

# **Le sida en ex-URSS**

## Du déni à la prévention

**Le développement spectaculaire et récent de l'épidémie de sida en ex-URSS a permis de mettre en évidence les lacunes éducatives et institutionnelles d'une société traversant une profonde crise économique et sociale. La répression et le dépistage ont seulement ralenti une évolution inéluctable contre laquelle sont actuellement à l'étude des projets de protection sociale, de réformes scolaires et de suivis sociaux et psychologiques, appliqués par l'intermédiaire d'organismes souvent indépendants mais manquant de moyens.**

**L**e premier séropositif en Union soviétique a été dépisté dès 1985 et le premier cas de sida diagnostiqué en novembre 1987 à Leningrad. Les premiers touchés sont les résidents africains ou les expatriés revenant d'Afrique. Des mesures exceptionnelles sont prises. Un système de surveillance par dépistage est instauré, fonctionnant sur le même plan que pour les épidémies de variole ou de peste du passé. Les femmes enceintes, les prisonniers, les conscrits, les personnels médicaux, les étudiants étrangers, les Africains, les drogués et les prostituées, sont testés systématiquement. Un document émanant du ministère de la Santé à Moscou montre qu'en 1987, 1 million de tests de dépistage du VIH a été effectué, contre 8 millions en 1988, et un maximum de 24 millions en 1992, avant de régres-

ser progressivement de 1993 à 1996 jusqu'à 19 millions.

### **Une progression rapide de la maladie**

Le 20 novembre 1996 étaient officiellement recensés en Russie 2 081 séropositifs, contre 1 062 au 1er janvier de la même année. Ces chiffres peuvent sembler dérisoires comparés aux 165 481 cas de sida répertoriés à la même date à travers l'Union européenne. Pourtant des prémices laissent entrevoir une extension rapide du fléau. À Odessa, le nombre de séropositifs va passer de 183 à 1 490 en un an ; à Kaliningrad, de 21 à 387, alors que la progression de l'infection semblait ralentie.

L'endémie devient épidémie. La con-

tamination, jusque-là surtout sexuelle, est devenue brutalement le fait d'injection intraveineuse de drogue dans 83 % des cas en septembre 1996. Le faible prix des productions (extasy, acide) et des importations de pays limitrophes (opiacés d'Asie centrale), l'ouverture des frontières, la rapide croissance du nombre de toxicomanes (200 000 à Saint-Pétersbourg et probablement le double vers l'an 2000), l'échange systématique de seringues, la pauvreté qui pousse les jeunes vers le trafic de drogue ou vers le refuge d'un paradis artificiel, suffisent à faire envisager le pire, d'autant que les estimations du nombre de séropositifs varient de quelques milliers à plus de 40 000, de nombreuses personnes cherchant à échapper au contrôle systématique.

Le rapport 1995 de l'Unids, pour l'Ukraine, trace un parallèle entre l'évolution actuelle de l'épidémie et celle intervenue dix ans plus tôt en Occident. La comparaison reste délicate pour diverses raisons. Les tests, de type Elisa, sont de fabrication locale, leur fiabilité ne peut être garantie par les centres d'épidémiologie et de santé publique que dans 74 % des cas, faute de répondre suffisamment aux exigences actuelles. Ce qui est déclaré est la séropositivité et non l'entrée diagnostiquée dans le stade IV du sida comme en Occident. Le tableau met en

rapport la situation prévalant à Edimbourg et à New-York de 1980 à 1985 et celle des séropositifs d'Odessa en 1995, la ville d'Ukraine la plus contaminée. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une croissance très forte sur une population marginale et très ciblée de toxicomanes, dépistée tous les ans, qui est effectivement très inquiétante à long terme ; dans l'autre, d'une estimation initiale du nombre de séropositifs à partir d'une courbe des cas de sida déclarés qui sous-tend l'existence d'un nombre beaucoup plus important de séropositifs ignorés pendant plusieurs années.

Pourtant l'apparition en force de l'épidémie était prévisible dès 1988, lorsque la Pologne se retrouve confrontée au même problème au sein de la communauté toxicomane de Varsovie. Les autorités russes ont mis en place dès 1985 et en 1987 un programme éducatif et informatif sur le sida dont l'application est restée limitée. Ce n'est qu'en 1992 qu'apparaît le Comité national de lutte contre le sida, coordonné autour de la Sécurité et des ministères de la Santé et de l'Intérieur. Selon le Pr Koslov, à partir de cette date, des contrôles sont effectués dans les laboratoires de dépistage et un système d'anonymat des tests par codage commence à être appliqué dans certains centres comme à Moscou. Les moyens de lutte restent faibles. Le Parlement a d'abord voté, en 1992, une loi dont les orientations provenaient directement du programme mondial de l'OMS. Mais ce n'est qu'en 1994 que le sida est devenu une question de « sécurité nationale ». Un projet d'union d'organisations non gouvernementales (ONG) américaines, néerlandaises et russes, susceptibles de rester indépendantes du ministère de la Santé, et d'exercer des actions de lobby à la Douma (parlement russe), correspond au constat que le programme de lutte contre le sida du ministère de la Santé fonctionnait mal faute d'une gestion claire des fonds, réduits par ailleurs à 42 % du budget initial prévu de 1993 à 1995. L'argent était essentiellement consacré au dépistage mais nul ne savait où il allait exactement.

Jusqu'en 1994, la prévention associe

dépistage et répression. Une discrimination sociale importante touche autant les séropositifs que les homo et bisexuels ou les toxicomanes, à l'origine d'une limite à la prise en charge psychologique et médicale. Sous peine d'emprisonnement, les séropositifs devaient donner le nom de leurs partenaires.

### Des mesures rares et timides

Les projets de réformes législatives se sont heurtés aux groupes de pression tirant parti de la drogue. Un lobby antiprohibitionniste tire profit d'une dépenalisation de certaines drogues (par exemple la morphine) en décembre 1992 et s'intéresse dès 1995 aux sources de revenus d'une production officiellement destinée aux laboratoires pharmaceutiques en l'autorisant à des « personnes morales ».

La recherche scientifique reste embryonnaire, faute de moyens. Fonctionnant comme une sous-traitance bon marché, elle se charge par exemple de travaux d'études de toxicité commandés par des laboratoires étrangers dans les perspectives de recherche d'un vaccin.

Le 28 novembre 1996 une concertation nationale cherche à pallier les insuffisances de prise en charge sociale par l'amélioration du suivi des patients et la mise en place des grandes lignes du programme de lutte jusqu'en 2001. Depuis 1992, aucun cas d'infection nosocomiale par le VIH n'a pu être retrouvé. La formation complémentaire des médecins sur les aspects psychologiques du sida ne concernait jusqu'alors qu'une fraction limitée d'entre eux comme à Kiev en Ukraine où 355 médecins ont été formés en 8 ans. La réforme concerne surtout les actions sociales, développant les ONG s'intéressant aux groupes à risque par la fondation de centres d'accueil. Des travailleurs sociaux, des policiers sont formés. Le réseau de planning familial se développe également et permet une surveillance épidémiologique relayée par des rapports sur les Droits de l'Homme d'ONG étrangères comme Infoshare.

Quelques rares spots télévisés français

traduits et un affichage de rue quasi inexistant rendent compte des effets de la privatisation des médias doublée de l'absence d'un pôle associatif émanant du ministère de la Santé susceptible de coordonner une action commune. Des préservatifs sont distribués, mais pour la plupart leur prix et leur accès difficile en kiosque et en pharmacie, où ils ne sont nulle part mis en évidence, ne favorisent pas leur utilisation, essentiellement consacrée à la contraception. Les trois quarts d'entre eux sont importés et proviennent souvent de marques américaine, malaisienne ou indienne dont la qualité souvent douteuse leur interdit l'accès à l'Union Européenne.

L'attentisme des autorités s'est d'abord manifesté dans les lacunes des programmes scolaires d'éducation sexuelle. Au lycée technique (Saint-Petersbourg) 32 % des garçons et 24 % des filles seulement savent que le préservatif ne peut être utilisé qu'une fois. Le tabou social persistant a été un frein important à la prise de conscience par la classe politique de la nécessité de traiter l'épidémie comme une priorité nationale en matière de prévention. L'ouverture commerciale de l'Union contraste avec la persistance d'un isolement politique à l'origine de la faiblesse de l'aide internationale. Enfin, l'absence de budget défini et le recours aux organisations étrangères stigmatisent les difficultés de passer de l'étude de nombreux projets à leur réalisation. ■

### Dr Alexandre Fuzeau

Spécialiste des aspects psychosociaux de la prévention du sida en ex-URSS