux étudiants et aux urbains de Kigali, la capitale. Le monde rural dans son ensemble et les scolaires négligent ce mode de protection. L'aide extérieure pour lutter contre le SIDA risquant de diminuer, on commence à vendre des préservatifs en pharmacie et chez des boutiquiers à raison de 10 FRwa l'unité, équivalent à un douzième d'une journée de salaire de base. Ainsi, si les gens fortunés peuvent facilement avoir accès à ce nouveau produit (à condition qu'il n'y ait point de pénurie), par contre, les petits salaires («salaires sérums») et les ruraux mal monétarisés ne pourront se protéger faute de numéraire et seront les plus exposés à la transmission du V.I.H.. Le caractère sélectif de la maladie est une réalité grave.

3- Des comportements traditionnels aggravants

Certaines pratiques de médecine traditionnelle sont susceptibles de transmettre le virus du V.I.H. comme les scarifications (*indasage*). Les lancettes ou les lames de rasoir utilisées passent d'un patient à l'autre sans jamais être stérilisées. L'incision-aspiration (*kurumika, kunywana*) peuvent contaminer à la fois le guérisseur, le malade et les échangeurs de sang s'ils ont des blessures buccales. Dans 8 % des cas (en 1990) la contamination fait référence à la scarification.

Malgré des attitudes puritaines induites par l'influence dominante des missionnaires, les Rwandais changent de partenaires sexuels de manière

fréquente : *kwikiriza ntibibuzauwanga kwanga*, comme dit le dicton. L'hospitalité passagère, les veillées, l'infécondité reconnue sont propices aux échanges de partenaires. Le harcèlement sexuel est d'autant plus grand que celui qui le pratique détient une parcelle de pouvoir. Or la soumission devant les «petits chefs» est systématique tant on a peur de sa vengeance, par exemple de perdre son travail. Croire que le contact avec la vulve d'une petite fille peut guérir une M.S.T. masculine est encore malheureusement fréquent. Au total, les infectés pour plus d'un tiers au moins reconnaissent avoir plusieurs partenaires sexuels (fig.8).

Ainsi, en 1990, l'incidence du V.I.H. et du SIDA montre que l'épidémie peut atteindre n'importe quel lieu au Rwanda mais qu'il existe des individus et des lieux à risque : célibataires, Batutsi, actifs ayant une profession itinérante (fonctionnaires peu payés, commerçants et artisans vivant) concentrés soit dans les zones de grande activité «moderne» (axes majeurs de communications, postes de services, mines et plantations) soit dans les zones à très forte pression démographique (microfundium, zones urbaines, espaces pastoraux surexploités). Le V.I.H. révèle la marginalité sociale et la misère économique liées à une croissance démographique incontrôlée.

La combinaison linéaire de l'état matrimonial et de l'importance des Tutsi rend compte de 77 % de la variabilité de l'incidence du V.I.H. et du SIDA à l'échelle des préfectures régionales en 1990. Cette image momentanée prise en 1990 a des similitudes avec celle de 1986 : la séropositivité au V.I.H.1 touchait déjà plus le milieu urbain (18,1 %) que le milieu rural (1,7 %). 17 % avaient eu des antécédents d'injections et 27,5 % des antécédents de transfusion. Les individus sans partenaires stables présentaient déjà un taux élevé de séropositivité. Le taux d'incidence dans les cellules urbaines testées démontraient que 5 petites villes avaient autant, sinon plus, de séropositifs que Kigali ; toutefois un gradient décroissant du V.I.H. du centre vers la périphérie «urbaine» était déjà visible à Butare et à Kigali ; le centre commercial et résidentiel de la capitale détenait alors un taux maximal comme celui de Butare actuellement ; l'atténuation du phénomène à Kigali témoigne-t-elle de la prise de conscience des nantis de la nécessité de se protéger ? Et de ce fait les urbains et les citadins des quartiers déstructurés seraient-ils à présent plus exposés que les riches urbains ? On peut le penser, mais il nous est difficile de le vérifier par une méthode quantitative puisque l'échantillon de population de 1986 ne représente que le tiers des fiches analysées en 1990 et, surtout, l'enquête de 1986 privilégiait le milieu urbain (les 3/4 de l'échantillon).

Les conséquences socio-économiques du V.I.H. sont multiples : 1,5 % du coût des soins hospitaliers sont perdus. On constate l'augmentation du nombre des orphelins que Caritas et les O.N.G. essaient d'aider ou de caser dans des familles de pays riches ; mais surtout on doit signaler la perte des cadres (formés souvent à l'étranger), des gens de pouvoir qui ont souvent tendance à affirmer

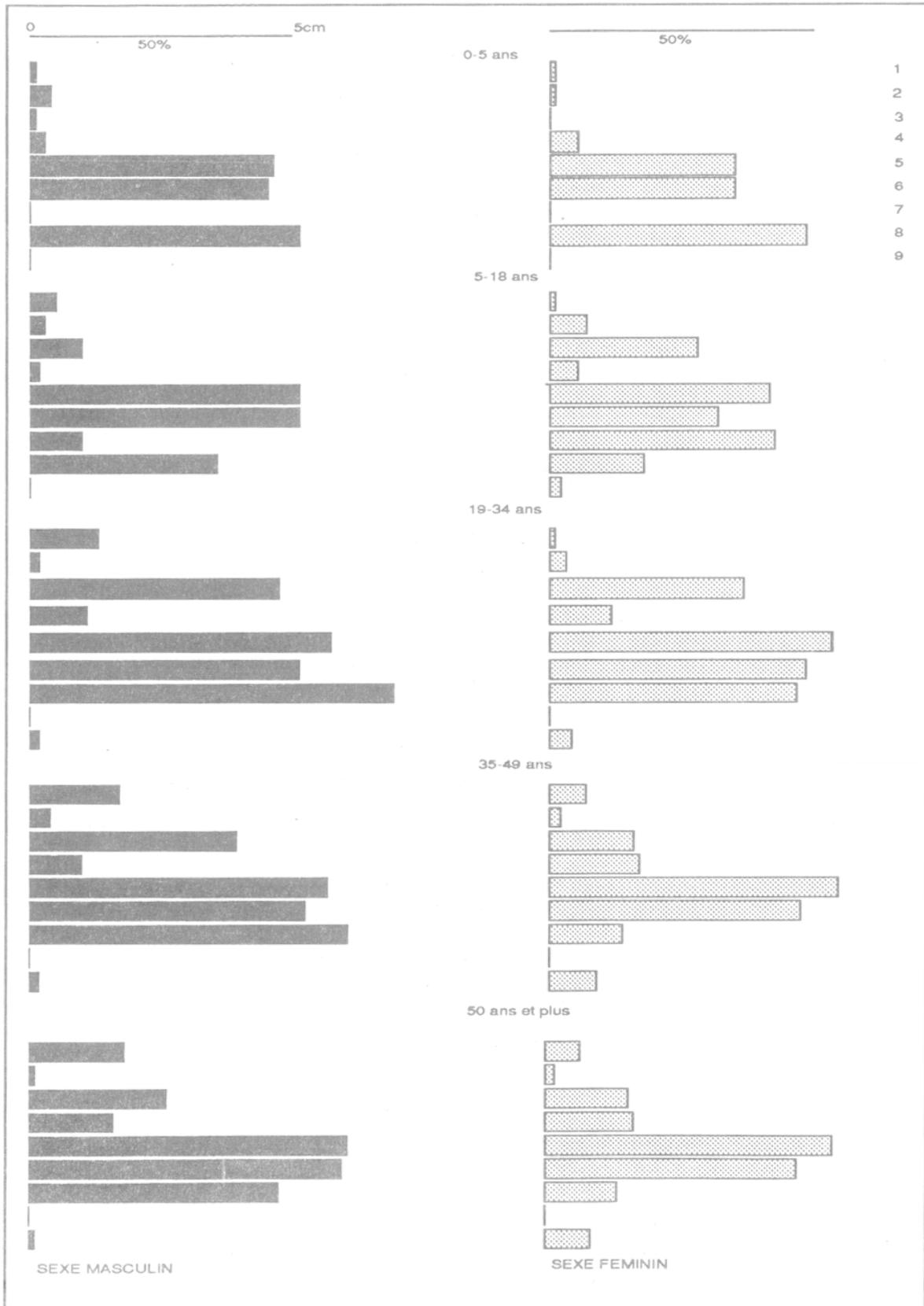


Fig.8 - Répartition des antécédents favorisant le V.I.H. par sexe et cycles de vie

Types d'antécédents : 1- voyages à l'étranger ; 2- transfusion sanguine ; 3- M.S.T. ; 4- scarification ; 5- injections de guérisseur ; 6- injections dans un centre de soins ; 7- plusieurs partenaires sexuels ; 8- parents séropositifs ou sidéens ; 9- partenaire séropositif ou sidéen.

leur position dominante par une activité sexuelle extrême sur leurs subordonné(e)s ; avant la vulgarisation du préservatif, ils étaient les plus exposés à la transmission du V.I.H.. Depuis, le V.I.H. touche des individus de couches sociales plus «basses», économiquement et culturellement instables. Ce faisant, le potentiel d'infection s'est très largement accru. La situation est à présent dramatique. Elle ne pourra être modifiée sans une éducation adaptée. Ensuite faut-il que l'Etat puisse assumer son rôle d'organisation de la société, ce qui semble difficile dans le contexte actuel de guerre civile.

Toutefois l'épidémie, comme la guerre, apparaissent à certains comme un moyen pour le Rwanda, de rééquilibrer sa densité démographique à ses maigres ressources.

BIBLIOGRAPHIE

Fiches médicales du Projet National de Lutte contre le SIDA. (B.P. 84, Kigali) exploitées par Gérard Michel, Centre de Calcul, Université de Tours (Parc Grandmont, 37200 Tours).

Le SIDA. Et ses conséquences ? *Cahiers du Bureau Social*, 71, 1989.

Projet Inter Croix-Rouge de Transfusion Sanguine au Rwanda (B.P. 425, Kigali). Rapports annuels.

RWANDA. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (B.P. 84, Kigali). Rapport du Séminaire-atelier de formation sur le SIDA, Kigali, 8-10 avril 1988. 252 pages.

RWANDA. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. - *Revue Médicale Rwandaise*, n°54, 1988, pp. 35 à 83 (numéro spécial sur le SIDA).

RWANDA. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Séminaire atelier IEC/SIDA, Kabusunzu, 24-28 avril 1989. 276 pages.

SIDA : signal d'alarme ; la société et l'Eglise interpellées. *Cahiers du Bureau Social* (B.P. 1277, Kigali), 60, 1988.

URAYENEZA, Tharcisse. - Les cas sociaux du SIDA en milieux urbains au Rwanda, S.O.S.! Kigali : Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, février 1989, 16 pages.