L'infection par VIH/SIDA en Ouzbékistan : réactions à l'inconnu des mutations post-soviétiques

Sophie Hohmann

► To cite this version:

Sophie Hohmann. L'infection par VIH/SIDA en Ouzbékistan : réactions à l'inconnu des mutations post-soviétiques. *Revue d'Etudes Comparatives Est-Ouest*, 2010, 41, pp.95 - 116. 10.4074/S033805991000104X . hal-01411310

HAL Id: hal-01411310

<https://hal.science/hal-01411310>

Submitted on 8 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'INFECTION PAR LE VIH-SIDA EN OUBÉKISTAN : RÉACTIONS À L'INCONNU DES MUTATIONS POSTSOVIÉTIQUES ?

SOPHIE HOHMANN

Docteur en sciences sociales, chercheur associé au CERCEC (CNRS-EHESS) et à l'INED (UR 12) (so_hohmann@hotmail.com)

RÉSUMÉ : Les dynamiques d'infection par le VIH-sida propres aux Républiques d'Asie centrale sont étudiées ici à travers l'exemple de l'Ouzbékistan. En quoi celles, assez similaires, observées dans l'ex-URSS se distinguent-elles des dynamiques à l'œuvre dans d'autres régions du monde, notamment en Afrique australe ? Nous expliciterons les principales différences afin d'examiner comment les pays abordent et gèrent l'infection (politiques de prévention, traitements, aide psychologique, ONG, associations, etc.). Notre analyse se concentre en filigrane sur la manière dont le pouvoir politique s'approprie une rhétorique qui reproduit inexorablement la norme soviétique en stigmatisant et en disqualifiant l'individu infecté, classé dans une catégorie dite « déviante » et pensé socialement comme non productif. Ce travail se base sur des sources écrites diversifiées (statistiques officielles, rapports officiels et internes, enquêtes de prévalence des *Centres for Disease Control* en Ouzbékistan) et sur des sources orales (entretiens réalisés en 1997-1998 et en 2004 en Ouzbékistan).

Mots clés : Asie centrale postsoviétique, Ouzbékistan, VIH-sida, politique sanitaire, prévention, Afrique du Sud.

En ex-URSS, l'héritage soviétique est patent dans le domaine de la santé et la rhétorique qui était en usage perdure, particulièrement dans le cas de l'infection par le VIH-sida¹. Tout en appréhendant le sida comme une « maladie sociale », les autorités veulent le circonscrire aux seules catégories dites « déviantes », ce que les chiffres relatifs à l'infection infirment. À l'instar de la Russie à la fin des années 1980, l'Ouzbékistan se trouve confronté, depuis la fin des années 1990, à une flambée épidémique de VIH-sida (Adambekov & Mamaev, 2005), de même que le Kazakhstan, le Kirghizstan puis, à partir du début des années 2000, le Tadjikistan (voir Figures 1 à 9 en Annexe). La Fédération de Russie enregistre la hausse de l'incidence la plus rapide du monde (UNAIDS, 2001 ; Shakarishvili *et al.*, 2005) tandis que les pays d'Asie centrale font l'expérience d'une épidémie relativement peu importante, voire artificiellement « contenue » par les régimes en place. En Ouzbékistan, l'épidémie est encore limitée au début des années 2000, la prévalence étant inférieure à 0,1 % (21 pour 100 000 en 2006)² alors qu'elle est de 0,25 % en Fédération de Russie. Cependant, sa dynamique est inquiétante dans la mesure où tous les facteurs de risque sont réunis : toxicomanies par voie intraveineuse (Hohmann, 2003) – les usagers de drogues injectables (UDI) constituent près de 70 % des personnes infectées par le VIH enregistrées en ex-URSS (Hamers *et al.*, 2003; Semaille *et al.*, 2002) –, comportements sexuels à risque auxquels il faut ajouter l'augmentation de la prévalence de la tuberculose (Raviglione *et al.*, 1994) (Figure 9), symptôme de la propagation du sida³. Nous verrons quelles sont, dans ce contexte, les contradictions du système et sa difficulté à s'extraire de l'image qu'il s'est donnée en stigmatisant constamment les maladies dites « sociales » (*social'nye bolezni*) et comment se pérennisent les modes de fonctionnement soviétiques. En raison des contradictions véhiculées par l'idéologie soviétique, il est peu probable que la perception et la compréhension de ce type de pathologie puissent changer à court terme. Les choix collectifs et individuels restent en effet guidés par une rhétorique s'inscrivant dans la continuité d'une dialectique entravant considérablement les possibilités de mise en place d'un dispositif préventif et thérapeutique.

Nous nous limiterons dans notre analyse au cas ouzbek sans toutefois omettre des comparaisons avec les autres républiques d'Asie centrale, elles aussi touchées par l'infection. Par ailleurs, des comparaisons avec d'autres

1. L'infection par le VIH-sida n'est toutefois pas le seul exemple et nombreux sont les enjeux de santé publique qui ont été et restent instrumentalisés par les autorités politiques. Voir HOHMANN, 2009.

2. Consulter le site www.afew.org

3. Étant l'une des principales infections opportunistes qui se déclarent chez les personnes porteuses du VIH, la tuberculose est souvent le premier signe de contamination par ce virus. Son incidence est donc significative car elle permet, au-delà des discours officiels, de mesurer l'ampleur de la propagation du sida dans la société.

types de dynamiques de l'épidémie dans le monde s'avèrent cruciales pour mieux mesurer l'ampleur de l'épidémie en Asie centrale et les particularités de son extension.

1. DYNAMIQUES DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH-SIDA EN OUBÉKISTAN ET PROLONGEMENT DE LA DIALECTIQUE SOVIÉTIQUE

Si, en Asie centrale, l'épidémie de VIH n'est apparue qu'à la fin des années 1990, depuis le début des années 2000, la hausse mensuelle du nombre de nouveaux cas a été très rapide. Similaire à celles qui se sont propagées dans les ex-républiques soviétiques, le principal mode de transmission de cette épidémie est l'usage de drogues injectables qui, rappelons-le, a également joué un rôle majeur dans la propagation du sida en Europe de l'Ouest où 43 % des cas cumulés en 1995 y étaient directement ou indirectement associés (Hamers *et al.*, 1997). L'infection par le VIH s'est ensuite diffusée dans la population générale par l'intermédiaire des partenaires sexuels des usagers de drogues injectables (UDI). Toutes les souches des épidémies de sida en Europe de l'Ouest ont été identifiées comme appartenant au VIH-1 du sous-type B. Nous verrons qu'en Russie comme en Asie centrale, les études réalisées attestent que les principaux sous-types retrouvés (A et B) sont communs à cette zone malgré une grande variabilité des sous-types existants dans le monde. Leur occurrence révèle que les dynamiques de l'infection à l'œuvre dans les pays de l'ex-URSS se distinguent clairement de celles observées en Asie du Sud-Est et en Afrique (Ferrante *et al.*, 2005).

1.1. DÉVELOPPEMENT DE L'ÉPIDÉMIE EN FÉDÉRATION DE RUSSIE ET COMPARAISONS AFRICAINES

En 1999, l'usage de drogues injectables a provoqué, en Europe orientale et en Fédération de Russie, la plus forte augmentation du nombre de nouveaux de VIH diagnostiqués à l'échelle mondiale. Cependant, les prévalences restent inférieures à 1 % et, en Fédération de Russie, une baisse, quoique controversée, a été enregistrée au début des années 2000⁴. Elle signalerait que la propagation du VIH-sida a atteint un certain seuil de saturation naturelle : l'épidémie serait circonscrite à des groupes à risque définis et connus des autorités bien que l'origine d'une forte proportion des

4. Soulignons ici que la baisse de l'incidence du VIH-sida en Fédération de Russie (64 352 cas diagnostiqués en 2002 contre 100 580 en 2001) semble relever en réalité d'une diminution importante du nombre de cas déclarés parmi les UDI (-53 %) ; aussi n'est-il pas exclu qu'elle soit due à un problème d'enregistrement et de dépistage dans certaines régions. Cependant, le nombre de cas attribués à une transmission hétérosexuelle a continué d'augmenter régulièrement (+ 31 %). Voir *Surveillance du VIH/sida en Europe*, Rapport du 1^{er} semestre 2003, EuroHIV (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida), n° 69, p. 7.

cas de séropositivité, estimée à environ 40 %, soit indéterminée. La séroprévalence chez les femmes enceintes, qui est demeurée très faible jusqu'en 2002 (<1 %), montre que le virus ne circule pas encore dans la population générale. Cela ne signifie pas, bien évidemment, que le risque est nul, l'épidémie pouvant se développer dans d'autres couches de la population par des passerelles telles que la prostitution occasionnelle. Celles-ci semblent toutefois se « limiter » à des comportements à risque associés à l'utilisation de drogues injectables (homosexuels usagers de drogues injectables ; toxicomanes incarcérés ; toxicomanes contraints à se prostituer pour acquérir de la drogue). Les études réalisées en ex-URSS ont identifié 8 des 10 sous-types du VIH⁵ en Fédération de Russie, parmi lesquels les deux sous-types A et B sont les plus fréquents. Des recombinants A-B (Liitsola *et al.*, 1998) ayant également été trouvés, l'on en déduit que certains groupes cumulent plusieurs risques. Des similitudes inattendues ont été détectées entre la structure du virus circulant en Fédération de Russie et en ex-URSS de manière générale et celui qui sévit en Asie du Sud-Est où le sous-type A est très présent mais recombiné avec le sous-type E et non B comme dans les pays de la CEI⁶. Il semblerait que la recombinaison virale est fréquente dans ces régions mais la complexité du sujet est telle qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions définitives.

Les données issues de la surveillance épidémiologique montrent que l'incidence du VIH, après avoir été faible entre 1987 – date des premiers cas en Fédération de Russie – et 1997, a explosé entre 1999 et 2001 avant de retomber les trois années suivantes. Cette évolution est classique pour les épidémies qui touchent d'abord les toxicomanes ; elle a été observée dans les pays occidentaux où elle se caractérise par un pic d'incidence très élevé suivi d'une baisse rapide et par une flambée d'assez courte durée (6 à 7 ans). Elle se distingue fortement de celles en cours dans la plupart des pays africains, notamment en Afrique du Sud où le virus, pourtant apparu à peu près en même temps qu'en Russie, aurait pu circuler de la même manière. Or les paramètres d'infection sont très différents voire complètement opposés : la séroprévalence chez les femmes enceintes est de 28 % en Afrique du Sud où son augmentation a été constante entre 1990 et 2003, passant de 0,7 % en 1990 à 28 % en 2003 (Figure 10), contre 0,1 % en Fédération de Russie. 11 % des adultes de 15-49 ans sont séropositifs en Afrique du Sud (Gilbert & Walker, 2002) contre 0,3 % en Fédération de Russie alors que la séroprévalence chez les toxicomanes est quasi inexistante en Afrique du Sud contre plus de 50 % en Russie.

Rappelons qu'en Afrique du Sud, de 1991 à 2003, l'incidence du VIH chez les femmes enceintes a atteint entre 1 et 3 % par an et qu'elle n'a que

5. Sur les différents sous-types identifiés en Fédération de Russie, Biélorussie et Lituanie, voir entre autres LUKASHOV *et al.*, 1995.

6. *Ibid.*

peu baissé par la suite⁷. Son niveau est, en revanche, demeuré très faible en Russie : il est nettement inférieur au seuil de 1 % au-delà duquel une épidémie est considérée comme généralisée et qui, lorsqu'elle est à dominante hétérosexuelle, se singularise par une incidence élevée⁸.

1.2. QUELLE DYNAMIQUE EN ASIE CENTRALE ?

Entre 1988 et 1996, 12 cas de VIH ont été enregistrés en Ouzbékistan. On en dénombrait 48 en 1996, 779 en 2001 et 2 534⁹ au 1er juin 2003 qui se répartissaient comme suit : 2 098 hommes et 437 femmes dont plus de 60 % étaient des usagers de drogues injectables. Sur les 2 098 séropositifs diagnostiqués, 1 306 étaient recensés dans la ville de Tachkent, 577 dans l'*oblast'* de Tachkent, 104 dans celui de Samarcande, 97 dans celui de Surkhan-Daria, 93 dans celui de Ferghana, les neuf autres *oblast'* se partageant les 122 cas restants (Nijazmatov *et al.*, 2003). En 2004, le Centre républicain de lutte contre le sida comptait 5 564 cas cumulés, soit 2 028 de plus que l'année précédente.

Entre 1987 et 2002, dans le cadre d'une étude épidémiologique de grande ampleur, le ministère de la Santé ouzbek a soumis 18 910 370 personnes à des analyses sérologiques¹⁰. Des dépistages obligatoires de groupes prédéterminés par les autorités sanitaires ouzbèkes ont été effectués. La population testée était divisée en sept catégories – « citoyens étrangers », « donneurs de sang », « patients hospitalisés », « femmes enceintes », « prisonniers », « conscrits » et « autres » – elles-mêmes scindées en plusieurs sous-groupes en fonction du principal facteur de risque de transmission du VIH : « utilisateurs de drogues injectables (UDI) qui échangent leurs seringues », « sujets à risque homosexuels/bisexuels ou hétérosexuels », « prisonniers » et « inconnus » (les personnes dont les données sur les facteurs de risques n'étaient pas disponibles), « donneurs de sang », « patients hospitalisés » et « autres » (Kurbanov *et al.*, 2003, p. 732). Il en ressort que les autorités ne peuvent plus nier la réalité et que, même dans un pays longtemps fermé, l'infection par le VIH-sida est devenue un problème de santé publique incontournable. Cette prise de conscience n'a cependant débouché ni sur des solutions rationnelles ni sur une gestion des risques adaptée et non répressive comme cela est préconisé au niveau mondial. Les résultats de l'étude épidémiologique présentent l'intérêt de mettre en

7. Données émanant du Département national de la santé de la république d'Afrique du Sud. Lire aussi ABDOOL & ABDOOL, 2002.

8. L'incidence est considérée comme très élevée quand près de 2 % de la population totale sont infectés annuellement et que ce phénomène persiste pendant une longue période. Tel est le cas en Afrique du Sud où l'incidence est restée à ce niveau pendant quatorze ans.

9. Ces données agrégées représentent le nombre de cas enregistrés depuis le début de l'épidémie.

10. 17 087 645 d'entre elles ont été testées entre 1987 et 1998 puis 1 822 725 entre 1999 et 2002 ; KURBANOV *et al.*, 2003.

lumière le changement rapide des modes de transmission de l'infection à partir de 1999 : de 25 nouveaux cas enregistrés en 1999, on est passé à plus de 100 par mois dans la première moitié de l'année 2002 pendant que le taux d'UDI contaminés par le VIH augmentait de 75 % par an durant la même période. Autrement dit, l'épidémie s'accélère dans la deuxième moitié des années 1990.

L'analyse phylogénétique révèle une relation importante au génotype A dans 56,7 % des cas. On observe les mêmes variantes en termes de génotypes que dans l'ex-URSS. 85,7 % de ces souches ont été isolées chez les UDI et une augmentation exponentielle de la taille de la population infectée s'est produite dans la deuxième moitié de la décennie 1990. La séroprévalence reste faible dans l'ensemble de la population ouzbèke tandis que, selon l'enquête, le nombre de nouvelles infections dues à l'usage de drogues injectables s'accroît substantiellement de même que la taille de la population d'UDI contaminée par le VIH.

Les données ont été collectées dans les douze centres régionaux de lutte contre le sida qui dépendent du ministère de la Santé d'Ouzbékistan. Entre 1987 et 1998, sur 17 087 645 personnes examinées, 51 sujets séropositifs ont été dépistés, parmi lesquels 53 % (27 sur 51) étaient des étrangers et 47 % (24 sur 51) des citoyens ouzbeks. Au total 74,5 % étaient de sexe masculin. Pendant cette période, les relations hétérosexuelles étaient le principal facteur de risque (84,3 % des cas, soit 43 sur 51) alors que les rapports homosexuels, les transfusions sanguines, les transmissions materno-fœtales et les UDI constituaient respectivement 7,8 % des cas (4 sur 51), 3,9 % (2 sur 51), 2 % (1 sur 51) et 2 % (1 sur 51). À partir de 1998, une nouvelle dynamique s'est fait jour, attestant d'un changement des modes de transmission : entre 1999 et 2002, sur les 1 822 725 sujets examinés, 1 340 personnes étaient séropositives, toutes étaient de citoyenneté ouzbèke, 84,4 % avaient entre 20 et 39 ans et 90,4 % étaient de sexe masculin.

En 1999, 80 % des 25 cas de séropositivité recensés étaient des UDI (dont 80 % étaient des détenus) ; 16 % avaient été infectés par un rapport hétérosexuel et 4 % par un rapport homosexuel. En 2000, 75 % de la population infectée consommait des drogues injectables, ce taux atteignant 85 % en 2001 et 62,4 % à la fin du premier semestre 2002 ; dans 23,9 % des cas, les modes de transmission ne sont pas connus.

1.3. L'ANALYSE DES SOUS-TYPES : QUELQUES REMARQUES

Au cours de cette enquête, une analyse phylogénétique a été réalisée sur 33 échantillons prélevés (seuls trois étaient négatifs) afin de déterminer les sous-types du virus. Sur les 30 positifs, le sous-type VIH-1A a été identifié dans 70 % des cas (21 sur 30), le VIH-1B dans 26,7 % d'entre eux (8 sur 30) et le VIH-1D dans 3,3 %. La souche HIV-1A a été décelée chez

77,8 % des UDI (14 sur 18), chez 25 % des personnes infectées par contact hétérosexuel (2 sur 8) et chez 14,3 % des personnes infectées par contact homosexuel (1 sur 7). La souche a été étroitement associée au sous-type standard de référence 00_CRFAB recombinant AB isolé en Russie pour les UDI (Kurbanov *et al.*, p. 737). Enfin, 22,2 % des UDI (4 sur 18) étaient porteurs de la souche VIH-1B.

Au Kazakhstan où, à partir de 1997, l'on assiste à une flambée épidémique de VIH qui touche essentiellement les UDI, la même souche du virus a été identifiée par une étude épidémiologique menée entre 1999 et 2002 (Bobkov *et al.*, 2004)¹¹. Des échantillons d'ADN et de cellules mononucléaires ont été prélevés chez 43 UDI séropositifs ainsi que chez leurs partenaires sexuels (34 hommes et 9 femmes ayant entre 16 et 42 ans) dans trois régions : Pavlodar (n=19), Tchimkent (n=6) et Karaganda (n=18). L'homogénéité génétique a été démontrée : il s'agit du VIH-1 de sous-type A et de sous-type B plus un recombinant de ces deux sous-types (CRF03_AB). Cependant, le sous-type A qui, quantitativement et géographiquement, domine chez les UDI en Ouzbékistan, en Azerbaïdjan et en Géorgie est aussi le plus courant en Russie, en Biélorussie, en Ukraine et en Moldavie.

Une distribution assez inégale des génotypes a été observée en Ouzbékistan parmi les différents groupes à risque : les variantes du VIH-1 (de sous-type A et 03_CRF-A/B) chez les UDI) se distinguent de celles dont sont porteurs les homosexuels nord-américains et européens (sous-type B) et les sujets infectés lors de rapports hétérosexuels (type UDI et variantes africaines du VIH-1A et VIH-1D). Malgré le petit nombre de sujets enquêtés dans chacun des groupes à risque, les données sur la distribution des génotypes sont bien en corrélation avec la tendance mondiale. L'analyse phylogénétique confirme que les flambées épidémiques de VIH qui ont contaminé les UDI en ex-URSS ont toutes la même origine. Il appert que l'infection par le VIH est, pour le moment, circonscrite à des groupes bien définis. Soulignons toutefois que, en raison de la stigmatisation et des peines encourues par les UDI et les homosexuels¹² en

11. Fin 2002, au Kazakhstan, 90 % des séropositifs étaient des UDI (sur 3 630 VIH+).

12. L'homosexualité est condamnée par la législation ouzbèke : l'article 120 du Code pénal du 22 septembre 1994 établit que les rapports sexuels entre deux hommes consentants sont passibles d'une peine d'emprisonnement maximale de trois ans. L'approche la plus « positive » considère les homosexuels comme des malades mentaux et la mentalité ouzbèke ne fait pas la différence entre pédophilie et homosexualité. Il y aurait environ 3 000 homosexuels en Ouzbékistan selon l'ONUSIDA. Parallèlement, chez les usagers homosexuels de drogues injectables, l'on assiste à une augmentation de la prostitution visant à financer leur consommation et quelques informations recueillies en Ouzbékistan montrent que de jeunes hommes russes toxicomanes offrent parfois leurs services au hammam à des pères de famille. Au Hammam de Tchorsou à Tachkent, en 1999, un de ces jeunes toxicomanes, qui avait des rapports non protégés, était convaincu de son immunité « génétique », le virus n'existant selon lui qu'en Occident et en Afrique.

Ouzbékistan, un grand nombre de sujets à hauts risques échappera toujours à un dépistage même mené à très grande échelle.

Cependant, le VIH-1A associé aux UDI, loin de se limiter à ce groupe, a été diagnostiqué chez des sujets infectés lors de rapports hétérosexuels et homosexuels (25 % et 14,3 % respectivement). Cela corrobore l'étude menée en Ouzbékistan depuis 2001 selon laquelle le taux d'infection par VIH d'origine sexuelle augmente ; ces résultats auraient dû sensibiliser les autorités à la possibilité d'une diffusion de l'épidémie au sein de la population générale, transmission d'autant plus prévisible que le nombre de prostituées ne cesse de croître.

Par ailleurs, l'étude, qui s'appuie sur différentes méthodes sérologiques, met en lumière une forte association entre les infections par VIH et hépatite C parmi les UDI¹³. C'est parmi eux que la prévalence de la coinfection est la plus forte ; elle est de 50 % et, une fois sur deux (6 cas sur 12), l'hépatite a pour génotype le 3a alors que, dans les autres groupes à risque, le génotype majeur est le 1b (33,3 % des cas, soit 4 sur 12). Les données sont similaires en Russie où le génotype 3a est également associé à l'usage des drogues injectables. En somme, la dynamique de l'épidémie montre que les pays de l'ex-URSS partagent des réseaux communs de diffusion du virus.

2. LE DISPOSITIF MÉDICO-SOCIAL POUR LES PERSONNES INFECTÉES EN OUBÉKISTAN : RÉFLEXIONS À PARTIR D'ÉTUDES DE TERRAIN RÉALISÉES À TACHKENT

Les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART)¹⁴ ne sont pas disponibles en Ouzbékistan. Seul l'Interferon® et le Cycloferon® (antiviraux et immunomodulateurs qui stabilisent les lymphocytes T CD4) sont en vente dans quelques officines. Leur coût est élevé (5 000 soums les 5 ampoules, soit 5 dollars USD en 2004) et leur prise sans aucun autre traitement est inefficace chez les personnes infectées par le VIH. Par ailleurs, les tests de dépistage sont de plus en plus rares car ils dépendent de l'aide humanitaire, des ONG, et leur disponibilité est donc très aléatoire. En 2004, le représentant des *Centres for Disease Control* (CDC)¹⁵ à Tachkent avance que ce mode de fonctionnement doit profondément évoluer afin de systématiser le dépistage, ce qui, à ses yeux, dépend des autorités concer-

13. Les mêmes conclusions ont été tirées d'une enquête épidémiologique auprès de la population générale en Ouzbékistan (n=1 918) ; cf. RUZIBAKIEV *et al.*, 2001.

14. Notons que la proportion de personnes infectées nécessitant des traitements antirétroviraux s'élève généralement à 10-13 % de l'ensemble des personnes infectées.

15. Le CDC s'est installé à Tachkent en 2002. Un programme de lutte contre la tuberculose et le VIH-sida a été mis en place par l'USAID qui a commencé à travailler en Ouzbékistan au moment de l'épidémie de diphtérie survenue à partir de 1993-1994 dans toutes les Républiques de l'ex-URSS.

nées. Le projet en cours du CDC fournit des tests de dépistage en collaboration avec l'USAID mais, à terme, le gouvernement devrait être capable de gérer l'accès et la disponibilité de ces tests.

Le Centre de santé maternelle n° 3 à Tachkent¹⁶ pratique des tests de dépistage des MST et du VIH-sida. La directrice du service de gynécologie – Katia, d'origine russe, qui travaille depuis 26 ans dans cet établissement –, explique que les médecins ne peuvent exiger de leurs patients qu'ils subissent un test de dépistage étant donné le prix de celui-ci : environ 6 dollars en 2004¹⁷. Ce prix prohibitif peut avoir de graves répercussions sur le personnel de santé comme en témoigne la directrice du centre n° 3, Vera. Consciente des risques liés au VIH et à ceux que courent les équipes médicales, elle fait remarquer, par exemple, que leur structure manque cruellement de gants jetables. Pour y remédier, on les stérilise, mais cela est toujours insuffisant ; en leur absence et si les patientes n'en apportent pas elles-mêmes pour une opération, un accouchement ou une consultation gynécologique, les médecins doivent s'en passer¹⁸. Cependant, comme ils n'ignorent pas les risques de transmission du VIH, ils s'achètent, dans la mesure du possible, leurs gants eux-mêmes. Vera ajoute que, deux-trois ans auparavant, les femmes enceintes étaient systématiquement dépistées pour le VIH mais qu'il est devenu très difficile de se procurer des tests. Ils sont désormais payants¹⁹ et ne sont pas à la portée de tous. Vera concède que ces problèmes sont de la responsabilité du gouvernement qui devrait enfin mener une politique de prévention digne de ce nom et collaborer activement avec les organisations qui luttent contre le sida, l'aide humanitaire n'étant que provisoire. Les trois centres de santé enquêtés relatent les mêmes problèmes, à savoir les possibilités réduites de dépistage et la stigmatisation de ceux qui se soumettent aux tests.

Les dispensaires de vénérologie, censés contrôler régulièrement la quasi-totalité des prostituées, ne dépistent que la syphilis ou d'autres types de MST tels que les chlamydiae, mais non le VIH auquel elles sont pourtant exposées et donc susceptibles de transmettre. À cet égard, la situation est

16. En 2004, j'ai réalisé une vingtaine d'entretiens dans trois centres de santé publique ainsi que dans le centre de lutte contre le VIH-sida à Tachkent auprès d'administrateurs de la santé, de médecins généralistes, de gynécologues et de membres du personnel paramédical. Le nom des centres nationaux et des acteurs interviewés a été anonymisé.

17. Le test de dépistage du VIH coûte 5 800 soums, le test de la syphilis 2 000, celui des chlamydiae 6 000, celui de l'hépatite B 3 900 et celui de l'hépatite C 5 500 soums. 2 500 naissances par an sont enregistrées dans la maternité. La consultation s'élève à 2 000 soums (sachant que le salaire mensuel moyen est de quelque 15 000-20 000 soums).

18. Les observations, essentiellement à Tachkent, que j'ai faites depuis 1996 au sein du système de santé confirment les propos de Vera au sujet de l'utilisation partielle, voire exceptionnelle, des gants jetables. Dans les régions, notamment dans le Surkhandarya et au Karakalpakstan où je me suis rendue en 1997-1998, l'absence de gants est courante.

19. Il s'agit du test ELISA.

critique car on ne conçoit pas que les séropositifs puissent ne pas appartenir à des groupes à hauts risques. Or, comme le fait remarquer le représentant du CDC, la part d'infections chez les hétérosexuels augmente. Par ailleurs, il existe de plus en plus d'échanges entre les différents groupes à risque et les autres couches de la population. Même si ces passerelles restent momentanément très limitées, il n'est pas exclu que le virus se mette à circuler rapidement dans l'ensemble de la population. En conséquence, il est extrêmement difficile de prévoir l'évolution de l'infection par le VIH-sida étant donné sa grande variabilité (Anderson & May, 1991).

Lors d'un entretien, une administratrice d'un centre de lutte contre le sida²⁰, Niguina, évoque l'aide de l'ONG américaine « Global Fund »²¹ qui permettra de prendre en charge 50 personnes infectées à partir du mois de septembre 2004 pour une durée de cinq ans. Niguina précise qu'aucune multithérapie n'est prévue et que seules les maladies opportunistes²² seront traitées et ce, gratuitement. Les tests disponibles sont gratuits et anonymes au centre comme dans les autres « *punkty doverija* » (points de dépistage anonyme) répartis sur l'ensemble du territoire (10 à Tachkent et 209 au total en Ouzbékistan) – il est néanmoins difficile de savoir si tous sont réellement approvisionnés en tests. Un test (IFA) est produit dans le pays mais son utilisation nécessite souvent une voire deux vérifications afin s'assurer de sa sensibilité (le problème de la qualité des tests se pose selon Niguina). Les Ouzbeks utilisent aussi une technique d'analyse allemande, Orta, ou encore Immunobloch, plus coûteux (100 dollars) et plus délicat à interpréter. Rappelons qu'à la fin des années 1990, les dépistages étaient réalisés « en commun » : 20 personnes étaient testées simultanément et les sangs mélangés « analysés »²³.

20. L'hôpital de jour (*stancionar*) du centre enquêté compte 10 lits : les personnes viennent se faire soigner, certaines sont infectées et restent plus longtemps mais, en général, les séjours se succèdent en une sorte de roulement. Une moitié des lits est occupée par les cas lourds (phase terminale), la deuxième étant destinée aux autres patients. Dans chaque *oblast'* pilote, une salle est assignée aux personnes infectées afin de soigner les maladies opportunistes mais les médecins ne peuvent rien faire de plus. Par ailleurs, ils ont eux-mêmes très peur du VIH et stigmatisent les patients, les rejettent des établissements de soins. En 1987, année de la création du premier centre républicain de lutte contre le sida en Ouzbékistan, l'on dénombrerait cinq cas de VIH affectant tous des étrangers ; en 2004, 5 564 cas sont notifiés dont près de 75 % sont des usagers de drogues injectables.

21. Le Turkménistan dont les autorités nient les problèmes de santé publique de leur population est le seul pays d'Asie centrale à ne pas recevoir d'aide financière du Global Fund. En 2004, elles ont refusé que soient enregistrées des maladies infectieuses comme la tuberculose, la rougeole, la dysenterie, le choléra. Dès 2000, le gouvernement turkmène avait cessé de publier certains indicateurs démographiques et les dernières données relatives à l'espérance de vie à la naissance remontent à 1998 (RECHEL & McKEE, 2007).

22. Une maladie opportuniste est une maladie infectieuse qui se développe lorsque le système immunitaire est très affaibli (immunodépression).

23. Entretien avec un responsable d'un centre de lutte contre le sida en septembre 1999.

Dans ces centres de dépistage et d'information, les seringues jetables sont gratuites ainsi que les préservatifs. Les prostituées²⁴ qui viennent passer un test sont, pour la plupart, toxicomanes. Niguina estime que les risques qu'elles courent vont croissant car le virus « migre » chez celles qui ne se protègent pas. De surcroît, celles qui tombent enceinte prennent souvent conscience trop tardivement de leur grossesse ; les naissances d'enfants infectés par le VIH n'en sont que plus problématiques car les thérapies telles que la névirapine et l'AZT ne sont pas accessibles. Outre ses effets sur l'évolution de l'épidémie, la prostitution révèle l'ampleur de la « dérive » sociale de la population dans son ensemble car ce phénomène ne touche pas uniquement les femmes russes ou les Coréennes, mais aussi les Ouzbèkes, les Tatares, et n'épargne aucune nationalité ni confession. En 2004, le représentant du CDC, Mourad, précise qu'elle concerne deux groupes d'âge dont un très jeune : 14-15 ans et 18-30 ans. Il évoque également la prostitution de jeunes filles de 9-10 ans qui y sont poussées par leur famille pour subvenir à ses besoins ; d'après lui, ce « business familial » aurait lieu même dans les milieux ethniquement ouzbèkes. Dans le quartier très populaire de Tchilanzar, dans le sud de la capitale, les jeunes filles et les jeunes femmes se prostituent souvent pour un peu de nourriture, pour payer un taxi²⁵.

S'adresser volontairement à un centre de lutte contre le sida ou à ses points de dépistage ne va pas de soi pour les individus souhaitant passer un test. Le caractère officiel et stigmatisant de l'établissement dont l'entrée était, récemment encore, surveillée par des miliciens n'incite guère les Ouzbeks à s'y rendre ; le poids du regard des autres sur l'individu ne les y encourage pas davantage. Le système dans lequel la société est ancrée depuis l'époque soviétique est toujours perçu comme menaçant par la majorité de la population. Il lui ôte toute velléité individuelle de se faire dépister, même dans les points de rencontre dits anonymes : la crainte d'être reconnu, d'avoir quelque chose « à se reprocher » par rapport à la norme imposée par le système, de se retrouver associé au caractère « déviant » que représente le virus du sida, en Ouzbékistan comme ailleurs, entrave considérablement la possibilité d'agir, à commencer par le dépistage des cas. Seules les mesures systématiques ciblant des groupes à hauts risques tels les homosexuels, les prostitués et les prisonniers semblent possibles ; néanmoins, les chiffres qui émanent des autorités ouzbèkes ne recensent

24. En Ouzbékistan, la prostitution est stigmatisée mais elle n'est pas condamnée par la loi. En revanche, les proxénètes sont passibles de sanctions pénales. Les prostituées sont soumises à des contrôles souvent forcés et emmenées au dispensaire républicain des maladies vénériennes (Tachkent) pour subir des tests. Les chiffres établis par les « services de police de la moralité » paraissent sous-estimés. Selon des informations officieuses recueillies en 1999 auprès d'anciens responsables ayant travaillé pour la brigade des mœurs, les cas devraient au moins être multipliés par 10.

25. Entretiens et observations personnelles dans ce quartier, été 2004.

qu'une part des personnes séropositives dont le nombre est indubitablement sous-estimé.

Tania, 55 ans, est médecin spécialiste en infectiologie. Elle travaille dans le centre de lutte contre le sida dans lequel Niguina a été interviewée. Son expérience est éclairante pour appréhender la situation des personnes infectées et la manière dont la maladie est appréhendée par le corps médical. Les services de soins où consulte Tania traitent essentiellement les maladies opportunistes (hépatite B, C et tuberculose qui sont les pathologies les plus fréquentes chez les séropositifs). Les médecins ne donnent pas d'immunomodulateurs aux malades et le discours de Tania, qui se veut plutôt optimiste, est assez réticent à l'égard des traitements antirétroviraux : elle dit « ne pas aimer les trithérapies » car elle trouve leurs effets secondaires dangereux de même que les complications qui peuvent en découler. Elle cite trois cas de personnes infectées, dont les T4 étaient tombés entre 50 et 70, qui se sont rétablies uniquement « grâce à une bonne alimentation, à des traitements contre les maladies opportunistes et à beaucoup d'optimisme » et qui ont pu reprendre une vie normale.

Dans l'hôpital de jour, 99 % des malades sont des toxicomanes et il y a un enfant infecté par une transfusion sanguine. Selon Tania, la plupart des malades ne meurent pas du VIH-sida mais de maladies opportunistes (cela revient au même puisque ces personnes les contractent en raison de leur déficience immunitaire due à l'infection par le VIH). Depuis le début de sa longue carrière dans le centre, sur toutes les personnes infectées, elle n'en a vu que quinze décéder du sida proprement dit. Ajoutons que les premiers cas ont été enregistrés en 1987 mais que le nombre de séropositifs a réellement commencé à augmenter au tout début de l'an 2000. On peut en déduire que les personnes contaminées (en supposant que leur infection et son dépistage aient été concomitants) bénéficient d'un temps de latence assez imprévisible et la durée pendant laquelle elles développent des symptômes avant de décéder est très variable : sans traitement, elles peuvent vivre de 1 à 10, voire 15 ans.

En moyenne, Tania voit environ six patients par jour dont la plupart sont des toxicomanes. Parmi les différents groupes d'âge qui viennent consulter, l'on rencontre des mineurs de 16-17 ans. Les médicaments et les repas des personnes soignées au centre sont pris en charge. Bien que les premiers cas de VIH soient apparus dès le milieu des années 1980, le gouvernement a attendu le début des années 2000 pour s'impliquer timidement dans la lutte contre le sida. Cette « implication » semble surtout motivée par la nécessité d'admettre l'existence d'une épidémie afin de bénéficier de l'es grandes organisations (ONUSIDA, Banque Mondiale, etc.). Cependant, la stigmatisation empêche toute mise en place rapide d'une politique sanitaire efficace puisque les toxicomanes, principale population touchée par le

VIH, ne reçoivent aucun traitement et, à l'instar des homosexuels, restent perçus comme des « marginaux ». En Russie également, seuls 7 % des toxicomanes étaient sous traitement antirétroviral hautement actif (HAART) en 2004 alors qu'ils représentaient 88 % des personnes infectées par le VIH (Bobrova *et al.*, 2007 ; Wolfe, 2007).

S'agissant des sources statistiques, les données qui sont recueillies par le Centre de lutte contre le sida puis par le ministère de la Santé ouzbek sont disponibles dans la base de données de l'OMS (CISID). Les chiffres sont certainement sous-estimés et donc à manier avec prudence. La question de la qualité des sources (sous-enregistrement, problèmes de complétude de l'état civil) en URSS, qui a été maintes fois soulevée, se pose avec plus d'acuité encore en Asie centrale depuis le début des années 1990. La caution à laquelle sont sujettes les données publiées illustre bien la persistance de la dialectique soviétique visant à occulter tout ce qui n'est pas conforme à la norme idéologique. Les estimations statistiques, notamment celles émises par les hauts responsables internationaux de la santé, sont plus pessimistes que les données officielles, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles sont « optimales ». Les modèles de projection utilisés par ONUSIDA sont assez bien adaptés aux épidémies hétérosexuelles (qui sévissent en Afrique) mais semblent nettement moins efficaces pour les épidémies similaires à celles que connaissent les pays d'Asie centrale ainsi que de nombreux pays de l'ex-URSS. Ces modèles sont particulièrement sensibles à la dynamique supposée et aucun ne semble tenir suffisamment compte des fortes variations de l'incidence comme celles constatées en Russie.

CONCLUSION

En Ouzbékistan postsoviétique, comme dans la plupart des républiques issues de l'URSS, la perception de l'infection par le VIH-sida témoigne de l'adhésion des gouvernants et des populations à une rhétorique qui prolonge les logiques soviétiques et considère certaines pathologies comme des déviances. Face à l'infection par le VIH qui s'amorce à la fin des années 1980 et dont le nombre de cas s'accroît radicalement dans la deuxième moitié des années 1990, le pouvoir politique décide de protéger l'intégrité du corps social. Ce faisant, il nie les causes sociales du VIH en reportant l'origine de l'infection d'abord sur d'autres nationalités et ensuite sur des groupes sociaux (homosexuels et toxicomanes) considérés comme des « parasites » à écarter de la société. La construction de ces catégories à travers une norme²⁶ fabriquée et appliquée par l'État rend toute gestion non contraignante du risque impossible en ex-URSS. La transformation du stigmate en identité revendiquée n'est pas envisageable dans ces condi-

26. Sur la construction des normes, des groupes « déviants », et la manière dont on disqualifie un groupe que l'on institue comme tel, voir BECKER, 1985 et POLLAK, 1988.

tions, à la différence, entre autres, de beaucoup de pays européens où les groupes à risque s'affirment au travers d'une « politique de l'identité » (Pollak, 1982 ; Pollak, 1988 ; Pollak & Schiltz, 1987).

Le pouvoir politique s'inscrit dans un processus dit de prophylaxie sociale (Lefort, 2008, p. 101) selon lequel l'intégrité de la société dépend de l'isolement des « déviants ». Sa volonté de clore l'espace social, son refus de l'ouverture de la société civile se conforment aux logiques soviétiques anciennes qu'il instrumentalise pour mieux contrôler la société. La quasi-absence d'un véritable espace public, au sens où l'entend Habermas, qui laisserait une place aux différentes organisations et associations spécialisées dans la prévention et la lutte contre le sida (Atlani-Duault, 2005 et 2007) entrave considérablement la gestion des risques de l'infection et de son évolution. L'équilibre est donc précaire entre les pratiques d'ONG plus ou moins liées aux ministères de la Santé et les politiques de lutte contre le sida promues par les organisations internationales. Depuis les événements sanglants de 1999 et de 2004, l'Ouzbékistan a d'ailleurs considérablement restreint le peu d'espace dédié, après l'éclatement de l'URSS, à l'action des ONG et des organisations internationales dans tous les domaines, y compris celui de la santé publique.

La multiplication des usagers de drogues injectables et l'amplification des risques de transmission du sida sont principalement dus au contexte d'une transition difficile où les interactions macrosociales, politiques et économiques sont bouleversées. Le fait que l'infection par le VIH-sida soit restée un tabou interdit les analyses sereines et débouche sur un affrontement d'autant plus violent qu'il est n'est pas solidement argumenté. Il met à l'épreuve la responsabilité tant individuelle que collective. L'épidémie de sida offre un terrain favorable à la mobilisation de forces idéologiques autour de paradigmes et de contradictions entre la tradition et la modernité, l'allogène et l'étranger, le bien et le mal, etc. De plus, en Ouzbékistan comme ailleurs, dès l'apparition des premiers cas, le sida a été perçu comme la maladie de l'autre et ne participait donc pas des représentations médico-sociales des Ouzbeks, ce qui nuit à la réflexion, pourtant indispensable, sur les modes d'infection.

En définitive, l'infection par le VIH-sida nous ouvre des pistes de recherche pertinentes qui enrichissent l'analyse de la nature du pouvoir dans les républiques anciennement soviétiques, un pouvoir « incorporé » tel que l'a défini Claude Lefort (1979, pp. 155-235) : qualifié de « lieu plein », il ne laisse guère de place à l'expression des libertés publiques. Près de vingt ans après la dissolution de l'URSS et malgré la mondialisation qui impose ses normes, le processus de clôture de la société et du pouvoir est toujours d'actualité. Il fait obstacle à l'application de politiques non coercitives dans des pays néototalitaires qui craignent toute élaboration d'un espace public.

ANNEXES

FIGURE 1

Nombre de cas de VIH et de décès en Fédération de Russie et personnes vivant avec le VIH-sida.

Source : Site internet afew.org

Note : Les colonnes concernant le nombre de cas de décès se lisent par rapport à l'axe des ordonnées de droite et les deux courbes par rapport à celui des ordonnées de gauche.

FIGURE 2

Nouveaux cas déclarés de VIH en Fédération de Russie et en Ukraine

Source : www.afew.org

FIGURE 3
Nouveaux cas déclarés de VIH dans quelques pays de la CEI

FIGURE 4
Incidence annuelle du VIH en Asie centrale (pour 100 000 habitants)

Sources : Données locales officielles : Centre national de lutte contre le sida et www.afew.org

FIGURE 5
Incidence du sida par million entre 1992 et 2003 dans quelques pays d'Europe

Source : Données de l'Institut de veille sanitaire, Paris.

FIGURE 6
Augmentation de la prévalence du VIH en Fédération de Russie (indices)

Source : Base de données CISID/OMS.

FIGURE 7
Augmentation de la prévalence du VIH en Ouzbékistan (indices)

Source : Base de données CISID/OMS.

FIGURE 8
Prévalence de l'infection par VIH dans certains pays de la CEI, en %

Source : Calculs de l'auteur à partir des données *afew*

FIGURE 9
Incidence de la tuberculose en Asie centrale et autres pays de la CEI et de l'Europe de l'Ouest

Source : National HIV surveys of women attending antenatal clinics of the Public Health Services, Department of Health, Republic of Uzbekistan.

FIGURE 10
Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes, Afrique de Sud, sites sentinelles

Source : National HIV surveys of women attending antenatal clinics of the Public Health Services, Department of Health, Republic of South Africa.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABDOOL KARIM Q. & ABDOOL KARIM S. (2002), « The evolving HIV epidemic in South Africa », *International Journal of Epidemiology*, Vol. 31, n° 1, pp. 37-40.
- ADAMBEKOV D.A. & MAMAEV T.A. (2005), « Profilaktika i bor'ba s vič-infekciej v Oškoj oblasti kyrgyzskoj respubliki » (Prévention et lutte contre l'infection par le VIH dans l'oblast' d'Och, République kirghize), *Žurnal mikro-biologii*, n° 1, pp. 75-78.
- ANDERSON R.M. & MAY R.M. (1991), *Infectious Diseases of Human: Dynamics and Control*, Oxford: Oxford University Press, 768 p.
- ATLANI-DUAULT L. (2005), *Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire*, Nanterre : Société d'ethnologie, 199 p.
- ATLANI-DUAULT L. (2007), *Humanitarian aid in post-Soviet countries: An anthropological perspective*, London: Routledge, Central Asian Studies Series, 146 p.
- BAROJAN O.V. (1969), « Bor'ba s epidemijami načinalas' tak » (La lutte contre les épidémies commença ainsi), *Zdorov'e*, n° 7, pp. 1-3.
- BECKER H. S. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris : Métailié, 248 p.
- BERNOIST J. & DESCLAUX A. (1996), *Anthropologie et sida*, Paris : Karthala, 381 p.
- BOBKOV A.F., KAZENNOVA E.V., SUKHANOVA A.L., BOBKOVA M.R., POKROVSKY V.V., ZEMAN V.V., KOVTUNENKO N.G., ERASILOVA I.B. (2004), « An HIV type 1 subtype A outbreak among injecting drug users in Kazakhstan », *AIDS Res Hum retroviruses*, Vol. 20, n° 10, pp. 1134-36.
- BOBROVA N., STUIKYTE R. & LEZHENTSEV K. (2007), « Obstacles in provision of anti-retroviral treatment to drug users in Central and Eastern Europe and Central Asia: A regional overview », *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 4, pp. 313-318.
- FERRANTE P., DELBUE S. & MANCUSO R. (2005), « The manifestation of AIDS in Africa: An epidemiological overview », *Journal of Neurovirology*, Vol. 11, Suppl. 1, pp. 50-57.
- GILBERT L. & WALKER L. (2002), « HIV/AIDS in South Africa: An overview », *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, Vol. 18, n° 3, pp. 651-660.
- GORFIN D. (1928), « Social'nye bolezni » (Les maladies sociales), *Bol'saja sovetskaja enciklopedija* (Grande encyclopédie soviétique), t. 36, Moskva: Izd. Bol'saja sovetskaja enciklopedija, pp. 214- 218.
- HAMERS F.F. & DOWNS A.M. (2003), « HIV in Central and eastern Europe », *The Lancet*, Vol. 361, n° 9362, pp. 1035-1044.

- HAMERS F.F., BATTER V., DOWNS V.M., ALIX J., CAZEIN F. & BRUNET J.-B. (1997), « The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: Geographic and time trends », *AIDS*, Vol. 11, n° 11, pp. 1365-1374.
- HERZLICH C. (1992), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris : EHESS.
- HOHMANN S. (2003), « Les toxicomanies en Ouzbékistan post-soviétique : exploration de dynamiques plurielles et gestion des risques », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, vol. 34, n° 1, pp. 167-196.
- HOHMANN S. (2004), « Santé publique en Ouzbékistan contemporain : continuités soviétiques et limites des processus engagés », *Cahiers d'Asie centrale*, vol. 13-14, numéro spécial : *Gestion de l'indépendance et legs soviétique en Asie centrale*, pp. 121-161.
- KURBANOV F., KONDO M., TANAKA Y., ZALALIEVA M., GIASOVA G., SHIMA T., JOUNAI N., YULDASHEVA N., RUZIBAKIEV R., MIZOKAMI M. & IMAI M. (2003), « Human immunodeficiency virus in Uzbekistan: Epidemiological and genetic analyses », *AIDS Res Hum Retroviruses*, Vol. 19, n° 9, September, pp. 731-738.
- LEFORT C. (1979), « Le stalinisme sans Staline », in *Éléments d'une critique de la bureaucratie*, Paris : Gallimard, Collection TEL, pp. 155-235.
- LEFORT C. (2008), *L'invention démocratique*, Paris : Fayard (1ère édition 1981).
- LIITSOLA K., TASHKINOVA I., LAUKKANEN T., KOROVINA G., SMOLSKAJA T., MÖMÖT O., MASHKILLEYSON N., CHAPLINSKAS S., BRUMMER-KORVENKONTIO H., VANHATALO J., LEINIKKI P., SALMINEN M.O. & MIKA O. (1998), « HIV-1 genetic subtype A/B recombinant strain causing an explosive epidemic in injecting drug users in Kaliningrad », *AIDS*, Vol. 12, n° 14, pp. 1907-1919.
- LUKASHOV V.V., CORNELISSEN M.T., GOUDSMIT J., PAPUASHVILLI M.N., RYTIK P. G., KHAITOV R.M., KARAMOV E.V. & DE WOLF F. (1995), « Simultaneous introduction of distinct HIV-1 subtypes into different risk group in Russia, Byelorussia and Lithuania », *AIDS*, Vol. 9, n° 5, pp. 435-439.
- MEZENTSEVA E. & RIMACHEVSKAYA N. (1990), « The Soviet country: Health of the USSR population in the 70s-80s – an approach to a comprehensive analysis », *Social Science and Medicine*, Vol. 31, n° 8, pp. 867-877.
- NIJAZMATOV B.N., HAKIMOV M.M. & GIJASOVA G.M. (2003), « Ob optimizacii profilaktičeskikh meroprijatij i protivoepidemičeskoj zaščity naselenija ot Vič/spida » (Sur l'optimisation des mesures prophylactiques et de protection de la population contre l'épidémie VIH/sida), *O'zbekiston tibbiyot Jurnalı-Medicinskij žurnal Uzbekistana*, n° 5, pp. 8-9.
- POLLAK M. (1982), « L'homosexualité masculine, ou le bonheur dans le ghetto ? », *Communications*, n° 35, pp. 37-55.
- POLLAK M. (1988), *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris : Métailié, 221 p.

- POLLAK M. & SCHILTZ M.-A. (1987), « Identité sociale et gestion d'un risque de santé », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 68, n° 1, pp. 77-102.
- RAVIGLIONE M.C., RIEDER H.L., STYBLO K. & KHOMENKO A.G. (1994), « Tuberculosis Trends in Eastern Europe and the Former USSR », *Tubercle and Lung Disease*, Vol. 75, n° 6, pp. 400-416.
- RECHEL B. & MCKEE M. (2007), « The effects of dictatorship on health: The case of Turkmenistan », *BMC Medicine*, Vol. 5, n° 31, July, pp. 5-21.
- RUZIBAKIEV R., KATO H., YULDASHEVA N., HEGAY T., AVAZOVA D., KURBANOV F., ZALALIEVA M., TUICHIEV L., ACHUNDJANOV B. & MIZOKAMI M. (2001), « Risk Factors and Seroprevalence of Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and Human Immunodeficiency Virus Infection in Uzbekistan », *Intervirology*, Vol. 44, n° 6, pp. 327-332.
- SEMAILLE C., ALIX J., DOWNS A.M. & HAMERS F.F. (2002), « L'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est », *BEH*, n° 47, 19 novembre.
- SHAKARISHVILI A., DUBOVSKAYA L.K., ZOHRABYAN L.S., LAWRENCE J.S., ARAL S.O., DUGASHEVA M.D. *et al.* (2005), « Sex Work, drug use, HIV infection and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation », *The Lancet*, Vol. 366, n° 9479, July 02, pp. 57-60.
- TICHONOVA L., BORISENKO K., WARD H., MEHEUS A., GROMYKO A., RENTON A. (1997), « Epidemics of syphilis in the Russian Federation: Trends, origins, and priorities of control », *The Lancet*, Vol. 350, n° 9072, July 19, pp. 210-213.
- UNAIDS/WHO (2001), *AIDS Epidemic Update*, December ; www.unaids.org
- WOLFE D. (2007), « Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union », *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 4, August, pp. 246-254.