

AIDS ACTIONS

1996 ANNUAIRE
VERSION FRANÇAISE

Prévention du VIH/sida:
nouvelles perspectives,
nouvelles solutions

Les femmes et le sida
Les initiatives du secteur privé



AIDS*captions*, version française
Family Health International

AIDS*captions* paraît trois fois
par an en anglais et une fois par an
en français et en espagnol. Il est publié par
le projet AIDSCAP de prévention et de
lutte contre le sida, qui est un organe de
Family Health International.

AIDS*captions*
Family Health International
2101 Wilson Blvd., Suite 700
Arlington, Virginia 22201 USA

Directrice Adjointe,
Programmes d'information
Mary O'Grady

Rédactrice en Chef
Margaret J. Dadian

Rédactrice
Kathleen Henry

Graphiste
Sandy Paul

Assistant à la Publication
Diana Randall

Family Health International (FHI) est un
organisme de recherche et d'assistance
technique à but non lucratif qui se consacre
au développement de contraceptifs, à la
planification familiale, à la santé génésique
et à la prévention du sida dans le monde.
FHI est le maître d'œuvre du projet
AIDSCAP. Il l'exécute en collaboration avec:

le Centre d'études sur la prévention du sida
l'Université de Californie à San-Francisco
la Société John Snow
le groupe Ogilvy, Adams & Rinehart
Population Services International
Program for Appropriate Technology in Health
Prospect Associates
l'Institut de médecine tropicale, d'Anvers
l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill
l'Université de Washington à Seattle

AIDS*captions* reçoit des aides financières de
l'Agence de Etats-Unis pour le Développement
International (USAID) dans le cadre du pro-
jet AIDSCAP. Les vues qui y sont exprimées
ne reflètent pas nécessairement la politique de
l'USAID ou de FHI.



1996
ANNUAIRE *Version française*

*Ces articles ont été initialement publiés en anglais dans AIDS*captions*.*

SOMMAIRE:

LES FEMMES ET LE SIDA	
OPINION: Sexe et VIH/sida: transformer les programmes de prévention	4
APERÇU POLITIQUE: Prévention du VIH et droits de la femme: leur promotion va de pair	8
FORUM DES FEMMES: L'histoire de Badriyé	15
La recherche de méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes	18
Les possibilités de prévention de la transmission du VIH entre mère et enfant dans les pays en développement	22
Le renforcement des capacités communautaires dans le Sénégal rural	26
LE SECTEUR PRIVÉ	
Les techniques de commercialisation font augmenter les ventes de condoms en Haïti	30
VIH et sida au Brésil: le secteur privé commence à réagir	33
AIDSCAP à la recherche d'une solution par le secteur privé aux difficultés de l'automédication pour les maladies sexuellement transmissibles	37
RESSOURCES	43

Couverture:

Une paysanne de Haïti avec sa fille sur la terrasse couverte de leur maison dans les
monts de Léogâne. La pauvreté et l'inégalité des sexes rendent les femmes et les
jeunes filles plus vulnérables à l'infection au VIH. Nicole Toutounji/UNICEF

Sexe et VIH/sida: transformer les programmes de prévention

par Geeta Rao Gupta,
International Center for Research on Women



Geeta Rao Gupta

Notre compréhension de l'épidémie de VIH/sida a évolué au cours des dix dernières années depuis la croyance erronée que le virus constituait un problème uniquement pour les prostituées et d'autres groupes exposés jusqu'à la prise de conscience que toutes les femmes sont vulnérables au VIH. L'épidémie est finalement intégrée dans le cadre plus vaste de la santé génésique, et le déséquilibre des pouvoirs entre les sexes est considéré comme l'origine de cette vulnérabilité. Mais malgré la sophistication croissante du discours, la réponse appropriée dans le domaine des programmes nous échappe toujours.

Le Women and AIDS Research Program—17 études effectuées dans 13 pays par le International Center for Research on Women grâce au

financement de l'U.S. Agency for International Development pour le développement international—a identifié de nombreux obstacles à la prévention de l'infection des femmes par le VIH. Ces obstacles comprennent les normes sexuelles qui empêchent les femmes d'obtenir l'information nécessaire en matière de sexualité, leur dépendance économique envers les hommes, les violences dont elles souffrent et l'acceptation générale de l'infidélité des hommes. Bien que nous ayons aussi identifié des possibilités d'intervention, on ne parle guère que des obstacles et des difficultés.

Une réponse à ces obstacles apparemment insurmontables a été la conclusion que les femmes n'ont aucun pouvoir et donc de retourner notre attention vers les hommes. Mais les programmes destinés à

modifier le comportement des hommes n'essayent pas de s'attaquer aux éléments du milieu qui le déterminent. Ils se contentent de mettre l'accent sur l'emploi des condoms et sur l'éducation. Autre réponse: la recherche de techniques de remplacement pour la prévention, de technique dont elles ont grand besoin et qu'elles contrôlent elles-mêmes pour leur offrir autre chose que les condoms masculins. C'est ainsi qu'est né le mouvement pour la mise au point d'un microbicide, l'étude de l'acceptabilité du condom féminin et l'examen approfondi de la possibilité d'offrir le diaphragme au nonoxynol-9.

Bien que ces réponses soient pragmatiques, elles impliquent l'acceptation passive de la nature immuable des rôles sociaux en général et de la sexualité masculine en par-

ticulier. La croyance que «les hommes seront toujours les hommes» et donc chercheront toujours à assouvir leurs besoins sexuels avec plusieurs partenaires alors que les femmes ne pourront jamais modifier les interactions sexuelles constitue un obstacle sérieux au changement. Les recommandations en vue de développer le potentiel économique des femmes ou d'améliorer leur accès à l'éducation sont considérées comme des mesures à long terme qui ne relèvent pas de la prévention du sida. Si bien qu'alors que le discours reconnaît le contexte plus vaste de la vulnérabilité des femmes au VIH, les programmes restent marginaux.

Que peuvent—et doivent—faire les programmes de lutte contre le sida pour s'attaquer aux questions de sexe? D'abord, nous devons clarifier certaines croyances fondamentales. La première est que toutes les femmes sont différentes. Il est indéniable qu'elles ont une expérience commune due à leur sexe mais de nombreuses variables—la classe sociale notamment—interviennent pour créer des différences complexes. Les femmes occupent des positions différentes dans le processus d'octroi de pouvoir, il n'y a donc pas de moyens d'action universels.

La deuxième croyance est que les systèmes sociaux sont immuables, mais en fait ils peuvent changer et le font souvent pour répondre à des besoins différents. Il y a beaucoup d'exemples de modification des normes qui régissent les rôles des hommes et des femmes dans des circonstances critiques, la deuxième guerre mondiale par exemple. Ces modifications peuvent aussi être provoquées par un effort concerté, surtout quand l'immobilisme risque de détruire tout le tissu social. Exemple: les changements dans les normes qui régissent le comportement sexuel des homosexuels mâles. Pro-

voquer ces changements nécessite des interventions multiples et qui se renforcent les unes les autres, et un objectif plus vaste qu'un seul comportement social. Mais il faut constater que c'est possible. Nous pouvons faire éclater la gangue des conventions sociales qui protègent les discriminations et limitent les droits des individus. Ensemble, nous pouvons commencer à remettre en question les définitions de la masculinité et de la féminité, ces définitions qui menacent aujourd'hui le bien-être des communautés.



**Ensemble, nous pouvons
commencer à remettre en
question les définitions de la
masculinité et de la féminité,
ces définitions qui menacent
aujourd'hui le bien-être des
communautés.**



La dernière croyance est que l'octroi de pouvoir aux femmes ne mène à rien. Le pouvoir n'est pas une denrée limitée: davantage de pouvoir pour une personne signifie davantage de pouvoir pour tous. Les interventions dans le domaine des femmes et du développement montrent que les hommes pauvres sont en faveur de l'octroi de pouvoir aux femmes quand ce pouvoir leur permet d'apporter à la famille ou à la communauté des ressources dont elles ont grand besoin ou quand il s'attaque aux structures qui oppriment ou exploitent les pauvres des deux sexes. Donner aux femmes le pouvoir de se protéger, de s'expri-

mer et d'employer des technologies libère aussi les hommes des stéréotypes d'opresseur et d'exploiteur. Ce message doit être diffusé sans la moindre restriction.

Compte tenu de ces prémisses, que peuvent faire les programmes de lutte contre le sida pour s'attaquer aux questions spécifiquement féminines qui réduisent l'efficacité de la prévention? D'abord, nous devons faire en sorte que les programmes traditionnels tiennent compte des femmes. Pour cela, nous devons connaître les besoins des femmes et nous assurer que les programmes répondent à ces besoins.

C'est ainsi, par exemple, que nous avons constaté que sans éducation sexuelle et sans connaissances de base sur l'anatomie et la physiologie de la reproduction, les femmes ne peuvent pas faire grand-chose pour se protéger. Cette information est facile à fournir, il n'y a aucune excuse pour ne pas le faire. Nous savons aussi que les femmes ont besoin de techniques qu'elles puissent contrôler et employer. Les initiatives en vue de donner aux femmes une méthode de prévention qu'elles contrôlent elles-mêmes sont toutes des pas dans la bonne direction et elles auraient dû intervenir il y a longtemps.

Ensuite, l'information fournie ne doit pas renforcer les stéréotypes sous prétexte de progrès à court terme. Bien des initiatives éducatives du passé ont perpétué une image prédatrice, violente et irresponsable de la sexualité masculine. Cela doit cesser. Toutes les données du monde sur l'augmentation des ventes de condoms à la suite de ces initiatives ne me convaincront pas qu'elles ne sont pas néfastes à long terme. Les progrès ne risquent pas d'être durables parce qu'ils érodent la fondation-même de la prévention du sida: un comportement sexuel responsable et respectueux. Nous



Une réunion de villageoises dans la région du Ferlo au Sénégal. Les femmes bénéficient de la participation aux réseaux de soutien social où la prévention du VIH et d'autres questions cruciales sont discutées.

savons maintenant que les femmes souffrent des effets de cette image de la sexualité des hommes et de la masculinité. Et les hommes en bénéficient rarement. Nous avons appris que l'image machiste de l'homme toujours en charge exerce des pressions massives sur les adolescents mâles et limite leur capacité à exprimer leur besoin d'être mieux informés, de leurs doutes et de leurs craintes.

Enfin, nous ne devons pas présumer que la disponibilité d'un service, d'un bien ou d'information les rend également accessibles aux femmes et aux hommes. L'accès des femmes aux services est sévèrement borné par toute une gamme d'éléments, dont les limites de leur mobilité qui font de la distance un obstacle insurmontable, et leur emploi du temps surchargé qui fait monter le coût de l'attente pour les soins ou les longs voyages.

Pour nous attaquer à ces obstacles, il faut concevoir des services aussi adaptés aux femmes qu'aux hommes. C'est-à-dire offrir les services à des heures convenables pour les femmes, les intégrer pour réduire les périodes d'attente et les déplacements entre services, rendre les condoms ainsi que le diagnostic et le traitement des MST disponibles en des lieux où les femmes peuvent se rendre sans crainte de la réprobation sociale et, chaque fois que c'est possible, offrir des services périphériques dans les communautés de sorte que la distance cesse d'être une difficulté pour les femmes.

Jeremy Hartley/PANOS PICTURES

Pour tout dire, nous devons faire ce qui est en notre pouvoir immédiat: modifier les programmes actuels pour les adapter spécifiquement aux femmes. Pour encourager une analyse généralisée des programmes de ce point de vue, nous avons un besoin urgent d'outils de formation pratique capables de déterminer différents moyens d'augmenter l'adaptation des programmes et de leur personnel aux besoins des femmes.

Ces modifications aux programmes actuels sont essentiels, mais insuffisants pour provoquer des changements sociaux durables car, en général, elles ne s'en prennent pas aux questions contextuelles plus vastes qui sont à l'origine de la vulnérabilité des femmes au VIH. Je veux parler de deux importants éléments du pouvoir: les ressources économiques et le soutien social.

Les recommandations habituelles en vue de franchir ces obstacles consistent à améliorer le statut socio-économique des femmes. Mais que peuvent faire les programmes de lutte contre le sida à propos de ce statut? D'abord, ils peuvent et doivent étudier les possibilités d'intégration avec les structures économiques déjà en place telles que les programmes de crédit, les services de vulgarisation agricole destinés aux femmes, les coopératives féminines et les systèmes d'épargne. L'intégration implique la fourniture d'information et de services relatifs au sida par l'intermédiaire de ces interventions plutôt que par la mise en place de programmes verticaux parallèles consacrés uniquement au HIV et au sida. Cette intégration assure la meilleure rentabilité des ressources financières et des compétences. Elle requiert la collaboration avec d'autres groupes non spécialisés dans le sida et la ferme conviction que l'octroi de pouvoir économique est essentiel à une prévention durable et effective.

Ce n'est pas un rêve impossible. Il y a déjà des expériences de ce genre de programmes étendus. Le National AIDS Program (NAP) de la Zambie, avec le soutien de l'Unité de recherche sur la prévention du Programme mondial de lutte contre le sida, collabore avec un groupe féminin appelé Women for Change (Les femmes pour le changement), l'YWCA (Association chrétienne pour les jeunes femmes) et la Fédération des coopératives zambiennes pour donner à des marchandes de poisson la possibilité de fonder une coopérative qui leur fournira des prêts sans intérêts. Ces prêts permettront aux femmes d'obtenir du poisson sans devoir accorder des faveurs sexuelles aux pêcheurs qui contrôlent l'accès au poisson ou aux chauffeurs de camion qui les transportent des zones urbaines aux dé-



**Nous devons faire ce qui est
en notre pouvoir immédiat:
modifier les programmes
actuels pour les adapter
spécifiquement aux femmes.**



pôts de poisson. Dans ce programme zambien, le groupe de femmes dispose de l'expertise institutionnelle nécessaire pour identifier les questions spécifiquement féminines à prendre en compte dans la conception du programme, la Fédération des coopératives dispose des compétences techniques nécessaires pour mettre sur pied des coopératives efficaces, et le NAP est expert dans la lutte contre le sida. Nous avons désespérément besoin de davantage d'al-

liances de cet ordre.

Bien que les résultats de cette expérience ne soient pas encore connus, nous savons que la création de coopératives est aussi un moyen, pour les femmes, d'accéder à un réseau de soutien social. Nous avons appris du programme Les femmes et le sida que donner aux femmes l'occasion de se réunir régulièrement en groupes, hors de la maison, leur confère un soutien social mutuel dont elles ont grand besoin. Les programmes de lutte contre le sida peuvent donner aux femmes la possibilité de se réunir périodiquement pour des séances éducatives de groupe ou de conseil, et de constituer ainsi un groupe de soutien social légitime.

Pour les spécialistes de la lutte contre le sida, un second moyen d'influencer le statut socio-économique des femmes consiste à promouvoir des améliorations de leur accès à l'éducation et aux ressources productives. A cause de ses conséquences fatales sur des femmes et des communautés entières, le sida offre une occasion tragique et sans précédent de promouvoir des changements politiques en vue d'améliorer le statut social et économique des femmes. Et personne n'est mieux placé que les organisations de lutte contre le sida et les experts de leurs programmes pour entreprendre cette promotion, parce que les améliorations au statut social et économique des femmes sont essentielles au succès de toute la prévention du VIH.

Le docteur Geeta Rao Gupta est vice-présidente du International Center for Research on Women (ICRW), à Washington, D.C., où elle travaille sur des projets de santé génésique. Cette opinion est adaptée du discours qu'elle a donné à la 3è Conférence sur la prévention du VIH et du sida le 7 août 1995 à Washington. Intitulé «Gender and Sexuality: Implications for HIV Prevention», ce discours sera publié in extenso par l'ICRW.



Aperçu Politique

Prévention du VIH et droits de la femme: leur promotion va de pair

par Jane Kiragu, International Federation of Women Lawyers, Kenya (FIDA-K)

Confidentialité, vie privée, non discrimination, le droit de savoir—autant de questions juridiques et politiques que le VIH et le sida ont soulevées ces dernières années. Mais pour les femmes des pays en développement, une réforme juridique plus fondamentale est aussi nécessaire à la lutte contre l'épidémie. Les femmes dépourvues de droits fondamentaux—contrôler leurs propres corps, choisir leurs partenaires, avoir des propriétés foncières et pouvoir en hériter—sont hautement vulnérables à l'infection. Une avocate féministe du Kenya examine comment les pressions sociales croissantes provoquées par l'épidémie de VIH/sida dans son pays et dans toute l'Afrique forcent les décideurs politiques à envisager tardivement des réformes juridiques pour faire cesser la discrimination contre les femmes.

L'Afrique, et ses femmes en particulier, ont été durement frappées par l'épidémie de sida. Plus de sept millions de femmes de l'Afrique subsaharienne sont séropositives, et le virus continue de se propager.

Beaucoup de Kenyans sont séropositifs. Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, un adulte sur 18 est infecté au Kenya, mais le taux s'élève à un sur neuf dans les zones urbaines. Dans certaines régions du pays, les études sur les femmes enceintes donnent un taux de séropositivité de 30%.

Au Kenya comme dans toute l'Afrique et le monde entier, le danger pour les femmes augmente de façon spectaculaire—même pour les femmes mariées et les jeunes filles qui ne font pas normalement partie des groupes dits «exposés». Les chercheurs estiment que, d'ici la fin de ce siècle, le ratio mondial des infections chez les hommes et les femmes

aura atteint 1/1 et sera peut-être même plus élevé, alors qu'il a quelques années encore ce ratio était à plus de 10/1. Dans beaucoup de régions de l'Afrique, le taux de transmission est déjà plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Ce changement s'est produit non pas parce que les femmes prennent plus de risques dans leur vie sexuelle, mais à cause de leur inégalité sociale et culturelle, de leur marginalité économique, des limites à leur accès au pouvoir dans la vie publique et dans la vie privée et à cause de systèmes juridiques discriminatoires qui privent les femmes de leurs droits fondamentaux. Les femmes souffrent aussi d'une plus grande vulnérabilité à l'infection à VIH.

Des inégalités de toutes sortes entre les sexes augmentent la vulnérabilité des femmes au VIH de trois manières étroitement liées. Premièrement, les pratiques socioculturelles renforcées par le système juridique privent les femmes d'opportunités économiques, les font dépendre des hommes dont les intérêts ne coïncident pas toujours aux besoins des femmes de se protéger elles-mêmes. Deuxièmement, dénier aux femmes le droit à l'autonomie et au contrôle de leur propre corps les prive du droit de refuser d'avoir des rapports sexuels et d'exiger des pratiques

sexuelles à moindres risques de la part des hommes. Troisièmement, certaines pratiques culturelles, souvent protégées ou ignorées par le droit, constituent des dangers directs et immédiats et risquent de mener à l'infection à VIH. La solution consiste à octroyer aux femmes, grâce à des réformes juridiques, le pouvoir de profiter des opportunités économiques, de décider quand et avec qui elles ont des rapports sexuels, et de refuser les pratiques culturelles qui les mettent en danger.

Il existe des droits fondamentaux que les hommes exercent sans discussion et que l'International Federation of Women Lawyers-Kenya (FIDA-K) et d'autres organisations féminines du Kenya cherchaient à faire exercer aux femmes bien avant que l'épidémie frappe le pays. Alors que la menace du VIH devient plus grande, on envisage de plus en plus des réformes juridiques en faveur des femmes dans beaucoup de pays d'Afrique parce que les communautés et les gouvernements

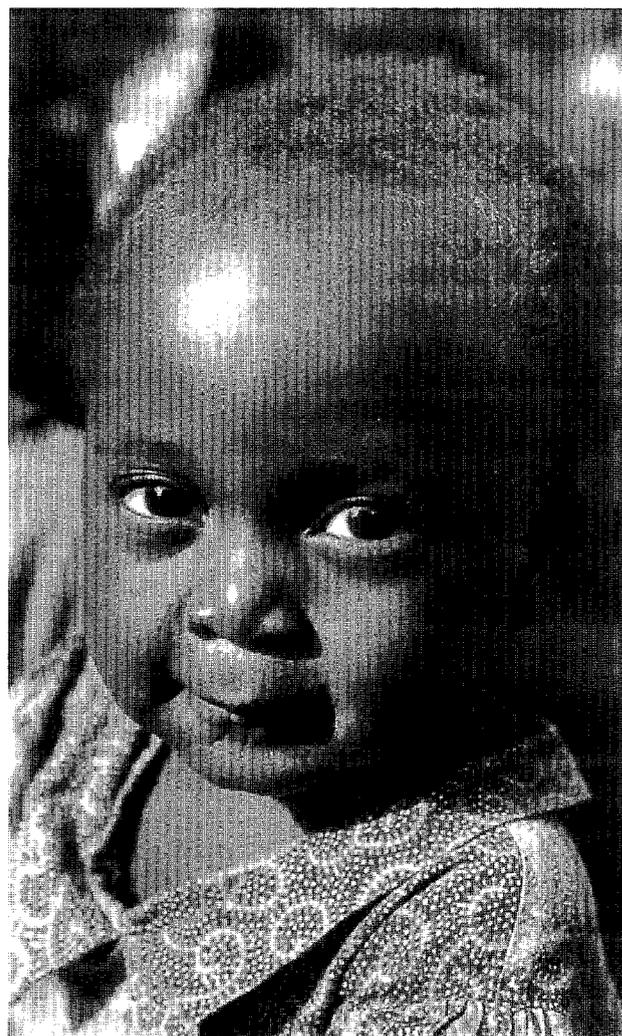
ressentent de plus en plus les pressions en vue d'aider les femmes infectées et les orphelins abandonnés sans moyens financiers.

En 1993, le gouvernement du Kenya a mis sur pied un groupe de travail spécialisé avec pour mission d'examiner l'impact de la législation en vigueur sur les femmes. Ce groupe de travail, dirigé par le juge Effie Owuor, a demandé l'avis de toutes les organisations féminines du pays pour son examen du système juridique. FIDA-K et d'autres groupes ont soumis des recommandations mais le rapport final du groupe de travail n'a pas encore été publié.

La violence domestique

La violence à l'égard des femmes de la part de leurs partenaires masculins

Une petite fille de Tanzanie dont le sida a tué les parents. Dans beaucoup de régions d'Afrique, la propriété de la famille retourne traditionnellement au père du mari ou à ses frères quand il meurt, mais quelques femmes séropositives apprennent à rédiger un testament de sorte qu'elles puissent transmettre autant de propriété que possible aux orphelins.



L. Gubb/WHO



J. Mohr/WHO

Une femme assise devant sa maison dans un village du Nigéria. A cause des coutumes discriminatoires de succession, les femmes qui prennent soin d'un mari atteint du sida perdent souvent leur maison et leurs possessions à sa mort.

lins est largement admise dans nombre de sociétés africaines, notamment au Kenya où la croyance qu'un homme peut châtier sa femme en la battant est profondément enracinée. Dans la communauté Luhya dans l'ouest du pays, battre sa femme est même considéré comme une preuve d'amour que les femmes ont dû apprendre à accepter et même parfois à encourager. La loi du Kenya considère que battre les femmes est une question domestique et, par conséquent, ressort du domaine de la vie privée.

Les femmes battues habituellement ou menacées de l'être vivent dans la peur dans leur propre maison. Elles n'ont pas le pouvoir de négocier pour des pratiques sexuelles à moindres risques ni pour dire à leurs partenaires qu'elles ne veulent pas s'engager dans des rapports sexuels, et elles sont donc vulnérables aux exactions sexuelles et aux risques d'infection à VIH ou à d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST).

FIDA-K a déterminé que les violences domestiques constituent un des plus gros obstacles à la fin de la subordination des femmes au Kenya. En 1994, FIDA-K a organisé des ateliers de sensibilisation aux questions se rapportant spécifiquement aux femmes à l'intention des fonctionnaires chargés de l'application de la loi, en mettant l'accent sur la violence domestique. Le lien entre la propagation du VIH et du sida

Le droit du Kenya

considère que
battre les femmes

est une question

domestique

et, par conséquent,

ressort du domaine

de la vie privée.

et la violence domestique a été une véritable révélation pour les participants aux ateliers dont beaucoup, par la suite, se sont engagés à protéger les femmes qui s'en plaignent. FIDA-K et les agences chargées de l'application de la loi ont organisé ensemble, plus tard, un concours d'affiches en vue d'éduquer le public sur cette violence. Les trois meilleures affiches ornent maintenant les postes de police de tout le pays, et le succès de cette initiative a créé un esprit de coopération, dont nous espérons qu'il va durer, entre notre organisation et la police.

Un important résultat de cette coopération a été la rédaction de recommandations officielles en vue d'amender le code pénal kenyan pour y faire figurer les violences domestiques et pour protéger les femmes qui portent plainte. Il reste à faire passer ces recommandations dans le droit kenyan.

La viol par les maris

Sous l'impulsion de FIDA-K en 1994, le ministère de la justice du Kenya a engagé un débat parmi les décideurs politiques: le viol par les

Si une femme ne se plie pas aux coutumes, elle peut être mise au ban de la société et même en être expulsée, et beaucoup d'Africaines préfèrent risquer l'infection qu'être rejetées par leur famille et leur communauté.



maris doit-il être reconnu comme un délit punissable par la loi? Mais beaucoup d'hommes politiques et de chefs religieux continuent de rejeter l'idée que les rapports sexuels entre mari et femme peuvent être forcés et que les femmes puissent dire «non» à leur mari. La question n'a donc pas fait beaucoup de progrès sur le plan législatif.

Ce refus de reconnaître aux femmes mariées le droit de dire «non» augmente leur vulnérabilité à l'infection à VIH si le mari n'est pas fidèle. Les organisations féminines du Kenya continuent de faire pression pour la reconnaissance de ce crime envers les femmes.

La lutte autour de cette question est un exemple des handicaps auxquels les organisations féminines font face au Kenya et ailleurs en Afrique. Bien que les femmes constituent 55% des 25 millions d'habitants du Kenya, elles sont terriblement sous représentées dans le gouvernement, dans le commerce et les autres situations de pouvoir. Des 200 sièges au parlement, six

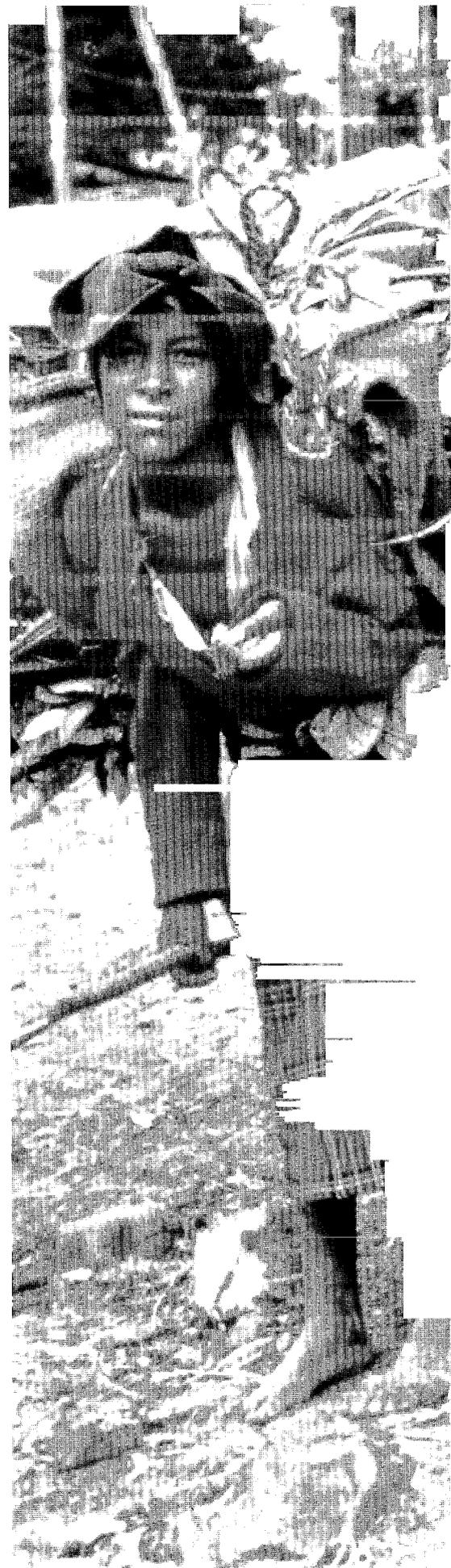
*Une jeune Ethiopienne ramassant du bois.
Le travail de force mène rarement les femmes à la sécurité financière et à l'indépendance dans les régions où elles ne peuvent pas profiter des occasions économiques.*

seulement sont occupés par des femmes et il y a une seule femme ministre, la première nommée au gouvernement. La promotion politique du soutien aux questions en rapport avec les femmes est une lutte pénible quand de nombreux membres du parlement ne sont pas convaincus du besoin de donner aux femmes les moyens d'agir au lieu de les «protéger» de manière paternaliste.

L'héritage des femmes

Certaines tribus du Kenya pratiquent l'héritage des femmes. Les veuves se remarient avec un membre de la famille ou de la communauté ethnique de leur mari décédé, souvent un homme qui a déjà plusieurs épouses ou autres partenaires sexuelles. Cette pratique est justifiée à titre de sécurité économique pour les femmes qui ont perdu les revenus et les propriétés de leur mari, mais elle les prive du droit de décider de leur propre vie après le veuvage et elle peut les obliger à avoir des rapports sexuels qui peuvent être dangereux pour elles.

Cette tradition profondément enracinée prend différentes formes selon les régions, et parfois elle donne à la veuve des possibilités de refuser. Chez les Luos dans l'ouest du Kenya, les veuves doivent se soumettre à l'héritage des femmes, mais elles peuvent choisir leur «légataire» à l'intérieur du groupe ethnique de leur mari. Dans certaines communautés de Zambie et d'ailleurs, certaines veuves sont forcées d'avoir des rapports sexuels sans protection



F. Haile/WHO/IL0

Violation horrible des droits fondamentaux, les mutilations génitales infligées aux fillettes perpétuent la croyance que le corps des femmes et des jeunes filles est en fin de compte la propriété des hommes.

avec un beau-frère—sans que cela mène nécessairement à un remariage—parce qu'on pense que l'acte va les purifier de l'esprit du mari décédé.

Cet obstacle culturel au droit fondamental de choisir ses partenaires augmente la vulnérabilité au VIH. Si une femme ne se plie pas aux coutumes, elle peut être mise au ban de la société et même en être expulsée, et beaucoup d'Africaines préfèrent risquer l'infection qu'être rejetées par leur famille et leur communauté.

Les pressions pour faire cesser l'héritage des femmes montent dans les régions du Kenya où le taux de transmission du VIH est particulièrement élevé. La proposition de FIDA-K au groupe de travail qui examine les lois en rapport avec les femmes demande l'éradication pure et simple de la pratique. D'autres proposent de la conserver pour fournir une sécurité aux veuves et à leurs enfants, mais d'interdire la nécessité de rapports sexuels forcés entre les veuves et leurs nouveaux partenaires.

Les questions de propriété
Les traditions patriarcales empêchent beaucoup de femmes du Kenya d'avoir des propriétés et d'en hériter, et donc de parvenir à un certain degré d'indépendance économique vis-à-vis des hommes. Le droit kenyan n'interdit pas explicitement aux femmes d'être propriétaires, mais la pratique culturelle élimine pratiquement les femmes du moyen le plus fréquent pour les Kenyans de le devenir: la succession. Les parents lèguent rarement des propriétés à leurs filles, et ceux qui le font sont méprisés. Les femmes qui essaient d'acheter de la terre, des entreprises ou d'autres biens majeurs découvrent que les banques ne leur prêteront pas d'argent sans l'aval de leur mari ou d'un autre membre mâle de la famille. C'est un exemple parfait de la manière dont la discrimination coutumière contre les femmes s'infiltré dans la structure financière, perpétue la dépendance économique des femmes et en fin de compte limite leur capacité de contrôler leur vie personnelle et sexuelle.

Dans nombre de communautés du Kenya et de toute l'Afrique subsaharienne, la propriété des hommes retourne habituellement à leur propre famille quand ils meurent. Une histoire tragique et ironique se répète trop souvent depuis quelques années: la femme qui prend soin d'un homme malade du sida se retrouve appauvrie à sa mort car ni l'un ni l'autre n'a pu former un revenu. La famille du mari prend la maison de la veuve, son jardin et ses autres propriétés et possessions—parfois même le matériel de cuisine—et la laisse sans abri et sans le sou au moment précis où elle tombe malade à cause de l'infection transmise par son mari. La famille du mari peut aussi décider de lui prendre ses enfants—la veuve n'a en général que peu de recours légal pour l'en empêcher—mais souvent les enfants se retrouvent aussi indi-

gents et sans abri. Une fois de plus, les pratiques culturelles qui appauvrissent les femmes peuvent aussi mener à l'infection parce que les veuves avec peu de moyens d'existence peuvent se tourner vers la prostitution pour survivre et faire survivre leurs enfants.

La question de la succession est délicate. Bien qu'elles-mêmes ou leurs parentes puissent se retrouver appauvries par les pratiques traditionnelles de succession, beaucoup de femmes pauvres du Kenya sont en faveur du statu quo parce qu'elles ne veulent pas «perdre» les propriétés de leurs enfants morts. Cependant, comme FIDA-K, la plupart des organisations du Kenya qui soutiennent les réformes juridiques en faveur des femmes réclament l'élimination du réseau complexe de traditions et de lois qui empêchent la plupart des femmes d'avoir des propriétés et d'en hériter.

Ailleurs en Afrique, l'organisation zambienne Women in the Law and Development in Africa (WILDFAF) s'attaque au problème en traduisant les lois sur les successions dans les langues locales et en formant du personnel paralégal qui informe les Zambiennes de leurs droits. En Afrique du Sud, les organisations qui apprennent aux femmes séropositives à rédiger un testament leur donnent le pouvoir de transmettre autant de propriété et de biens familiaux que possible à leurs orphelins. Et en Tanzanie, la réforme juridique a fait un pas en avant depuis quelques années: les veuves ont maintenant droit à la moitié de la propriété de leur mari.

Les mutilations génitales infligées aux fillettes (MGF)

Au Kenya, on apprend aux femmes que le plaisir sexuel est réservé aux hommes et que manifester du plaisir pendant les rapports sexuels est un signe de mauvaise moralité. Chez les Massaïs, les Kikuyus, les Merus et les Kiisis, la pratique des mutila-

Un cours
d'alphabétisation pour
femmes à Meru, Kenya.
L'alphabétisation et
l'éducation sont des
outils pour l'octroi
de pouvoir aux femmes
dans les pays en
développement.



Sean Sprague/PANOS PICTURES

tions génitales infligées aux fillettes—excision du clitoris et/ou des lèvres, infligée en général aux bébés ou aux petites filles—est justifiée depuis longtemps en disant qu'elle réduit la libido et le plaisir sexuel. Violation horrible des droits fondamentaux, les mutilations génitales infligées aux fillettes perpétuent la croyance que le corps des femmes et des jeunes filles est en fin de compte la propriété des hommes, et que le droit des femmes à leur propre sexualité peut être «excisé» comme l'est une partie de leur corps.

L'opération est faite en général sans anesthésie, avec des instruments non stérilisés qui peuvent porter des bactéries et le VIH. Certaines procédures de MGF peuvent entraîner des douleurs pendant toute la vie à cause d'irritations, de déchirements pendant les rapports sexuels et l'accouchement, d'infections et de croissance de tissu cicatriciel. Les femmes qui ont subi ces mutilations souffrent souvent d'abrasions vaginales qui saignent et les rendent plus vulnérables à la

transmission du VIH au cours de rapports sexuels avec un homme infecté. Cette pratique cruelle peut aussi faire des femmes des infirmes émotionnelles, sexuelles et psychologiques pendant toute leur vie.

Dans toute l'Afrique, de nombreuses organisations féminines ont lancé des initiatives en vue d'éduquer et de lutter contre les MGF. Comme cette ancienne pratique est profondément enracinée, les progrès sont lents. Mais au Ghana en 1994, la Ghanaian Association on Women's Welfare (GAWW) a réussi à faire amender le code pénal de 1960 pour y introduire les MGF en tant que crime passible d'un maximum de trois ans de prison. GAWW se rend compte que déclarer les MGF illégales ne suffira pas à les faire disparaître et continue une campagne nationale d'éducation.

FIDA-K et beaucoup d'autres organisations féministes du Kenya soutiennent les initiatives en vue de l'adoption et de l'application de lois qui interdisent les mutilations génitales infligées aux fillettes. Le code

pénal du Kenya prévoit le crime de «blessures graves» qui doit, selon nous, comprendre les MGF, mais peu de cas sont allés devant un tribunal car la police répugne à poursuivre. Le projet d'éducation juridique des communautés de FIDA-K s'efforce d'éduquer et d'encourager les agences chargées de l'application des lois pour leur faire comprendre que les MGF sont des crimes et qu'elles doivent engager des poursuites judiciaires. Pour le moment, les campagnes éducatives énergiques lancées par des organisations au niveau communautaire comme Maendeleo Ya Wanawake (Avancement des femmes) sont concentrées sur la cessation des MGF de sorte que, quand les lois auront été modifiées, les Kenyans seront prêts à abandonner cette cruelle tradition plutôt qu'à la pratiquer en secret.

La protection des jeunes femmes et des petites filles

Au Kenya, les mineures sont souvent mariées de force à des hommes plus âgés qu'elles qui cherchent des

partenaires sexuelles non infectées par le VIH. Les familles pauvres auxquelles beaucoup de ces jeunes filles appartiennent en tirent parfois un bénéfice financier alors que les enfants perdent l'occasion de continuer leurs études et leur droit de choisir quand et avec qui elles veulent se marier. Certains de ces hommes risquent d'être séropositifs et de transmettre l'infection à la prochaine génération. Ce genre de pratique contribue aux taux élevés d'infection chez les Kenyanes de 15 à 24 ans, groupe d'âge dans lequel deux fois plus de femmes que d'hommes sont infectés.

Le mariage des mineures est une des raisons pour lesquelles les filles sont retirées des écoles plus souvent que les garçons au Kenya et ailleurs en Afrique. La pauvreté des familles est une autre raison: les parents ou les tuteurs peuvent retirer les filles de l'école pour économiser de l'argent qu'ils consacreront à payer les frais de scolarité de leurs frères. Le faible niveau d'alphabétisation chez les femmes du Kenya en est une conséquence tragique. Seuls 51% des Kenyans savent lire et écrire, et seulement 15% de cette population est féminine. L'éducation et l'alphabétisation sont des outils essentiels au respect de soi, à l'acquisition de pouvoir économique et, en fin de compte, à une prévention effective du VIH. Les femmes et les filles peu éduquées sont souvent victimes de fausses informations ou d'absence d'information sur l'épidémie, sur les moyens de réduire les dangers des rapports sexuels et sur leurs droits légaux.

En Ouganda, le gouvernement s'est engagé dans une approche énergique à la protection des jeunes filles. Les comités de village doivent faire appliquer les règlements qui interdisent les rapports sexuels avant le mariage, les détournements de mineures et la consommation d'alcool par les mineurs, et l'armée ougandaise applique un code de

conduite qui interdit aux militaires d'avoir des rapports sexuels avec des filles célibataires.

Pour la défense des prostituées

Les femmes qui doivent recourir à la prostitution pour leur survie économique sont particulièrement vulnérables au VIH. Au Kenya, la criminalisation de la prostitution implique que les prostituées ne peuvent pas porter plainte quand elles sont maltraitées par des clients. Peu de prostituées pensent qu'elles peuvent exiger l'emploi d'un condom ou d'autres méthodes à moindres risques de peur de perdre des clients, leur seule source de revenu.

Les organisations féministes du Kenya insistent pour que les droits fondamentaux des prostituées—y compris celui de ne pas devenir séropositives—soient protégés par les agences chargées de l'application des lois, alors que ces agences traitent souvent les prostituées comme si elles n'avaient pas de droits du tout. Certains groupes demandent que l'industrie du sexe ne soit plus considérée comme criminelle car cela permettrait aux prostituées de négocier plus facilement pour des pratiques sexuelles à moindres risques et d'exiger la fin des mauvais traitements. Une fois de plus, les possibilités économiques pourraient jouer un rôle crucial en permettant aux prostituées de se libérer de leur dangereux métier pour gagner leur vie et celle de leurs enfants de manière plus productive.

L'octroi de pouvoir et les réformes juridiques

Les programmes nationaux de prévention du VIH et les hommes politiques qui condamnent les exactions ne sont pas suffisants pour protéger les femmes du Kenya contre une épidémie fatale qui montre peu de signes de régression. Des réformes législatives et politiques qui s'attaquent fermement à l'infériorité

économique et sociale des femmes doivent être mises en oeuvre et les dirigeants du Kenya doivent avoir la volonté politique de s'en prendre aux normes socioculturelles enracinées qui oppriment les femmes et les rendent gravement vulnérables au VIH et au sida.

Malgré une lutte pour le changement qui paraît sans espoir à certains moments dans de nombreuses parties du continent, les femmes d'Afrique et du monde entier disposent maintenant d'un nouveau modèle politique pour l'acquisition de pouvoir et l'action législative en vue de combattre l'épidémie. Le Programme d'action adopté à Pékin par la quatrième Conférence mondiale des Nations unies sur les femmes demande à tous les gouvernements de réviser et d'amender leur jurisprudence et d'adopter des lois en vue de mettre fin aux pratiques socioculturelles qui peuvent contribuer à la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH.

En tant que membre de l'ONU et signataire de tous ces documents de politique internationale, le Kenya peut montrer la voie en Afrique en se lançant énergiquement dans des réformes juridiques qui permettront aux femmes de se protéger elles-mêmes. Les femmes du Kenya et de toute l'Afrique doivent s'unir politiquement pour exiger que de telles actions soient entreprises pour sauver leur propre vie et celle de la prochaine génération. ■

Jane Kiragu est avocate et membre du conseil de la section kenyane de l'Internationale Federation of Women Lawyers (FIDA-K). La FIDA a 75 sections dans le monde. Elle est membre de la sous-commission de la santé féminine et des droits génésiques de FIDA-K et elle mène actuellement des recherches sur les mutilations génitales infligées aux fillettes au Kenya.

FORUM DES FEMMES

L'histoire de Badriyé

par Janane Mallat



Une Libanaise séropositive décide de sortir de l'anonymat pour combattre la discrimination. Un an après son passage à la télévision nationale, la productrice de l'émission examine ses effets sur la femme et sur les téléspectateurs, ainsi que le rôle du journalisme dans la lutte contre le sida dans les pays en développement.

Quand son mari est mort en septembre 1993, Badriyé a pensé: «C'est la volonté de Dieu». Personne ne savait de quoi il était mort. Les soins médicaux sont loin d'être satisfaisants dans les régions rurales du Liban. Hors de Beyrouth, les gens meurent vite. D'ignorance.

Personne n'aurait jamais su de quoi le mari de Badriyé était mort si une femme médecin n'était pas passée par le village. Elle a lu le dossier de l'homme, soupçonné quelque chose d'anormal et demandé un test posthume de recherche du VIH.

Comme s'il ne suffisait pas qu'elle ait perdu son mari, Badriyé a dû se soumettre à un test de recherche du VIH. Il s'est révélé positif. A 40 ans, avec deux enfants, dans un village perdu d'un pays arabe où les femmes ont peu de pouvoir et de droits, elle était malade, solitaire et pauvre.

Suite à la faiblesse du gouvernement libanais après des années de guerre, les journalistes—surtout ceux des médias privés—s'attaquent aux questions relatives au sida avec franchise et sans censure. En fait, depuis 1988 diverses campagnes et

émissions de télévision sur le sida n'ont pas hésité à dire que la plupart des gens infectés au VIH l'ont été par transmission sexuelle.

Néanmoins, Badriyé ne savait pas grand-chose à propos du sida. Quand on est mariée, on ne risque rien. Son nouveau médecin lui a expliqué la progression du virus, la maladie à venir. Badriyé a appris à faire face.

Un article d'un journal local à propos de la mort de son mari a provoqué une réaction unanime: le rejet total. Les habitants du village de Badriyé évitaient de lui parler, de lui rendre visite et même de passer devant sa maison. Son fils cadet ne pouvait plus jouer avec les autres enfants.

Le fils aîné de Badriyé, Badr, porte sur lui un certificat qui le déclare séronégatif ainsi que son frère. «C'est pour éviter les commérages», dit-il. «Si quelqu'un dit que mon frère ou moi avons la maladie, je peux leur montrer le certificat».

J'ai rencontré Badriyé par l'intermédiaire de son médecin, qui avait obtenu son accord préalable. Dès le début, elle était convaincue qu'il fal-

■
Un article d'un
journal local à
propos de la mort
de son mari a
provoqué une
réaction unanime:
le rejet total.
■

lait sortir de l'anonymat. Comme elle m'a dit lors d'une interview hors-caméra avant l'émission finale: «Si je raconte mes malheurs à quelqu'un, il ne va pas les répéter à d'autres gens, ou peut-être juste à quelques-uns. Mais en passant à la télé, au moins les gens de mon village finiront par comprendre que leur vie n'est pas en danger».

Badriyé voulait sortir de sa quarantaine. Elle ne voulait pas mendier de l'argent, ni se plaindre ni accuser. Elle voulait seulement être vue et entendue. Après avoir parlé avec le médecin de Badriyé et avec le chef du village (pour qui toute l'affaire présentait peu d'intérêt), nous avons mis sur pied un programme en plein-air. Badriyé et tout le village étaient conviés à une discussion franche devant les caméras.

Pour démarrer la discussion nous avons montré un court reportage sur le sida et l'interview finale avec Badriyé, dans laquelle elle versait toutes les larmes de son corps. Les gens du village ont été stupéfiés par sa franchise, par sa faiblesse et par sa force, et surtout par sa douleur. Au début ils ont posé des questions sur le sida, puis sur Badriyé. En même temps, une espèce de solidarité s'est fait jour dans l'auditoire; personne ne voulait la blesser avec des questions indiscrettes. La plupart des questions sur Badriyé étaient adressées à son médecin.

Le premier miracle a eu lieu ce soir-là. Quand le tournage a été terminé, Badriyé a dit d'une voix animée: «Vous voyez, ils sont tous venus me saluer et m'embrasser. Vous avez vu ça?»

Oui, je l'avais vu. Et j'avais vu Badriyé sourire pour la première fois.

Le deuxième miracle a eu lieu deux semaines plus tard, le soir de la diffusion de l'émission. Des familles de tout le pays ont tremblé d'émotion et d'admiration pour cette femme qui parlait si simple-

ment de son double supplice: le sida et la discrimination.

Des téléspectatrices ont téléphoné pour exprimer leur soulagement et leur colère. «Il est grand temps que les hommes comprennent les obligations du mariage et de la fidélité», a dit une femme. «Vous les obligez à se sentir responsables».

Les indices d'écoute étaient très élevés ce soir-là, ils ont atteint 50%.

Fin de l'histoire. Dans la joie.

Mais l'histoire ne se termine pas ici. Le sida est un sujet avec lequel on ne finit jamais. Il ne disparaît pas quand on arrête les caméras.

L'histoire de Badriyé a été diffusée presque un an avant la rédaction de cet article. Depuis, réconciliée avec son environnement, Badriyé a dû se battre avec d'autres difficultés: comment élever ses enfants et se faire traiter. Dans des pays comme le nôtre, il ne faut pas compter sur la prévoyance sociale.

Au cours de l'année écoulée le nombre de cas de sida est passé de 180 à 260. Les responsables de la santé estimaient qu'entre mille et deux mille personnes étaient séropositives au Liban.

Pris entre l'agitation produite par les médias, les craintes de la population et sa propre léthargie endémique, le gouvernement a commencé par réclamer des tests prénuptiaux de recherche du VIH, mesure coercitive mais populaire qui offre une fausse sécurité mais pas de solution. Des 65 femmes séropositives au Liban, 60 sont mariées depuis plusieurs années. Mais des faits comme celui-là n'affectent pas la politique du gouvernement.

Il n'y a jamais eu de dépistage anonyme et gratuit au Liban. Le Programme national de lutte contre le sida a publié des brochures éducatives à l'intention des voyageurs libanais, mais le personnel des aéroports n'a jamais pris la peine de les distribuer.

Depuis un an, je me pose des questions sur l'utilité du journalisme. Que peuvent faire les journalistes pour empêcher d'autres histoires de Badriyé de se produire? Comment son histoire peut-elle servir d'exemple aux femmes dans la même situation socioculturelle et économique?

A titre de suivi, on m'a conseillé de m'adresser aux hommes. Autant essayer d'apprendre à un voleur à ne pas voler. Dans les pays comme le mien, les hommes sont fiers de leurs conquêtes féminines et cette fierté ne disparaît qu'avec le sida. A ce jour les beaux-parents de Badriyé l'accusent «d'avoir terni la réputation de la famille».

On m'a conseillé de donner aux femmes les moyens d'agir. Dans mon pays, surtout dans les zones rurales, aucune femme ne risque de demander à son mari d'utiliser un condom ou de se faire tester pour le VIH. La plupart du temps, elles n'ont pas choisi leur mari et elles sont sans instruction (ce n'était pas le cas de Badriyé), on leur a inculqué l'obéissance aux règles fixées par les hommes et elles dépendent financièrement de leur mari. Poser des questions sur le VIH à son mari ou lui demander d'employer un condom serait considéré comme une insulte à sa supériorité et serait dangereux pour le bien-être de l'épouse.

Compte tenu d'un système de santé véreux et insuffisant, du manque d'infrastructures et de l'absence totale de leadership chez les politiciens, les intellectuels et les artistes (aucun chanteur ou acteur arabe ne prendra le risque de soutenir ouvertement quelqu'un qui soit séropositif), il n'y avait qu'une solution: les organisations privées. Après deux mois de négociations, une de ces organisations a accepté d'aider Badriyé. Mais j'ai dû sortir de mon rôle de journaliste pour supplier l'organisation de fournir son aide.

Nous ne pouvons certainement pas attendre indéfiniment que des structures soient mises en place. Le sida n'attend pas. Malheureusement, la société des pays comme le mien ne reconnaît pas d'autre système que la dictature (ou au mieux, l'anarchie).

Depuis un an je me pose la question: devons-nous nous résigner au fatalisme ambiant, abandonner Badriyé et les autres?

Je sais maintenant qu'au Liban, comme probablement dans d'autres pays en développement, le journalisme n'est pas un maillon de la chaîne et que sa mobilisation ne met pas forcément en branle les rouages du système. Parce qu'ici, il n'y a pas de système et il n'y a pas de chaîne. Nous n'avons jamais vu la carrière politique d'une personnalité interrompue par un scandale révélé par la presse.

Dans cet ensemble cacophonique et diffus, la journaliste (comme tous les autres gens pleins de bonté, de bonne volonté et ardents au travail dans tous les domaines) se retrouve en train de jouer, tour à tour, le rôle de la flûtiste, de la pianiste, de la violoncelliste, et elle finit même par devenir aussi le chef d'orchestre.

C'est pourquoi je dis: arrêtez la musique! Il le faut. De manière à pouvoir de nouveau entendre s'élever les voix de ceux qui souffrent, à les ramener à la lumière et à permettre aux oreilles attentives et—espérons-le—aux mains secourables de sortir des ténèbres. ■

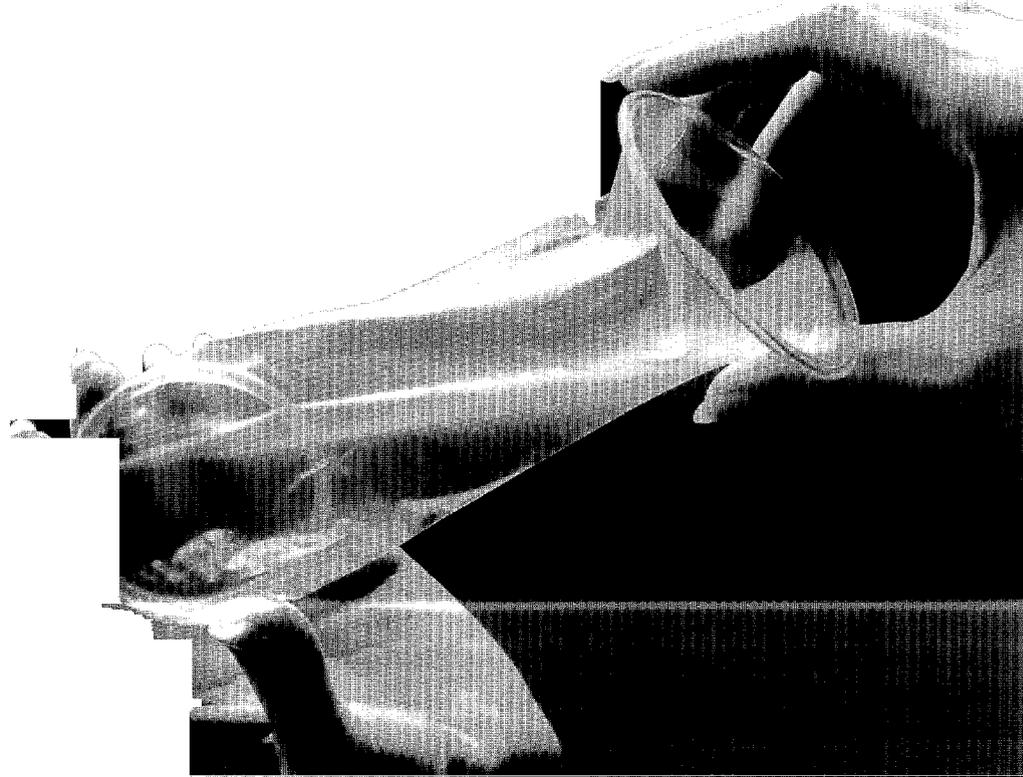
Janane Mallat est directrice des programmes à C33, chaîne jumelle de la Lebanese Broadcasting Corporation International. Elle a produit quatre émissions sur le sida et deux campagnes éducatives de 15 rubriques (dont 5 avaient été commandées par le ministère de la santé), ainsi que d'autres émissions à caractère social ou sanitaire.

L'histoire de Badriyé a gagné le prix du meilleur reportage médical 1994 pour les contributions à CNN World Report.

■

Des familles de
tout le pays ont
tremblé d'émotion
et d'admiration
pour cette femme
qui parlait si
simplement de son
double supplice:
le sida et la
discrimination.

■



Wisconsin Pharnacal

Le condom féminin est un fourreau ample et doux avec un anneau souple de polyuréthane à chaque extrémité. Un des anneaux sert de mécanisme d'insertion et d'amarrage à l'intérieur du vagin. L'autre reste en-dehors du vagin après l'insertion, protégeant ainsi les lèvres et la base du pénis pendant les rapports sexuels.

La recherche de méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes

par Nash Herndon, Family Health International

Le message a été diffusé des millions de fois, sur des milliers d'affiches et de prospectus, sur les ondes et dans les salles de classe et sur les places publiques de villages du monde entier: utilisez un condom chaque fois que vous avez des rapports sexuels pour éviter la contamination par le VIH. Cette méthode est toujours la tech-

nique de protection la plus simple, la plus efficace et la moins chère contre le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles (MST).

Et pourtant, pour la moitié de la population du monde ce message est péniblement mitigé. Les femmes qui dépendent des hommes du côté économique et leur sont subordonnées du point de vue social sont

souvent dépourvues du pouvoir de négocier l'emploi des condoms avec leurs partenaires. La résistance des hommes aux condoms peut être un obstacle formidable à la protection des femmes.

Le besoin de moyens de prévention que les femmes puissent contrôler elles-mêmes devient plus urgent parce que l'épidémie

continue de se propager rapidement chez les femmes. Beaucoup d'experts pensent que, dans l'ensemble du monde, le VIH aura infecté plus de femmes que d'hommes d'ici à la fin du siècle. Dans certaines régions comme l'Afrique subsaharienne, c'est déjà le cas. Comme pour d'autres MST, les femmes sont biologiquement plus susceptibles que les hommes à l'infection à VIH. La transmission du virus d'un homme infecté à une femme est plus facile que celle d'une femme séropositive à un homme.

Il est important de donner aux femmes de nouveaux moyens de protection contre les autres MST car ces maladies facilitent le passage du VIH d'une personne à une autre. De plus, les effets médicaux des MST peuvent être plus graves pour les femmes, elles peuvent provoquer des infections génitales hautes et la stérilité. Chez les femmes, les MST sont plus souvent asymptomatiques que chez les hommes et donc plus difficiles à diagnostiquer, ce qui peut retarder le traitement.

Actuellement, la seule stratégie de prévention des MST contrôlée par les femmes est l'emploi de contraceptifs locaux. Le condom féminin récemment mis au point n'est pas facilement disponible sauf en Europe et en Amérique du Nord, et il coûte relativement cher. Les spermicides et autres méthodes locales qui peuvent être employées sans que les hommes le sachent offrent seulement une protection limitée. Des recherches sont en cours sur une nouvelle catégorie de prophylactiques, appelés microbicides, qui seraient plus efficaces contre beaucoup de MST, dont l'infection à VIH.

Les condoms féminins

Le condom féminin est une méthode de protection contrôlée par la femme qui l'utilise, mais qui nécessite encore une certaine coopération de la part du partenaire mâle. Les

condoms féminins sont en polyuréthane, matière plastique plus robuste que le latex des condoms masculins, offrant une meilleure protection potentielle, de moindres risques de déchirement, un plus grand confort et ils se conservent mieux, mêmes dans des conditions d'emmagasinage défavorables.

Le dispositif couvre le col de l'utérus, le vagin et une partie du périnée de la femme ainsi que la base du pénis. Comme il recouvre une grande partie des organes génitaux externes de la femme, il constitue une barrière plus étendue et il peut offrir une relativement plus grande protection que le condom masculin contre les ulcérations génitales telles que l'herpès et les chancroïdes.

Les études en laboratoire ont montré que le condom féminin est imperméable aux agents des MST, y compris au VIH. La seule étude en milieu humain a été un essai clinique mené par Family Health International (FHI) et le Contraceptive Research and Development Program (CONRAD).

Au cours de cet essai, 104 femmes qui avaient été reconnues atteintes de trichonomiase vaginale récurrente et traitées ont été affectées à un groupe utilisant le condom féminin ou à un groupe de contrôle (des bénévoles qui avaient décidé de ne pas s'en servir). Après 45 jours, des récurrences de trichonomiase sont apparues chez 7 des 50 femmes du

groupe de contrôle (14%) et 5 des 34 utilisatrices non régulières du condom, mais aucune chez les 20 qui ont dit s'en servir assidûment.¹

FHI et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) vont mener au moins une étude sur l'emploi du condom féminin et les infections du col de l'utérus. Tant que les recherches ne seront pas plus avancées, la capacité de ce condom à prévenir les MST restera incertaine,

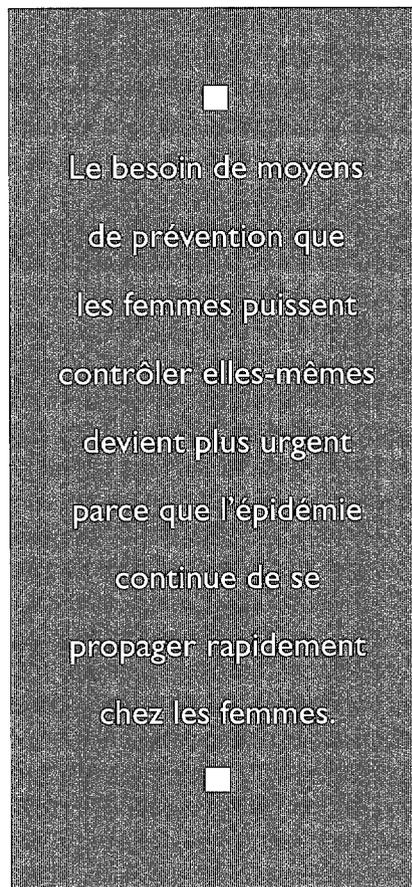
mais prometteuse, dit le docteur Paul Feldblum, spécialiste des méthodes locales à FHI.

L'acceptabilité
Dans les pays industrialisés, les femmes commencent à utiliser le condom féminin pour se protéger contre les MST. L'Agency for International Development (USAID) a récemment fourni une quantité limitée de ces condoms à des programmes de planification familiale dans

22 pays en développement, et elle va évaluer avec soin l'intérêt de continuer à en fournir ou de cesser de le faire.

Mais l'extension de l'utilisation dépendra de l'attitude des usagers. Le docteur Feldblum a constaté que le dispositif est nouveau et peu connu de la plupart des gens. «Le condom féminin pourra devenir plus attrayant quand le concept sera mieux connu», dit-il.

FHI évalue depuis six ans l'acceptabilité du condom féminin



dans diverses populations. Lors de l'essai clinique en collaboration avec CONRAD, les plaintes les plus fréquentes concernaient l'anneau interne et le mouvement du dispositif pendant l'usage. Il y a eu peu de plaintes relatives à l'insertion, bien que quelques femmes ont dû s'y prendre à plusieurs fois pour s'habituer à insérer le condom. Beaucoup de femmes l'ont dit agréable à utiliser, et sont décidées à le recommander à d'autres.

Lors d'une autre étude, 56 couples thaïlandais ont dit trouver le dispositif généralement acceptable, mais les anneaux interne et externe provoquaient des sensations d'inconfort pendant les rapports sexuels. La plupart des couples ont dit qu'il réduit la satisfaction sexuelle. Un groupe de 20 prostituées thaïlandaises se sont plaintes que le condom soit trop long.² Une deuxième étude a été entreprise avec ces femmes et un condom plus court, mais l'acceptabilité globale a augmenté seulement de façon marginale.

Une enquête financée par la Women's Initiative d'AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project au Kenya et au Brésil a pour objet de savoir ce que les femmes pensent du condom féminin en tant que protection contre le VIH et les autres MST. Cette recherche, qui a commencé en octobre 1995, examine l'influence de divers éléments sociaux, culturels et

économiques sur l'acceptabilité du condom féminin et sur ce que les utilisatrices pensent du degré d'augmentation de leur pouvoir dans le couple grâce à l'emploi d'une méthode qu'elles contrôlent elles-mêmes.

Le prix est aussi un obstacle à l'usage du condom féminin. Il est en moyenne de U.S.\$2.50 aux Etats-Unis, quelque cinq fois plus cher que le condom masculin. Des recherches sont en cours en vue de déterminer si les condoms féminins peuvent être nettoyés et employés plus d'une fois. Si c'est possible, son emploi sera moins onéreux.

Les spermicides

Les spermicides sont parfois recommandés comme méthode de remplacement quand les condoms sont inacceptables et des contacts sexuels

dangereux inévitables car ils semblent offrir une certaine protection, en particulier contre les MST bactériennes.³ Aux E-U, par exemple, le département de la santé publique de l'Etat de New York recommande l'emploi d'un diaphragme et de spermicide quand l'abstinence ou l'usage d'un condom est impossible. En dernier ressort, ce département suggère aux femmes d'employer seulement un spermicide

bien que cette méthode soit la moins efficace contre les infections.

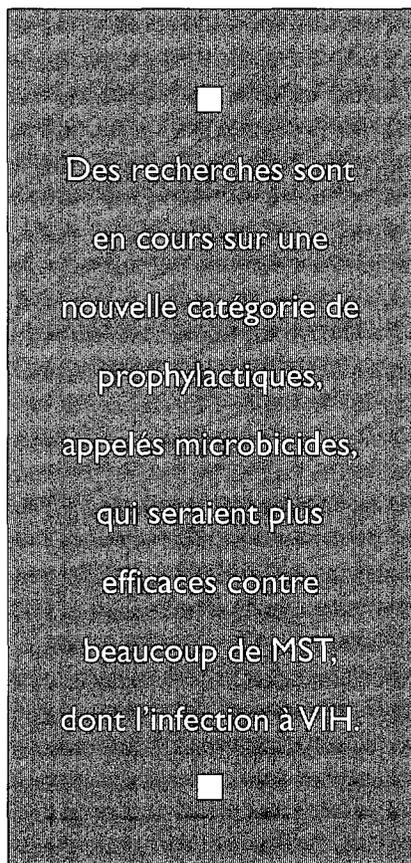
Dans les études en laboratoire, le spermicide d'usage répandu

nonoxynol-9 (N-9) neutralise de nombreux agents de MST, dont le VIH. Les gonocoques, chlamydie, herpès génital, spirochètes, candida, trichomonas et autres organismes provoquant des vaginites sont neutralisés par le N-9. Comme les spermicides ont pour fonction de détruire les spermatozoïdes, ils doivent aussi détruire les cellules infectées par le VIH dans le sperme des séropositifs. Cependant, l'efficacité des spermicides dépend de leur répartition dans le vagin et d'autres éléments. De plus, dans certains cas, le N-9 irrite les cellules du vagin et du col de l'utérus, surtout quand on s'en sert souvent, ce qui peut augmenter les risques d'infection à VIH.

On n'a pas encore fait assez de recherches sur l'efficacité de l'emploi de N-9 pour la protection des femmes contre les infections virales comme celle à VIH. «La quantité de N-9 à utiliser est une des nombreuses questions importantes qui attendent toujours une réponse», dit le docteur Feldblum. «Par exemple, si on reste en-dessous du seuil de production d'irritation, l'emploi du N-9 peut vraiment réduire les risques d'infection à VIH alors que l'usage fréquent du N-9 et l'irritation des tissus peuvent faciliter la transmission du virus».

Grâce à un financement des U.S. National Institutes of Health, FHI cherche à déterminer si l'emploi d'un film vaginal au N-9 réduit les infections à VIH chez les femmes qui ont de nombreux partenaires. L'OMS a récemment terminé des essais de sécurité du film chez des bénévoles saines à Amsterdam, Anvers et Bangkok, et prépare d'autres études dans deux pays d'Afrique et un d'Asie.

Le chlorure de benzalkonium et le menfegol, spermicides d'usage répandu dans certains pays, neutralisent aussi le VIH dans les essais en laboratoire mais il faut davantage de recherches pour évaluer leur capa-



cité de protection contre les infections virales.

La recherche d'autres méthodes

Les scientifiques sont en train de mettre au point des produits vaginaux qui pourraient éliminer les défauts des spermicides dont on dispose pour le moment. Dans l'idéal, ces obstacles chimiques protégeraient les femmes contre toute une gamme d'agents infectieux et des virus, dont le VIH. Comme les spermicides, ces produits pourraient être appliqués au vagin sous forme de gel, de film ou de suppositoires.

En Inde, on étudie la sécurité et l'efficacité d'une crème vaginale, dérivée du margousier, qui a des propriétés contraceptives et microbicides. Le Population Council mène des essais cliniques en vue d'évaluer la sécurité d'un autre produit microbicide. Le U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) a récemment lancé trois projets de recherche en vue de découvrir des microbicides topiques capables de contrôler la propagation du VIH et d'autres MST. Et CONRAD examine les propriétés antivirales de nombreux composés chimiques et leur sécurité pour les tissus locaux.

L'USAID fournit une grande partie du financement des recherches sur les microbicides menées par CONRAD, le NIAID, l'OMS, le Population Council, FHI et les U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Ces organisations et le Conseil britannique de la recherche médicale constituent un groupe de travail interinstitutions dont l'OMS coordonne les activités en vue de promouvoir un plus grand soutien à la mise au point de microbicides. Ce groupe a mis sur pied des modèles pour la recherche préclinique sur les composés microbicides et rédigé des directives pour les essais cliniques.



Julie Beamish/Family Health International

Le VCF est un film vaginal au nonoxynol-9 qui est expérimenté pour voir s'il réduit les infections à VIH parmi les femmes qui ont de nombreux partenaires.

Le microbicide idéal ne tuerait pas les spermatozoïdes, ce qui le rendrait attrayant pour les femmes qui voudraient être enceintes. Il pourrait être combiné à un spermicide pour celles qui auraient besoin de contraception.

De nombreux problèmes restent à résoudre, et il faudra peut-être des années avant qu'un microbicide efficace soit à la disposition de toutes les femmes. Par exemple, le mécanisme de la transmission du VIH à l'intérieur de l'appareil reproductif féminin n'est pas clairement compris. Une meilleure connaissance de sa transmission aidera beaucoup les scientifiques à mettre au point un microbicide efficace. ■

Références

1. Soper, D.E., D. Shoupe, G.A. Dhangold, et al 1993. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases* 20:136-139.
2. Sakondhavat, C. 1989. Consumer preference study of the female condom in a sexually active population at risk of contracting AIDS: Final report. Durham: Family Health International.
3. Cates, W., F. Stewart, J. Trussell. 1992. The quest for women's prophylactic methods—Hope vs. science. *American Journal of Public Health* 82:1479-82.

Nash Herndon est éditeur en chef du bulletin trimestriel de FHI Network.

Les possibilités de prévention de la transmission du VIH entre mère et enfant dans les pays en développement

par Halima Shariff

Je vais me marier le mois prochain, et j'en ai tellement envie parce que je sais que j'aurai des enfants. C'est ce que j'ai toujours voulu. Mais j'ai aussi peur du sida. Et si l'un de nous deux était séropositif?

(Anastasia, 19 ans)*

Mon partenaire ne se fait pas de souci à propos de ma séropositivité. Je lui ai dit et répété cent fois que j'ai le virus. Mais il ne m'a jamais cru et il a insisté pour que nous ayons un enfant. Maintenant mon enfant est en train de mourir du sida.

(Christine, 34 ans)*

**Les noms des deux femmes ont été changés pour préserver leur vie privée.*

Anastasia et Christine, toutes deux tanzaniennes, sont à des stades très différents de leur vie mais elles ont en commun un souci presque universel chez les femmes d'Afrique: la maternité.

Dans tout le continent, la plupart des femmes veulent avoir des enfants. Ils sont considérés comme essentiels à la réussite personnelle et au bonheur de la famille. Les femmes sans enfants peuvent inspirer la pitié, être maltraitées ou abandonnées par leurs partenaires mâles, et leur rôle social est réduit au minimum.

Mais de nos jours le désir d'avoir des enfants se heurte à un nouveau souci: la peur de voir un nouveau-né séropositif. Le virus qui provoque le sida peut être transmis de la mère à l'enfant dans l'utérus, au passage par le vagin à la naissance, ou par le lait maternel plus tard. On estime que, d'ici à l'an 2000, dix millions d'enfants pourraient être infectés au VIH dans le monde entier, la plupart par transmission de la mère à l'enfant, et que plus de 90% d'entre eux seront dans des pays en développement.

En Afrique, on estime à 30% les

transmissions périnatales. Avec des taux de séropositivité de 30% chez les femmes en âge d'avoir des enfants dans certaines régions de Tanzanie, on peut s'attendre à voir, au cours de la prochaine décennie, un nombre tellement croissant de transmissions de la mère à l'enfant qu'il pourrait exténuer les ressources sanitaires et mettre en danger les améliorations récentes du taux national de survie des enfants.

Des stratégies de prévention de la transmission périnatale du VIH continuent d'être mises au point, mais le coût de leur application peut constituer un gros obstacle dans les pays en développement. En fait, tout au long des années 1980, beaucoup pensaient que la prévention maternelle était la seule abordable pour les pays les plus pauvres. Maintenant, les experts de la santé publique et les médecins cherchent des moyens de mettre à la disposition des femmes du monde en développement de nouvelles méthodes de prévention de la transmission périnatale.

Education, dépistage et conseil

Dans des pays comme la Tanzanie, l'obstacle le plus fort à la réduction de la transmission de la mère à l'enfant est peut-être la difficulté de fournir aux femmes l'information fondamentale sur le VIH, surtout à celles qui habitent en-dehors des zones urbaines. A moins qu'ils aient



Une Zambienne et son enfant, tous deux séropositifs, couchés sur un lit d'hôpital.

été conçus pour répondre aux besoins spécifiques des femmes, même les messages sur la prévention du VIH les plus largement diffusés atteignent rarement les femmes. «Beaucoup de femmes ne savent toujours rien de la maladie, bien que la prise de conscience du sida soit grande dans le pays», dit le docteur Xavier Karlenka de WAMATA, organisation non gouvernementale dont le siège est à Dar es-Salaam.

Le dépistage et les services de conseil aux femmes qui sont séropositives leur donneraient le savoir nécessaire pour décider d'avoir des enfants ou non, et de la manière de le faire. Ils les aideraient à comprendre les moyens de diminuer le risque d'avoir des bébés séropositifs. Malheureusement, le dépistage coûte très cher et le personnel médical teste seulement les femmes qui montrent des symptômes d'infection au VIH quand elles se rendent dans un dispensaire pour obtenir un traitement. Les programmes de conseil sont rares en Tanzanie comme dans une grande partie de l'Afrique

subsaharienne, surtout dans les zones rurales. Quelques organisations non gouvernementales et installations médicales offrent un service de conseil maternel, mais il n'est pas assez répandu pour desservir toutes les femmes qui en ont besoin.

Des problèmes structurels limitent aussi les actions que les femmes séropositives peuvent entreprendre quand elles connaissent leur état et sont conscientes des risques de transmission maternelle. L'interruption volontaire de grossesse est illégale en Tanzanie ainsi que dans de nombreux autres pays d'Afrique. Les femmes qui décident d'interrompre leur grossesse doivent soit avoir assez d'argent pour se rendre discrètement auprès de médecins privés, soit parvenir à convaincre un médecin de mettre en branle la procédure médicale nécessaire pour obtenir un avortement gratuit ou peu onéreux dans un dispensaire public. La contraception en vue d'éviter de nouvelles grossesses peut être difficile à obtenir et son prix est parfois prohibitif pour les femmes pauvres.

Le refus de savoir

Mais même pour les femmes qui ont accès au dépistage et au conseil, savoir n'est pas toujours synonyme de pouvoir. La dépendance financière des femmes envers les hommes et les rôles traditionnels des deux sexes peuvent empêcher les femmes de prendre des décisions sur la grossesse et la santé. Christine est une mère de trois enfants qui habite à la périphérie de Dar es-Salaam. Sans emploi, elle est dans son deuxième engagement sexuel depuis la mort de son mari en 1988, mort provoquée par le sida.

«J'ai été diagnostiquée séropositive il y a trois ans, mais comme j'ai toujours l'air d'être en bonne santé j'ai toujours eu beaucoup de difficulté à convaincre mon amant que j'ai le virus», dit-elle en donnant le sein à sa fille de 18 mois, séropositive elle aussi. «Je regrette ma grossesse, mais qu'est-ce que je pouvais faire quand cet homme insistait pour avoir un enfant avec moi pour renforcer notre engagement mutuel?»

Christine ne s'est pas fait assez de souci à propos de la transmission du VIH pour passer outre à l'insistance de son partenaire. Son refus de reconnaître les risques pour Christine et leur enfant—et de la nécessité d'employer des condoms tant comme moyen de protection pour lui-même et de contraception—met en évidence un problème répandu pour les services de conseil en Tanzanie.

«Le refus de savoir empêche les gens de se rendre compte de leur vulnérabilité», dit le docteur Karlenka. «Même après le conseil, l'acceptation des changements dans le mode de vie et le comportement sexuel doivent venir des intéressés eux-mêmes».

Les femmes déterminées à donner naissance peuvent aussi éviter la vérité sur la transmission périnatale. Asha Mruma, conseillère dans la ville d'Arusha, rencontre beaucoup de refus de savoir chez certaines des femmes séropositives qu'elle essaie d'aider. Une femme qu'elle a vue plusieurs fois n'a jamais voulu croire qu'il puisse arriver quoi que ce soit de dangereux à un enfant conçu par elle.

«Tout ce qu'elle voulait, c'est avoir un enfant», dit Mruma. «Elle ne voulait pas regarder en face les risques d'infection de son enfant après la naissance simplement parce qu'elle se sentait bien et robuste».

Comme le statut et le rôle des femmes dans les sociétés africaines sont si étroitement associés au puissant impératif culturel de la maternité, le refus de savoir va continuer de constituer un obstacle à la prévention de la transmission entre la mère et l'enfant. L'amélioration et l'augmentation de l'éducation de base du public sur le VIH—notamment le message: une personne peut avoir l'air en bonne santé mais cela ne signifie pas qu'elle n'est pas infectée—est un moyen de combattre les idées fausses mais répandues qui sont à l'origine de ce refus de savoir.

L'allaitement maternel

La question cruciale et controversée de savoir s'il vaut mieux conseiller aux femmes des pays en développement de ne pas nourrir leurs enfants au sein à cause des risques de transmission du VIH par le lait préoccupe les spécialistes des services de conseil et les professionnels de la santé publique.



Mais de nos jours le désir

d'avoir des enfants se

heurte à un nouveau souci:

la peur de voir un

nouveau-né séropositif.



Les estimations de la possibilité de transmission du VIH par le lait varient largement entre 16 et 60%. Il est difficile d'évaluer les risques parce que le dépistage n'indique pas clairement si le virus a été transmis avant la naissance, pendant l'accouchement ou par l'allaitement. Les dernières recherches montrent que les risques de transmission par l'allaitement au sein augmentent si la mère a été infectée après le début de la grossesse plutôt qu'avant, peut-être parce que le taux de reproduction du virus est plus élevé dans les premiers stades de l'infection. D'autres études ont examiné la possibilité que l'allaitement maternel prolongé au-delà d'un an risque d'être plus dangereux qu'un allaitement plus court.

L'allaitement au sein est encouragé depuis longtemps dans le monde en développement parce qu'il réduit de façon spectaculaire la morbidité et la mortalité infantiles. Le lait maternel contient d'importantes substances nutritives et des immunisants absents des prépara-

tions pour nourrissons. Et dans les parties du monde où on ne dispose pas d'eau potable pour dissoudre les préparations, l'allaitement maternel sauve les enfants de nombreuses maladies infectieuses et de la malnutrition. L'allaitement maternel est aussi avantageux pour les familles pauvres.

«Dans beaucoup de pays en développement où le revenu annuel est si bas, le coût des préparations pour nourrissons est prohibitif», dit le docteur Andrea Ruff de l'école de santé publique de l'université Johns Hopkins. «La santé globale et le bien-être général des familles seraient compromis si elles devaient acheter des préparations pour nourrissons, et les nourrissons eux-mêmes pourraient être moins bien nourris pour économiser les préparations».

L'Organisation mondiale de la santé conseille aux femmes enceintes des régions du monde où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les causes primaires de la mortalité infantile de continuer à allaiter au sein qu'elles soient séropositives ou non. Dans les régions où ce n'est pas le cas, il est conseillé aux femmes infectées de ne pas allaiter au sein. En Tanzanie, les services de conseil encouragent leurs patientes à pratiquer l'allaitement maternel même si elles sont séropositives.

La zidovudine (AZT)

Le AIDS Clinical Trials Group a montré que ce médicament anti-rétrovirus réduit la transmission périnatale des deux tiers s'il est administré aux femmes avant, pendant et après l'accouchement. A la suite de ces découvertes spectaculaires, le U.S. Public Health Service a rédigé de nouvelles directives recommandant aux agents de santé d'administrer de l'AZT aux femmes enceintes séropositives des Etats-Unis.

Malheureusement, l'AZT est bien trop cher pour être employé régu-

Une femme et son bébé dans la salle d'attente d'un dispensaire de soins prénatals en Tanzanie.



lièrement en Tanzanie et dans les autres pays en développement. Mais les scientifiques prévoient des essais cliniques en Thaïlande, en Côte d'Ivoire et en Haïti pour tester l'efficacité d'autres schémas thérapeutiques à court terme au cours de différents stades de la grossesse et de l'accouchement.



La dépendance financière

des femmes envers les

hommes et les rôles

traditionnels des deux

sexes peuvent empêcher

les femmes de prendre des

décisions sur la grossesse

et la santé.



«Nous aimerions savoir si une durée d'administration plus courte d'AZT pendant les couches elles-mêmes peut réduire les risques de transmission», dit le docteur Ruff de Johns Hopkins, qui devait diriger l'étude en Haïti début 1996. «Nous allons aussi essayer de voir si un schéma plus court, pendant les premières semaines de l'allaitement maternel quand le nourrisson ingère le colostrum de la mère chargé de ses anticorps, pourrait aussi être efficace».

Un autre médicament anti-rétrovirus, la névirapine, fait rapidement baisser la charge en virus et son emploi est à l'étude pour les femmes enceintes. Il peut être fabriqué et administré à moindre coût que l'AZT, bien que son fabricant ne semble pas s'intéresser à la production pour les pays en développement.

Les interventions les plus abordables sont celles qui peuvent être mises à la disposition de toutes les femmes enceintes sans dépistage systématique. Une étude de 1994 au Malawi met en évidence des risques plus grands de transmission périnatale chez les femmes qui souffrent de carence en vitamine A, mais on n'est toujours pas sûr que la vitamine A prévient vraiment la transmission. La supplémentation en vitamines en vue de lutter contre les maladies infectieuses fait déjà

partie de la stratégie de promotion de la santé dans de nombreux pays en développement.

La transmission du VIH entre la mère et l'enfant est une menace grave pour l'avenir des pays en développement où l'épidémie est grave. Au fur et à mesure de la poursuite des recherches sur la transmission périnatale par les chercheurs impliqués dans le sida et le VIH et de leur découverte de nouveaux moyens de la prévenir, les spécialistes de la santé publique et les décideurs doivent aussi trouver de nouveaux moyens de mettre à la disposition des femmes et des systèmes de soins de santé les nouvelles connaissances et les nouveaux traitements abordables dans les pays en développement. ■

Halima Shariff a été une chargée de programme de AIDSCAP en Tanzanie.



*La responsable rurale sénégalaise
Marème Kaïré.*

Le renforcement des capacités communautaires dans le Sénégal rural

par Deborah Hall Ventmiglia

Quand la responsable rurale sénégalaise Marème Kaïré a décidé de lancer un programme de prise de conscience du VIH et du sida dans sa communauté, elle est allée tout droit à la mosquée du village.

Mme. Kaïré savait que l'implication des marabouts locaux (enseignants de l'Islam) était essentiel au succès de toute campagne de prise de conscience, surtout sur un sujet aussi délicat. Musulmane engagée dans plusieurs d'activités de développement de sa communauté, elle connaissait le pouvoir et l'influence des chefs religieux au Sénégal, où 94% des 7.7 millions d'habitants pratiquent l'Islam.

Elle s'est montrée respectueuse mais directe en décrivant les dangers

du VIH et du sida aux anciens islamiques. «Je leur ai expliqué que le sida affecte tout le monde, et que s'ils ne faisaient pas prendre conscience du danger ils finiraient par n'avoir plus de fidèles», dit-elle.

Mme. Kaïré, qui habite dans un village du même nom à cent kilomètres au nord-est de Dakar, est l'épouse d'un agriculteur respecté dont la famille la met en relation avec un des plus importants marabouts de la région. Elle a quelque vingt ans d'expérience dans les initiatives féminines en faveur du développement et elle est vice-présidente de FONGS, un consortium d'associations villageoises et d'organisations non gouvernementales.

Mme. Kaïré est une femme émotive et dynamique dans la quaran-

taine, sans diplômes officiels. Elle a fondé l'Association Rurale de Lutte contre le Sida (ARLS), organisation communautaire du nord du Sénégal, en 1992. L'objectif de l'ARLS est d'informer les populations rurales sur le VIH et le sida, de les aider à identifier et à analyser les éléments qui contribuent à la propagation du virus dans leurs communautés, et à leur donner les moyens de planifier et de mettre en oeuvre des initiatives efficaces et appropriées de prévention.

Mme. Kaïré et les autres neuf membres fondateurs bénévoles sont des autodidactes qui ont appris à éduquer les autres en rassemblant des documents sur le sujet et en les étudiant ensemble. En moins de six mois, l'ARLS avait lancé des actions

d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans six villages, avec ses propres ressources et par l'intermédiaire des réseaux communautaires en place et des associations locales de développement.

En août 1994, l'AIDS Control and Prevention Project allouait un don de plus de U.S.\$2,800 à l'ARLS par l'intermédiaire de son programme de réaction rapide. Ce don a permis aux dix bénévoles de recevoir une formation sur le VIH et sur le sida et d'étendre leurs activités à 23 villages du nord du Sénégal. La formation a été assurée par Africa Consultants International, ONG dont le siège est à Dakar.

La menace du VIH

Mme. Kaïré a commencé à se faire du souci à propos de l'impact du VIH et du sida sur les communautés rurales après avoir participé à un atelier de prévention organisé pour les ONG locales par ACI, le Programme des Nations unies pour le développement et le Réseau d'information sur les terres arides de Mbour, au Sénégal.

«Je me suis soudain rendu compte que tout ce que nous avons accompli dans notre village était en danger à cause du sida», dit-elle.

Selon le Programme national de contrôle contre le sida (PNCS) du pays, le taux de séropositivité est de l'ordre de 0.9% chez les adultes. Mais dans les centres commerciaux comme Ziguinchor et Kaolack, le taux d'infection au VIH parmi les groupes considérés comme exposés est bien plus élevé. On estime à 21.9% le taux de séropositivité dans l'industrie du sexe à Ziguinchor et à 33.9% à Kaolack.

Bien que le VIH et le sida soient considérés à un degré pré-épidémique au Sénégal, ils pourraient facilement suivre la progression constatée en Côte d'Ivoire où le virus s'est répandu rapidement dans l'ensemble de la population et

où un sur dix des adultes sexuellement actifs d'Abidjan risque d'être séropositif. Le PNCS prévoit que d'ici 1998, près de 91,000 Sénégalais seront infectés au VIH et que plus de 10,000 auront contracté le sida.

La pauvreté et les migrations qui y sont associées contribuent à la propagation du VIH. Entre 50 et 80% des Sénégalais quittent leur villages pour chercher du travail à Dakar, dans d'autres grandes villes du pays ou à l'étranger. Des milliers de jeunes femmes migrent aussi vers les grandes villes pour se faire employer comme domestiques. Beaucoup ne trouvent pas d'emploi et finissent dans la prostitution.



«Je me suis soudain rendu

compte que tout ce que

nous avons accompli dans

notre village était en

danger à cause du sida».



Bien que les migrations et la prostitution légale ou non aient toujours existé au Sénégal, les chiffres ont augmenté ces derniers temps en partie à cause de la dévaluation du franc CFA, la monnaie de 14 pays d'Afrique occidentale, en janvier 1994. Après 45 ans de stabilité à la parité de 1 FCFA pour 0.02 francs français, la parité est tombée à 0.01 FF.

Compte tenu de la mobilité croissante de la population de Kaïré et des villages voisins, Mme. Kaïré pense qu'il est crucial d'informer les hommes et les femmes sur la prévention du sida avant leur migration et de cibler les partenaires restés au pays.

Le VIH, le sida et l'Islam

Le message transmis par les bénévoles communautaires, avec la bénédiction des marabouts, concerne la fidélité dans le mariage et l'abstinence avant. Les chefs religieux se rendent compte que les communautés informées peuvent changer d'attitude et de comportement. Plusieurs marabouts sont devenus des membres actifs de l'ARLS, et l'un d'entre eux a conçu l'emblème de l'association, un petit sabre d'abatis. «Ce sabre n'est pas destiné à punir, mais à dégager le chemin pour les changements de comportement», dit le marabout El Hadj Amadou Seck.

L'Islam, explique Mme. Kaïré, n'est pas aussi fermé à la discussion sur la sexualité qu'on pense en Occident. Certains versets du Coran sont tous à fait explicites à propos des relations entre hommes et femmes dans le mariage et en-dehors. Elle utilise ces versets pour lancer les discussions au cours de réunions avec des chefs religieux et les séances éducatives dans les villages.

«Tous est dans la façon de présenter les choses», dit-elle en couvrant son foulard de tête sénégalais d'un voile transparent pour montrer comment elle manifeste son respect pour les chefs religieux qu'elle rencontre. Son statut dans la communauté religieuse et son âge lui donnent accès à des niveaux de la société dont beaucoup d'autres Sénégalaises sont dépourvues.

«Mme. Kaïré est un exemple parfait d'organisatrice communautaire charismatique», dit le docteur Cornelia Davis, ancienne conseillère en résidence d'AIDSCAP au Sénégal. «Quand elle parle, on l'écoute».

Les messages et les méthodes

Mme. Kaïré organise des séances de prise de conscience du sida pour des villages entiers parce qu'elle est fermement convaincue que le VIH

et le sida constituent un problème qui affecte tous les membres des communautés et doit être discuté avec franchise. Les cérémonies d'attribution du nom des nouveaux-nés et les funérailles sont autant d'occasions de faire passer le message pour les bénévoles de l'ARLS.



La fidélité et l'abstinence
sont les principaux
messages, mais Mme. Kairé
croit réaliste de parler aussi
des condoms.



La fidélité et l'abstinence sont les principaux messages, mais Mme. Kairé croit réaliste de parler aussi des condoms. «Je leur dit que s'ils vont en ville et ont absolument besoin de rapports sexuels, il doivent utiliser des condoms».

Les pratiques culturelles comme la polygamie et la circoncision et

leurs relations avec la transmission du VIH et du sida font aussi l'objet de discussions. L'Islam permet à un homme d'avoir au plus quatre épouses s'il peut les entretenir. Mme. Kairé met l'accent sur le fait que l'infidélité peut mettre toutes les partenaires en danger.

L'information sur la transmission du VIH et du sida et les démonstrations sur l'usage des condoms avec une reproduction de pénis en bois sont offertes à des groupes mixtes étendus. L'art de négocier l'emploi des condoms et de parler de questions sexuelles avec un ou une partenaire est discuté dans des groupes plus petits de gens du même sexe.

Quand les bénévoles de l'ARLS font une démonstration sur les condoms, la foule «éclate de rire à la vue des condoms et de la reproduction de pénis», dit Mme. Kairé. «Mais quand le rire cesse, le groupe est plus détendu et plus ouvert à la discussion sur le sida et sa prévention».

Le renforcement des capacités
Les dix bénévoles fondateurs de l'ARLS ne se contentent pas de diffuser des messages sur la prévention,

ils font part de leur savoir et de leurs compétences à d'autres bénévoles. Ces éducateurs communautaires sur le VIH et le sida apprennent à diriger des séances de vulgarisation dans les communautés et à apprendre aux gens les moyens de prévenir la transmission du VIH.

Les membres de l'ARLS forment des bénévoles de village à l'éducation sur le VIH et le sida, mais en plus ils collaborent avec les réseaux communautaires en place tels que les organisations de jeunes et de femmes et les associations d'agriculteurs en vue de les inciter à intégrer l'éducation sur le VIH et le sida dans leurs activités. Le processus renforce les relations entre les membres des communautés, établit des relations entre des réseaux communautaires et donne aux gens les moyens de mieux comprendre les problèmes communautaires de santé et de trouver leurs propres solutions. «Les dirigeants d'associations sont des membres de la population ciblée», dit le docteur Davis. «Ils peuvent coopérer avec leurs communautés pour analyser les éléments qui peuvent les menacer du VIH ou du sida et élaborer des messages et des actions pour y faire face».

L'ARLS a aussi commencé à renforcer les capacités d'autres organisations communautaires. Par exemple, Mme. Kairé se rend à Ziguinchor, dans le sud du Sénégal, une fois par mois pour offrir ses conseils et son assistance technique à une organisation qui suit l'exemple de l'ARLS.

«Elle a lancé un mouvement rural de lutte contre le sida dans tout le pays», dit Abdou Sarr, directeur d'OXFAM/U.K. au Sénégal.

AIDSCAP/Sénégal



Le marabout El Hadj Amadou Seck (à l'extrême gauche) est présenté au ancienne conseillère en résidence d'AIDSCAP Connie Davis (au centre) et au représentant d'Oxfam Abdou Sarr par Marème Kairé.

Les changements d'attitude

Comme toutes les femmes, les Sénégalaises trouvent que l'emploi des condoms est difficile à négocier. Les femmes ne sont pas habituées à discuter de questions sexuelles avec leur mari, et beaucoup d'hommes disent préférer les rapports «naturels». Comme le disait une villageoise: «Après une absence de deux ans, je ne vais pas commencer par discuter avec mon mari de l'emploi des condoms!»

Le manque de condoms dans les villages pose aussi un problème. Il faut parfois une demi-journée de voyage en charrette tirée par un âne pour en trouver.

Les Sénégalais, en particulier les jeunes, ne voient pas l'intérêt de l'abstinence. Comme il reste si peu d'hommes dans les villages, les femmes répugnent encore plus à retarder les rapports sexuels ou à demander à leurs partenaires d'utiliser des condoms.

Malgré tout, Mme. Kairé a remarqué un changement dans les attitudes. De plus en plus de gens de gens prennent contact avec l'ARLS pour poser des questions sur le VIH et le sida. «Les gens se rendent compte que le sida tue», dit-elle, «mais les changements ne sont pas instantanés».

Mme. Kairé a aussi constaté quelques changements de comportement. Les villageois ont cessé de faire plusieurs circoncisions avec le même couteau (l'excision n'est pas répandue au Sénégal). Ils sont aussi plus tolérants avec les séropositifs et les malades du sida.

M. Sarr suit les progrès de l'ARLS depuis ses débuts. Après une tournée dans les villages ciblés par l'ARLS, il a noté que les gens savent que le VIH et le sida existent. «Ce n'est pas seulement quelque chose dont ils entendent parler à la radio», dit-il. Il a remarqué que les villageois demandent aux éducateurs de l'ARLS davantage de renseignements sur la prévention de l'infec-



Des membres de la communauté échantent des idées à une réunion de l'ARLS.

AIDSCAP/Sénégal

tion au VIH et du sida et veulent savoir où acheter des condoms.

Ces demandes soulignent le besoin désespéré de matériel éducatif rédigé dans les langues locales ainsi que de condoms dans les zones rurales du Sénégal. L'ARLS a commencé à traduire une partie du matériel IEC en ouolof, la langue la plus parlée dans le nord du Sénégal, et prévoit de mettre au point du matériel pour les gens quasi illettrés.

Les voies du futur

Mme. Kairé met l'accent sur le fait que si l'éducation est essentielle, il n'en demeure pas moins que le VIH, le sida et la pauvreté sont inséparables. «Tant qu'il n'y aura pas d'emplois dans nos villages, les jeunes hommes et les jeunes femmes continueront de migrer et la menace du sida de se répandre», dit-elle.

Suite à la demande communautaire d'éducation et de possibilités de formation de revenu, l'ARLS a commencé à offrir des cours d'alphabétisation pour les adultes et elle cherche des fonds pour introduire davantage d'activités génératrices de revenus dans les villages.

L'ARLS a aussi demandé le statut d'ONG au Sénégal et est en train

d'élaborer une proposition de projet sur un an qui sera soumise à AIDSCAP/Sénégal. Ce projet ajouterait aux activités de l'association des services de conseil pour la prévention et pour les personnes séropositives ou atteintes du sida.

L'expérience de l'ARLS et d'autres groupes locaux du Sénégal est précieuse pour la prévention du VIH et du sida. Leurs points forts sont une foi profonde dans leurs communautés, la reconnaissance des limites de l'expertise externe, et la volonté de renforcer les compétences et les réseaux sociaux déjà en place.

«En allant à petits pas, on finit par attraper le singe dans la brousse», dit le proverbe ouolof. Petit à petit, avec l'aide des associations au niveau des communautés comme l'ARLS et de dirigeants communautaires décidés comme Marème Kairé, les villages commencent à lancer des programmes de prévention du VIH et du sida, des programmes qui pourraient ralentir la propagation de l'épidémie au Sénégal. ■

Deborah Hall Ventmiglia, M.A., MPH, consultante pour les ONG participant à la prévention du VIH et du sida à Dakar, Sénégal, a travaillé pour Africa Consultants International et AIDSCAP/Sénégal.

Les techniques de commercialisation font augmenter les ventes de condoms en Haïti

par Karen Sai

Il y a encore quelques années, les condoms étaient si mal distribués en Haïti qu'il fallait quelquefois deux heures de marche pour trouver un endroit où en acheter.

Vendus aujourd'hui dans les bars, les hôtels, les salons de beauté, sur les marchés et dans les boîtes de nuit, les condoms Pantè sont d'accès facile même pour les Haïtiens qui habitent dans les coins les plus reculés du pays.

Pantè (panthère en créole) est la marque des condoms que Population Services International (PSI) a introduit en Haïti en août 1991. Avec un financement d'AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project, PSI a mis sur pied un programme dynamique de commercialisation sociale des condoms (CSC) en vue de promouvoir et de distribuer les condoms Pantè à un prix dix fois moins élevé que ceux du commerce.

La facilité d'accès et le faible prix ont fait du programme un vif succès. Au cours des quatre premières années, les ventes mensuelles de condoms Pantè sont passées de 3,000 à plus de 400,000. Entre 1991

et 1995, il s'en est vendu plus de 15 millions.

PSI a maintenu cet impressionnant volume de ventes malgré l'instabilité politique et les violences sporadiques qui ont suivi le

la population rurale sont infectés par le VIH, il n'est pas question d'abandonner devant le chaos. Au contraire, PSI, AIDSCAP et leurs partenaires locaux ont collaboré pour surmonter des obstacles formidables

comme les grèves locales, le tumulte politique et l'embargo international sur les livraisons de carburant qui a fait monter le prix de l'essence à plus de U.S.\$10.00 le gallon.

Les méthodes du monde des affaires Comme tous les autres programmes de commercialisation sociale, le programme CSC de Haïti emploie les techniques générales de vente et les ressources du secteur

privé local pour faire augmenter le taux d'utilisation des condoms. La stratégie consiste à fournir un produit attrayant dans des lieux faciles d'accès et à un prix abordable, et à faire de la promotion en vue d'augmenter la demande.

Avant 1991, on trouvait généralement des condoms seulement dans les pharmacies et les dispensaires, dont la clientèle et les heures d'ouverture sont limitées.



Un panneau publicitaire pour les condoms Pantè à un croisement très fréquenté de Port-au-Prince.

renversement du gouvernement élu en 1991 et provoqué l'effondrement de la plus grande partie des infrastructures sanitaires du pays.

«Bien souvent, ces dernières années, nous avons pu croire que c'était une bataille perdue», dit le docteur Eddy Génécé, ancien conseiller d'AIDSCAP en résidence en Haïti.

Mais quand on estime que 10% de la population urbaine et 4% de

PSI a augmenté les points de vente en y ajoutant des bars, des kiosques, des salons de coiffure, des restaurants, des hôtels, des boîtes de nuit, des salles de jeu, des vendeurs itinérants, des petits commerces et les marchés, ce qui a fortement augmenté les heures et les lieux de disponibilité des condoms. Approvisionnés par de nombreux nouveaux circuits de distribution composés d'ONG et d'agents commerciaux, ces points de vente se trouvent dans des zones rurales, urbaines et périurbaines. En tout, on peut trouver des condoms dans plus de 2,000 points de vente répartis sur tout le territoire d'Haïti.

Il était également important, pour obtenir un haut volume de ventes, de fixer un prix abordable pour des populations à faibles revenus. A U.S.\$07 pour un paquet de trois, les condoms Pantè sont dix fois moins chers que ceux des marques commerciales, et assez bon marché pour que la plupart des Haïtiens puissent en acheter régulièrement.

Trait particulier du programme CSC de Haïti: il emploie les animateurs d'organisations non gouvernementales (ONG). Quelque 175 animateurs appartenant à 14 ONG vendent des condoms au détail, ou en gros à des boutiques, bars et autres petits commerces. Un cadre de 244 vendeurs formés par PSI vend des condoms Pantè au détail.

Pour inciter les ONG impliquées dans la prévention du VIH et du sida à incorporer la vente de condoms dans leurs activités, PSI offre aux animateurs un pourcentage du revenu des ventes. «Il est toujours important que les collaborateurs aient une marge de profit de sorte qu'ils aient intérêt à vendre des condoms», dit Bertovna Grimard de PSI-Haïti.

Le succès du programme a souvent dépendu de l'enthousiasme et de l'engagement des animateurs d'ONG participant au programme, en particulier quand la distribution a été menacée par la paralysie des

moyens de transport. «Beaucoup de points de vente sont restés approvisionnés pendant des moments difficiles seulement grâce à la volonté de vendeurs qui venaient se réapprovisionner eux-mêmes», dit Bertovna Grimard.

Condoms = Pantè

Ce réseau étendu de distribution est soutenu par une campagne publicitaire qui accompagne le nouveau Programme national d'information, d'éducation et de communication pour le contrôle du sida. A la radio, à la télévision et grâce à d'autres moyens de vulgarisation, le programme CSC diffuse des messages de prise de conscience en même temps qu'il fait la promotion du produit.

Un livre en bandes dessinées publié par PSI à l'intention des adolescents et rédigé avec leur aide, *Comment tu fais face à la maladie SIDA?*, englobe la promotion de Pantè dans une narration conçue pour provoquer la discussion entre les parents, les enseignants et les jeunes. Il comprend une page de bons-points pour se procurer des condoms gratuitement.

Avec leur emballage en plastique jaune, leur logo en bleu et leur panthère noire, les condoms Pantè ont acquis une image de marque reconnue partout à la suite de cette intensive campagne de publicité. Depuis le début du programme, 34 spots publicitaires ont été enregistrés et diffusés par la radio et cinq par la télévision. Les spots radio Pantè sont diffusés à la radio près de 100 fois par jour. La publicité à la radio et à la télévision est accompagnée par une campagne de promotion consistant en manifestations telles que des concerts, des matchs de football (le sport le plus populaire en Haïti), des foires commerciales et des chars de carnaval. Une troupe de théâtre, l'Equipe Pantè, a donné 75 représentations en neuf mois en vue d'informer sur la prévention du sida grâce aux condoms les communau-

tés sans accès à la radio ou à la télévision.

«Les chauffeurs du camion publicitaire du programme CSC sont accueillis dans tout Haïti par des enfants et des adultes chantant la ritornelle publicitaire ou scandant le célèbre slogan de Pantè: *Pa pran goll!*», dit Michèle Cato, représentante pour Haïti dans le programme de PSI. C'est une allusion aux bons gardiens de but, au football, qui bloquent tous les tirs. On pourrait traduire: «Avec Pantè, on est bien protégé!»

Population Services International



En Haïti, les vendeurs pauvres se font quelques sous de plus en vendant des condoms sur le marché.

En 1994, une étude a constaté que Pantè était devenu synonyme de condom en Haïti. Presque toutes les personnes interrogées qui ont cité les condoms comme moyen de prévention du sida ont aussi déclaré que Pantè était le meilleur, et pour beaucoup de ces personnes c'était le seul

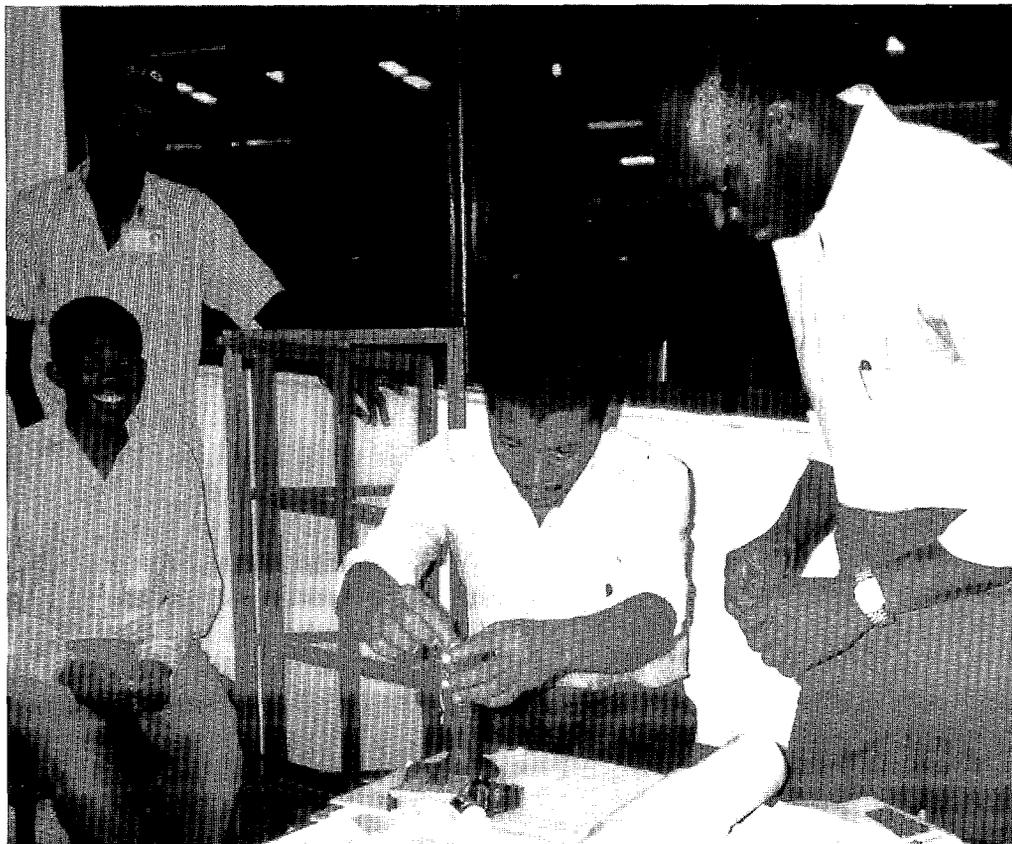
qu'elles connaissaient. Résultat du programme: entre 70 et 95% de la population sexuellement active du pays savent que les condoms sont une protection contre le sida et la grossesse.

Renforcement des capacités et durabilité
Dès le début, PSI a construit des fondations solides pour permettre au programme

de nouer des liens avec les organisations communautaires et avec les ONG. L'association constante de dirigeants communautaires et agents commerciaux dans la mise au point du programme a aidé à forger des alliances qui soutiendront l'initiative CSC dans l'avenir.

Pour assurer un encore plus grand succès du programme, PSI a mis sur pied un système qui offre aux distributeurs une forte motivation. Les condoms Pantè leur sont vendus à un prix assez bas afin qu'ils fassent un bénéfice en les revendant à bon marché. Ainsi PSI a fait de la vente des condoms une bonne source de revenus supplémentaires pour le petit commerce et les organisations. PSI cherche aussi à se procurer des condoms de haute qualité encore moins chers de sorte que les bénéficiaires des distributeurs soient encore plus élevés.

En vue de renforcer les capacités des ONG et des organisations



Sur leur lieu de travail, des ouvriers de Port-au-Prince lors d'une séance de travaux pratiques éducatifs sur le sida.

communautaires de poursuivre le programme CSC, des connaissances techniques sont transférées aux vendeurs au détail et aux animateurs des ONG. Une formation est offerte aux distributeurs de manière qu'ils puissent créer l'infrastructure de soutien nécessaire.

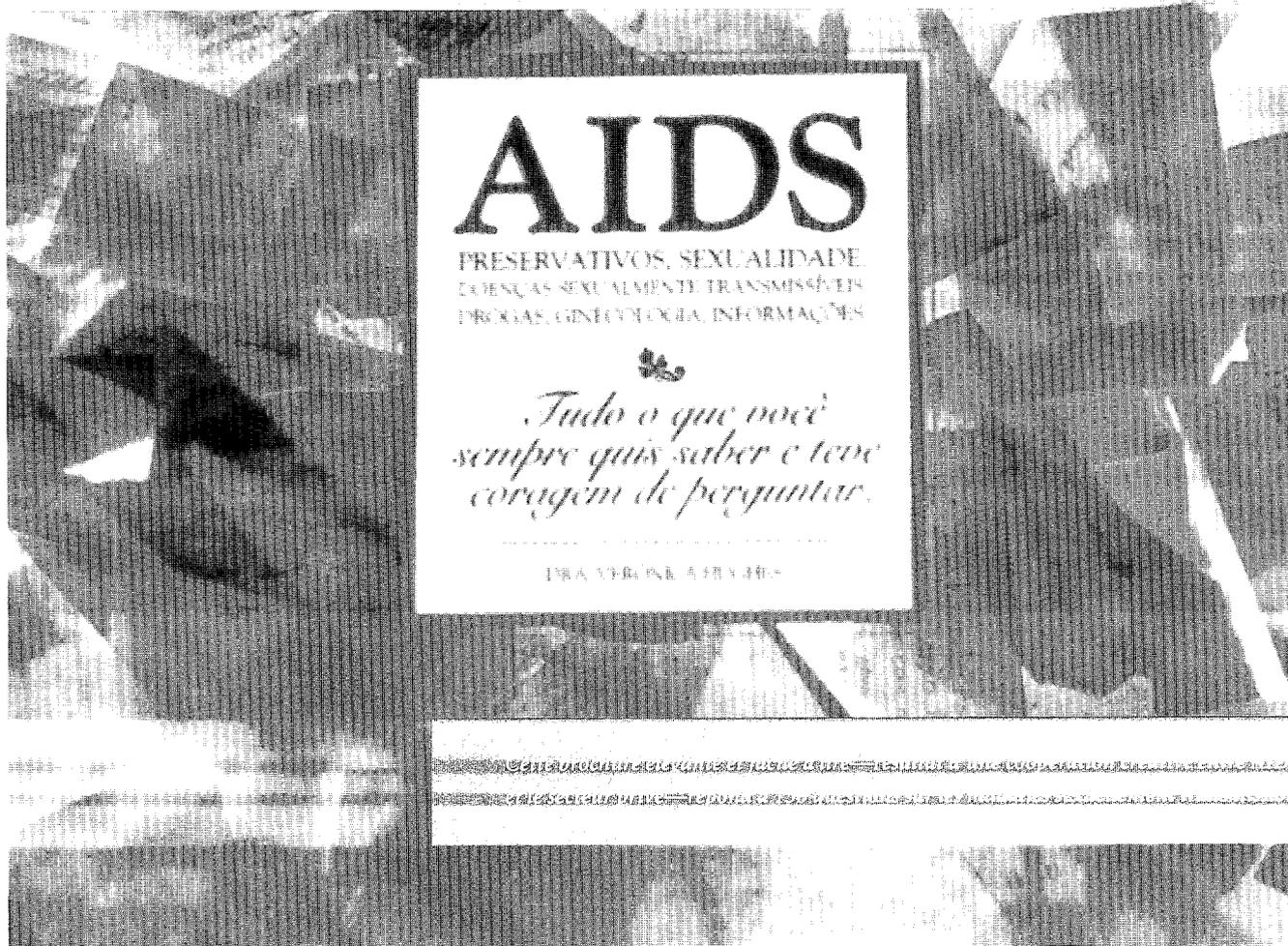
«Tous les animateurs qui participent au programme reçoivent une formation de base dans les communications, les techniques de vente, la publicité, les stratégies de commercialisation, les structures de fixation des prix, la gestion des projets, le contrôle des stocks et la logistique des programmes», dit le docteur Génécé. «Le transfert de technologie et le renforcement des capacités assurent la durabilité».

PSI a mis sur pied une ONG spécialisée dans la commercialisation sociale—le Programme de Santé et Information—en vue de promouvoir la prévention du VIH, du sida et des autres maladies sexuellement

transmissibles ainsi que les produits pour la santé génésique et la survie des enfants. Cette ONG a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être des Haïtiens pauvres. Elle prendra part à la commercialisation sociale des condoms et prévoit de chercher de nouveaux donateurs quand AIDSCAP cessera ses activités en Haïti.

Le volume des ventes de condoms en Haïti constitue une preuve mesurable du fait que la commercialisation sociale des condoms par le secteur privé et les ONG est à la fois efficace et effective. Même pendant l'épreuve du feu des années d'instabilité, les ventes ont atteint des chiffres record. Le maintien de ce degré de succès demandera encore beaucoup de travail mais, compte tenu de la détermination déjà manifestée par les ONG locales et les commerçants, le secteur privé de Haïti semble prêt à relever le défi. ■

Le secret n'a jamais commencé à réagir



Photographie de la couverture, Michael Buja/AIDSCAP

par Mac Margolis

Ce n'est pas encore une révolution dans le domaine des grandes sociétés. En fait, c'est rarement à l'ordre du jour des conseils d'administration. Mais lentement et avec prudence, selon leur habitude, les entreprises brésiliennes et les dirigeants syndicaux ont commencé à prendre conscience de l'un des problèmes les plus graves de leur pays, le sida.

La contribution des sociétés à la prévention du sida est encore ti-

mide, de l'aveu-même des dirigeants d'entreprise. Nombre d'entre eux paraissent se contenter d'organiser un séminaire occasionnel sur la question, de diffuser des tracts ou d'épingler des affiches hautes en couleurs sur un panneau. Mais les médecins et les responsables de la santé publique qui sont en première ligne dans la bataille contre le sida ont remarqué certaines initiatives cruciales dans les gratte-ciel de bureau. Aujourd'hui, à côté des méde-

cins et des travailleurs sociaux, les messieurs en cravate et les dames en tailleur commencent à parler à voix haute et claire d'un sujet qui est toujours tabou dans la plus grande partie de la société.

Des compagnies aux activités très diverses se sont mobilisées. Elles distribuent des milliers de prospectus, financent des brochures illustrées qui expliquent les pratiques sexuelles à moindres risques, organisent des conférences

sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) et distribuent gratuitement des condoms à leurs employés. Certaines polices d'assurance maladie de groupe garantissent des soins complets aux employés infectés par le VIH ou malades du sida.

Ou bien les compagnies se cachent la tête dans le sable comme les autruches, ou bien elles commencent à s'attaquer au problème.

Parmi les compagnies qui se sont lancées dans la croisade figurent quelques-unes des plus grandes du Brésil, notamment la banque Itau, le groupe de supermarchés Pão de Açúcar, les aciéries Aco Villares et la Banque de l'Etat de São Paulo. Toutes ces entreprises ont organisé des séminaires internes sur les MST et le sida, distribué du matériel éducatif et formé du personnel des services de conseil pour aider leurs employés.

L'argent est toujours le nerf de la guerre

Qu'est-ce qui a fait agir les PDG? Leur propre intérêt bien compris. Le sida a déjà affecté les conditions de travail de diverses façons. Les victimes les plus évidentes, bien sûr, sont les employés—et les soutiens de famille—qui vont être emportés par la pandémie en expansion. Mais les ravages peuvent commencer bien avant les symptômes de la maladie ou la mort. Quand la nouvelle, ou même seulement la rumeur, d'un cas de séropositivité ou de sida se répand parmi le personnel, les relations entre les employés sont les premières à se dégrader. La peur, les préjugés et l'ignorance à propos du sida empoisonnent les relations dans l'usine, dans l'atelier ou dans les bureaux bien avant que la maladie elle-même se déclare.

La mobilisation des sociétés est due à la publication de statistiques désastreuses. Avec la cinquième population du monde, le Brésil a eu l'honneur douteux de se classer entre la deuxième et la quatrième place dans le monde, ces dernières années, pour le nombre de cas reconnus de sida. En décembre 1994, le Brésil avait enregistré un total de 5,895 cas de sida et 22,313 morts dues à la maladie. On estime que 500,000 Brésiliens sont séropositifs.

De plus en plus, les entreprises craignent que les retombées de la crise finissent par affecter leur bilan.

Après avoir enquêté parmi ses 2,800 employés, la filiale de Shell au Brésil a constaté que, bien que son personnel ait été raisonnablement informé sur le VIH et le sida, la peur et les préjugés ne manquaient pas, d'après Henrique Neves, vice-président chargé des affaires administratives. Les employés avaient reconnu qu'ils étaient hésitants sinon paniqués à l'idée d'avoir des relations avec un collègue infecté au VIH ou malade du sida. «Il y avait une ambiance alarmante dans la compagnie, et ce n'était pas sain», dit-il.

Mais Shell a souffert d'un impact plus direct. Depuis 1988, la société a vu sept cas de sida dans ses bureaux du Brésil. Pour des raisons éthiques, la compagnie garde strictement le secret sur l'identité et l'état de santé de ses employés atteints du sida. Shell a vu ce que le futur allait lui apporter: des employés compétents abattus à l'apogée de leur productivité. Dans la langue réaliste des entreprises, cela s'appelle du gaspillage.

«Evidemment, cette situation peut aussi coûter très cher à la compagnie», dit M. Neves. Shell estime le coût moyen des soins à un employé atteint du sida à quelque U.S.\$11,000, et à U.S.\$28,000 s'il doit être hospitalisé.

Le programme de prévention de Shell

«Ou bien les compagnies se cachent la tête dans le sable comme les autruches, ou bien elles commencent à s'attaquer au problème», dit le docteur Marcos Tucherman, coordinateur du programme des maladies du travail à Shell-Brésil.

Sur les instructions du siège international qui consistaient à concevoir une politique sur les employés atteints du sida, la division brésilienne a organisé un sondage du personnel qui a révélé un fossé surprenant entre les connaissances et le comportement. Bien que 82% des personnes interrogées se soient déclarées au courant des mesures à

Peter Lamptey/AIDSCAP

São Paulo



prendre pour éviter de contracter le sida, seulement 40% ont dit utiliser des condoms de temps en temps et 25% le faire systématiquement. Et 15% ont reconnu qu'ils ne prenaient aucune précaution.

Certains mythes éculés étaient toujours de rigueur chez Shell. Trois employés sur dix pensaient qu'il couraient peu de risques d'infection parce qu'ils étaient bien éduqués et appartenaient à une bonne famille. Quatre sur dix se croyaient à l'abri des risques parce qu'ils n'appartenaient à aucun groupe exposé répertorié.

Shell a réagi sur plusieurs fronts. D'abord la compagnie a examiné sa politique de recrutement et éliminé toutes les pratiques de discrimination. Ni les employés ni les candidats à un emploi ne sont tenus de se soumettre à un test de recherche du VIH. De la même façon, la compagnie interdit le licenciement et l'isolement des employés séropositifs.

Ensuite, la police d'assurance maladie de groupe a été renforcée pour couvrir tous les frais de traitement des personnes atteintes du sida. C'est la seule assurance maladie de groupe du Brésil à couvrir tous les besoins des employés, y compris le traitement des maladies «calamiteuses» telles que le cancer et le sida.

Mais, et c'est peut-être encore plus important, des fonds ont été alloués à une campagne de promotion des pratiques sexuelles à moindre risque. Shell a organisé des conférences sur le VIH, le sida et les autres MST pour ses employés, mais en plus son équipe de production vidéo a fourni deux émissions par semaine à un réseau de télévision à l'intention des chauffeurs de camion. La dernière, «L'amour sur la route», a été diffusée au cours du carnaval de 1995.

De plus, Shell a acheté des condoms à DKT do Brasil, sous-contractant de AIDSCAP, pour en distribuer gratuitement à son per-

sonnel et en vendre dans plus de 100 stations-service Shell.

Le coût de ce programme d'éducation sur le sida pour Shell—plus de U.S.\$100,000—peut sembler élevé, mais il est justifié. «Je ne m'intéresse pas vraiment au traitement de la maladie», dit le docteur Tucherman, «mais à sa prévention».

AIDSCAP et le secteur privé

Alors que de plus en plus de sociétés brésiliennes mettent sur pied des programmes de prévention du sida, beaucoup se tournent vers AIDSCAP pour obtenir une assistance technique. Le projet encourage les collaborations avec les chefs d'entreprise.

Beaucoup de cadres supérieurs ont le coeur bien placé, mais ont peu d'idées sur les moyens de se joindre à la campagne contre le sida. «Une des choses les plus importantes est d'introduire une approche coordonnée aux initiatives dispersées du secteur privé», dit le docteur Fernandes.

Dans ce but, AIDSCAP coopère avec des organismes brésiliens et internationaux pour organiser des séminaires sur la prévention du sida et des autres MST. En décembre 1993, AIDSCAP a fourni une assistance technique à une organisation bénévole privée des Etats-Unis d'Amérique, «Partners of the Americas», pour un séminaire sur les programmes de prévention du sida sur les lieux de travail. Ce séminaire, qui comprenait des communications faites par des cadres d'entreprises américaines, avait pour but de former du personnel des services des ressources humaines de nombre des plus grandes compagnies du Brésil—ainsi que des représentants d'ONG qui collaborent avec le secteur privé—à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes effectifs de prévention du VIH et du sida dans le cadre de l'entreprise.

AIDSCAP aide aussi les entreprises à mettre au point leurs pro-

pres programmes de formation d'employés à la promotion, parmi leurs collègues, de la prévention du VIH et du sida. AIDSCAP forme aussi les cadres aux politiques de sensibilisation aux risques d'infection au VIH et de promotion des pratiques sexuelles à moindres risques.



«Juste comme la publicité a inventé la 'génération Pepsi' dans les années 1970, nous devons maintenant créer une 'génération condom'».



Le projet DKT de commercialisation sociale des condoms, qui est un élément du programme de AIDSCAP au Brésil, collabore avec le secteur privé pour faciliter l'accès aux condoms là et où on peut en avoir besoin. On trouve maintenant des condoms dans les stations-service, les motels et les boîtes de nuit. Ils sont même vendus au porte-à-porte par les démarcheurs d'une société de produits cosmétiques.

Dans ses initiatives en vue de mobiliser la créativité et les ressources du secteur privé pour mettre au point du matériel éducatif efficace sur le VIH et le sida, AIDSCAP a trouvé un allié en la personne de Washington Olivetto, patron de W/Brasil, l'agence de publicité la plus connue du pays.

Avec l'aide de l'imprimerie Grafica Burti et le soutien de Levi Strauss-Brésil, W/Brasil et AIDSCAP ont produit un manuel élégant, illustré et facile à lire à l'intention des prostituées. Déclaré meilleur livre pédagogique 1994 par

l'Association brésilienne pour la production graphique, cette publication répond à 150 questions sur les maladies sexuellement transmissibles. Elle a été distribuée dans le cadre des programmes de AIDSCAP pour les prostituées et a reçu un accueil enthousiaste, en partie parce que beaucoup des questions avaient été choisies par des membres du groupe ciblé.

W/Brasil, Levi Strauss, Grafica Burti et la revue de mode *Marie Claire* ont aussi mis en commun leurs talents et leurs ressources pour concevoir et lancer une campagne de promotion des pratiques sexuelles responsables baptisée «Sexy Condoms».



Quand la mort frappe, les compagnies commencent à réagir.



«L'idée», dit M. Olivetto, «était de rendre l'usage des condoms érotique». Il estime que son agence a fourni à la campagne U.S.\$200,000 en temps et en ressources.

Pourquoi cette générosité? «Je pense que, juste comme la publicité a inventé la 'génération Pepsi' dans les années 1970, nous devons maintenant créer une 'génération condom'», dit M. Olivetto.

Les initiatives gouvernementales

Au niveau fédéral et à celui des états, les autorités brésiliennes se sont lancées dans la promotion de la sensibilisation et de la responsabilité à l'intérieur des sociétés. En août 1988, les ministères fédéraux de la santé publique et du travail ont décrété que toutes les sociétés du Brésil doivent mettre en oeuvre des pro-

grammes de prévention du sida.

Le degré de respect de ce décret n'est pas uniforme, dit le docteur Fernandes: «Certaines compagnies se contentent de recruter un spécialiste qui vient parler du sida à leurs employés pendant une matinée, après quoi elles estiment avoir fait leur devoir. Mais d'autres prennent des mesures pour mettre sur pied des programmes plus complets et novateurs».

Le département de la santé publique de l'Etat de São Paulo a commencé à offrir une formation à la prévention du sida au personnel des services des ressources humaines en avril 1988. Cette initiative—la première du genre au Brésil—a provoqué un intérêt énorme: 650 firmes y ont fait participer 2,400 membres de leur personnel, parmi lesquels des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux et des conseillers du personnel. Lors d'une évaluation de suivi dans 82 des sociétés participantes, les autorités de l'Etat ont constaté que 70 avaient distribué des brochures éducatives et 67 organisé des séminaires sur le sida et les autres MST. Plus de la moitié avaient passé des cassettes vidéo sur le sida et une douzaine avaient distribué des condoms dans leurs bureaux.

Le docteur João Luiz Grandi, coordinateur des programmes de prévention du sida et des autres MST pour l'Etat de São Paulo, pense que c'était un début significatif. «Quand la mort frappe, les compagnies commencent à réagir», dit-il. «Elles se font du souci pour leur production et leurs profits, et on ne peut avoir ni l'une ni les autres sans prendre soin des travailleurs».

Mais les initiatives des sociétés en matière de prévention du VIH et du sida sont toujours l'exception, pas la règle.

«Il est tout à fait louable que des entreprises prennent l'initiative de changer de politique à propos du sida et du VIH, mais la situation est toujours peu encourageante», dit le

docteur Iara Linhares, gynécologue à la tête du service des maladies sexuellement transmissibles et du sida à l'université de São Paulo. Certaines compagnies, dit-elle, continuent de violer la loi en exigeant des tests sanguins des demandeurs d'emploi, ou licencient des employés infectés au VIH ou malades du sida. «Il y a même des sociétés qui paient leurs employés atteints du sida pour qu'ils restent à la maison», dit le docteur Linhares.

Cette discrimination est en train de diminuer à cause des procès intentés par des victimes du VIH ou du sida. Si une personne peut prouver qu'elle a été licenciée parce qu'elle était séropositive, elle gagne en général son procès, est réintégrée dans son ancien emploi et touche ses arriérés de salaire.

Mais tous les obstacles à la lutte contre le sida ne sont pas le fait des chefs d'entreprise. Les employés ne se montrent pas toujours enthousiastes à la suite des appels des cadres qui conseillent des pratiques sexuelles à moindres dangers. Chez Shell, peu d'employés ont assisté aux séminaires organisés par la direction. Parmi ceux-là, certains étaient fort irrités de voir la compagnie «s'ingérer» dans des questions qu'ils jugent de nature purement personnelle et intime.

Cette réaction frustrante a donné à Shell matière à réflexion.

«Les chefs d'entreprise ont un important rôle à jouer dans la campagne contre le sida», dit M. Neves de Shell. «Mais les vérités dites au mauvais moment ne passent pas toujours, surtout quand les employés se bouchent les oreilles. C'est la société qui doit mener le jeu». ■

Mac Margolis, de Rio de Janeiro, Brésil, est l'auteur de The Last New World, Norton 1992, livre qui traite de questions environnementales et de santé publique dans la région de l'Amazonie. Il contribue régulièrement à la revue américaine Newsweek et à d'autres publications.



- Lors d'une étude effectuée au Cameroun, seulement 57% des hommes qui avaient eu une urétrite le mois précédent ont dit avoir cherché une assistance médicale.¹
- Une étude sur des victimes de maladies sexuellement transmissibles (MST) à Addis Abeba (Ethiopie) a constaté que 61% des hommes et 41% des femmes avaient demandé un traitement dans une pharmacie, ou chez un injecteur local ou un guérisseur traditionnel avant de se rendre à l'un des quatre centres médicaux.²
- A Mexico, 41% des pharmaciens et autres employés de pharmacie rapportent que leurs clients leur posent habituellement des questions sur les MST, en général sur les médicaments à prendre.³

AIDSCAP à la recherche d'une solution par le secteur privé aux difficultés de l'automédication pour les MST

par Kathleen Henry

Ces trois exemples illustrent un problème peu étudié mais bien connu dans le monde en développement: l'automédication pour les maladies sexuellement transmissibles, surtout chez les hommes.

Confrontés à de longues queues dans les dispensaires, à des ordonnances et des analyses qui coûtent cher, à la honte associée à la fréquentation d'un dispensaire spécialisé dans les MST et au mépris de certains dispensateurs de soins, bien des gens préfèrent se traiter eux-mêmes avec des médicaments achetés dans des pharmacies ou au marché.

Tim Manchester de Population Services International (PSI) note que les gens se procurent seulement ce qu'ils ont les moyens d'acheter. Par exemple, quand un pharmacien recommande un antibiotique et un anti-inflammatoire pour traiter une MST, bien des gens achètent seulement l'anti-inflammatoire parce qu'il est moins cher. D'autres

achètent des quantités insuffisantes d'antibiotique parce qu'ils ne peuvent pas s'offrir le traitement complet.

Même quand ils ont assez d'argent pour acheter la quantité requise d'antibiotique, ils peuvent obtenir un médicament inefficace parce qu'il y a de plus en plus d'infections sexuellement transmises qui y résistent. Les souches de *Neisseria gonorrhoea* résistant à la pénicilline, par exemple, comptent maintenant pour 25 à 80% des cas de gonorrhée dans le monde entier.

Les thérapies incomplètes ou inefficaces peuvent soulager certains symptômes des MST, mais elles laissent des infections partiellement traitées qui peuvent mener à de graves complications. Avec la propagation de l'épidémie de sida, les infections non traitées menacent encore plus la santé de la personne infectée et celle de ses partenaires sexuels parce que les MST augmentent les risques de contracter ou de transmettre le VIH.

A la recherche de solutions

«Nous savons que les MST doivent être traitées, dans le meilleur des cas, par des cliniciens avec l'aide de laboratoires», dit le docteur Peter Lamptey, directeur d'AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project. «C'est l'idéal. Nous savons aussi qu'en réalité, dans la plupart des pays où nous travaillons, il n'y a pas assez de cliniciens, pas assez d'hôpitaux ni de centres de soins, pas assez de laboratoires et pas assez de médicaments».

Compte tenu des taux élevés de MST dans les pays en développement et de leur rôle dans la transmission du VIH, ajoute le docteur Lamptey, nous n'avons pas les moyens d'attendre que les conditions idéales se matérialisent. Une possibilité d'amélioration efficace des soins aux personnes atteintes de MST est le traitement des syndromes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rédigé des directives destinées à aider le personnel médical à traiter les ulcères vaginaux, les écoulements urétraux et les écoulements vaginaux en se basant sur un examen physique et sur les symptômes rapportés par les patients quand on ne dispose pas de laboratoires pour faire le diagnostic, ou parce que cela reviendrait trop cher ou serait impossible. AIDSCAP collabore avec les responsables de la santé dans plus de 15 pays en vue d'adapter ces directives et de former le personnel médical au traitement des syndromes.

«Mais le traitement des syndromes par les médecins n'est pas suffisant», dit le docteur Lamptey. «Nous essayons d'améliorer la situation, mais nous nous rendons compte que beaucoup de gens ne vont pas dans les dispensaires, et nous devons les atteindre aussi».

Un autre moyen d'atteindre ceux qui soignent eux-mêmes leurs MST consiste à vendre des paquets de médicaments standards en vue de rendre les l'automédication plus ef-

ficaces. Ces paquets préconditionnés pourraient être obtenus sur ordonnance, ou sans, chez des pharmaciens formés au diagnostic, au conseil et à la fourniture de condoms, et qui diraient aux patients pour lesquels les paquets seraient inefficaces d'aller consulter un médecin.

Mais les paquets préconditionnés ne constituent pas la solution pour toutes les personnes atteintes d'une MST. AIDSCAP n'est pas en faveur de cette approche pour traiter les femmes, explique le docteur Lamptey, parce qu'il est beaucoup plus difficile de diagnostiquer les MST chez elles. «Nous pensons que les femmes doivent être traitées pour les MST dans des dispensaires publics», dit-il.



L'offre de paquets préconditionnés dans les pharmacies est une stratégie prometteuse pour les hommes qui ne vont pas se faire soigner dans les dispensaires, d'après le docteur Judith Wasserheit, directeur de la division de la prévention des MST et du sida aux U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Le docteur Wasserheit a été membre de la première commission tech-

nique consultative de FHI sur les médicaments préconditionnés, avec le docteur Peter Piot du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS et le docteur King Holmes, directeur du Centre pour la lutte contre le sida et les MST à l'université de l'Etat de Washington à Seattle.

«Ce qui est vraiment intéressant à propos de ce concept est qu'il tente de mobiliser les approches à la vente subventionnée pour répondre aux besoins en traitement des MST des personnes qui vont consulter les pharmaciens», dit le docteur Wasserheit. «Ce comportement ne doit pas être considéré comme un problème en soi, mais il doit soulever la question: pouvons-nous collaborer avec les pharmaciens pour améliorer la prise en charge des patients?»

Les programmes de ventes subventionnées mettent à la disposition du public des biens et des services qui lui sont bénéfiques à des prix abordables et en des lieux bien placés. Les avantages de cette approche pour le traitement des MST comprennent un meilleur accès à des soins efficaces, la standardisation de la thérapie, une augmentation de l'intérêt du secteur privé pour la commercialisation des médicaments contre les MST, et le recouvrement des coûts. Mais beaucoup de responsables de la santé publique et de dispensateurs pensent que les avantages seraient plus que compensés par les effets néfastes potentiels.

L'objection la plus sérieuse à la vente de paquets préconditionnés de médicaments contre les MST est la crainte de voir les gens s'en servir pour traiter d'autres problèmes de santé, ou ouvrir les paquets pour vendre les médicaments séparément. Un tel mauvais usage des antibiotiques pourrait contribuer à l'augmentation de la résistance aux médicaments.

«C'est un gros souci, et il faut sur-



Steve Mobley

Le kit MSTOP consistait en un sachet contenant des antibiotiques, une brochure éducative, des instructions détaillées sur la manière de prendre les médicaments, deux cartes destinées à des partenaires sexuels pour leur faire obtenir diagnostic et traitement, et huit condoms Prudence.

veiller la situation de près», dit le docteur Wasserheit. «Mais il ne faut pas oublier que des médicaments sont distribués maintenant et que dans bien des cas nous soupçonnons que ces médicaments risquent de ne pas être appropriés ou que leur efficacité est douteuse».

En fait, ajoute-t-elle, les paquets préconditionnés avec des doses thérapeutiques pourraient même ralentir le développement des souches résistantes. «Ces questions doivent être évaluées systématiquement». Les autres objections aux traitements préconditionnés sont moins altruistes. Dans beaucoup de pays, par exemple, l'adoption de traitements standardisés pour les MST réduirait les profits sur les tests en laboratoire et les produits pharmaceutiques.

«Dans beaucoup de pays, on se heurte à des intérêts de longue date en matière de médicaments», dit le docteur Lamptey. «Les paquets préconditionnés réduiraient de beaucoup les revenus latéraux des gens qui commandent les médicaments pour le compte du gouvernement».

La préparation du premier essai
Le projet AIDSTECH de Family Health International et PSI ont préparé le lancement du premier essai de vente de paquets préconditionnés de médicaments contre les MST au Zaïre. Quand le désordre politique a rendu l'opération impossible, FHI a pris contact avec les responsables de la santé publique du Cameroun, qui ont accepté de collaborer à l'étude.

Le Cameroun semblait idéal pour ce projet-pilote, qui concernait la vente de médicaments préconditionnés contre l'urétrite masculine, syndrome commun avec des symptômes ennuyeux et reconnaissables qui poussent les patients à chercher un traitement. Le Cameroun a des taux élevés de MST, en particulier de celles qui provoquent l'urétrite, et on pensait que beaucoup de gens essayaient de se soigner eux-même.

Les résultats d'une série d'études commandées par AIDSTECH sur la prévalence des MST, le comportement sexuel et le comportement dans la recherche des soins l'ont confirmé. Pour une de ces études, les chercheurs de la COAC (Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique cen-

trale) et de l'Institut Pasteur de Yaoundé ont interrogé des hommes qui sortaient de pharmacies à Douala et à Yaoundé. Parmi ceux qui avaient eu une urétrite le mois précédent, 43% n'avaient pas consulté un médecin ni aucun autre dispensateur de soins.¹

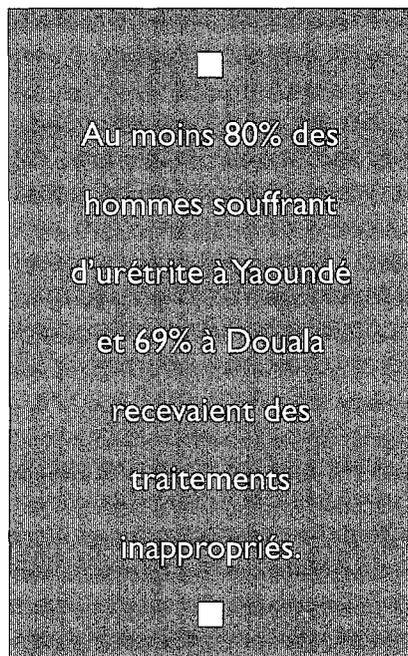
«Tout le monde fait des prescriptions, depuis le frère aîné jusqu'au personnel non médical des institutions médicales», écrivent les auteurs de l'étude.

Les découvertes des chercheurs ont aussi mis l'accent sur le besoin de standardisation des traitements. En se fondant sur les ordonnances rapportées par les dispensateurs de soins de santé, les pharmaciens et les vendeurs, les chercheurs ont estimé qu'au moins 80% des hommes souffrant d'urétrite à Yaoundé et 69% à Douala recevaient des traitements inappropriés.

PSI a fait des recherches sur le marché en y envoyant des gens pour acheter des médicaments contre les MST et interroger des personnes qui venaient juste d'en acheter dans une pharmacie ou à un marchand ambulancier. Les raisons de se soigner soi-même invoquées par les personnes qui ont répondu étaient le coût excessif des médicaments prescrits dans les dispensaires, les longues attentes avant d'être vu par le personnel médical, le coût des tests en laboratoire et la longueur de l'attente des résultats. Le prix des médicaments prescrits dans les dispensaires était plus du double de celui de ceux achetés dans les pharmacies ou dans la rue.

Après avoir essayé divers conditionnements, noms et logos avec des groupes-cibles d'hommes atteints de MST, PSI a baptisé le paquet de médicaments destinés à soigner l'urétrite MSTOP (MST-STOP) et choisi un logo avec le nom inscrit en travers du symbole universel stop. Le kit consistait en un sachet contenant des antibiotiques destinés à traiter les deux causes les

plus fréquentes d'urétrite au Cameroun, la gonorrhée et la chlamydia, une brochure éducative, des instructions détaillées sur la manière de prendre les médicaments, deux cartes destinées à des partenaires sexuels pour leur faire obtenir diagnostic et traitement, et huit condoms Prudence.



Au moins 80% des hommes souffrant d'urétrite à Yaoundé et 69% à Douala recevaient des traitements inappropriés.

Le choix des deux antibiotiques a été difficile. Une forme moins chère de doxycycline, choisie pour soigner la chlamydia, était disponible mais les médicaments génériques ne peuvent pas être vendus dans le secteur commercial au Cameroun. Le médicament oral le plus efficace contre la gonorrhée, la cefixime, ne pouvait pas être utilisée parce qu'elle n'était pas homologuée au Cameroun. Il en est résulté que le paquet contenait deux tablettes de cefuroxime axetil à prendre en une seule dose par voie orale, ainsi que 20 tablettes de doxycycline à prendre par voie orale deux fois par jour pendant dix jours.

Le prix du kit devait être abordable, mais pas moins cher que les médicaments sur le marché parce cela aurait pu encourager les gens à

l'ouvrir pour revendre les antibiotiques séparément en faisant un bénéfice. Une étude de 1992 avait constaté que les gens payaient entre U.S.\$15 et 27 dans les pharmacies pour traiter un cas d'urétrite.

Il fallait aussi recouvrer les coûts, dit le docteur Judith Timyan de PSI. «Le ministère de la santé avait exigé dès le début que le prix soit fixé de manière à au moins recouvrer les coûts du contenu du kit. Il ne voulait pas d'un prix subventionné parce qu'il visait la durabilité».

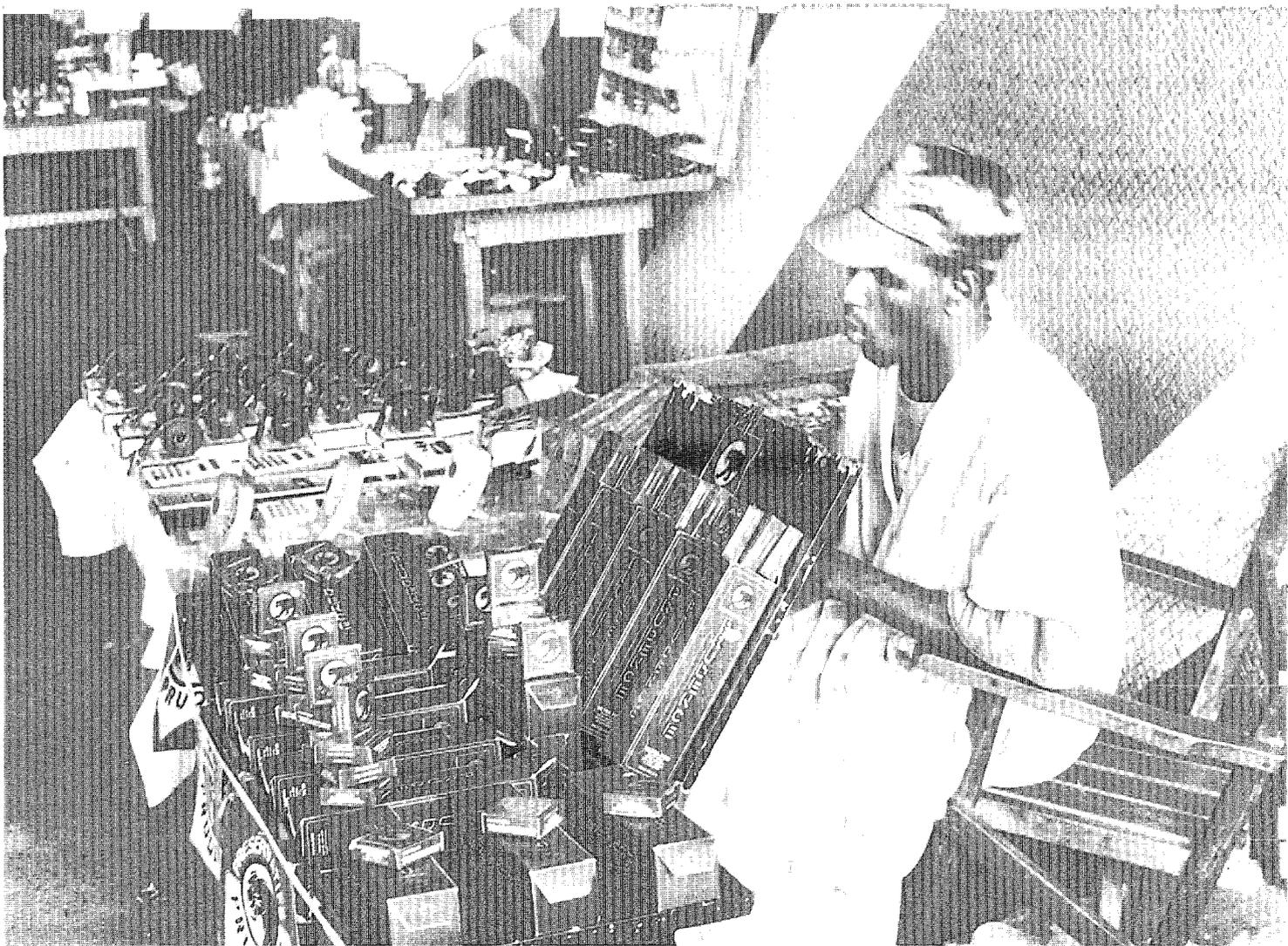
C'est pourquoi PSI a fixé le prix de vente au détail du kit MSTOP à U.S.\$17. Certaines personnes impliquées dans le projet trouvaient ce prix élevé mais, dit le docteur Timyan, «c'était en bas de la gamme des prix acceptables pour soigner l'urétrite sur le marché. Les gens sont prêts à payer beaucoup plus cher pour soigner une maladie très ennuyeuse que pour la prévention».

Glaxo et Ciba-Geigy ont aidé à maintenir le kit à un prix abordable en fournissant les médicaments à un tarif de faveur, note M. Manchester de PSI. Glaxo a aussi identifié une source bon marché pour les sachets, et son représentant technique au Cameroun a participé à la formation des dispensateurs du projet-pilote MSTOP.

Avant le début du projet, PSI a demandé au docteur Peter Ndumbe de l'université de Yaoundé de coordonner un essai sur trois mois en vue d'évaluer l'efficacité et le bien-fondé de l'existence du kit MSTOP dans deux centres de santé. Des 142 hommes atteints d'urétrite qui ont participé à cet essai, 97% ont suivi correctement les instructions. L'idée du kit était bien acceptée par pratiquement tous les participants. Après le traitement, l'agent de la maladie était éliminé dans 98% des échantillons de laboratoire.

Le projet-pilote MSTOP

Au moment où toutes les études et consultations préliminaires avaient



Population Services International

Un marchand vend des condoms Prudence au Cameroun. Paradoxalement, le succès du projet AIDSCAP-PSI de vente subventionnée de condoms au Cameroun peut avoir rendu plus difficile l'acceptation du kit MSTOP.

été terminées, les responsables de la santé publique favorables au projet avaient été remplacés par d'autres qui s'opposaient à la vente du kit sans ordonnance dans les pharmacies et les centres de santé. Si bien qu'en mars 1993 le gouvernement a autorisé la vente sur ordonnance dans seulement 21 centres de santé destinés surtout aux étudiants de l'université et aux militaires, ainsi que dans trois pharmacies privées voisines du campus de l'université.

Quatre-vingt un médecins, infirmiers et infirmières ont reçu une formation au traitement des urétrites et à la méthodologie du projet, et en juin 1993 le projet-pilote MSTOP a démarré. Dix mois

plus tard, seulement 1,421 kits avaient été vendus.

Les limitations à l'accès au kit ont été une des principales raisons du faible volume des ventes, selon le docteur François Crabbé de l'Institut de Médecine Tropicale de Belgique, consultant du projet. Seuls 30% des médecins, infirmiers et infirmières avaient prescrit MSTOP à leurs patients atteints d'urétrite.

Le fait que le kit pouvait seulement être vendu principalement dans des centres de santé en limitait l'accès au grand nombre de gens qui ne vont pas se faire soigner dans les dispensaires. De plus, quelques-uns des centres de santé ont été fermés pendant la phase pilote.

Cette phase a pris fin en mars 1994. L'évaluation finale a compris des interviews avec 15 décideurs médicaux et de la santé publique, des études qualitatives et quantitatives parmi les prescripteurs et les utilisateurs, et une étude «malades fictives» dans laquelle des personnes prétendus malades et formées par le projet avaient cherché des traitements pour l'urétrite et rapporté leurs constatations.

Plus de la moitié des dispensateurs de soins de santé qui avaient reçu une formation avaient recommandé à leurs patients d'autres produits que MSTOP. Les raisons invoquées comprenaient le manque de confiance dans les anti-

biotiques du kit et la croyance que les médicaments contre les MST ne devaient pas être prescrits sans diagnostic de laboratoire. Les dispensateurs se sont aussi plaints de n'avoir pas reçu les stimulants appropriés pour la prescription de MSTOP, tels que les calendriers muraux, les affiches et les stylos à bille offerts par les compagnies pharmaceutiques avec d'autres médicaments.

Bien que la plupart des dispensateurs de soins de santé n'aient pas prescrit MSTOP, 93% d'entre eux pensaient que le projet devait être poursuivi avec quelques modifications. Dans un des centres de santé, les dispensateurs ont demandé à continuer de vendre le kit après la fin du projet-pilote.

Plus de 86% des patients qui avaient acheté le kit se sont déclarés satisfaits. Les instructions pour le traitement avaient été suivies correctement dans 82% des cas. Plus de la moitié des utilisateurs avaient avisé leurs partenaires sexuels, et 84% de ceux qui avaient eu des rapports sexuels pendant le traitement avaient utilisé tout ou partie des condoms du kit.

AIDSCAP et PSI avaient espéré étendre la vente de MSTOP dans davantage de pharmacies pour le rendre plus accessible. Mais comme le ministère de la santé n'était pas favorable au projet, les plans en vue d'une deuxième phase ont dû être abandonnés.

L'expérience acquise

Le projet MSTOP a rencontré de nombreuses difficultés, dont un changement dans la direction du ministère de la santé, la résistance des associations professionnelles de médecins et de pharmaciens, les lois camerounaises sur l'homologation des médicaments qui interdisaient l'emploi du moins cher et plus efficace, et le refus d'accepter l'approche au traitement des MST en passant par les syndromes.

Le docteur Crabbé pense que beaucoup de ces obstacles ont eu pour origine le manque de consensus sur les objectifs du projet. La plupart des responsables de la santé publique pensaient que les programmes de lutte contre les MST doivent être dirigés vers l'amélioration des infrastructures de santé primaire et considéraient le projet MSTOP comme une menace.

«Nous devons faire comprendre que MSTOP doit être considéré comme un complément au système officiel de soins de santé», dit le docteur Crabbé. «Nous n'essayons pas de remplacer ce système».

Le docteur Lamptey est d'avis qu'un dialogue plus intensif et plus soutenu est nécessaire pour obtenir un soutien local aux solutions de rechange pour le traitement des MST.

Paradoxalement, le succès du projet AIDSCAP-PSI de vente subventionnée de condoms au Cameroun peut avoir rendu plus difficile l'acceptation du kit MSTOP.

«C'est précisément à cause du succès de la vente subventionnée de condoms au Cameroun que les médecins ont eu peur de voir les kits MSTOP vendus à tous les coins de rue», dit le docteur Timyan.

L'absence de directives nationales sur le traitement des MST et de consensus sur le traitement des syndromes ont aussi constitué des handicaps pour le projet MSTOP. Les responsables de la santé publique et les dispensateurs de soins n'ont pas reconnu l'intérêt de soigner les MST sans diagnostic de laboratoire, c'est pourquoi il répugnaient à prescrire un traitement fondé sur cette approche.

«Le projet aurait été beaucoup mieux accepté par les principaux dirigeants du ministère de la santé s'ils avaient connu l'approche par les syndromes et été au courant des directives de l'OMS», dit le docteur Crabbé.

L'acceptation du rôle que le personnel non médical peut jouer dans

le contrôle des MST est aussi important. «Nous devons essayer MSTOP dans des pays où la tradition d'employer du personnel paramédical pour les soins de santé est fermement implantée», dit M. Manchester de PSI.

AIDSCAP a sous-estimé les difficultés du lancement d'un projet-pilote novateur et controversé, conclut le docteur Lamptey. «Du point de vue de la santé publique c'est une idée intéressante, mais ce n'est pas facile du point de vue politique et médical».

Les responsables de la santé publique d'une douzaine de pays se sont dit intéressés par une collaboration avec AIDSCAP pour mettre à l'épreuve des paquets préconditionnés de médicaments contre les MST.

«Bien que notre projet de démonstration n'ait pas été totalement mis en oeuvre, l'idée a suscité beaucoup d'intérêt dans d'autres pays», dit le docteur Lamptey. «Nous aurons l'occasion d'évaluer la faisabilité de cette approche».

«Chaque fois qu'on repousse des frontières, en particulier dans le domaine de la santé publique, on rencontre une résistance», ajoute-t-il. «la seule façon de réussir est de continuer».

Références

1. Trebuck, A., R. Migliana, J.P. Tchupo, et al. STD Control in Douala and Yaoundé. Rapport non publié.
2. Feleke, Workneh, Massimo Ghidinelli, et al. Some Social Features of STD Patients in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health and Development* 4 (2) : 143-146, 1990.
3. Pick de Weiss, Susan, Jeannette Reyes and Suzanne Cohen. The Role of Pharmacies: STD/AIDS Prevention in Mexico City. *AIDS and Society*, avril-mai 1993.

Ressources

www.fhi.org

FHI a une page d'accueil sur l'Internet

La toute nouvelle page d'accueil de Family Health International sur le réseau Internet donne une foule d'informations scientifiques et éducatives sur la santé de la reproduction, la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles et les études sur les femmes. Elle se trouve à l'adresse suivante: **http://www.fhi.org** sur le World Wide Web.

Le World Wide Web permet d'utiliser des photographies et d'autres supports visuels ainsi que d'établir facilement des liens d'un document à un autre aussi bien qu'avec d'autres pages d'accueil sur des sujets connexes. On peut ainsi avoir accès à la plupart des articles publiés dans des numéros récents d'*AIDS Captions, Network* (en française, en anglais et en espagnol) et de la *Women's Studies Project Newsletter*; à certains documents de travail, manuels et ouvrages connexes de FHI; au texte du dernier rapport biennal de FHI; et aux communiqués de presse récents de FHI.

L'Afrique et le Sida: Documents pour l'éducation et la prévention. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, Ile-de-France.

Ce catalogue en couleurs trilingue (française, anglais et espagnol) présente une vaste sélection de matériaux éducatifs sur le VIH et le sida, et il est produit en Afrique pour les Africains. Parmi ceux qui y ont contribué: Appropriate Health Resources and Technologies Action Group (AHRTAG), International Organization for Environment and Development in the Third World (ENDA), National AIDS Documentation and Information Centre (NADIC) et le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS-Dakar). Prendre contact avec CRIPS Ile-de-France,

192 rue Lecourbe, 75015 Paris, France (téléphone: 1-53-68-88-88; fax: 1-53-68-88-89).

Le Cours de gestion des cas de MST de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ce cours est destiné à la formation des prestataires de soins de santé primaires pour les maladies sexuellement transmissibles (MST). Il aide les participants à améliorer leurs compétences dans les domaines de l'interrogatoire, du relevé de l'évolution et du diagnostic, à employer sept organigrammes de syndromes en vue de faire des diagnostics et de traiter les patients souffrant de MST, à éduquer et à motiver les patients sur en matière de prévention et de traitement des

MST, et à comprendre l'intérêt de suivre l'évolution du nombre des cas de MST. Le cours comprend sept volumes, des exemplaires de tous les organigrammes de gestion des syndromes de l'OMS, et un guide à l'intention des formateurs. Ces documents peuvent être utilisés individuellement, pour le télé-enseignement ou pour des cours donnés par des formateurs. Les documents sont disponibles en français, anglais, espagnol et portugais. Ils peuvent être obtenus gratuitement par le personnel des pays en développement sur requête adressée aux docteurs Antonio Carlos Gerbase ou Monir Islam de l'OMS, ou au docteur Johannes Van Dam de l'UNAIDS à l'adresse suivante: 20 Avenue Appia, CH-1211, Genève 27, Suisse.