

SOUTIEN POUR
L'ANALYSE ET LA RECHERCHE
EN AFRIQUE

Pop'Mediafrique Project
Summary of HHRAA/SARA Project's
Senior Journalists and Health Professional
Seminar on STD's

Ouagadougou, Burkina Faso June 6-10, 1998

Victoria Ebin
Population Reference Bureau



S | A | R | A

**Pop' Mediaprique Project
Summary of HHRAA/SARA Project's
Senior Journalists and Health Professional
Seminar on STD's**

Ouagadougou, Burkina Faso June 6-10, 1998

**Victoria Ebin
Population Reference Bureau**

**Pop'Mediafrique Project
Summary of HHRAA/SARA Project's
Senior Journalists and Health Professional
Seminar on STD's**

Ouagadougou, Burkina Faso June 6-10, 1998

Table of Contents

Executive Summary	1
Trip Summary	4
Activities and Major Issues	6
Strengthening Relationships	8
Exploring Policy and Program Approaches	9
Participants Advocacy Proposal	10
Outcomes and Results of the Pop'Mediafrique Activity	11
Next Steps	13
Appendices	14

ACRONYMS

ACI	-	African Consultants International
CNLS	-	National Committee for the Fight Against AIDS
HHRAA	-	Health and Human Resources Analysis for Africa
IEC	-	Information, Education, Communication
PRB	-	Population References Bureau
SARA	-	Support Analysis and Research in Africa
STD	-	Sexually Transmitted Diseases
UNFPA	-	United Nations Fund for Population Activities
USAID	-	United States Agency for International Development

Executive Summary

Executive Summary

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND THE MEDIA IN WEST AFRICA

Thirteen participants from five countries (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, and Senegal) attended a media seminar held in Ouagadougou from June 6-10, 1998. The theme of the seminar was "Sexually Transmitted Diseases and the Media" with a focus on developing more effective strategies for reporting on STDs. Participants included an IEC representative from each country's IPPF affiliate, one editor-in-chief from a national newspaper, and one senior broadcast producer from a major radio outlet. The activity is implemented through the Center for Applied Research on Population and Development (CERPOD). Gary Engelberg and Fatim Dia of Africa Consultants International facilitated the seminar. Sié Offi Somé (former CERPOD journalist) and Victoria Ebin of the Population Reference Bureau assisted with the seminar planning.

The seminar is the third in a series under a special Africa Bureau media initiative entitled Pop'Mediafrique, funded through the Health and Human Resources Analysis for Africa (HHRAA) and Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Projects. The activity aims to inform senior-level print and radio journalists (the "gatekeepers") about the implications of current research in the areas of population and reproductive health. Its purpose is threefold: (1) to expand and sustain high-quality media coverage of critical reproductive health issues, (2) to strengthen partnerships between senior journalists, health officials, and regional research institutions, and (3) to capitalize on the new clout of free press to engage civil society and leaders in discussions and actions on reproductive health (e.g., HIV/AIDS) and other social issues.

The four-and-a-half-day seminar began with an evaluation of *Pop'Mediafrique* to date, most notably, the impact the seminars has had on the professional and personal lives of the participants.



Executive Summary

During the discussion, it became clear that *Pop'Mediafrique* has given the participants a deep sense of personal urgency and commitment about these issues, especially HIV/AIDS. In a series of moving testimonies, participants stated that *Pop'Mediafrique* has significantly changed their coverage of selected reproductive health. For example, the newspaper editor from Mauritania, who wrote an extensive article on adolescents, was subsequently asked by the Secretary of State on Women to cover all seminars on women's issues, while UNFPA asked him to write a special series on the education of girls. Other specific program changes among participating media outlets include the following:

- Yedali Fall (editor-in-chief from Mauritania) is now publishing special supplements of reproductive health issues on days when there is a political event, thus taking advantage of large numbers of sales and increasing the audience. He is also trying to start a health newsletter, is working on a new community project to raise awareness of HIV/AIDS through World Vision, and, in collaboration with the participating health official, conducted a seminar on adolescents and HIV/AIDS.
- Yamaba Yameogo (editor-in-chief from Burkina Faso), who formerly rejected articles on HIV/AIDS because they "didn't help sell his paper", now consults UNAIDS on-line services daily for the most recent updates on AIDS research, and has increased the number of journalists reporting on HIV/AIDS from two to four.
- Nicholas Sagou (editor-in-chief from radio Cote d'Ivoire) has initiated regular information flashes on HIV/AIDS during his radio station's weekly health journal program and provided training to staff to change negative attitudes and improve responsible reporting on HIV/AIDS.
- The IEC official from Mali noted that the journalists and health experts now speak the same language which has dramatically improved their ability to work together effectively — a stark contrast to the two very separate and often antagonistic groups that met for the first time in Saly in 1997.

The STD seminar agenda followed the same, innovative format used in the two previous *Pop'Mediafrique* seminars, with a special emphasis on how journalists and IEC experts can most effectively work together. Through interactive exercises, the participants increased their knowledge of STDs. In-depth presentations by Dr. Fatim Dia of ACI gave participants the scientific background they need to write about the subject in a newsworthy, accessible way. Highlights of the seminar included a press conference with a traditional healer who specializes in STDs and an evening performance at the Atelier-Theatre Burkinabe. The theatrical

Executive Summary

performance uses an interactive approach to transmit information on HIV/AIDS. Participants enthusiastically joined in the performance and used the occasion to convey their messages to the audience.

Representatives of local programs were invited to participate in several panels similar to press conferences, with selected journalists reporting on the discussion. The panels included speakers from local youth organizations, the national hospital, the CNLS (National Committee for the Fight Against AIDS), and a Canadian project working on HIV/AIDS in West Africa.

The seminar concluded with a session organized by participants on proposed follow-up activities. Tidiane Kassé presented a proposal signed by all participants requesting a series of advocacy workshops which would be followed by media campaigns on reproductive health issues in each of the five participating countries.

The *Pop'Mediafrrique* Project implementing team is now working on further evaluations of the project, completing the follow-up work of the seminar, and exploring strategies to continue working with *Pop'Mediafrrique* participants. The editors and health experts now see themselves as a dynamic, unified group committed to informing the public about reproductive health issues. Most promising is their new vision of using their skills and knowledge to advocate for appropriate policies and programs.



TRIP SUMMARY

"We have been sensitized. There is no longer any difference between the editors and health specialists in terms of our concern with health. It is now time for us to go together to decision makers and community leaders to talk about strategies. It is time for advocacy."

Ely Simpara, Mali IEC specialist
and member of Pop'Mediafrique
Initiative

1 TRIP PURPOSE AND OBJECTIVES

The purpose of the trip was to help facilitate the third annual Pop'Mediafrique seminar entitled *Sexually Transmitted Diseases and the Media*. Specific seminar objectives were as follows: (1) to improve public awareness of sexually transmitted diseases through the media, (2) to enhance participants' awareness of the magnitude of STDs and their relationship with HIV/AIDS, (3) to reinforce the commitment of Pop'Mediafrique participants in informing the public about STDs, (4) to identify the strategies most effective in raising public awareness of STDs, and (5) to strengthen working relationships between the editors-in-chief and IEC experts.

2 BACKGROUND

In 1994, the Population Reference Bureau proposed a media activity to the USAID Bureau for Africa's HHRAA project to inform senior-level print and radio journalists in francophone West Africa about the policy implications of reproductive health issues. The objectives of the seminar would be to improve the dialogue between "gatekeeper" journalists, health organizations, and regional research institutions and to expand media coverage of population and reproductive health issues by bringing these groups together through a series of seminars.

At the request of the HRAA/SARA Project staff, PRB carried out a feasibility study in January 1995. As a result of this study, CERPOD was asked to serve as the local implementing agency. In May 1995, Rhonda Smith, PRB policy analyst and SARA population advisor, visited CERPOD and developed a tentative work plan with Sie Offi. The plan called for a PRB staff person and Somé to interview potential seminar participants—both journalists and health officials—in Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritania, and Senegal, to take part in a seminar on adolescent reproductive health.

Trip Summary

Victoria Ebin, a PRB journalist and Some conducted a five-week tour of the five countries in April 1996. They interviewed a total of 59 individual journalists, editors-in-chief, directors and publishers of government and independent media, and health professionals. From this list they chose three seminar participants from each country, represented by an editor-in-chief from the print and radio media and an IEC staff person from the country's IPPF affiliate.

Participants were selected on the basis of the following criteria:

- the editor-in-chief has relative autonomy in his choice of topics
- media professionals have an expressed interest in population but do not yet provide regular health coverage, and
- the media outlets selected represent a balance between government and independent media

The theme of the first seminar, adolescent reproductive health, was chosen because it was the topic of a recent large-scale CERPOD study. The seminar introduced editors-in-chief to new research material that had not yet appeared in print and led to changes in the text of the CERPOD booklet, *Jeunes en Danger*. The CERPOD staff who carried out the study were on hand to answer questions.

The seminar was held in Saly, Senegal, from June 25-27, 1996 and was facilitated by Ebin, Some, and Gary Engelberg of African Consultants International, a consultant group based in Dakar. On a regional, as well as a national level, the seminar provided a catalyst for an exchange among the participants that has continued over the past two years. Organized around a program that required active participation, the editors-in-chief and IEC staff used theater to portray scenes from their own experiences of adolescent reproductive health care.

Each editor, with the exception of the Mauritanian radio editor-in-chief, produced a print or radio supplement based on the information received during the first seminar. Because of Mauritania's strict censorship, Ibrahima Sylla of Radio Mauritanie said his proposed program could not be aired. The Mauritanian editor-in-chief at the independent newspaper, however, produced an excellent supplement.

Because of the success of the first seminar and the high level of interest among the participants, the Africa Bureau decided to hold a second seminar on media coverage of HIV/AIDS. Planning for this trip took place in March 1997. During the five-day preparatory trip, Ebin and Somé met with IEC staff, journalists, and editors-in-chief to gather their views on the proposed theme and to organize seminar proceedings.

Activities and Major Issues

The seminar on HIV/AIDS took place in June, 1997, in Abidjan Côte d'Ivoire. Following a pattern established at the first seminar, this seminar had a double-focus. It provided participants with information and also sought to reinforce their personal and professional commitment to collaborate in the fight against HIV/AIDS. The presence of two people living with HIV at the seminar and Engelberg's skill in integrating them into the group were an important catalyst in raising participants' awareness about the urgency of improving responsible news coverage.

In an evaluation of the project to date, Ely Simpara, the IEC expert from Mali, said about *Pop'Mediasfrrique*, "We have been sensitized. There is no longer any difference between the editors and health specialists in terms of our concern with health. It is now time for us to go together to decision-makers and community leaders to talk about strategies. It is time for advocacy."

The theme of the third seminar was sexually transmitted diseases and the media. It was held in Ouagadougou, Burkina Faso from July 6-10, 1998.

3 ACTIVITIES AND MAJOR ISSUES

The seminar activities focused on two primary concerns:

1. the provision of information on STDs in a way journalists can use to reach their public most effectively, and
2. the reinforcement of links among the participants.

The seminar agenda and conceptual framework are included in Appendix 1.

Increasing Participant Knowledge on STDs

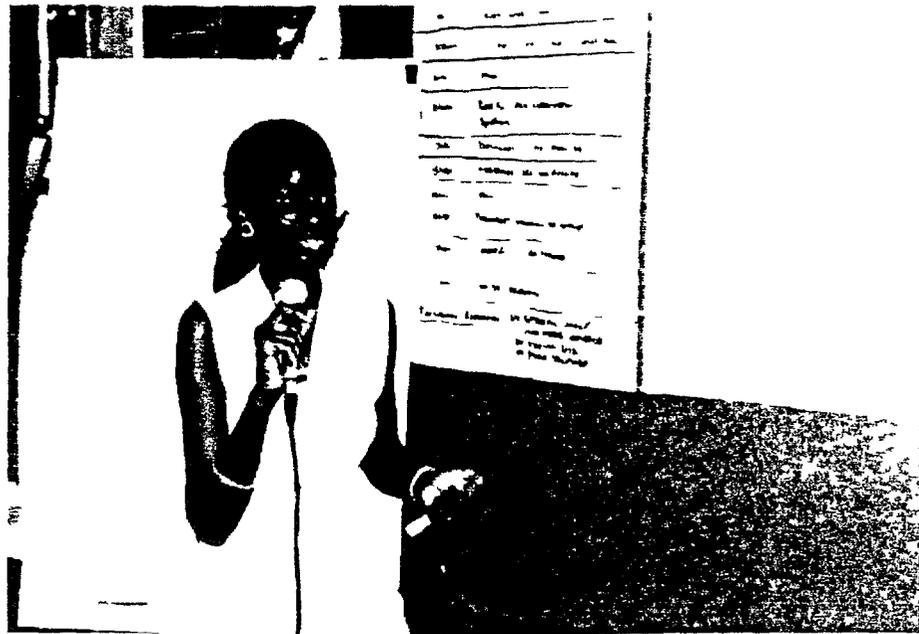
At the opening, Monday afternoon, the new CERPOD journalist, Rigobert Emile Fongni, and the two new participants from Burkina Faso — Caroline Ouedrigo, an IEC expert and Gnanou Yava Tamani, the editor-in-chief of Radio Burkina — were welcomed to the group (see Appendix 2- List of Participants). Following an assessment of the impact of *Pop'Mediasfrrique* to date, described in the results section below, the discussion turned to the topic of the third seminar, STDs and the media. Participants began the event by listing their expectations for the seminar — what they felt they needed to know about STDs to educate the public and policymakers (see Appendix 3).

The first seminar sessions focused on giving participants a thorough understanding of STDs. They learned about the history of STDs, their symptoms, and the relationship between HIV/AIDS and STDs.

Activities and Major Issues

Participants also learned about the magnitude of STDs in Africa and thanks to a presentation by the IEC representative from each country STD prevalence in the five participating Pop Mediafric nations. Through a series of films, participative exercises, and presentations the facilitators helped the group members increase their understanding of the economic, psychological, and social consequences of the diseases.

In an introduction to STDs, Gary Engelberg and Di Fatim Dia traced references of STDs in the Bible, Plato, Aristotle, and in books by colonial physicians. By noting the famous people who had suffered from syphilis and gonorrhea, the facilitators provided a context and comparison for the present situation in Africa (see Appendix 4).



The introduction revealed the similarities between STDs and HIV/AIDS — in particular, that STDs had previously been viewed in much the same way that HIV/AIDS is today. Those who contracted STDs were excluded from society and underwent painful, often fatal treatments that seemed to punish rather than heal. Engelberg and Dia made the important point that STDs became a public health issue as governments created legislation to control them. Instances where this control failed, such as in clandestine prostitution, continue to be a problem in the prevention of HIV/AIDS.

Participants then worked in small groups to list all the STD names and signs that they were aware of for both men and women. These collaborative sessions, where participants shared their experiences and knowledge, were designed to encourage the IEC specialists and editors-in-chief to continue working together after the seminar. Dia led the exercise and emphasized that simple names should be used rather than scientific ones suggested by the IEC representatives, because journalists

Strengthening Relationships

need information they can use to write for a general public. By including local terms and vocabulary, such as a common word for gonorrhea which means, “mean dog,” or the Mande word “chiban” which means, ‘the end of life,’ journalists have a better chance of reaching their audience (see Appendix 5)

Sessions also covered types and symptoms of STDs (see Appendix 6), their prevalence worldwide and in the five *Pop’Mediafrrique* countries (see Appendix 7), the determining factors in the epidemiology of STDs (see Appendix 8), and the economic, social, and psychological consequences of untreated STDs (see Appendix 9). As a teaching tool, the facilitators presented the film, *The Silent Epidemic*. Through its images of the physical consequences of STDs when left untreated, the participants acquired a sense of urgency about the dangers of STDs, which many had previously considered somewhat benign.

The psychological impact of STDs was the next topic for discussion. An excerpt from the film, *Out of Africa*, was shown where Karen Blixen’s diagnosis of syphilis provided a way to talk about the psychological burden of being infected with an STD and the effects of shame, guilt, and fear on the quality of one’s life and relations. Ely Simpara, the IEC expert from Mali, moderated a discussion by a panel composed of Brigitte Thiombiano, the head midwife at the IPPF affiliate in Burkina Faso, Denis Ouedraogo, head of a local youth organization, and André Nanji, a member of the youth organization who had come to be treated for an STD (see Appendix 10).

The following set of sessions focused on the different representations of STDs in forms of the treatment available in Africa. Dia described the different therapeutic itineraries, such as self-medication, seeking discreet treatment by a friend with a medical background, a consultation with a traditional healer, or attending a health center (see Appendix 11).

Strengthening the Relationship between Journalists and IEC Health Specialists

Participants made use of their journalistic skills and took part in a press conference. They were divided into three groups, each with a health specialist to interview (note: not a *Pop’Mediafrrique* IEC participant). The specialists were Tibo Jean-Marie Compaore (a traditional healer), Dr Jean-Gabriel Ouango (a psychiatrist at the national hospital), and Dr Fatim Dia (the ACI facilitator who is a pharmacist). After the press conference, a journalist from each group reported on the interview. Yaiou Yacouba, a sociologist and demographer, commented on the sessions.

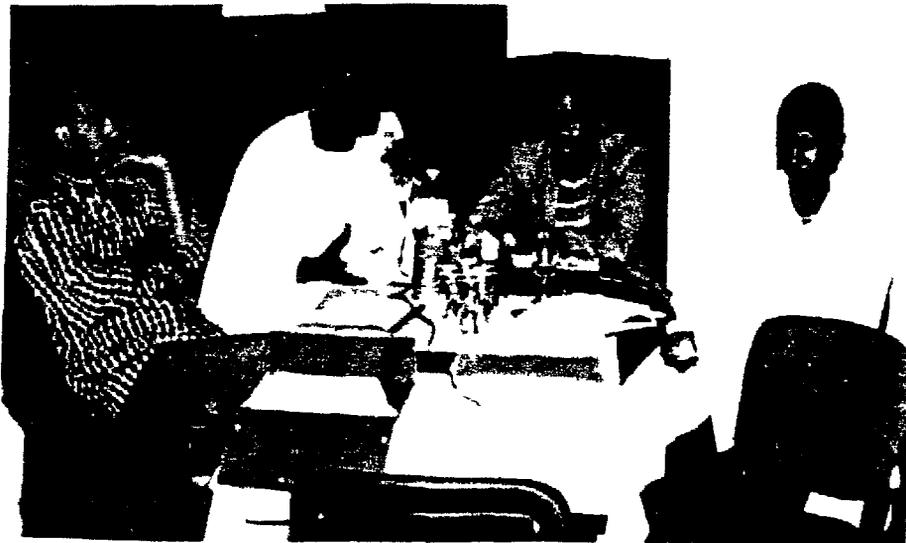
The press conference format is one example of how the seminar provided the journalists with experience and information to use in their supplements. Designed to make them more at ease interviewing health

Exploring Policy and Program Approaches

professionals, it also gave them another collaborative experience with the IEC specialists

The emphasis on collaboration continued in the next exercise with the theme "obstacles that could intervene between someone being infected with a STD and being healed" (see Appendix 12). The process was divided into seven steps, i.e. from contracting an STD to getting treatment.

The participants again divided into groups and were asked to list all the possible barriers that could prevent a person from reaching the next step in the healing process (see Appendix 13).



The exercise was designed to give participants an idea of the difficulties faced by someone who contracts an STD. Concluding the exercise, participants explored how journalists could write about these obstacles in

a way that would help people avoid or overcome them (see Appendix 14).

Exploring Policy and Program Approaches to STDs

To help journalists write effectively about policies relating to STDs and to raise issues to influence decisionmakers, the next session examined the various types of government responses to STDs. Dr. Joseph Aime Bidiga of CNLS (Comite national dans la lutte contre la SIDA) Burkina Faso provided an in-depth analysis of the situation in Burkina. A session on the advantages and disadvantages of the syndromic approach by Dia gave journalists an understanding of one type of response to dealing with the problem. Other local responses to STDs were presented by two community-based projects in Burkina Faso—the Canadian project and

Participants' Advocacy Proposal

the Center for Adolescents (see Appendix 15) The discussion that followed took the form of a press conference led by the radio journalists

Participants saw another example of a community's response to STDs and HIV/AIDS at a performance by the Atelier-Theatre Burkinabe (see Appendix 16) Under the direction of Prosper Kompaore, the group has developed a "theatre-forum," or interactive performance, to inform young people and adults about HIV/AIDS Their dramatization of the spread of the virus in a gold-mining community had members of the audience, including several *Pop'Mediafrique* participants, on stage

On Friday, Engleberg asked the editors and IEC experts from each country to draw on what they had learned during the seminar and outline an STD campaign they could carry out in their respective countries (see Appendix 17) Participants were asked to include activities, newspaper articles, and radio programs Each country group then presented their projects (see Appendix 18) During the country-by-country presentations, the editor-in-chief of the Sidwaya paper in Burkina Faso, Yamba Yameogo, provoked a heated reaction from the participants that revealed the progress *Pop'Mediafrique* has made since 1996 Yameogo claimed he published information on health only if he were paid to cover the costs This theme had been the subject of intense debate at the first *Pop'Mediafrique* seminar and had previously been a long-standing cause of antagonism between journalists and IEC specialists, who claimed that the media would only publish information about their activities if they were paid The journalists' response to this had been that the health organization used the press and radio as a means to get publicity, so they should pay for advertising During the course of the three seminars, this issue had been resolved as both IEC and journalists learned how necessary their collaboration is and how it can help save their communities and protect quality of life

Yameogo's assertion that he would publish health issues only if he were paid stunned the participants They rose as one unified group against him, expressing their disapproval and shock at his attitude By the end of the session, he said that he had taken this extreme stand only to provoke them It should be noted that Yameogo has raised the number of journalists writing on HIV/AIDS at his paper from two to four and that he consults the UNAIDS online news service daily looking for information to report

Participants' Advocacy Proposal

The final session of the seminar, focused on the conclusion of the *Pop'Mediafrique* Project, and was organized by the participants Alfred Dan Moussa of Fraternité Matin presided and Tidiane Kasse of Wal

Outcomes and Results of the Pop'Mediafrique Activity

Fadjri presented a written proposal signed by the participants (Appendix 19) They proposed to carry out country-by-country advocacy campaigns in the media on issues covered by the seminars

The proposal suggests that the participants meet successively in each country for a three-day advocacy training Following the training they would be based at the radio station or newspaper office of the local *Pop'Mediafrique* participants for five days *Pop'Mediafrique* journalists and IEC specialists, journalists from local media organizations women journalists from the local APAC office (Association for African Communication Professionals) and journalists from the CERPOD population network, would participate in a three-day advocacy workshop They would then conduct an intensive media advocacy campaign in that country in the form of daily supplements for one week The IEC specialist would be present to advise on health issues and make contact with local programs Upon returning to their home countries, each *Pop'Mediafrique* journalist would print or broadcast the articles in his media organization

Outcomes and Results of the Pop'Mediafrique Activity

During the seminar, the facilitators conducted a written evaluation of the project to assess the impact of *Pop'Mediafrique* on participants' professional and personal lives Participants were encouraged to express their views of the project, how they felt it had succeeded, and which improvements could be made

In general, participants felt that the seminars to date (adolescent reproductive health and HIV/AIDS) gave them the information they need to raise public awareness of topics covered during the seminars Perhaps most importantly, participants stated that they have acquired a deep sense of personal urgency and commitment to these issues, especially HIV/AIDS

In a series of moving testimonies, participants described how *Pop'Mediafrique* has significantly changed their coverage of selected reproductive health Of particular note are improvements in both the media content and investigative process each article and broadcast reflects data-based information and increased collaboration with local health officials Additional spin-offs include requests from a variety of social sectors to increase coverage and visibility of other critical development topics For example, after the publication of his first extensive print supplement on adolescent reproductive health, the Secretary of State on Women asked Ycdah Fall of *L'Veil Hebdo* in Mauritania to cover all seminars on women's issues, while UNFPA asked him to produce a special series on the education of girls

Outcomes and Results

Examples of other program changes among participating media outlets include the following

- Yedali Fall (editor-in-chief from Mauritania) is now publishing special supplements of reproductive health issues on days when there is a political event, thus taking advantage of large numbers of sales and increasing the audience. He is also trying to start a health newsletter, is working on a new community project to raise awareness of HIV/AIDS through World Vision, and, in collaboration with the participating health official, conducted a national seminar on adolescents and HIV/AIDS
- Yamaba Yameogo (editor-in-chief from Burkina Faso), who formerly rejected articles on HIV/AIDS because they “didn’t help sell his paper”, now consults UNAIDS online service daily for the most recent updates on AIDS research, and has increased the number of journalists reporting on HIV/AIDS from two to four
- Nicholas Sagou (editor-in-chief from radio Cote d’Ivoire) has initiated regular information flashes on HIV/AIDS during his radio station’s weekly health journal program and provided training to staff to change negative attitudes and improve responsible reporting on HIV/AIDS
- The IEC official from Mali noted that the journalists and health experts now speak the same language and have had a dramatic improvement in their ability to work together effectively—a stark contrast to the two very separate and often antagonistic groups that met for the first time in Saly in 1997

A comprehensive report of the evaluation results will be available under separate cover through PRB or the SARA Project Office at AED

Next Steps

4 NEXT STEPS

- 1 Journalists will complete their press articles and radio broadcasts by October 1, 1998
- 2 PRB and CERPOD will prepare the radio supplement on STDs in Burkina Faso for distribution to all participating radio outlets
- 3 PRB and CERPOD will compile excerpts from the HIV/AIDS print supplements and prepare a special booklet for wide distribution to policy audiences
- 4 CERPOD and PRB will review the participants' proposal for continuing the *Pop'Medrafrique* initiative and submit a draft concept paper to the Global and Africa Bureaus



APPENDICES

List of Participants

Burkina Faso

Mr Yamba Yameogo
Editor-in-chief
Sidwaya
BP 507 Ouagadougou 01
Burkina Faso
tel office 226-31-36-05, 31-22-89, 30-63-07
home 226-34-83-99
fax 226-31-03-62

Mr Gnanou Yata Tamani
Editor-in-chief
Radio Burkina
01 BP 7029 Ouagadougou 01
Burkina Faso
tel office 226-32-43-02/03/04
home 226-34-06-77
fax 226-31-04-41

Mme Caroline Ouedraogo
Chef du département des programmes d'IEC
ABBÉF
01 BP 535 Ouagadougou 01
Burkina Faso
tel 226-31-05-98, 31-75-10
fax 226-31-75-11

Cote d'Ivoire

Mr Alfred Moussa Dan
Editor-in-chief
Fraternité Matin
01 BP 1807 Abidjan 01
Cote d'Ivoire
tel 225-37-04-52 (direct), operator 37-06-66
fax 225-37-25-45

Mr Nicolas Sagou
Editor-in-chief
Journal parle Radio Cote d'Ivoire
BP V 191 Abidjan 01
tel 225-21-48-00
fax 225-21-50-38

APPENDICES

Mr Jean-Paul Dahily
Charge d'IEC
AIBLF
01 BP 5315 Abidjan
Cote d'Ivoire
tel 225-25-18-11/12
home 225-43-22-49
fax 225-25-18-68

Mali
Mr Aboubacar Saliph Diarra
Editor-in-chief
Les Echos
BP 2043 Bamako
Mali
tel office 223-22-62-89
fax 223-22-76-39

Mr Sidy Coulibaly
Editor-in-chief
Radio Kledu
BP 2322 Cite du Niger, Bamako
Mali
tel 223-21-00-11/ 22-00-18
fax 223-22-51-09

Ely Simpara
Chargé de la coordination technique des programmes
AMPFF
BP 105 Bamako
Mali
tel 223-22-44-94, home 22-23-18-98
fax 223-22-26-18

Mauritania
Mr Yédali Fall
Editor-in-chief
BP 587 Nouakchott
Mauritania
tel 2222-567-14
fax 2222-587-54
After Oct 1, 1998 2222-51-67-14 51-87-54

APPENDICES

Senegal
Mr Tidiane Kasse
Director of Publication
Wal Fadyr
BP 576 Dakar
Senegal
tel 221-824-23-40/ 824-23-43
fax 221-824-23-46

Mr Abdoulaye Sakou Faye
Editor-in-chief
Radio Sud FM
Immeuble Fahd
Bd Djiby Mbaye x rue Macodou Ndiaye
B P 4130
Dakar, Senegal
tel 221-822-53-93/ 822-42-05/822-27-65
fax 221-822-52-90

Mme Aida Soumaré Diop
Chargé d'IEC
ASBEF
BP 6084 Dakar
Senegal
tel 221-824-52-61
fax 221-824-52-72

Organizers and Facilitators

Mlle Fatim Louise Dia
Africa Consultants International
BP 5270 Dakar-Fann
Senegal
tel 221-824-83-38
fax 221-824-07-41
e-mail aciannex@enda.sn

APPENDICES

Victoria Ebin (Consultant Population Reference Bureau)
Anthropology Dept
American Museum of Natural History
79th Street and Central Park West
New York, NY 10024 USA
tel office-1-212-769-5574
home 1-212-674-7429
fax 1-212-769-5006
After October 1, 1998, home number will change
e-mail vebin@amnh.org or vebin@prb.org

Mr Rigobert Emile Fongni
Journalist, *CERPOD*
B P 1530 Bamako
tel 223-22-30-43, 22-80-86
fax 223-22-78-31
e-mail efr1@insah.cerpod.ml

Gary Engelberg
Africa Consultants International
BP 5270 Dakar-Fann
Dakar, Senegal
tel 221-824-83-38
fax 221-24-07-41
e-mail aciannex@enda.sn

Mr Sié Offi Somé
Population Reference Bureau (consultant)
09 BP 973 Ouagadougou 09
Ouagadougou, Burkina Faso
tel 226-31-41-07
home 226-31-22-94
email evasion@fasonet.bf

Mme Fatou Coulibaly Konate
CERPOD
BP 1530 Bamako
tel 223-22-30-43, 22-80-86
fax 223-22-78-31

Local Resource Persons

Dr Joseph Aimé Bidiga, Physician, CNLS

Robert Beaudry, Canadian West African AIDS Project

Lancina Zerbo, Social Worker

Dr Salam Sanne, Physician, CNLS

APPENDICES

Yacouba Yaro, Sociologist/Demographer

Tibo Jean-Marie Compaoré, Traditional Healer

Dr Jean-Gabriel Ouango, University Prof / Psychiatrist

André Najio, APES

Denis Ouedraogo, APES

Saidou Kaboré, IPC (Private Community Initiative against HIV/AIDS)

Brigitte Thiombiano, Midwife, ABSF

SEMINAIRE CEKPOD/PRB SUR LES MST ET LES MEDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST
 Hotel Silmande • Ouagadougou Burkina Faso du 6 au 10 juillet 1998

	LUNDI 6	MARDI 7	MERCREDI 8	JEUDI 9	VENDREDI 10
8h30		<ul style="list-style-type: none"> Entrée en matière MST dans l'histoire 9h30 <ul style="list-style-type: none"> Généralités sur les MST signes maladies 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexions sur la journée précédente Représentations des MST Présentation Rapport pays Itinéraires thérapeutiques interviews 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexions sur la journée précédente Réponses gouvernementales stratégies de contrôle des MST - rapports pays expérience du BF - discussions 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexions sur la journée précédente Projets de réalisations par pays Travaux de groupe
10h30		Pause	Pause	Pause	Pause
11h00		<ul style="list-style-type: none"> Projection de film <i>Epidémie de l'Ombre</i> Discussions 12h00 <ul style="list-style-type: none"> Relations MST/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> (suite) Représentations des MST et itinéraires - Présentation des interviews - Synthèse et discussions 	<ul style="list-style-type: none"> L'Approche syndromique - principes enjeux avantages et inconvénients - discussions 	(suite) travaux de groupe <ul style="list-style-type: none"> Présentations en plénière (par pays)
12h30	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner
14h30	<ul style="list-style-type: none"> Cocktail de bienvenue 15h00 <ul style="list-style-type: none"> Ouverture Mot de bienvenue CEKPOD Présentations 	<ul style="list-style-type: none"> Ampleur des MST dans le monde et en Afrique Rapport pays Facteurs déterminants Conséquences sanitaires et économiques des MST 	<ul style="list-style-type: none"> Problèmes liés au traitement et au diagnostic des MST - travaux de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> Réponses communautaires Projet Canadien et Centre pour Ados projection de film conférence de presse discussions 	<ul style="list-style-type: none"> Echanges sur la fin du Projet Pop mediafrique 15h30 <ul style="list-style-type: none"> Evaluation Cloture
16h00	PAUSE	Pause	Pause	Pause	
16h15	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation de l'impact des séminaires précédents Réalisations réussites et difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> Conséquences psychologiques et sociales des MST présentation extrait de film - panel d'experts discussions 	<ul style="list-style-type: none"> présentation des travaux de groupe identification de thèmes discussions 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion d'information sur les MST Responsabilités et importance des médias et programmes IEC 	<ul style="list-style-type: none"> Cocktail de fin de programme
17h00	<ul style="list-style-type: none"> Attentes des participants et Objectifs Questions administratives 		Fin des travaux	Pause	
17h30	(17h45) Fin de travaux	Fin des travaux			
18h30				<ul style="list-style-type: none"> (suite) Réponses Communautaires Sortie Théâtre Forum 	
20h30				<ul style="list-style-type: none"> Dîner à la Cité An III 	

**SEMINAIRE CERPOD/PRB SUR LES MST ET LES MEDIAS
EN AFRIQUE DE L'OUEST**
Hôtel Silmande • Ouagadougou, Burkina Faso • du 6 au 10 juillet 1998

Programme Detaille

Lundi 6 juillet

- 14h30 Cocktail de bienvenue
15h00 Ouverture Mot de bienvenue du CERPOD
Presentations
Evaluation informelle de l'impact des seminaires precedents POP'MEDIAFRIQUE
Feed-back sur les réalisations (supplements) réussites et difficultés rencontrées
- 17h00 Attentes des participants
Presentation des objectifs et du déroulement du seminaire atelier
Questions administratives
- 17h45 **Fin des travaux**

Mardi 7 juillet

- 8h30 **MST dans la litterature et dans l'histoire**
- 9h30 **Generalites sur les MST** (signes, maladies)
travaux de groupes et presentations en plénier
- 10h30 **PAUSE**
- 11h00 Projection de film Epidemie de l'ombre
Discussions reactions au contenu et clarifications
utilisation en tant qu'outil de sensibilisation
- 12h00 Relations MST/SIDA
- 12h30 **Dejeuner - Repos**
- 14h30 **Ampleur des MST dans le monde et en Afrique** (Chiffres)
Rapports pays (cf Points de recherche)
Presentations Facteurs determinants
Consequences sanitaires et economiques des MST
Discussions
- 15h45 **Pause**
- 16h00 **Les consequences psychologiques et sociaux des MST**
Presentation extrait de film, lecture d'un témoignage écrit
Panel d'experts locaux preside par M Ely Simpara
Mme Brigitte Thiombiano, Dr Pierre Compaore M Denis Ouedraogo
témoignages sous forme de recits de dramas lies aux consequences psychologiques et
sociales des MST
Experiences des participants
Discussions
- 17h30 **Fin des travaux**

Mercredi 8 juillet

- 8h30 Reflexions sur la journee precedente
- 8h45 **Representations des MST**
Presentation
Rapport pays (cf Points de recherche)
Personnes ressources Dr Fatim Dia (Pharmacien) M Jean Marie Compaore
(Guerisseur traditionnel), Dr Gabriel Ouango (Medecin-Psychiatre), M Yaro
Yacouba (Demographe/Sociologue)
- 9h45 **Itinéraires thérapeutiques**
Presentation
Interviews des personnes ressources en trois groupes

- 11h00 Presentation des interviews
 Discussion
 Synthèse par M. Yao Yacouba, Demographe/Sociologue
- 12h30 **Dejeuner - Repos**
- 14h30 **Problemes lies au diagnostic et au traitement des MST**
 Travaux de groupe
- 15h30 **Pause**
- 15h45 Restitution en plénière sur tableau mural
 Discussion
 Identification de thèmes médiatiques à traiter
- 17h00 **Fin des travaux**

Jeudi 9 Juillet

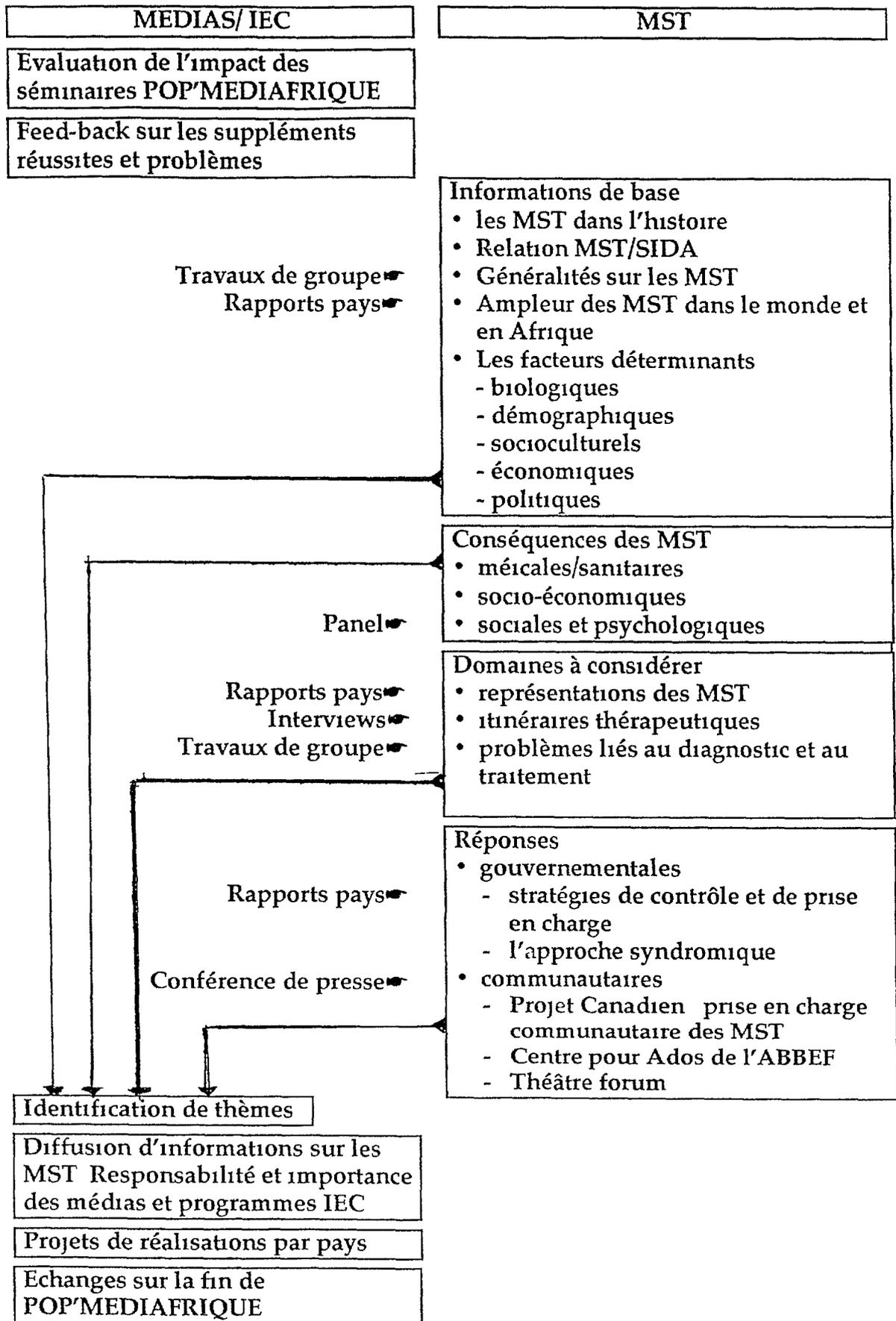
- 8h30 Reflexion sur la journée précédente
- 9h00 **Reponse gouvernementales Strategies de contrôle des MST (politiques de
 prévention et de prise en charge des MST)**
 Rapport pays (cf Points de recherche)
 L'expérience du Burkina Faso (Dr Pierre Compaore)
 Discussions
- 10h30 **Pause**
- 11h00 **l'Approche syndromique** (principes enjeux avantages et inconvénient)
 Presentation
 Personnes ressources : Dr Fatim Dia, Dr Pierre Compaore
 Discussions
- 12h30 **Dejeuner - Repos**
- 14h30 **Reponses communautaires**
 Projet Canadien (M. Robert Beaudry) Presentation sous forme de projection de film
 Centre pour Ados - ABBF M. Lasina Zerbo Presentation
 Conference de Presse - Modérateur : M. Rigobert Emil Fongni
 Journalistes : Sidy Coulibaly, Sikou Faye et Nicolas Sangou
 suivie de questions et discussions
- 16h00 **Pause**
- 16h15 **La diffusion d'informations sur les MST au public : la responsabilité et l'importance
 des medias et des programmes d'IEC**
 Preside par M. Rigobert Emil Fongni du CERPOD
- 17h00 **Pause**
- 18h30 (suite) **Reponses Communautaires** - Sortie au Theatre Forum
- 20h45 **Dîner Cite An III**

Vendredi 10 Juillet

- 8h30 Reflexions sur la journée précédente
- 9h30 **Projets de réalisations par pays** - Travaux de groupe
 (suppléments thèmes d'articles et démissions activités IEC, collaboration etc)
- 10h30 **Pause**
- 11h00 (suite) travaux de groupe
 Presentations en plénière par pays
- 12h30 **Dejeuner - Repos**
- 14h30 **Echanges sur la fin du Projet POP'MI D'AFRIQUE**
- 15h30 Evaluation du séminaire
 Cloture
- 16h15 **Cocktail de fin de programme**

SEMINAIRE POP'MEDIAFRIQUE (CERPOD/PRB)
 LES MST ET LES MEDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST

CADRE CONCEPTUEL



Personnes Ressources (MST)

Responsables IEC

Jean Paul Dahly
Aida Diop Soumaré
Caroline Ouédraogo
Ely Simpara

Session . Les conséquences sociales et psychologiques des MST

Mme Brigitte Thiombiano	Sage-femme, Responsable Clinique ABSF
Dr Pierre Compaore	Médecin, Responsable de l'Unité MST
M Denis Ouédraogo	Leader de jeunesse, APES

Session Itinéraires thérapeutiques

Dr Fatim Dia	Pharmacien, membre de l'équipe ACI
Dr Gabriel Ouango	Médecin-Psychiatre, Hôpital National
M Jean Marie Compaore	Tradipraticien, Président de l'Association Nationale de Tradipraticiens
M Yaro Yacouba	Sociologue/Démographe, UERD

Session Réponses gouvernementales

Dr Pierre Compaoré	Médecin, Responsable de l'Unité MST
--------------------	-------------------------------------

Session Réponses Communautaires

M Robert Beaudry	Responsable Projet Canadien SIDA II
M Lasina Zerbo	Responsable du Centre pour Ados de l'ABBEEF
M Prosper Kompaore	Directeur de l'ATB, Theatre Forum

**SEMINAIRE PRB/CERPOD
SUR « LES MST ET LES MEDIAS EN AFRIQUE DE L'OUEST »
DU 6 AU 11 JUILLET 1998, HOTEL SILMANDE,
OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)**

Objectif global

Ameliorer la qualite de l'information sui les MST dans les medias

Objectifs specifiques

- faire prendre conscience de l'ampleur des MST en Afrique et notamment de ses relations avec le VIH/SIDA
- renforcer l'implication des redacteurs en chef dans le traitement de l'information sui les MST
- identifier les strategies les plus efficientes dans les medias pour sensibiliser le public
- renforcer les liens entre les redacteurs en chef et les responsables d'IEC des associations de planification familiale intervenant dans la prevention et la lutte contre les MST

Produits attendus

- un canevas par pays des projets de realisations a inclure dans le supplement presse et dans l'emission radio inspirees par l'article sui la perspective regionale
- un canevas par pays des projets de realisation dans le cadre des programmes IEC

Profils des participants

- journalistes redacteurs en chef de journaux et radios
- responsables IEC des APF (Associations de Planification Familiale) membres de IPPF

Pays

Burkina Faso Côte d'Ivoire Mali Mauritanie Senegal

Organisateurs

- PRB Population Reference Bureau (Washington)
- CERPOD Centre d'etudes et de recherche sui la population pour le developpement Institut du Sahel CILSS (base a Bamako Mali)

DRAFT PROGRAMME
SEMINAIRE POPMEDIA AFRIQUE SUR LES MST ET LES MEDIAS
Burkina Faso • Hôtel Silmandé • du 6 au 10 Juillet 1998

lundi 6 juillet

- 14h30 **Cocktail de bienvenue**
15h00 Ouverture • Mot de bienvenue du CERPOD
Présentation de l'équipe CERPOD/PRB/ACI et des nouveaux participants
Evaluation informelle de l'impact des séminaires précédents sous forme d'échanges d'expériences et de réflexions sur l'évolution dans le traitement des informations
Feedback sur les réalisations (succès et difficultés rencontrés)
- 17h00 Attentes des participants
Présentation des objectifs et du déroulement du séminaire-atelier
Questions administratives
- 17h45 **Fin des travaux**

mardi 7 juillet

- 8h30 MST dans la littérature et dans l'histoire
9h00 Généralités sur les MST (signes, maladies) travaux de groupes et présentations en plénière avec compléments d'information sous formes orale et écrites
- 10h30 **Pause**
11h00 Projection de film Epidémie de l'ombre
Discussions réactions au contenu et clarifications
utilisation en tant qu'outil de sensibilisation
Relations MST/SIDA
- 12h30 **Déjeuner**
14h30 • Ampleur des MST dans le monde et en Afrique (chiffres),
• Facteurs déterminants
• Conséquences sanitaires et économiques des MST
Rapports pays (cf Points de recherche)
Discussions
- 15h45 **Pause**
16h00 Panel d'experts locaux présidé par M. Lily Simpara
témoignages sous forme de récits de diables liés aux conséquences psychologiques et sociales des MST (Mme Thiombiano, Médecin pour les jeunes, représentant de mouvement de jeunesse)
Discussions
- 17h30 **Fin des travaux**

mercredi 8 juillet

- 8h30 Réflexions sur la journée précédente
8h45 Présentations Représentations des MST
Tableaux par pays
Personnes ressources pharmacien, tradipraticien, médecin ou sage femme, sociologue (M. Yaro Yacouba)
- 9h45 Itinéraires thérapeutiques Interviews collectives en groupes de travail du pharmacien, du tradipraticien, et du médecin ou de la sage-femme
- 10h30 **Pause**
11h00 Présentation des interviews
Personne Ressource M. Yaro Yacouba
Synthèse et discussions
- 12h30 **Déjeuner**

- 14h30 Problemes lies au diagnostic et au traitement des MST (travaux de groupe)
- 15h30 **Pause**
- 15h45 Presentations des travaux de groupe
Discussions
- 17h00 **Fin des travaux**

jeudi 9 juillet

- 8h30 Reflexions sur la journée precedente
- 9h00 Reponse gouvernementale Strategies de contrôle des MST (politiques de prevention et de prise en charge des MST)
Mesures pays (cf Points de recherche)
Discussions
- 10h30 **Pause**
- 11h00 L'approche syndromique principes, enjeux, avantages et inconvenients
Discussions
- 12h30 **Déjeuner**
- 14h30 Reponses communautaires Projet Canadien (Robert Beaudry)
Centre pour Ados
sous forme de conference de presse menee par Rene Sebgo, Sackou Faye et Nicolas Sagou, suivi de questions et de discussions
- 16h00 **Pause**
- 16h15 Responsabilite et importance des medias et des programmes de sante dans la diffusion d'informations sur les MST au public - Discussions
Preside par M Rigobert Emil-Fongni du CERPOD
- 17h00 **Pause**
- 18h30 Theatre Forum
- 20h45 **Dîner a la Cité An II**

vendredi 10 juillet

- 8h30 Reflexions sur la journee precedente
- 9h00 Projets communs par pays sous forme d'une campagne sur un thème de MST (idees d'activités, d'articles et d'emissions)
Travaux de groupes
- 10h30 **Pause**
- 11h00 Suite des travaux de groupe
Presentations en plénière (par pays)
- 12h30 **Dejeuner**
- ~~14h15~~ ~~14h30~~ Echanges sur la fin du projet PopMedia'Afrique preside par M Alfred Dan Moussa
- ~~14h45~~ ~~15h30~~ Evaluation • Clôture
- ~~15h15~~ ~~16h15~~ **Cocktail de fin de programme**

SEMINAIRE REGIONAL SUR LES MST ET LES MEDIAS EN
AFRIQUE DE L'OUEST

Ouagadougou, Hôtel Silmandé du 06 au 12 juillet 1998

NOTE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS

Æ Communication par pays

Les participants sont priés de collecter un certain nombre d'informations à partager avec leurs collègues des autres pays. Chaque délégation fera une communication brève ou un exposé sur la situation des MST dans son pays.

Æ Liste indicative des points de recherche relatifs aux MST dans votre pays

Situation épidémiologique

- Statistiques globales (prévalence locale des MST)
- Statistiques hommes / femmes / jeunes, statistiques selon les maladies
- Facteurs de risque connus

Population et MST Comment la population considère / perçoit les MST dans votre pays ? Quelles sont les représentations populaires (expressions imagées) des MST qui sont courantes dans votre pays ? Comment les gens appellent-ils les MST ?

Prise en charge des MST

Existe-t-il un environnement politique favorable à la lutte contre les MST dans votre pays (allocations des ressources à la prévention et au traitement des MST, le nombre et qualité des infrastructures sanitaires) ?

Informations sur les centres de références se prise en charge des MST au niveau de votre pays. Existe-t-il un centre national de référence en matière de MST ?

Quelles sont les politiques locales et procédures de prise en charge et de notification aux partenaires, ainsi que les procédures et systèmes de déclaration au niveau local (ex : système mis en place au niveau local afin de retrouver le (les) partenaire(s) sexuels ou d'informations sur les sujets contact, formulaire de renseignement pour le recueil de données médicales) voir page suivante.

Quelles sont les menaces / régimes punitifs par le gouvernement de votre pays en cas de non déclaration de cas de MST ou de non notification aux partenaires ?

Matériel IEC Faire le point sur le matériel IEC existant en matière de prévention des MST dans votre pays. Si possible apporter un échantillon des supports (Boîtes à image, posters, documents, matériel audio visuel etc.) les plus pertinents.

Presse et MST Traitement de l'information sur les MST par la presse : collecter 4 ou 5 articles significatifs portant sur les MST au niveau de la presse locale de votre pays.

27

SEMINAIRE SUR 'LES MST ET LES MEDIAS
 EN AFRIQUE DE L'OUEST
 OUAGADOUGOU - BURKINA FASO, 06 - 10 JUILLET 1998
 HOTEL SOFITEL SILMANDE

LISTE DES PARTICIPANTS

BURKINA FASO

M Yamba YAMEOGO
 Rédacteur en chef
 Quotidien "SIDWAYA"
 01 BP 5898 OUAGADOUGOU 01 ou 01 BP 507 OUAGA 01
 Tél (226) 31 36 05 / 31 22 89 / 30 63 07 Dom 34 83 99
 Fax (226) 31 03 62

M Gnanou Yaya TAMANI
 Rédacteur en chef
 Radio Burkina
 01 BP 7029 OUAGADOUGOU 01
 Tél (226) 32 43 02/03/04 Dom (226) 34 06 77
 Fax (226) 31 04 41

Mme Caroline OUEDRAOGO
 Chef du département des programmes d'IEC
 ABBEF
 01 BP 535 OUAGADOUGOU 01
 Tél (226) 31 05 98 / 31 75 10 Dom 31 13 68
 Fax (226) 31 75 11

COTE D'IVOIRE

M Alfred DAN MOUSSA
 Rédacteur en chef
 Quotidien "FRATERNITE MATIN"
 01 BP 1807 ABIDJAN 01
 Tél (225) 37 06 66 Dom 43 78 52
 Fax (225) 37 25 45

M Nicolas SAGOU
 Rédacteur en chef
 Journal parlé Radio Côte d'Ivoire
 BP V 191 ABIDJAN 01
 Tél (225) 21 48 00
 Fax (225) 21 50 38

M DAHILY Jean Paul
 Chargé d'IEC
 AIBEF
 01 BP 5315 ABIDJAN 01
 Tél (225) 25 18 11/12 Dom 43 22 49
 Fax (225) 25 18 68

MALI

M Aboubacar Saliph DIARRA
Rédacteur en chef
Quotidien "LES ECHOS"
B P 2043 BAMAKO
Tél (223) 22 62 89
Fax (223) 22 76 39

M Sidi COULIBALY
Journaliste
Radio Klédu
BP 2322 CITE DU NIGER BAMAKO
Tél (223) 21 00 11 / 21 00 18
Fax (223) 21 51 09

M Ely SIMPARA
Chargé de la coordination technique des programmes
AMPPF
B P 105 BAMAKO
Tél (223) 22 44 94
Fax (223) 22 26 18

MAURITANIE

M Yédali FALL
Rédacteur en chef
Hebdomadaire "L'EVEIL HEBDO"
B P 587 NOUAKCHOTT
Tél (2222) 567 14
Fax (2222) 587 54
A partir d'Octobre 1998 51 67 14 / 51 87 54

SENEGAL

M Tidiane KASSE
Directeur de publication
Quotidien "WAL FADJIRI"
B P 576 DAKAR
Tél (221) 824 23 40 / 824 27 43
Fax (221) 824 23 46

M Abdoulaye Sakou FAYE
Rédacteur en chef
Radio Sud FM
Immeuble Fahd Bd Djiby MBAYE X rue Macodou NDIAYE
B P 4130
Tél (221) 822 53 93 / 822 42 05 / 822 27 65
Fax (221) 822 52 90

Mme DIOP Aïda SOUMARE
Chargé d'IEC
ASBEF
B P 6084 DAKAR
Tél (221) 824 52 61
Fax (221) 824 52 72

ORGANISATION

Mme Victoria EBIN
CONSULTANTE (PRB)
ANTHROPOLOGY DPT
AMERICAN MUSEUM OF NATIONAL HISTORY
79th ST AND CENTRAL PARK WEST NEW YORK, N Y 10024
Tél DOM 1(212) 674-7429 BUR 1(212) 769-5574
Fax 1(212) 769-5006
E-Mail vebin@prb.org ou vebin@amnh.org
Après Octobre 1998 Tél DOM 1(770) 751-0385

M Sié Offi SOME (PRB)
CONSULTANT, PRB
09 BP 973 OUAGADOUGOU 09
Tél DOM (226) 36 05 93 BUR (226) 31 41 07
FAX (226) 31 22 94
E-Mail evasion@fasonet.bf
OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

M Gary ENGELBERG
Consultant/Formateur
AFRICA CONSULTANTS INTERNATIONAL
B P 5270 DAKAR-FANN
Tél (221) 824 83 38
Fax (221) 824 07 41
E-Mail aciannex@enda.sn

Mlle Fatim Louise DIA
AFRICA CONSULTANTS INTERNATIONAL
B P 5270 DAKAR-FANN
Tél (221) 824 83 38
Fax (221) 824 07 41
E-Mail aciannex@enda.sn

Mme KONATE Fatou COULIBALY
CERPOD
B P 1530 BAMAKO
Tél (223) 22 30 43 / 22 80 86
Fax (223) 22 78 31

M Rigobert EMILE FONGNI
CERPOD
B P 1530 BAMAKO
Tél (223) 22 30 43 / 22 80 86
Fax (223) 22 78 31

ATTENTES DES PARTICIPANTS

- Une meilleure connaissance des MST
- MST chez les hommes et chez les femmes
- Modes de transmission
- Facteurs de risque, groupes à risque, vulnérabilité
- Conséquences psychologiques des MST
- Complications des MST (sterilité, effets sur les enfants, etc)
- Pesanteurs sociologiques relatifs aux MST
- Traitement des MST
- Notification aux partenaires
- Mythes, préjugés, rumeurs, idées reçues
- Aspect genre et MST
- Ampleur des MST en Afrique et relation avec le sous-développement
- Problèmes du coût du dépistage, des médicaments, de la prise en charge dans le contexte d'un pays pauvre
- Y a-t-il eu une baisse dans les taux de MST grâce à la lutte contre le SIDA
- Comment résoudre le paradoxe entre le caractère secret ou caché des MST et le besoin de les faire connaître par les médias
- Comment souligner l'importance des MST face à toute l'attention accordée au SIDA, comment repositionner les MST
- Comment les médias doivent prendre en compte les MST en tant que telles
- Comment illustrer les MST dans les médias vu la nature horrible des photos représentant des cas de MST

ENTREE EN MATIERE HISTOIRE DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) de plus en plus connues sous le nom d'infections sexuellement transmises (IST) ont connu un regain d'intérêt avec l'avènement de l'infection à VIH/SIDA et son corollaire la recrudescence de maladies liées à la sexualité. En effet, ce n'est que depuis peu que les MST sont revenues à l'ordre du jour comme un important problème de Santé Publique, c'est-à-dire depuis que les relations MST/VIH sont devenues claires.

Mais même sans le VIH/SIDA, les MST en elles-mêmes constituent un problème de Santé Publique et puisqu'historiquement elles se trouvent au centre de l'évolution des lois et pratiques qui gèrent cette discipline.

L'histoire des MST, anciennement appelées maladies vénériennes - maladies d'amour (de Venus, déesse de l'amour) - semble se perdre dans la nuit du temps. Pour deux d'entre-elles au moins, même si l'on a aucune certitude, des indices permettent de retracer quelques moments dans leur histoire : la gonococcie et la syphilis. Mais ce que nous vivons aujourd'hui avec le VIH/SIDA, pourraient même affirmer certains, n'est qu'un bagayement de l'histoire.

LA GONOCOCCIE

La gonococcie est la MST la plus ancienne et la plus répandue. Dans l'Ancien Testament déjà, Moïse parle d'un écoulement urétral, ce qui permet, entre autres références bibliques, de penser que cette maladie affectait l'humanité depuis fort longtemps.

Levitique 15 "Tout homme atteint d'un écoulement de la verge est par là même souillé."

Elle est également mentionnée par Platon, Aristote et Hippocrate. Son nom moderne a été proposé par Galien, médecin grec du II^e siècle de notre ère. Mais ce n'est qu'en 1879 qu'Albert Neisser découvrit la bactérie responsable qui depuis porte son nom : *Neisseria gonorrhoeae*. La blennorragie, nom anciennement donné par les médecins grecs du début de l'ère chrétienne, devint alors plus connue sous le nom de gonococcie. Avec François Pabelais, écrivain d'une veine étonnante, le nom de "chaulde pisse" entre dans la littérature.

Les tentatives de traitement font partie intégrante de l'histoire de cette maladie. Comme traitement, il a été longtemps conseillé des lavages à l'aide de siphon ou d'une sonde, et dans certains cas l'introduction de bougies de cire dans l'urètre. Le traitement de certaines complications consistait en l'introduction d'une sonde qui devait rester 20 heures en place, fixée extérieurement par une corde passée autour des lombes. Certains, comme Ricardus Anglicus, conseillaient en cas de douleurs et d'une forte inflammation de la verge d'avoir un rapport fort prolongé pendant ce temps : le vagin ramollit l'inflammation, vide la sécrétion et la purifie. Des écrits rapportent même que des vénériens avertis, pour se débarrasser d'une blennorragie, avaient des qu'ils se manifestait, des relations sexuelles avec une jeune négresse.

C'est la découverte du gonococque qui annonça l'ère de traitements plus sages. L'urologue Janet, à la fin du siècle dernier, mit au point un traitement local de la gonococcie par les lavages de l'urètre effectués sous pression, à l'aide d'un bock avec une solution diluée de permanganate de potassium (la potasse). Répétés 3 fois par jour, ils permettaient la guérison en quatre semaines sans cependant mettre à l'abri des complications. Ensuite des sels d'argent furent proposés par ce même Janet. De local, le traitement devint général avec plusieurs tentatives. Tour à tour des chimistes dont les plus connus furent Ehrlich, Domagk, Tichouel utilisèrent plusieurs molécules : sels d'acridine, sels de benzène, sulfamides. Puis ce fut la découverte de la pénicilline par Alexandre Fleming.

Si la blennorragie est la plus ancienne des maladies vénériennes l'histoire de la gonococcie est loin d'être épuisée. Depuis le début des années 60, on note une recrudescence, surtout chez les femmes. La gonococcie reste dans beaucoup de pays un problème majeur de santé publique.

LA SYPHILIS

Longtemps confondue avec la syphilis, la blennorragie s'effaçait devant cette dernière devant la multiplicité des symptômes, les atteintes viscérales destructrices.

La syphilis a commencé à attirer l'attention du public à la fin du XV^e siècle lorsqu'elle est arrivée en Europe, décimant armées et populations urbaines. Le 1^{er} septembre 1494, le roi de France Charles VIII est entré en Italie à la tête d'une armée composée pour la plus grande part de mercenaires Flamands, Gascons, Suisses, et même Italiens et Espagnols. Et de fait au dernier jour de l'année l'armée française entre dans Rome que les troupes espagnoles et napolitaines viennent d'abandonner. Elle y reste près d'un mois à faire ripaille et à mener une vie de bacchante. Démobilisés pendant l'été 1495, les mercenaires de Charles VIII vont répandre le mal nouveau en regagnant leurs pays respectifs.

L'origine de cette dissémination n'est pas claire. L'école des "Unionistes" pensent qu'une forme mutante d'une maladie déjà présente en Europe est devenue soudainement plus virulente due aux changements dans les conditions sociales, les habitudes de vie ou le climat. Les "Columbiens" par contre, affirment qu'un type particulièrement infectieux de syphilis a été importé par Christophe Colomb et son équipage à leur retour du Nouveau Monde. Et enfin en 1500 l'école astrologique de Peter Pinctor a démontré l'alignement et l'heure de l'émergence de la maladie qu'ils attribuent à la convergence de Venus, Jupiter et Mercure en octobre 1493!

Quoiqu'il en soit moins de dix ans après l'apparition du mal de Naples à la bataille de Ravennatout l'Europe tout entière est donc atteinte par l'épidémie.

Chaque pays nouvellement atteint ne manque pas de donner au nouveau mal le nom du voisin le plus proche et le plus souvent avec raison d'avoir été le contaminateur. C'est mesurer d'emblée la variété des appellations: les Moscovites parlent du mal polonais, les Polonais du mal des Allemands, les Allemands du mal français -- ce dernier nom recueillant en outre les suffrages des Anglais (french pox) et des Italiens (ce qui fait problème). Flamands et Hollandais disent "mal espagnol" comme les Maghrebins. Les Portugais disent "mal castillan" tandis que les Japonais et populations des Indes orientales diront "mal portugais". Seuls les Espagnols ne disent rien. Bizarre.

En 1496 un jeune clerc très ambitieux acquiert très vite le titre de Docteur, et publie un *Traité de l'épidémie de pustules ou du mal français [contenant des indications sur] son origine, et ses remèdes composé par le vénérable Maître Joseph Grunpeck de Burckhausen*.

Devenu chanoine Joseph Grunpeck finit par être nommé secrétaire particulier de l'Empereur et l'accompagne dans ses voyages.

Un jour lors d'un banquet à Augsbourg, il fut lui-même victime de ce mal. Cela l'obligea à suspendre pendant deux ans ses hautes fonctions. Il nous le décrit dans son *Petit livre au sujet du mal français*. "Un fleau s'est abattu si soudainement sur les hommes, qu'il semble être venu frapper du haut du ciel. C'est une nouvelle sorte de maladie, ennemie de la nature, un prodige horrible et très redoutable, sans exemple chez tous les mortels, contre lequel rien n'a été tenté et qui est complètement inconnu." Grunpeck nous raconte comment ses amis se sont détournées de lui à l'aveu de sa maladie, il nous décrit les symptômes qu'il présente: ses vomissements, le dégoût des médecins qui devant les manifestations purulentes et malodorantes refusent de le traiter.

À Strasbourg un imprimeur anonyme déclare que la maladie est une punition de Dieu. Il tout rédige en vers.

Arrivée des Lansquenets et histoire du mal français

*Les premiers lansquenets sont arrivés
De France en cette année [1495]
Nous apportant les premiers cas de pustules
Envoyés par Dieu en punition et en épreuve,
Ils s'arrêterent en premier lieu à Strasbourg*

L'histoire des MST est aussi marquée par des interrogations et des commentaires sur les MST que nous entendons encore aujourd'hui à l'ère du SIDA

Au début du XVI^e par exemple, Ruy Diaz de Isla signale les dangers de la prostitution, et demande le contrôle sanitaire des filles publiques. Il va jusqu'à réclamer déjà des certificats - véritables cartes de santé, avant la lettre attestant la guérison des prostituées - et sans lesquels elles n'auraient pas le droit de reprendre leur activité.

Frasme (1524) aborde la question de la syphilis et du mariage. Peut-on rompre un mariage régulièrement contracté -- Oui, si ce mariage a été contracté non pas régulièrement mais frauduleusement, par exemple lorsque l'homme a caché qu'il était esclave de la très rigoureuse dame Syphilis.

En effet, à la renaissance, où la syphilis fit d'énormes ravages, n'épargnant aucune classe sociale, on en parla beaucoup dans la littérature. Elle inspira des chansons populaires, on se moqua des malheureuses victimes, fussent-ils François I^{er}, roi de France ou un prince de l'Église.

Si les écrits sur la nouvelle maladie sont nombreux, rares sont ceux qui s'intéressent au sort des malades. Même les lépreux se considéraient atteints d'une maladie moins grave et ne voulaient pas être en contact avec les syphilitiques. Les malheureux en étaient réduits à vivre dans les champs et les forêts ou bien s'en allaient dans les villes, croyant y trouver le salut. Un édit du magistrat interdit aux hôteliers de loger les syphilitiques, aux chirurgiens, aux barbiers, aux maîtres baigneurs de les prendre en traitement. Il est prescrit aux douaniers du pont de Rhin d'exiger des malades qu'ils promettent, en entrant dans la ville, de ne pas mendier, et de la traverser par le chemin le plus court.

Les premières mesures en faveur des malades datent de 1501. Il a été demandé de façon énergique de mettre fin à ces situations intolérables, que les malades ne soient plus exclus des hôpitaux.

Les traitements alors proposés étaient à base de Guaiac bois (le plus dur du monde) provenant d'un arbre qui poussait aux Antilles et en Amérique Centrale. Le bois était employé sous forme de copeaux en macération ou en décoction. La confection des copeaux, travail dur et fastidieux, se faisait dans les prisons.

La cure de Syphilis par frictions mercurielles jusqu'à l'apparition d'une salivation marquée a été ensuite proposée, ainsi que le procédé de la fumigation. Le malade tout nu se tenait debout au-dessus d'un rechaud ou un feu brûlait, dans lequel on mettait le mercure sous forme de pastilles. Pour la petite histoire, il est important de signaler qu'à l'époque déjà les effets secondaires de ce métal lourd étaient bien connus, entre autres des infections des gencives, salivation intense et parfois ulcérations pouvant entraîner la chute des dents et pouvant aboutir à l'élimination d'une partie du maxillaire.

Le XVII^e siècle a été une époque très moralisatrice, avec plusieurs réformes religieuses qui ont opposé silence et mépris au libertinage sexuel et qui ont été atténuées la créativité littéraire et intellectuelle des siècles précédents.

En 1629 l'Italien Jean-Baptiste Lalli écrit dans *La Franceide* "le Mal français

Les gouttes brûlantes de ce Mal cruel, tombent sur les gens chauds d'amour et souillés de luxure châtiment de leur faute et de leur honteux desirs

Tout ce qui ont étudié l'histoire de la syphilis considère que le XVII ainsi que la première moitié du XVIII n'ont rien apporté de nouveau

Au XVIII siècle - la sévérité du discours s'atténue progressivement - parallèlement à la mise en place d'un rationalisme non chrétien

Si la littérature récente n'en fait plus aucune mention, il n'en fut pas de même au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, sans doute parce que l'atteinte fréquente de certains écrivains et poètes, sous la forme de paralysie générale ou de démence, et fut pour eux-même contemporains un élément d'une importance capitale - leurs facultés intellectuelles étaient exaltées avant qu'ils ne sombrèrent dans une dégradation dont certains pouvaient suivre sur eux-même les ravages progressifs

Le cas de Guy de Maupassant

Au faite de sa gloire - richissime, entouré de femmes - reconnu en France et dans le monde entier comme l'un des écrivains les plus brillants de sa génération, Maupassant sombre peu à peu dans la folie - rongé par l'une des maladies incurables de son siècle - la syphilis

Un doublement de personnalité et hallucinations le conduisent peu à peu au désespoir et à une tentative de suicide le 2 Janvier 1892 - On l'interne dans la clinique psychiatrique du Dr Morel à Passy - où il meurt 18 mois plus tard - à l'âge de 43 ans - laissant derrière lui une oeuvre considérable - dont près de 300 nouvelles et 7 romans écrits à peine en 10 ans

Des années 1500 à nos jours nombreux sont les personnes célèbres ayant souffert de la syphilis - Casanova (122), François I^{er} - roi de France - le Duc de Vendôme (119), Baudelaire, Nietzsche - Stendhal - Blackbeard (le pirate), Donizetti - Schubert, Al Capone, Edgar Allan Poe, Philip Stoker - Isak Dinesen (La ferme Africaine de Karen Blixen) - Dashiell Hammett, entre autres

Parler de l'histoire des MST, c'est aussi aborder le rôle joué par la lutte anti-vénérienne - Comme c'est le cas aujourd'hui avec le VIH, des professions se sont créées au début du 19^e siècle avec l'avènement de la syphiligraphie et des syphiligraphes - La création en 1879 de la première chaire de dermatologie et de syphiligraphie monte paradoxalement la promotion de la syphilis au rang de discipline médicale - Le Dr Alfred Fournier spécialisé dans le traitement de la syphilis et fondateur de la Société française de prophylaxie sanitaire et morale en a été le premier titulaire

Il est important de souligner qu'on ne guérissait pas des maladies vénériennes

Le micro-organisme responsable de la syphilis - le *treponema pallidum* (treponème pâle) fut identifié en 1905 par Schaudinn et Hoffman à Berlin

- 1905 - identification du micro-organisme responsable de la syphilis - le *treponema pallidum* (treponème pâle) par Schaudinn et Hoffman à Berlin
- 1906 - mise au point du serodiagnostic de Bordet-Wissermann (test qui confirme la présence du treponème, microbe qui cause la syphilis)
- 1910 - avancée importante dans le traitement de la syphilis avec la création du Salvarsan par Ehrlich (amorçant ainsi l'ère thérapeutique des arsénobenzènes)
- 1943 - la syphilis devient une maladie curable avec le succès du traitement à base de pénicilline sur quatre malades atteints de syphilis récentes par Mahoney - Arnold et Harris
- 1964 - recrudescence mondiale de la syphilis qui met fin aux espoirs d'éradication de la maladie suscités par le succès de la pénicilline

En 1956, on pensait la partie gagnée en ce qui concernait la lutte contre la syphilis. On envisageait même la suppression des services antevénéériens. Fort heureusement, la lutte contre la syphilis et les autres MST continua. Même la législation relative à la lutte contre les maladies vénériennes fut maintenue comme l'a souligné un des rapports de l'OMS en 1975. "À la différence de nombreuses autres maladies transmissibles, les maladies vénériennes continuent à faire l'objet d'une législation spécifique". Au XVIII^e siècle, il n'existait pas de législation et de contrôle très stricts concernant les médicaments. Chacun inventait sa formule avec les ingrédients qu'il choisissait puis essayait de vendre à l'administration royale cette recette qui restait secrète.

QU'EN EST-IL DE L'AFRIQUE ?

Les documents coloniaux français rapportés par Charles Becker et René Collignon nous présentent le tableau suivant :

1886 la race noire est d'abord considérée intacte, ignorante de la syphilis, se retrouve menacée par les fleaux amenés par la civilisation européenne ("civilisation égale syphilisation").

Comme l'alcoolisme et les "fièvres", la syphilis sevit électivement dans les colonies. La presse libertaire a alors beau jeu de faire l'amalgame entre "civilisation et syphilisation", sans qu'il soit sur pourtant que la contamination se fasse toujours dans le même sens. (Dessin de Grand-Jouin *L'Assiette au beurre*, 9 mai 1903 - Bibliothèque municipale de Caen)

Dans une lettre du gouverneur du Sénégal datant du 8 juin 1897, il constate la difficulté de contrôler la prostitution clandestine, "les conditions dans lesquelles la prostitution s'exerce au Sénégal rendent à peu près inapplicables les mesures préventives auxquelles on peut recourir dans les villes européennes. La voie publique n'est point ici le théâtre de ces provocations qui facilitent le contrôle de la police des mœurs et lui permettent de classer dans une catégorie spéciale les femmes qui s'y livrent".

Une pratique coloniale qui contribua par ailleurs à limiter le recours aux services des prostituées fut celle de "prendre mouso" (prendre une femme indigène, dans le jargon colonial du Soudan français). Cette pratique fut encouragée tacitement par les médecins militaires auprès du personnel colonial masculin. Ils y voyaient en effet une assurance de sécurité sanitaire. Ces compagnes africaines devaient distraire, soigner, dissiper l'ennui et empêcher l'Européen de se livrer à l'alcoolisme et aux dépravations sexuelles, malheureusement si fréquentes en pays chauds.

Mais là où les transformations coloniales faisaient presque exclusivement appel à une main d'œuvre masculine engendrant des mouvements migratoires importants, une prostitution autochtone s'est développée.

Au début du XX^e siècle, des préoccupations sanitaires nouvelles "motivées par une prise de conscience de l'état misérable des populations et de l'effroyable mortalité qui se vivait régulièrement dans ces régions" menent à une enquête sur la mortalité, notamment infantile, et les moyens d'y remédier. L'affection [syphilis] préoccupe [Gallay] surtout dans ses incidences sur la mortalité infantile, les avortements, les accouchements prématurés et les naissances débiles qu'elle précipite et la question des moyens d'enrayer ce fleau aboutit à la création d'un service autonome de la vaccine et d'un corps d'aides médecins indigènes en janvier 1906.

En Europe, particulièrement en Angleterre, le concept même de la santé publique qui, par exemple au milieu du 19^e siècle assimilait sa mission au maintien de l'ordre public, a subi plusieurs changements dans les lois et pratiques.

Le trio tuberculose-syphilis-alcoolisme promu en Europe par les hygiénistes vers la fin du XIX^e siècle au rang de "fleaux sociaux" trouve, dans les colonies de l'Afrique de l'Ouest, un

echo particulier parmi les autorités sanitaires de haut rang imbues des hantises de la dépopulation et marquées par les obsessions des pouvoirs publics métropolitains par les problèmes démographiques (Becker)

La première guerre mondiale viendra accuser cette obsession démographique 'il faut développer les races indigènes et qualité et en quantité' et promouvoir le 'réservoir colonial'

Entre les deux guerres, l'image du péril vénérien gagne en volume et complexité. On constate des taux très élevés de syphilis 'les colonies du Sud (Côte d'Ivoire, Dahomey), aux traditions animistes, semblent moins touchées que les populations islamisées du Nord' mais sont d'avant-garde atteintes par les conséquences de l'alcoolisation. 'Certaines races comme les Toucouleurs et les Toucouleurs sont syphilitisées dans leur presque totalité et certains médecins ont même atteint les huit dixièmes de la population de Dakar (1928- Leger)'. Selon Baudet (1976), une idée partagée veut que l'Afrique a été contaminée par un double courant 'les Européens et l'Islam'

Les MST sont longtemps considérées comme 'fléau social' et sans doute stigmatisées à cause de leur caractère 'caché'. Dans la mesure où elle compromettent le développement démographique souhaité, elles sont aussi, ou elle était plus difficilement contrôlables, que d'autres maladies, elles ont été classées à part et ont suscité un traitement spécifique. Les autorités coloniales tentent donc de mettre en place des structures spécialisées pour lutter contre la mortalité et parvenir aux objectifs de 'maintenir la nécessaire 'repopulation' pour permettre l'essor des colonies'

Conclusion

Penser du destin de ces maladies sexuellement transmissibles, que l'homme a cru pouvoir maîtriser avec les fantastiques progrès de la médecine, c'est évoquer leur nette recrudescence. Aujourd'hui une meilleure prise en charge des MST bénéficierait à la santé de la reproduction des populations. En outre, elles sont difficiles à gérer car ce sont des maladies liées à un comportement humain. Elles sont préoccupantes car elles influent de manière négative sur la qualité de la vie de toute la communauté et sur la productivité. En fin, ce sont des problèmes qui sont au cœur des problèmes de développement et il faut y répondre de manière diversifiée et ciblée.

Les interventions proposées aujourd'hui sont

- le changement de comportement et la promotion du préservatif, deux mesures qui auront une influence directe sur la diminution de l'incidence du VIH, mais aussi de MST, le diagnostic et

- le traitement précoces des MST, ce qui contribuera de manière significative à diminuer l'incidence du VIH

Mais des enquêtes ont montré que même si les populations en savent beaucoup sur le SIDA aujourd'hui, elles ont des connaissances partielles voire quasi inexistantes sur ces maladies (cf notamment Daniel Scenarios du Sahel, étude AIDSCAP). Quand cette connaissance est là, elle est souvent entachée de confusions. Une des priorités d'action est une sensibilisation accrue sur les MST et leur relation avec le SIDA. Mais pas n'importe laquelle! Souvent les messages sont compliqués, l'approche étant généralement médicale. Il y a lieu de simplifier le discours, de s'adapter aux destinataires, de replacer ces maladies dans un contexte humain et social beaucoup plus large et complexe.

Pour atteindre les objectifs fixés (diminution de l'incidence du VIH, diminution de l'incidence d'autres MST) il est important en outre d'initier des mesures d'accompagnement:

- corriger les idées fausses
- favoriser la levée des tabous
- promouvoir l'éducation sexuelle/EVT
- favoriser la fréquentation des services cliniques
- gagner le support des leaders communautaires, des parents et enseignants
- assurer l'accessibilité des préservatifs

ILGENDES

Cette gravure sur bois (Vienne, 1498) est la première illustration médicale de la vérole. On y voit un couple couvert de pustules. Un médecin mire les lèvres de la femme tandis qu'un autre applique avec une spatule un onguent (mercuriel ?) sur les jambes du mari. (Ref Steber B, *A mala franzos morbo gallorum, praservatio|ac cura*, (Coll particuliere)

La terrible thérapeutique mercurielle au cours de laquelle il fallait suer sa vérole dans un 'archet' est ici prétexte à satire, consécutivement à la révolte de Naples en 1647 contre la domination espagnole - belle occasion pour redonner à la vérole son nom d'origine (le mal de Naples) et pour faire jouer à l'Espagnol le rôle du vérole. (Cliche B N, est)

2
Cette publicité de 1828 illustre l'un des nombreux opuscules charlatanesques qui, depuis le XVIIIème siècle, déçus par la médecine officielle, de les guérir par quelque remède secret et sans douleur. (Cliche B N, imp)

3
Au milieu de XIXème siècle, Rambert exécute une très belle série de gravures sur des thèmes moralisateurs. Ici, un syphilitique avec sa fiole de mercure tourne le dos à la lecture, se prépare à entrer à l'hôpital et voit sa propre descendance dévorée par le mal hideux. (Cliche B N, est)

4
En attendant l'avènement de la photographie médicale, le dessin clinique déroule ses fastes, avec notamment les aquarelles somptueuses des atlas syphilitiques de Devergie et de Ricord. Ici deux roseoles (syphilis secondaire), celle de la femme commençant à s'atténuer. (Cullerier, précis iconographique des maladies veneriennes, 1861, B N imp)

5
Pendant toute la première moitié du XXe siècle, une intense campagne d'attachage proclame jusque sur les vespasiennes les dangers de la syphilis.

6
Comme l'alcoolisme et les fièvres, la syphilis sevit électivement dans les colonies. La presse libertaire a alors beau jeu de faire l'amalgame entre civilisation et syphilisation, sans qu'il soit sûr pourtant que la contamination se fasse toujours dans le même sens. (Dessin de Grand-Jouan *lettre au bureau*, 9 mai 1903 - Bibliothèque municipale de Caen)

- fournir des informations sur les structures ressources

Tout ceci ne peut être fait sans l'implication des medias. Le corps medical et les institutions internationales et nationales ont des rôles importants a jouer ainsi que les OCB, associations et ONG afin de toucher les populations a la base. Mais ce sont les medias qui ont la capacite d'attirer et de maintenir l'attention de toute une societe sur des questions urgentes afin de creer un environnement favorable aux interventions techniques et communautaires.

L'approche de notre atelier, a l'instar des rencontres de Mbour et d'Abidjan, est non-medical. elle est humaine et sociale. Les personnes et les communautes sont au centre des discussions, car les MST agissent surtout sur la population sexuellement active et donc la population productive. Les effets sont plus ou moins importants sur le developpement. Mais le retentissement est d'abord social, car lie a la sexualite et a la procreation. L'accent est mis sur les preoccupations des populations, leur bien-être. Il ne s'agit donc pas ici de la formation d'agents de sante mais plutôt des responsables des medias. L'emphase sera donc mis sur les rôles possibles des medias dans la lutte contre les MST en passant par les manifestations des MST, l'ampleur du probleme, les consequences des MST, les representations des MST par les populations, les problemes lies au diagnostic et au traitement des MST et les reponses possibles.

BEST AVAILABLE COPY

LEXIQUE

Adenopathie	Inflammation des ganglions lymphatiques
Cervicite	Inflammation du col de l'uterus
Condylome	Tumeur benigne, ayant la forme d'une verrue, de la peau ou des muqueuses des regions anale et genitale
Epididyme	Organe situe sur le bord superieur du testicule, forme d'un canal par ou le sperme passe
Epididymite	Inflammation aigue ou chronique de l'epididyme
Granulome	Petite tumeur cutanee arrondie
Incidence	Nombre de cas de maladie qui se developpent dans une population durant un intervalle de temps donne
Inflammation	Reaction consecutive a une agression traumatique, chimique ou microbienne de l'organisme et qui se manifeste par divers signes, ou symptomes chaleur, rougeur, douleur, tumefaction
Plaque	Tache coloree qui se forme sur la peau, a surface couverte de boutons
Prevalence	Proportion d'individus dans une population qui a la maladie sans distinction du debut de la maladie, et sans distinction entre les cas nouveaux et anciens, rapportes a l'ensemble des sujets observes
Salpingite	Inflammation d'une trompe uterine
Septicemie	Infection generale due a la pullulation dans le sang de bacteries pathogenes
Stenose	Retrecissement d'un conduit ou d'un orifice
Syndrome	Ensemble de signes ou symptomes
Uretre	Canal allant de la vessie au meau urinaire, servant a l'ecoulement de l'urine et chez l'homme, au passage du sperme
Uretrite	Inflammation de l'uretre
Vegetation	Excroissance anormale en forme de chou-fleur qui se developpe sur la peau ou les muqueuses

BEST AVAILABLE COPY

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX SIGNES DE MST

MST COURANTES

MST AVEC ULCERATION	
Syphilis venéreuse	<p>Evolue en 3 phases</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debute par l'apparition 3 a 4 semaines apres le contact d'un <u>chancre</u> (erosion ou petite ulceration unique) sur les organes genitaux externes ou la region anale pisse souvent inaperçu car indolore La plaie est bien delimitée et le fonds propre • Phase suivante <u>eruption cutanée</u> apparition de taches foncées sur les paumes des mains et des pieds <u>eruption muqueuse</u> plaques buccales et genitales • Non traitée, une syphilis peut se compliquer troubles neurologiques des années plus tard (démence) par dysie cécité, troubles osseux ou cardiaques et éventuellement mort <p>La syphilis peut-être congénitale</p>
Chancre mou	<ul style="list-style-type: none"> • Surtout chez l'homme la plaie (unique ou multiple) siège sur le gland, le prépuce, le fourreau ou l'orifice anal, <u>très douloureuse</u>, l'<u>ulcération a un fond sale</u> Les plaies sont très contagieuses • L'ulcération associée a un gonflement douloureux au niveau de l'anneau • Non traitée les plaies se creusent chaque jour et peuvent aboutir a la mutilation des organes genitaux
Herpes genitales	<ul style="list-style-type: none"> • Incubation 2 a 7 jours • Lésions vésiculeuses multiples (<u>boutons contenant de l'eau</u>) en bouquet avec <u>sensation de cuisson</u> et <u>démangeaisons</u> Les lésions douloureuses laissent en place des <u>érosions recouvertes de croûtes</u> qui guérissent en 10 jours l'herpes revient souvent
MST AVEC ECOULEMENT	
Gonococcie	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Chez l'homme</u> "Blennorragie" survient 4 a 6 jours apres l'exposition et se traduit par des <u>brûlures a l'émission d'urine</u> chaude pisse émission d'urines troubles et la présence d'<u>une goutte de pus au meat</u> Complications <u>difficultés a uriner</u> (tardives) rétrécissement de l'urètre • <u>Chez la femme</u> <u>souvent aucun signe</u> il faut toujours la rechercher de part pris chez la partenaire d'un sujet atteint de gonococcie Complications <u>grossesses extra uterines</u> stérilité
Chlamydia	<p>Incubation 4 a 30 jours</p> <p><u>Brûlures lors d'émission d'urine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Écoulement clair</u>, ressemble au sperme de l'homme

Trichomonas	<ul style="list-style-type: none"> • Incubation quelques jours a plusieurs semaines • <u>Pertes jaunâtres, abondantes, malodorantes</u> • Demangeaisons • Douleurs lors des rapports sexuels
Candidoses	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pertes blanchâtres (lait caillé), peu abondantes, démangeaisons nocturnes, douleurs lors des rapport sexuels, brûlures</u> Reviennent tres frequemment

AUTRES MALADIES

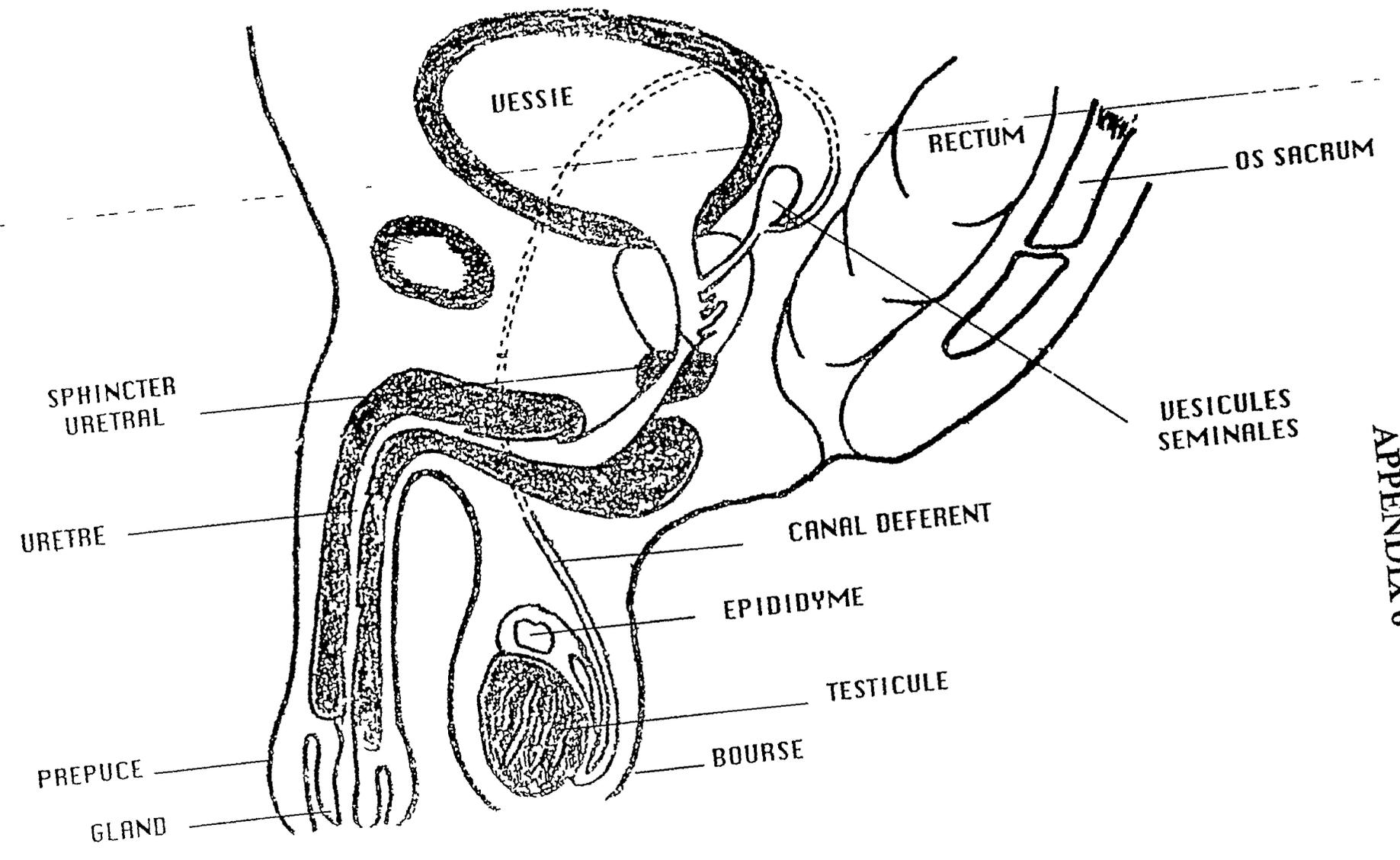
Lymphogranulomatose Vénérienne Ou Maladie de Nicolas Favre	<ul style="list-style-type: none"> • Incubation 3 à 21 jours • Apparition d une lesion qui ressemble a celle de l herpes ulcere superficiel (micro-chancr), fugace et indolore • Adenopathie souvent le principal symptôme
Donovanose	<ul style="list-style-type: none"> • Incubation 8 a 15 jours en moyenne • Apparition d un bouton qui se ramollit et devient une ulceration granulomateuse indolore d evolution lente ayant tendance a la chronicite • Chez l homme, cette ulceration se retrouve a la face interne du prepuce sur le frein au niveau du fourreau et de la racine de la verge • Chez, la femme elle siege au niveau des grandes et petites lèvres
Condylomes	<ul style="list-style-type: none"> • tumeur charnue molle en forme de crêtes de coq localisee - chez l'homme frein sillon balano-preputial fourreau - chez la femme anus vulve levres vagin
Hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie virale a manifestation generale (fatigue, douleurs abdominales, douleurs musculaires, nausees vomissements urines brunes et prurit generalise) et dont la transmission est sanguine, sexuelle et materno-foetale • Incubation 35 a 150 jours
Pediculose (Pou du Pubis ou Morpion)	<ul style="list-style-type: none"> • A l examen on retrouve des lesions de grattage le grattage est si violent que la peau en est irritee, voire brûlee saignant au moindre contact • Ces lesions peuvent se surinfecter
Gale	<p>Maladie liee a la promiscuite le contact prolonge ainsi que le rapport sexuel representent les circonstances essentielles de contamination (même si une transmission indirecte par l intermediaire de vêtements ou de literie est possible)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incubation de 14 jours a 6 semaines <p>Le patient consulte pour un prurit intense predominant le soir au coucher</p> <p>Le chancre de la gale est une grosse papule (petite elevure cutanee) ferme qui demange situe sur le gland et le fourreau</p>

Syndromes MST courants et Maladies

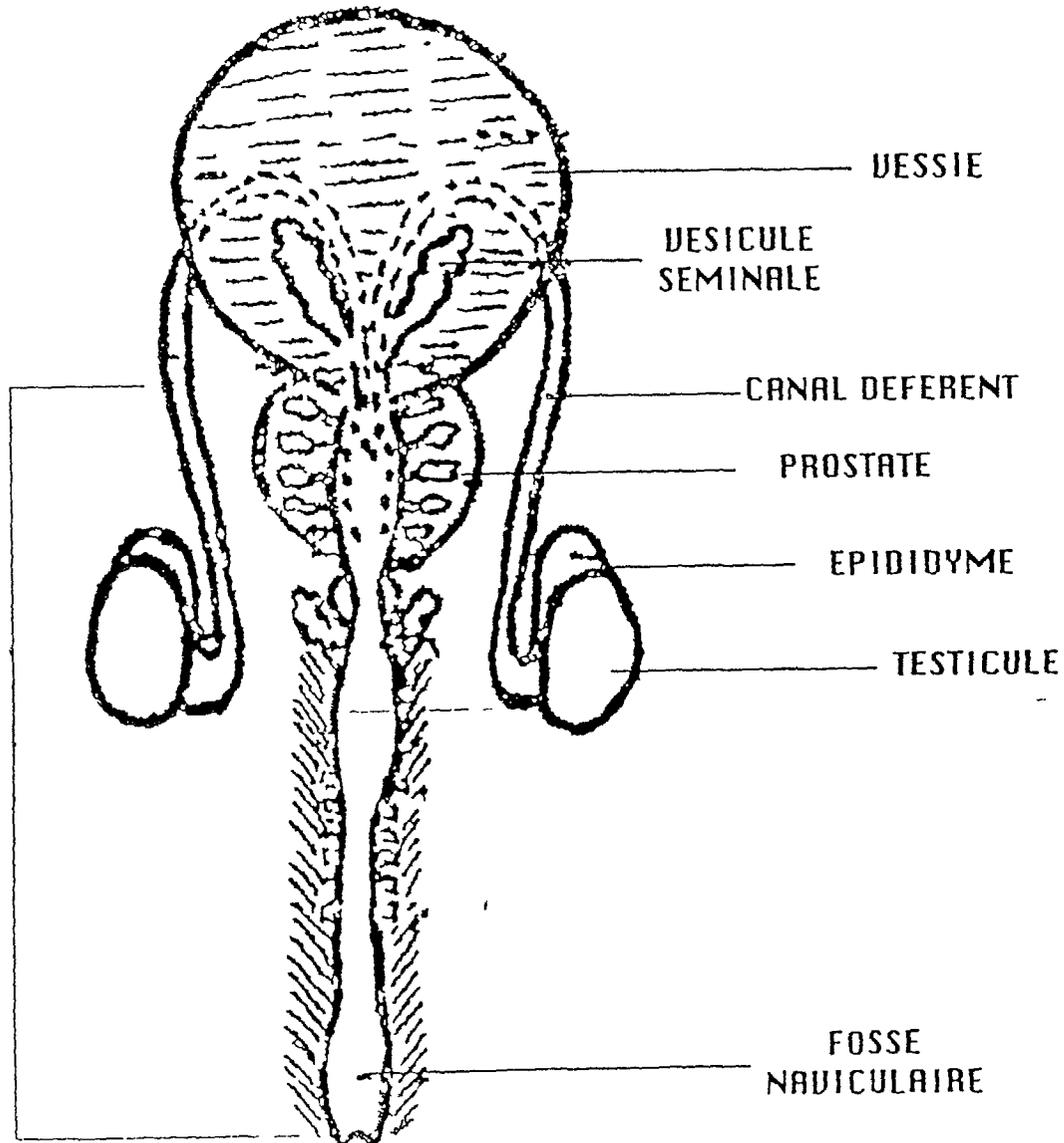
Syndrome	Maladies
Urethrite (chez l'homme)	Gonococcie Chlamydia Trichomonose Herpes
Epididymite	Gonococcie Chlamydia
Cervicite muco purulente	Gonococcie, Chlamydia
Vulvovaginite	Candidose Trichomonose
Syndrome inflammatoire pelvien aigu	Gonococcie Chlamydia
Ulcerations genitales	Herpes Syphilis Chancre mou
Vegetations genitales et anales	Granulomatose
Hepate	Hepatite E
Cancer du col de l'anus de la vulve du vagin ou du penis	Granulomatose

Tuesday

SCHEMA DE L'APPAREIL GENITAL DE L'HOMME

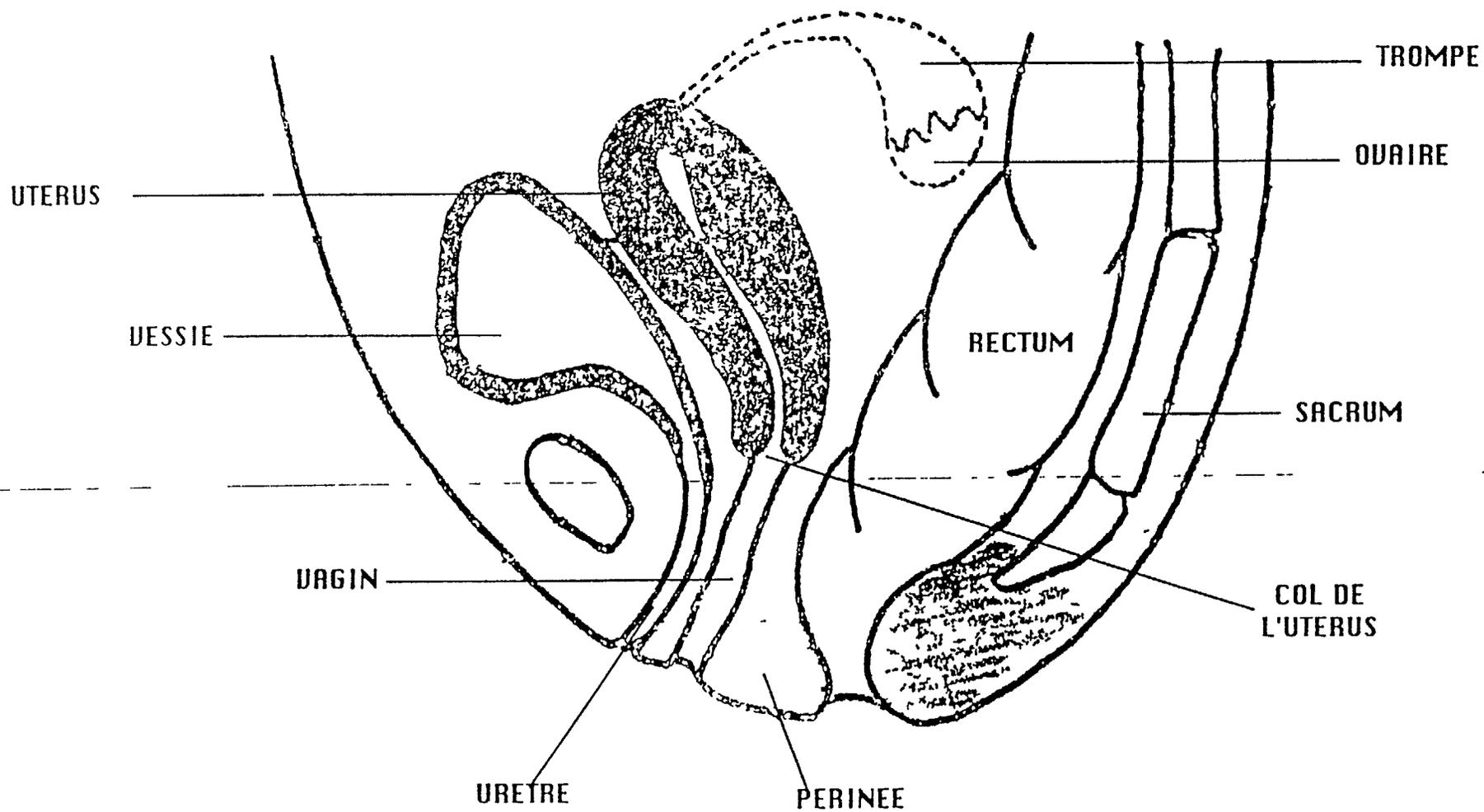


SCHEMA DE L'APPAREIL GENITAL DE L'HOMME

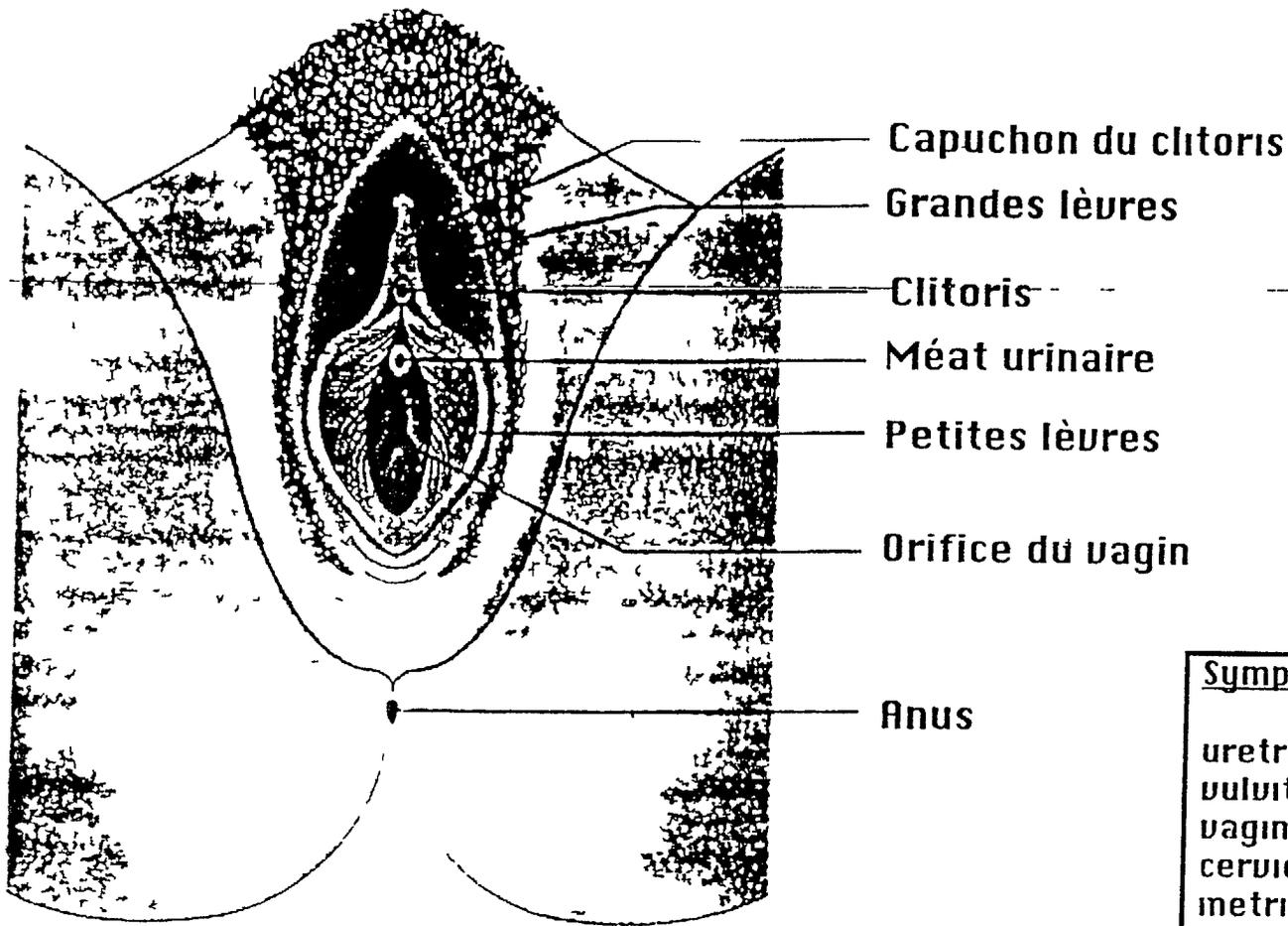


<u>Symptômes</u>	<u>localisation</u>
ecoulement	meat
balanite	gland
uretrite, retrecissement	uretre
prostatite	prostate
epididymite	epididyme
orchite	testicule

SCHEMA DE L'APPAREIL GENITAL DE LA FEMME



APPAREIL GENITAL DE LA FEMME: schéma d'une vulve normale



Capuchon du clitoris

Grandes lèvres

Clitoris

Méat urinaire

Petites lèvres

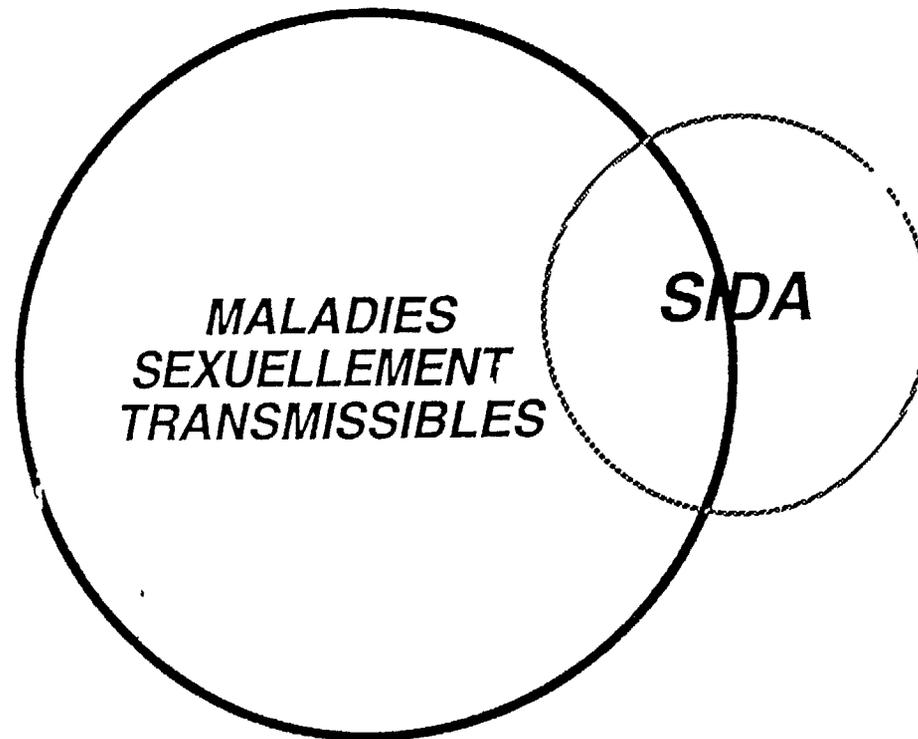
Orifice du vagin

Anus

<u>Symptôme</u>	<u>Localisation</u>
uretrite	uretre
vulvite	vulve
vaginite, leucorrhée	vagin
cervicite	col de l'uterus
metrite	uterus
salpingite	trompe

Tuesday

EN AFRIQUE, L'INFECTION A VIH/SIDA EST TRANSMISE
DANS 80% DES CAS PAR VOIE SEXUELLE.
LE SIDA PEUT DONC Y ETRE CONSIDERE
COMME UNE MST VIRALE.



RELATIONS ENTRE LES MST COURANTES ET LE SIDA
LE POINT DE VUE MEDICAL

MST COURANTES



INFECTION A VIH/SIDA

ROLE DES MST DANS LA TRANSMISSION DU VIH

- La présence d'ulcération ou de microlésion (plaie microscopique) peut constituer une porte d'entrée pour le VIH en cas de rapport sexuel non protégé avec une personne infectée
On estime que la probabilité de la transmission du VIH de la femme vers l'homme par rapport sexuel est très faible, de l'ordre de 0,1%. En présence d'une MST, cette probabilité peut dépasser 10% (Padian et al., 1991)
- Les hommes et les femmes qui présentent une MST et qui sont aussi porteurs du VIH sont beaucoup plus infectants en cas de rapport sexuel non protégé.
Il a été démontré que la réaction inflammatoire liée aux MST chez les femmes souffrant de gonococcie ou d'infection à chlamydia se manifeste aussi par une augmentation disproportionnée du taux de lymphocytes CD4. Ce sont ces lymphocytes qui constituent les cellules cibles du VIH.
- Les MST accélèrent également le développement du SIDA.

La probabilité de la transmission du VIH par rapport sexuel :
 les personnes atteintes de MST ulcérantes ou non
 ont une susceptibilité accrue vis-à-vis du VIH

MALADIE	ESTIMATION DU RISQUE	
	MOYENNE	INTERVALLE
Chancre Mou	4,7	3,3 - 18,2
Syphilis	3,0	2,0 - 9,9
Herpès Génital	3,3	1,9 - 8,5
Chlamydirose	4,5	3,2 - 5,7
Gonorrhée	4,7	3,5 - 8,5
Trichomonose	2,7	?
Condylomes	3,7	?

Source Wasserheit J , Holmes K K in German A et coll *Reproductive Tract Infections*

LE VIH AFFECTE LE COURS NORMAL DE CERTAINES MST

La présence de l'infection à VIH/SIDA au cours d'une maladie sexuellement transmissible rend le pronostic de cette dernière très sombre :

- du fait de l'immunodéficience créée par l'infection à VIH des complications peuvent apparaître (lésions plus graves et plus étendues).
- le traitement des MST devient plus difficile et plus long.

RELATIONS ENTRE LES MST COURANTES ET LE SIDA LE POINT DE VUE EPIDEMIOLOGIQUE



Les stratégies mises en place pour contrôler les MST
contribuent aussi à la réduction de la transmission du VIH

MST ↔ VIH/SIDA

**POPULATION
PRODUCTIVE**

- traumatismes
- complications
- incapacité
- mort

EFFETS

productivité
qualité de vie
développement
bien-être
communautaire

Essai Triomphant sur le VIH en Afrique

Tim Radford

Pour une première expérience de ce genre, des scientifiques européens et africains ont montré que la propagation de l'infection VIH peut être ralentie. Ils ont confirmé - dans un article dans le LANCET - que les maladies sexuellement transmissibles favorisent l'expansion du SIDA.

Une étude dont le coût est estimé à deux millions de livres sterling pour une période de deux ans, a montré que la transmission du virus pourrait être réduite à près de 50% en traitant de manière intensive les autres maladies sexuellement transmissibles. Ceci est approprié dans un continent où 90% de l'infection VIH est faite de manière hétérosexuelle et où les taux d'infection dans les milieux urbains ont atteint 20%.

Cette recherche a regroupé le gouvernement tanzanien, les œuvres médicales caritatives, l'Institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres et des milliers de villageois à Mwanza en Tanzanie. Selon David Mabey et Richard Hayes de l'Institut de Londres, les experts sur le SIDA ont longtemps soupçonné que la propagation du VIH est favorisée par d'autres maladies vénériennes comme la syphilis et la blennorrhée (gonorrhée).

Avec l'aide des services médicaux africains, et l'appui financier de l'Europe, les chercheurs ont sélectionné 12 centres villageois de santé dans la région du Lac Victoria ou ses environs immédiats où le VIH se répand à un taux de 1% par an. Ils les ont divisés par groupes de deux villages présentant les mêmes caractéristiques au niveau du site et de la

population. Dans chaque groupe de deux l'un des villages a bénéficié d'un programme formation en matière de santé, d'éducation et d'approvisionnement en médicaments pour les traitements en conformité avec les possibilités de l'économie tanzanienne. Dans l'autre village, les choses furent laissées en l'état.

Les résultats, bien avant l'examen de la transmission du VIH furent extraordinaires. Beaucoup plus de personnes avec des symptômes sont allées en consultation, beaucoup de maladies furent correctement diagnostiquées et traitées avec brio pour une première fois. Certains cas furent orientés vers les spécialistes. Les centres villageois de santé ont soigné près de 99% des cas de MST à moindre coût.

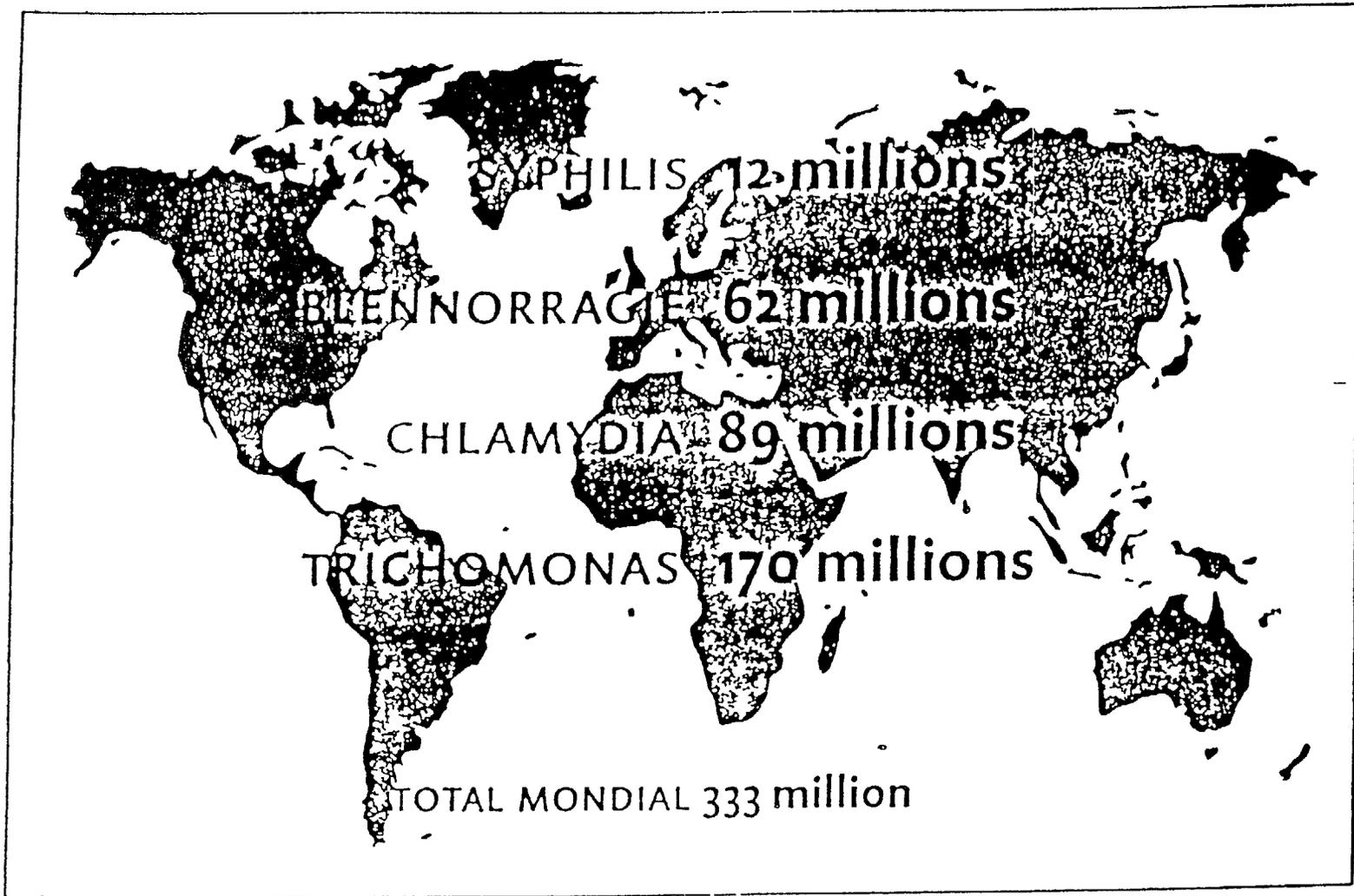
Deux ans plus tard, les docteurs ont commencé à analyser la différence dans les taux d'infection pour des échantillonnages de 1000 personnes dans les 12 villages. Le résultat fut étonnant : la formation supplémentaire et l'approvisionnement en médicaments avaient réduit la transmission du VIH de 42%.

Selon le Professeur Mabey "nous avons fait une étude qui montre qu'une simple intervention dans un des pays les plus pauvres du monde a réussi à avoir un impact substantiel. Maintenant les donateurs n'ont plus d'excuse pour la rétention des ressources.

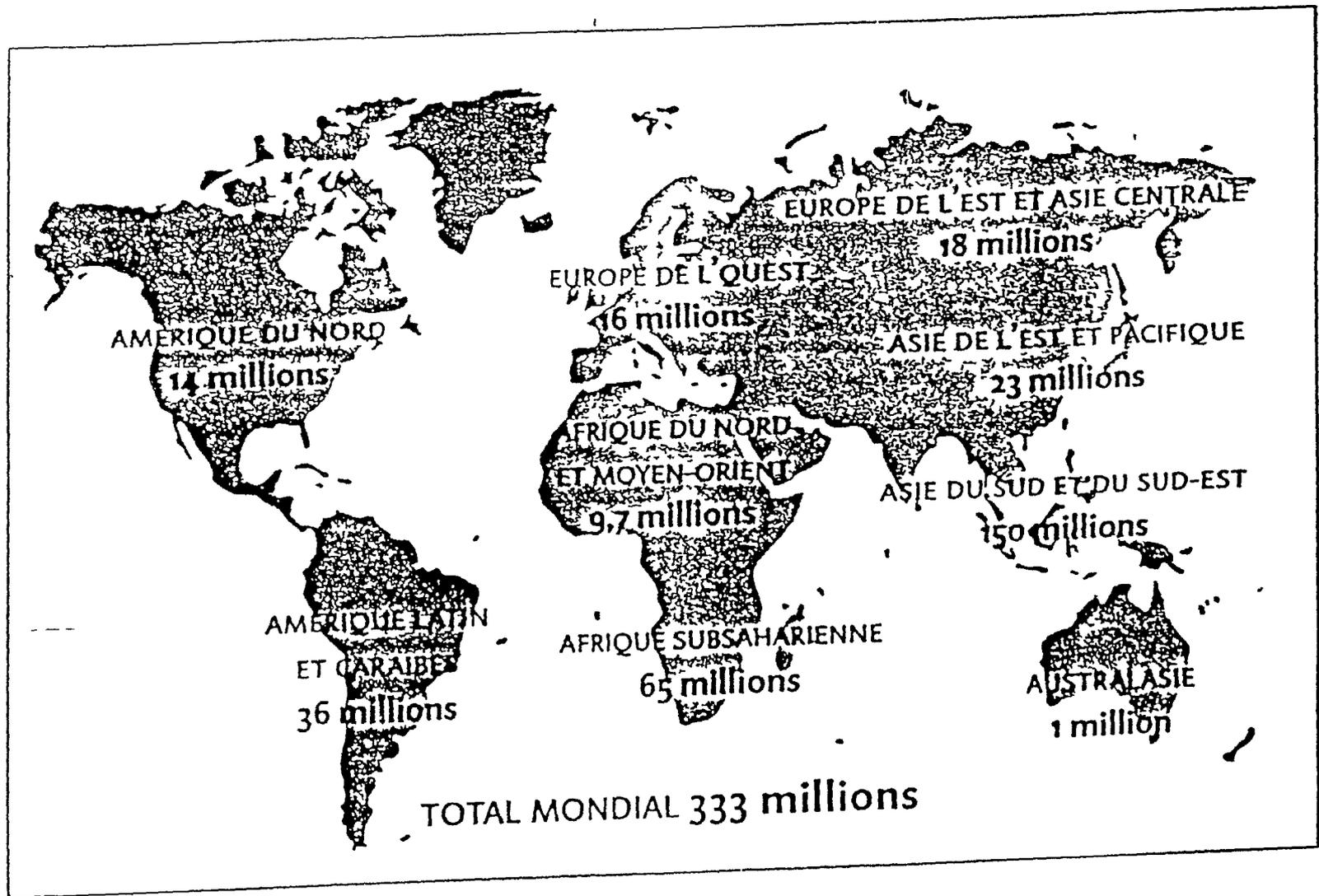
GUARDIAN WEEKLY
Septembre 10, 1995

BEST AVAILABLE COPY

55



BEST AVAILABLE COPY



**Dans le monde,
l'OMS estime qu'il y a
plus de
800 000 nouveaux cas de MST
par jour.**

**D'autres MST, moins fréquentes
connaissent aussi une recrudescence :
les Condylomes**

**Ces lésions sexuellement transmissibles

dues aux virus HPV
ont progressé aux USA
entre 1966 et 1981,
de l'ordre de 500% .**

ESTIMATION DE LA FREQUENCE MONDIALE DES MST SELECTIONNEES PAR REGION, 1995

source adapte de l'OMS, 1997

REGION	MST SELECTIONNEES (EN MILLIONS)			
	SYPHILIS	GONORRHEE	CHLAMYDIA	TRICHO MONAS
AMERIQUE DU NORD	0,14	1,8	4	8
AMERIQUE LATINE, CARAIBES	1,3	7,1	10	18
EUROPE OCCIDENTALE	0,2	1,2	5	10
EUROPE DE L'EST, ASIE CENTRALE	0,1	2,3	5	10
ASIE DE L'EST ET LE PACIFIQUE	0,33	3	6,2	13
ASIE DU SUD ET DU SUD- EST	5,8	29	40	75
AUSTRALIE	0,01	0,13	0,3	1
AFRIQUE DU NORD, MOYEN ORIENT	0,62	1,5	2,9	4,6
AFRIQUE AU SUD DU SAHARA	3,5	16	15	30

Incidence annuelle mondiale estimée des MST curables chez les 15-49 ans

Amérique du Nord	2-3%
Amérique Latine et Caraïbes	7-14%
Europe de l'Ouest	1-2%
Europe de l'Est et Asie Centrale	3-8%
Asie de l'Est et Pacifique	1-2%
Asie du Sud et du Sud-est	9-17%
Australie	1-4%
Afrique du Nord et Moyen Orient	4-7%
Afrique sub-saharienne	11-35%

PREVALENCE DES MST CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET CHEZ LES PROSTITUEES DANS QUELQUE PAYS DU SAHEL

	FEMMES ENCEINTES				PROSTITUEES				
	BURKINA 1994	NIGER 1993	SENEGAL 1994	MALI 1995	BURKINA 1994	NIGER 1993	SENEGAL 1994	MALI 1995	COTE D'IVOIRE 1995
GONORRHEE	0,5	1,5	2	0,5	11,8	15,4	16	13,4	29
CHLAMYDIOSE	2,5	12,5	13	5,2	4,5	24,9	20	4,7	5
TRICHOMONOSE	14	12	30	21,3	22,8	13,5	46	19	25
CANDIDOSE VAGINALE	13,8	15,8	-	14,5	3,3	13,9	-	15,9	
SYPHILIS	5,1	4,0	7	-	13,3	26,5	29	-	25
HERPES	-	-	-	13	-	-	-	74,1	
CHANCRE MOU	-	-	-	5			-	57	

A ABIDJAN

**Plus de 10% des femmes
en consultation prénatale à Abidjan
ont une MST qui
pose un problème de santé publique
(cervicite gonococcique ou chlamydienne,
ulcération, syphilis)
dans un contexte de forte prévalence VIH.**

Resultat d'une étude mène par Ali Napo L., Institut Pasteur

62

Les MST Virales

La prévalence mondiale d'infection active ou latente
par les MST Virales courantes
(Herpès, Hépatite, Infection à VIH)
se chiffre en milliards de cas
puisque la plupart des adultes sont porteurs
d'un ou de plusieurs de ces pathogènes
dans certaines populations.

**D'un point de vue épidémiologique,
l'Hépatite B occupe un part très importante
au sein de la grande famille des MST.**

**Elle touche plus de 280 millions de personnes
dans le monde,
et le taux de prévalence peut atteindre 40%
dans certaines zones.**

**Elle est endémique dans les pays
en voie de développement.**

65



**DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT,
AU MOINS 1 ADOLESCENT SUR 20
CONTRACTE UNE MST CHAQUE ANNEE**

UNDERSTANDING ADOLESCENTS

*UN RAPPORT DE L'IPPF SUR LES BESOINS EN
SANTÉ DE LA REPRODUCTION DE ADOLESCENTS, 1994*

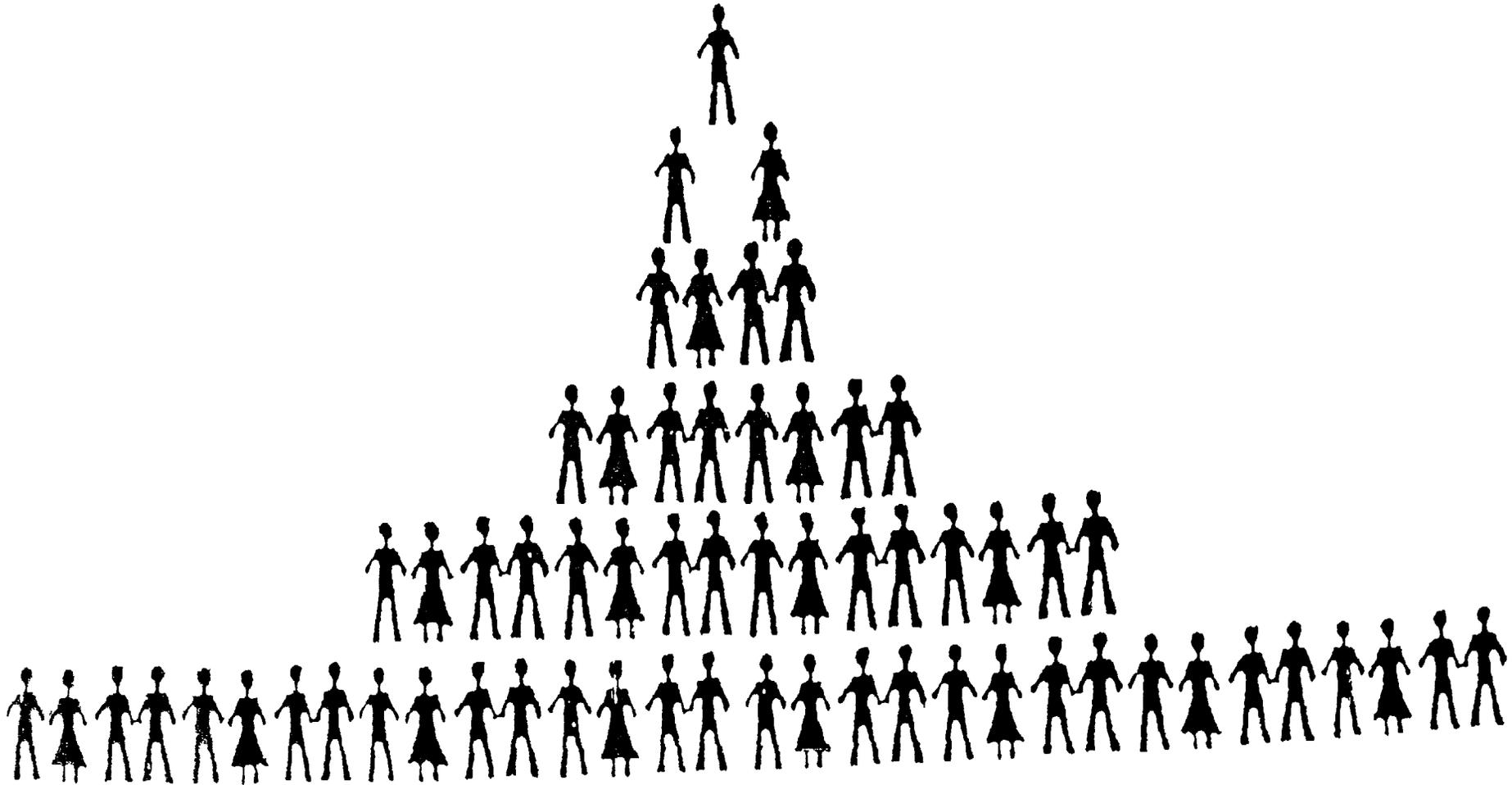
FAITS IMPORTANTS

- MST, problème de santé publique :
 - elles apparaissent dans nos sociétés comme des "maladies honteuses"
 - elles sont très fréquentes et souvent négligées, cachées ou mal soignées.
- Rapport au VIH ; elles "ouvrent la porte" au VIH, virus responsable du SIDA
- Grande proportion de cas asymptomatiques (sans signes visibles), surtout chez les femmes
- Absence de données fiables

- Consequences devastatrices
(sterilité, mortalité infantile, déformations, cécité...)
- Décalage grandissant entre la liberté sexuelle et l'information du public en matière de santé
- Taux de prévalence extrêmement élevés en Afrique
- Services de santé non accessibles ou peu utilisés, et particulièrement pour les adolescents
- MST ne conférant aucune immunité
- En zone tropicale, les MST sont souvent évoluées, compliquées et même aggravées par des traitements intempestifs et elles sont souvent associées entre elles.

**LES FEMMES ET LES ENFANTS
SONT PLUS VULNERABLES AUX MST
ET SONT PLUS AFFECTES PAR LES SEQUELLES
QUI SONT PLUS FREQUENTES
ET PLUS SERIEUSES.**

Transmission d'une MST
PROGRESSION GEOMETRIQUE



SEMINAIRE CERPOD/PRB SUR LES MST ET LES MEDIAS
EN AFRIQUE DE L'OUEST

Ouagadougou du 6 au 10 Juillet 1998
Hôtel Silmande

AMPLEUR DES MST DANS LES DIFFERENTS PAYS

BURKINA FASO

Carrefour
Manifestations culturelles/politiques
Prostitués venant du Ghana, du Togo

Etude sur 635 Femmes en 1993

34% avait une MST
14% trichomonase
13% vaginite bacterienne
3,1% chlamydia
3,5% Lésions génitales
1,6 %gonorrhée
10,8% ulcères génitales

Etude sur 1294 Femmes, 426 prostituées, 236 camionneurs

Seroprevalence VIH

Femmes enceintes	8%
Camionneurs	18,6%
Prostituées	58,2%

En 1995

Collecte de données de routine

Syphilis	4%
Gonorrhée	8%

Bobo-Dioulasso

Consultations hommes MST

Gonorrhée	63%
Chancre mou	30%
Syphilis	2,9%

EDS 1995-1996 Population generale	Femmes	Homme
Connaissances SIDA	77%	96%
Connaissances au mois une MST	42%	80%
Ne savent pas comment se proteger	28%	16%
Connaissances Condom	24%	45%
Utilisation Condom	6%	24%

**Etude groupes cibles Femmes enceintes, prostituees, routiers
PLNS 1995**

	Femmes enceintes	Prostituees	Routiers
VIH	3,8%	51,9%	8,9%
MST	21%	30-40%	30%

Sources d'Information	Medias	Sources medicales	Partis
Femmes enceintes	4%	94%	
Prostituees	70%	6%	
Camionneurs	60%		30%

AMPPF

500 cas de MST par an programmes

200 cas suspects

150 cas traites/gueris (10 cas de SIDA referes au Centre d'Ecoute et de Soins (CESAC))

60% des femmes presentent une MST

La population de migrants est tres touchee

1450 F coût de medicaments pour soigner une MST a l'AMPPF (+ de 5000F aux officines)

7 MST les plus frequentes au Mali

- Gonorrhée
- Syphilis
- Chancre mou
- Herpes
- Condylome
- Trichomonases
- Candidoses

MAURITANIE

- Chiffres en deça de la realite
- Population nomade – eparpillee
- Soins de sante – peu developpes
- Les recensements ne touchent que les sedentaires

Etude 1996 OMS
Ministere de la Sante

Cas de MST

Syphilis	13 620
Gonorrhée	9 250
Autres	17 890

Cas de SIDA en 1997

1988 1 cas
1996 532 cas
5000 – 7000 Seropositifs

Mode de transmission predominante Rapports heterosexuels
3 hommes infectes / 1 femme (sur 4 cas)
Tranche d age + infectes 25 a 44 ans
25% des cas – personnes divorcees
25% des cas – celibataires
13% des hommes n ont jamais quitte le pays
45% des femmes n'ont jamais quitte le pays

Les regions frontalières et les villes sont les plus touchees
Population bien informee sur le SIDA (a 80%)
Mal informee sur les MST

Donneurs de sang Seropositifs

1988	0,29%
1989	0,43%
1990	0,23%
1991	0,94%

SENEGAL

EDS 1997

1% Prevalence MST/VIH

8 593 femmes

4 306 hommes

MST

% qui ont eu une MST au cours des 12 derniers mois

Hommes	1%
Femmes	0,7%
Jeunes	0,9%

Maladies

Femmes	
Gonorrhée	0,6%
Syphilis	1,0%
Autres MST	0,1%

Clinique ASBEF

1997 1772 cas de MST sur 115 370 consultations

Connaissances SIDA

Femmes	92%
Hommes	95%
Gonorrhée Hommes	59%
Syphilis Hommes	18%
Gonorrhée Population générale	17%
Syphilis Population Générale	9%

FACTEURS DETERMINANT L'EPIDEMIOLOGIE DES MST

• DÉMOGRAPHIQUES

- âge
- sexe
- explosion et transition démographiques
(nombre de jeunes adultes ayant rapidement augmenté)
- déséquilibre du ratio homme-femme

- déplacement des populations rurales vers les villes, et afflux d'une population jeune, célibataire, désœuvrée et soumise à la pression publicitaire d'une société permissive de consommation.
- migrations de travail et réseaux commerciaux qui tissent d'incessants va-et-vient entre zones d'accueil et zones de départ
- urbanisation rapide et massive de certaines métropoles

☛ **SOCIO-ÉCONOMIQUES**

- **pauvreté**
- **analphabétisme**
- **inégalité entre sexes**
- **rapports sexuels rémunérés**
- **professions vulnérables**
- **instabilité économique**

☛ **SOCIO-CULTURELS**

- croyances et attitudes vis-à-vis des MST

- sexualité précoce

- idées fausses

- non-circoncision, excision etc.

- période de "continence" après une naissance non respectée : les hommes mariés trouvent souvent des partenaires de rechange

BIOLOGIQUES ET MÉDICAUX

- **tendance aux infections asymptomatiques**
- **retard dans le diagnostic et le traitement des MST**
- **forte contagiosité de certaines MST**
- **résistance aux antibiotiques**
- **impact du VIH sur l'épidémiologie des MST**
- **automédication**

☛ POLITIQUES

- manque d'une réelle volonté politique
- faible mobilisation de ressources
- absence de services de diagnostic et de traitement des MST
- dégradation des services sanitaires et sociaux
- guerres et leurs cohortes de bouleversements socioculturels

CONSEQUENCES DES MST

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des problèmes au niveau mondial en termes de santé, d'économie et de conséquences sociales. Elles mobilisent des ressources massives et sont la cause de complications graves. Ces conséquences qui dépassent le cadre de l'inconfort physique ou psychologique des individus qui en souffrent. L'impact le plus grave des MST se fait ressentir chez les femmes et les enfants. Les données statistiques disponibles montrent toutefois, et de manière significative, des taux d'infection plus élevés dans la tranche d'âge de 15 à 44 ans.

Les MST favorisent aussi le risque de transmission sexuelle du virus d'immunodéficience humaine (VIH). L'émergence et la propagation de l'infection à VIH peut aussi avoir un impact majeur sur la prise en charge et le contrôle des autres maladies sexuellement transmissibles.

Depuis plus de 40 ans, les MST d'origine bactérienne et parasitaire peuvent être guéries grâce à l'utilisation d'agents antibiotiques et chimiothérapeutiques appropriés. En dépit de ce résultat, les MST de cette nature continuent de poser un problème de santé publique aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Cependant, un certain équilibre a pu être atteint dans la plupart des pays industrialisés qui ont un faible taux d'infection (qui continue d'ailleurs de baisser).

À l'opposé, l'équilibre réalisé dans la majeure partie des pays en développement s'est fait dans un contexte où l'infection a atteint des proportions endémiques. En effet, dans beaucoup de ces pays, les MST figurent depuis plusieurs années, sur la liste des cinq maladies majeures pour lesquelles la population adulte cherche à se procurer des soins. Une surveillance fiable est rarement mise en place et l'ampleur réelle du problème souvent méconnue.

CONSEQUENCES SANITAIRES DES MST

Elles sont de différents ordres, surtout liées à la fonction de reproduction.

- Complications des MST chez l'homme
 - épididymite
 - prostatite
 - rétrécissement de l'urètre
 - stérilité
 - mort
- Complications des MST chez la femme
 - salpingite (maladie inflammatoire pelvienne)
 - grossesse extra-utérine
 - infertilité, stérilité
 - complications de la grossesse (avortement, accouchement prématuré)
 - cancer du col
 - mort

- Complications des MST chez l'enfant
- syphilis congénitale (1/3 des nn de femmes enceintes présentant une syphilis non traitée)
- conjonctivite néonatale (gonococcie)
- infection périnatale par le virus de l'hépatite B
- septicémie (infection généralisée)
- infections pulmonaires
- prématurité, faible poids à la naissance (le nouveau ne pèse en moyenne entre 1,5 et 2,5 Kg)
- mort

Il est important de s'attarder sur un certain nombre de ces conséquences sanitaires à fort retentissement social

1- Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP)

Dans de nombreux pays en voie de développement, les SIP représentent la première cause d'hospitalisation en gynécologie. L'infertilité, les grossesses extra-utérines et la mortalité qu'elles entraînent chez les femmes, les algies pelviennes, un risque accru d'infections pelviennes ultérieures et un risque plus élevé d'ablations de l'utérus ne sont que quelques unes des séquelles des SIP.

2- Sterilité due aux MST selon les régions

L'infertilité liée aux SIP est responsable de 50 à 80 % des cas d'infertilité en Afrique et de 35% des cas en Amérique Latine. Dans des cultures qui attribuent une grande importance à la mise au monde d'enfants, l'infertilité consécutive aux infections gonococciques et chlamydiennes est tragique.

REGION	Proportion
Afrique	50-80%
Asie	15-40 %
Amerique Latine	~ 35%
Pays industrialisés	10-35%

Source: Wasserheit J, Holmes K K, in German A et coll. *Reproductive Tract Infections*

3- Mort fœtale in utero

Le treponème, l'agent infectieux qui provoque la syphilis peut traverser la barrière fœto-placentaire et infecter le fœtus.

La gonorrhée et l'infection à Chlamydia entraînent également une morbidité chez la femme et le nouveau-né.

La relation entre Syphilis et mort fœtale in utero a été bien documentée. En Zambie, 42% des morts fœtales ont été attribuées à la syphilis, et la syphilis congénitale a été mise en cause dans 30% de l'ensemble des morts périnatales.

4- Cancer du col de l'utérus

Le Cancer du col de l'utérus, un fleau mondial, peut être attribué dans de nombreux cas au papilloma virus. Dans la plupart des PEV, les programmes de dépistage précoce des cancers du col de l'utérus ne sont pas en place en l'absence de laboratoire de cytologie. Par conséquent, de nombreuses femmes ne viennent consulter qu'à un stade avancé de la maladie ce qui entraîne des taux élevés de mortalité et de morbidité.

5- Stenoses uréthrales

Dans les pays en voie de développement, un homme sur sept souffrant de gonococcies, présente des stenoses uréthrales qui sont des lésions chroniques qui tôt ou tard nécessitent un traitement chirurgical.

CONSEQUENCES SOCIALES

Dans les pays en voie de développement, pour de nombreuses femmes, qui sont les premières victimes de l'impact social des MST non traitées, la stigmatisation sociale et les séquelles personnelles dues à l'infertilité et aux grossesses interrompues avant terme mènent au divorce et aux recours aux relations sexuelles rémunérées (Niger, Ouganda, et en RCA). Il est nécessaire de préciser que les douleurs chroniques, les incapacités et les décès liés à l'inflammation pelvienne affectent les femmes et les empêchent de former une unité familiale saine.

En Tanzanie, un homme peut renvoyer une épouse infertile à ses parents. En outre, l'homme peut demander qu'on lui rende la dot qu'il a offerte lors de sa demande en mariage.

Outre l'impact de l'infertilité, des conflits significatifs surviennent entre les couples, leurs familles lorsqu'elles en prennent conscience, et les amis qui font partie du réseau de soutien.

Il y a également le fardeau psychologique et émotionnel de la brèche de confiance, et l'énergie que doivent développer les partenaires par la suite afin de rétablir des relations harmonieuses. Le nombre d'incidents violents, de comportements abusifs ou de vengeance qui font suite à la découverte d'une MST demeure inconnu. Des réactions émotionnelles pour ceux qui sont concernés, y compris des réactions dépressives et leurs conséquences médicales et sociales.

CONSEQUENCES ECONOMIQUES

Le coût des MST résulte en partie des coûts directs, mais surtout des coûts indirects difficilement chiffrables. Peu d'études peuvent documenter ces conséquences.

1- Coûts directs

Ils comprennent les frais qu'entraîne le traitement de ces patients souffrant de ces maladies avec ou sans complications. La principale charge économique représentée par ces maladies résulte du coût des soins dispensés aux patients atteints de complications.

On évalue le coût des SIP aux USA à 3,5 milliards de dollars. Les dépenses liées à l'utilisation des techniques diagnostiques les plus sophistiquées dépassent le budget de santé national per capita de nombreux pays en voie de développement.

Le coût lié au seul traitement des MST curables peut dépasser le budget de santé national per capita d'un pays en voie de développement.

2- Coûts indirects

Les coûts indirects comprennent les pertes de productivité résultant des congés de maladie, des incapacités ou des décès prématurés.

Des études récentes* montrent que les MST prises dans leur ensemble figurent parmi les cinq premières causes de perte d'années de vie productive en bonne santé dans les pays en voie de développement.

- Les MST viennent au deuxième rang des causes de pertes d'année de vie en bonne santé chez les femmes âgées entre 15 et 49 ans, derrière la morbidité et la mortalité liées à la maternité.
- Si l'on associe le VIH et les autres MST, les infections transmises par voie sexuelle sont responsables de près de 15% de l'ensemble des années de vie en bonne santé perdues chez l'homme de cette classe d'âge.
- Les coûts liés à la morbidité, la mortalité et les handicaps chez l'enfant viennent s'ajouter au fardeau économique que les MST font peser sur un pays. Dans un pays où la prévalence de la syphilis est de 10% chez les femmes enceintes, il est estimé que entre 5 à 8% de l'ensemble des grossesses ne sont pas menées à terme à cause de la syphilis.

Sources

* Siboulet a, Coulaud J-P et al

Les maladies sexuellement transmissibles, Masson, Paris, 1984, 1991

* Dolivo M, Henry-Suchet, Orfila J, Eb J

Maladies transmises par voie sexuelle, Masson, Paris, 1992

85

CONSEQUENCES SANITAIRES DES MST

COMPLICATIONS DES MST CHEZ L'HOMME

- épididymite
- prostatite
- rétrécissement de l'uretère
- stérilité
- mort

COMPLICATIONS DES MST CHEZ L'ENFANT

- syphilis congénitale (1/3 des nouveaux nés de femmes enceintes présentant une syphilis non traitée)
- conjonctivite néonatale (gonococcie)
- infection périnatale par le virus de l'hépatite B
- septicémie (infection généralisée)
- infections pulmonaires
- prématurité, faible poids à la naissance (1,5 - 2,5 Kg)

COMPLICATIONS DES MST CHEZ LA FEMME

- salpingite (maladie inflammatoire pelvienne)
- grossesse extra-utérine
- infertilité/stérilité
- complications de la grossesse
(avortement, accouchement prématuré)
- cancer du col
- mort



COMPLICATIONS DES MST CHEZ LA FEMME

- salpingite (maladie inflammatoire pelvienne)
- grossesse extra-utérine
- infertilité/stérilité
- complications de la grossesse
(avortement, accouchement prématuré)
- cancer du col
- mort

COMPLICATIONS DES MST CHEZ L'ENFANT

- syphilis congénitale (1/3 des nouveaux nés de femmes enceintes présentant une syphilis non traitée)
- conjonctivite néonatale (gonococcie)
- infection périnatale par le virus de l'hépatite B
- septicémie (infection généralisée)
- infections pulmonaires
- prématurité, faible poids à la naissance (1,5 - 2,5 Kg)

SYNDROME INFLAMMATOIRE PELVIEN (SIP)

Dans de nombreux pays en voie de développement, les SIP représentent la première cause d'hospitalisation en gynécologie.

L'infertilité, les grossesses extra-utérines et la mortalité qu'elles entraînent chez les femmes, les algies pelviennes, un risque accru d'infections pelviennes ultérieures et un risque plus élevé d'ablations de l'utérus ne sont que quelques unes des séquelles des SIP.

Environ 10 à 20% des femmes non soignées ,
alors qu'elles sont atteintes de cervicites
gonorrhéale et chlamydiale, développent un
syndrome inflammatoire pelvien, qui peut
provoquer une infertilité ou une grossesse
extra-utérine.

Une etude effectuée sur 908 femmes
controlées pour depister des MST
dans les cliniques de planning familial
en Tanzanie a révelé que 70% de celles
souffrant de cervicites n'avaient aucun
symptôme.

STERILITE DUE AUX MST

L'infertilité liée aux SIP est responsable de 50 à 80% des cas d'infertilité en Afrique et de 35% des cas en Amérique Latine.

Dans des cultures qui attribuent une grande importance à la mise au monde d'enfants, l'infertilité consécutive aux infections gonococciques et chlamydiennes est tragique.

STERILITE DUE AUX MST SELON LES REGIONS

REGION	PROPORTION
Afrique	50-80%
Asie	15-40 %
Amérique Latine	~ 35%
Pays industrialisés	10-35%

*Source Wasserheit J , Holmes K K
in Germain A et coll Reproductive Tract Infections*

03

MORT FOETALE IN UTERO

Le tréponème, l'agent infectieux qui provoque la Syphilis, peut traverser la barrière foeto-placentaire et infecter le fœtus.

La Gonorrhée et l'infection à Chlamydia entraînent également une morbidité chez la femme et le nouveau-né.

La relation entre Syphilis et mort foetale in utero a été bien documentée. En Zambie, 42% des morts foetales ont été attribuées à la Syphilis, et la Syphilis congénitale a été mise en cause dans 30% de l'ensemble des morts périnatales.

LA SYPHILIS CONGENITALE
PRODUQUE LA MORT FOETALE OU PERINATALE
CHEZ ENVIRON 40%
DES ENFANTS INFECTES

Cancer du col de l'utérus

Le Cancer du col de l'utérus, un fléau mondial, peut être attribué dans de nombreux cas au papilloma virus.

Dans la plupart des pays en voie de développement, les programmes de dépistage précoce des cancers du col de l'utérus ne sont pas en place en l'absence de laboratoire de cytologie. Par conséquent, de nombreuses femmes ne viennent consulter qu'à un stade avancé de la maladie ce qui entraîne des taux élevés de mortalité et de morbidité.

STENOSES URETHRALES

Dans les pays en voie de développement, un homme sur sept souffrant de gonococcies, présente des sténoses uréthrales qui sont des lésions chroniques qui tôt ou tard nécessitent un traitement chirurgical.

CONSEQUENCES SOCIALES

Dans les pays en voie de développement, de nombreuses femmes sont les premières victimes de l'impact social des MST non traitées :

- stigmatisation sociale
- séquelles personnelles dues à l'infertilité et aux grossesses interrompues avant terme
- divorce
- recours aux relations sexuelles rémunérées (Niger, Ouganda, et en RCA)



- incidents violents, comportements abusifs ou de vengeance**
- conflits significatifs entre les couples, leurs familles et les amis qui font partie du réseau de soutien**
- fardeau psychologique et émotionnel de la brèche de confiance au niveau des couples**
- réactions dépressives et leurs conséquences médicales et sociales.**

**En Tanzanie, un homme peut renvoyer
une épouse infertile à ses parents.**

**En outre, l'homme peut demander qu'on
lui rende la dot qu'il a offerte lors de sa
demande en mariage.**



CONSEQUENCES ECONOMIQUES

☛ Coûts directs

- frais de diagnostic
- frais de traitement des patients souffrant de MST avec ou sans complications.

- **La principale charge économique représentée par ces maladies résulte du coût des soins dispensés aux patients atteints de complications.**
- **On évalue le coût des SIP aux USA à 3,5 milliards de dollars.**
- **Les dépenses liées à l'utilisation des techniques diagnostiques les plus sophistiquées dépassent le budget de santé national per capita de nombreux pays en voie de développement.**
- **Le coût lié au seul traitement des MST curables peut dépasser le budget de santé national per capita d'un pays en voie de développement.**

☛ Coûts indirects

Pertes de productivité résultats des congés de maladie, des incapacités ou des décès prématurés

- Des études récentes montrent que les MST prises dans leur ensemble figurent parmi les cinq premières causes de perte d'années de vie productive en bonne santé dans les pays en voie de développement.

- **Les MST viennent au deuxième rang des causes de pertes d'année de vie en bonne santé chez les femmes âgées entre 15 et 49 ans, derrière la morbidité et la mortalité liées à la maternité.**
- **Si l'on associe le VIH et les autres MST, les infections transmises par voie sexuelle sont responsables de près de 15% de l'ensemble des années de vie en bonne santé perdues chez l'homme de cette classe d'âge.**

- Les coûts liés à la morbidité, la mortalité et les handicap chez l'enfant viennent s'ajouter au fardeau économique que les MST font peser sur un pays.

Dans un pays où la prévalence de la Syphilis est de 10 % chez les femmes enceintes, il est estimé que entre 5 à 8% de l'ensemble des grossesses ne sont pas menées à terme à cause de la syphilis.

CONSEQUENCES SOCIALES ET PSYCHOLOGIQUES D'UNE MST

Theridun
LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

113

De même que la gravité des lésions de l'herpès génital varie beaucoup d'une personne à l'autre, la réaction émotionnelle lors de la découverte d'un herpès est également très variable. La plupart des victimes éprouvent tout d'abord une sensation de surprise, de fureur et de doute. « Il est impossible que cela m'arrive à moi ». Leur fureur initiale se tourne habituellement (et de façon bien compréhensible) contre le partenaire responsable de l'infection, mais elle peut se retourner également contre eux-mêmes. Un homme nous a dit : « Je suppose que c'est le prix que je dois payer pour n'avoir pas fait assez attention aux personnes avec lesquelles je couchais ».

Il n'est pas surprenant que l'herpès soit parfois à l'origine de conflits et de soupçons entre époux ou entre personnes ayant des relations depuis longtemps. Si l'un des partenaires infecte l'autre, cela est pris comme un signe d'infidélité, ce qui n'est pas toujours le cas, par exemple une personne peut réactiver un herpès quiescent depuis des années et dater d'avant ses relations avec son actuel partenaire. Néanmoins, la découverte d'un herpès peut conduire à une telle discorde que les partenaires, d'amoureux, se transforment en adversaires.

Voici ce que dit une jeune femme de vingt-huit ans :

Lorsque j'ai découvert que j'avais de l'herpès, j'ai été terrifiée. Je savais que mon mari serait furieux, mais je savais également que chercher à le cacher serait sans espoir. Je le lui ai donc dit, en espérant qu'il comprendrait qu'il fallait accepter les choses telles qu'elles étaient. Je n'étais pas vraiment préparée à ce qui allait arriver. Il refusa brutalement de m'approcher. Il m'interrogea en détail sur tous les endroits où je m'étais rendue. Il fut jaloux et furieux et me rejetait. Cela nous conduisit à un divorce pénible.

Comme on peut l'imaginer, l'herpès génital est aussi troublant sur le plan émotionnel pour les célibataires. Dans tous les campus universitaires, de nombreux étudiants admettent qu'ils ont modifié leur comportement sexuel par peur d'attraper un herpès. Voici quelques commentaires caractéristiques que nous avons recueillis au cours d'interrogatoires : « Je ne pouvais pas me faire à l'idée d'avoir cette infection tout le reste de ma vie — avoir des relations sexuelles fortuites peut être amusant, mais cela n'en vaut pas la peine. » « Pour moi, c'est comme de jouer à la roulette russe : seulement c'est ma tranquillité d'esprit qui est en jeu. » « Comment

114

AMOUR ET SEXUALITÉ

pourrai-je trouver un mari si j'ai eu un herpès ? Je suis obligée de me marier avec quelqu'un qui l'a eu aussi. »

Certains porteurs d'herpès se sont adressés à des organismes de rencontres qui leur donnent le moyen de faire connaissance avec d'autres personnes atteintes de cette MST. D'autres se sentent tellement honteux et déprimés qu'ils se retirent complètement de la scène sociale. Ceux qui continuent à avoir des rendez-vous amoureux doivent quant à eux affronter un dilemme difficile : avouer, ou non, qu'ils ont un herpès et à quel moment. Certaines personnes se sentent moralement obligées d'être franches, mais sont consternées de voir à quel point leur honnêteté fait fuir les éventuels compagnons. (Cependant, tout le monde ne partage pas cette réaction. Une femme nous a déclaré : « Au moins, s'ils restaient, j'étais sûre de les intéresser vraiment. »)

D'autres, malheureusement, n'hésitent pas à tromper leur partenaire, se réservant de trouver une excuse à leur abstinence en cas d'éruption (ce qui n'évite pas toujours la transmission), ou se convaincant eux-mêmes que tout cela n'a pas vraiment d'importance. Un juriste peu scrupuleux de trente ans nous a même dit : « J'ai probablement transmis ça à vingt-cinq femmes au moins au cours des deux dernières années et c'est bien fait pour elles parce que c'est l'une d'entre elles qui me l'a passé. »

Ceux qui, parce qu'ils ont un herpès génital, se sentent plongés dans les affres de l'anxiété émotionnelle — même des personnes bien équilibrées psychologiquement — sont susceptibles de se trouver dans cette situation — peuvent trouver assistance auprès de groupes d'entraide composés de personnes ayant la même maladie. Ainsi, aux États-Unis, une organisation comme *HLIP (Herpes Linked in Living Productively)* (herpétiques engagés dans une vie productive) créée par le Centre national d'étude sur l'herpès de l'Association américaine de santé publique, a des bureaux dans plus de quarante villes du pays et fournit aux porteurs d'herpès une information valable des renseignements sur l'avenir ainsi que de nombreux conseils pratiques. Dans certains cas, en particulier lorsque apparaissent des problèmes sexuels du fait de l'herpès ou si la mauvaise conscience et la dépression deviennent accablantes, une psychothérapie pourra être salutaire. Cependant, la plupart des gens une fois passés la première période de fureur et de choc lorsqu'ils découvrent qu'ils sont atteints d'herpès se débrouillent pour s'habituer relativement facilement à leur maladie et estiment qu'elle perturbe peu leur vie. Malheureusement, les médias ont si souvent présenté des faits déformés ou alarmants à propos de cette maladie qu'ils ont fini par effrayer de nombreuses personnes plus qu'ils ne les ont rassurés et éclairés.

Source: Masters et Johnson
AMOUR, SEXUALITÉ MIEUX VIVRE
SA VIE SEXUELLE DANS LE MONDE
qui y est parvenu

VULNERABILITE DES JEUNES AUX MST
(compilation d'extraits)

Population Reports, Programmes de Planning familial, Répondre aux besoins de jeunes adultes Volume XXIII, n° 3, Série J, n°41, Octobre 1997

Les jeunes adultes sont particulièrement vulnérables aux MST car

- La plupart ne connaissent pas grand chose des MST, même s'ils sont sexuellement actifs. Même s'ils se rendent dans des dispensaires de planning familial, les jeunes peuvent ne pas recevoir d'informations au sujet des MST. Une étude effectuée en Afrique du Sud a révélé en effet que les jeunes volontaires qui venaient demander des condoms ne recevaient pas de conseils au sujet du SIDA qu'une fois seulement sur 48 visites.

Même quand ils connaissent l'existence des MST, les jeunes adultes emploient irrégulièrement le condom.

- Les jeunes changent d'autant plus fréquemment de partenaire sexuel et partant, courent d'autant plus de risques de MST qu'ils commencent tôt à être sexuellement actifs.
- Les agents pathogènes des MST peuvent plus facilement pénétrer dans la glaire cervicale des jeunes femmes que dans celle des femmes plus âgées. Le col d'une jeune femme est plus réceptif à la gonorrhée, aux chlamydia et au virus du papillome humain transmis sexuellement qui cause le cancer du col.
- Les jeunes peuvent hésiter plus que les adultes à se faire soigner pour les MST parce qu'on critique leurs activités sexuelles. En outre, il peut arriver qu'ils ne sachent pas être atteints d'une maladie. Il se peut aussi qu'ils se sentent trop gênés pour se rendre dans un dispensaire, qu'ils n'aient pas accès à un tel établissement ou ne soient pas en mesure de payer les services. Beaucoup d'entre eux vont voir des guérisseurs traditionnels ou se procurent des antibiotiques chez des pharmaciens ou auprès de colporteurs sans avoir reçu un diagnostic convenable. Un traitement inapproprié ou, tout particulièrement, un traitement incomplet des MST peut masquer les symptômes sans guérir complètement la maladie, ce qui rend plus probable sa transmission à d'autres personnes et le déclenchement de complications, par exemple la stérilité.

Partout dans le monde en développement, des millions d'adolescents vivent ou travaillent dans la rue et beaucoup d'entre eux font le commerce du sexe, ce qui augmente leur exposition aux MST.

- Les jeunes peuvent être amenés de force à avoir des relations sexuelles ou n'être guère en mesure, dans leurs rapports sexuels, de négocier l'emploi du condom, notamment si leur partenaire est plus âgé - situation qui crée un double risque puisque les hommes plus âgés sont plus susceptibles d'être infectés. Dans certaines régions, les adultes qui recherchent des partenaires pour de brèves rencontres sexuelles sont de plus en plus attirés par les jeunes femmes.

Les MST non traitées peuvent causer la stérilité chez les hommes et les femmes et avoir aussi d'autres conséquences dévastatrices pour les jeunes femmes et leurs enfants. Chez les femmes, les MST et notamment la gonorrhée et la chlamydia, peuvent provoquer une salpingite qui entraîne des lésions irréversibles des trompes de Fallope et se solde donc par la stérilité. Même un seul épisode de salpingite fait accroître le risque de grossesse ectopique qui peut être mortelle lorsqu'une forte hémorragie interne se produit soudainement si le fœtus mal positionné rompt la trompe de Fallope. La salpingite peut aussi entraîner de douleurs chroniques du bassin, un coït douloureux, des règles irrégulières et des épisodes répétés de la maladie. La stérilité est particulièrement tragique pour les jeunes femmes qui vivent dans des cultures où les enfants sont pour elles la principale voie d'accès à la respectabilité sociale.

Chez les femmes enceintes les MST peuvent compromettre la santé du bébé et celle de la mère. Les MST jouent un rôle dans les naissances prématurées et dans le faible poids à la naissance. La syphilis et l'herpès génital peuvent provoquer un avortement spontané, la mortinatalité ou la mort périnatale. La gonorrhée et la chlamydia peuvent infecter les yeux du bébé durant l'accouchement et compromettre sa vision si on ne les traite pas.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles
Un manuel pour l'élaboration et la gestion des programmes
Editeurs Dallabetta G, Laga M, Lamptey P
AIDSCAP/FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Le début précoce de la vie sexuelle augmente la probabilité de l'exposition aux MST en raison de la plus longue période d'activité sexuelle. En outre pour des raisons sociales et économiques, les adolescents peuvent hésiter à utiliser des méthodes de protection physique (préservatifs et spermicides) qui pourraient les protéger des MST. Sur le plan biologique, les jeunes femmes semblent être plus vulnérables en raison de changements hormonaux et de l'absence d'immunité vis-à-vis de certains germes transmis sexuellement. Les adolescents peuvent également avoir moins facilement accès aux soins en raison de leur méconnaissance du risque, de leur manque de moyens financiers ou des politiques restrictives des centres de soins.

Environ la moitié de la population des pays en voie de développement est âgée de moins de 15 ans. Par conséquent, une proportion élevée de la population entre dans la période d'activité sexuelle et dans le groupe d'âge ayant la prévalence de MST la plus élevée. Cela entraîne une incidence absolue plus élevée de cas de MST dans les pays en voie de développement et une situation qui pourrait s'aggraver.

Attitudes et opinions des jeunes de 9 à 14 ans face aux MST et au SIDA à Abidjan 1993, par AONON Aïme A, ORSTOM

Un constat : une grande méconnaissance des MST et de leur lien avec le SIDA. Dans la sous-population de ceux qui connaissent les MST peu d'individus ont été capables de citer plus d'une MST (10%) et le SIDA a été cité dans 70 % des cas, ce qui laisse peu de place aux autres MST. Cela veut dire en clair que la plupart des enquêtes n'ont entendu parler de MST qu'avec l'apparition du SIDA.

SEMINAIRE CERPOD/PRB SUR LES MST ET LES MEDIAS
EN AFRIQUE DE L'OUEST

Ouagadougou du 6 au 10 Juillet 1998

Hôtel Silmande

REPRESENTATIONS DES MST CAUSES ET SIGNIFICATIONS

MALI/SENEGAL

On a fréquente le bordel

BURKINA

Maladie de la débauche

Conséquence d'un mauvais comportement (vagabondage sexuel)

Traditionnel façon de piéger la femme infidèle et ses amants

Potion enduite sur le sexe de la femme lors des caresses (avec la main gauche) qui cause des maladies chez les amants de la femme Seul remède venir s'excuser auprès du mari

« Maladie de la femme »

« Maladie du lit » (chez les Peulhs »)

MAURITANIE

On a commis un péché grave

NIGER

« Maladie de la femme »

Ruissellement

COTE D'IVOIRE

Maladie des garçons (seuls les hommes ont droit aux MST)

Maladie de virilité

Tu es «BIAN» (tu as la côte auprès des femmes)

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

Les MST ne sont pas des maladies infectieuses comme les autres,
car elles sont en rapport avec le comportement humain,
avec la sexualité,
parce qu'elles se transmettent aussi au cours d'un rapport
qui peut engendrer la vie.

*Source Recherche d'intervention ciblée sur les MST au Sénégal,
Rapport Final, Juin 1995. Projet AIDSCAP, ISF de l'UCAD*

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES Problematique

Un problème de santé interpelle la personne concernée (en tant qu'individu), mais aussi les membres de sa famille, de son entourage et souvent de sa communauté. Au niveau des familles et des communautés, base de nos systèmes de santé, les premiers soins sont assurés, les premiers conseils prodigués, et les stratégies définies.

Ces stratégies se résument en un circuit basé sur la recherche de soins, ou itinéraire thérapeutique, qui varie selon

- la nature de la maladie,
la représentation que la personne ou son entourage se fait d'elle (action d'agents extérieurs tels que les microbes, transgression d'interdits ou de tabous, sorcellerie anthropophagique, maraboutage, etc)
- la situation socio-économique des personnes concernées,
l'existence de services de santé et leur accessibilité

Ainsi, l'automédication sur conseils d'un proche, l'utilisation de plantes médicinales ou de remède de famille, l'achat de médicaments au marché ou dans les rues, le recours à un tradipraticien, à un pharmacien ou à un médecin, sont autant d'étapes fréquentes dans les itinéraires thérapeutiques.

Dans ce processus, les sollicitations répondent souvent à des critères qui, de prime abord n'apparaissent pas évidents.

L'accessibilité des services sanitaires ne se définit pas seulement en terme géographique. La qualité de l'accueil, la disponibilité de médicaments, et surtout le fait de connaître quelqu'un qui y travaillent, priment sur la distance à parcourir.

Le recours aux plantes médicinales et à la médecine traditionnelle obéit à l'attachement de valeurs socioculturelles qui induisent des représentations différentes de la maladie et du traitement. Le tradipraticien est souvent sollicité par ailleurs pour "guérir" des problèmes d'ordre social.

- L'achat de médicaments au marché ou dans la rue persiste grâce à la possibilité d'acheter au détail des produits souvent vendus en vrac, et plus accessibles aux bourses.

La santé en effet requiert des ressources matérielles, mais aussi financières et humaines. Souvent la mobilisation de ces ressources dans l'itinéraire thérapeutique se fait à travers des réseaux de solidarité : la famille élargie, le cercle d'amis etc. Les individus, les familles et les collectivités s'engagent dans ce processus en vue de respecter un droit inhérent à la santé, qui est vecteur de tout développement humain.

Les MST ne sont pas des maladies comme les autres. Elles sont en rapport avec le comportement humain, avec la sexualité. Elles se transmettent aussi au cours d'un rapport qui peut engendrer la vie. Elles se greffent dans le contexte actuel qui prévaut en Afrique, la situation de crise économique, l'après dévaluation, la baisse du pouvoir d'achat des populations et des ressources allouées par les gouvernements pour la protection, la restauration et la promotion de la santé de celles-ci.

Les chiffres avancés sont inquiétants et les MST se répandent en dehors des groupes à risque traditionnels. En outre, seule une partie des formes cliniques patentées fait l'objet de demande de soins. Les autres sont négligées ou traitées de manière anarchique, en dehors des circuits médicaux. Les formes mineures ou inapparentes, qui sont plus nombreuses contribuent à la diffusion de la maladie et fournissent leur contingent de complications et de séquelles.

Fort de toutes ces considérations, il est important de réfléchir sur

- les facteurs qui président au choix d'un itinéraire thérapeutique concernant particulièrement les maladies sexuellement transmissibles,
les différents éléments de cet itinéraire thérapeutique, leurs avantages et leurs inconvénients,
le rôle du professionnel de la communication que vous êtes dans cette problématique vu l'ampleur et la gravité des MST dans nos pays

- Délai qui s'écoule entre l'apparition des premiers signes et le moment de la consultation

Délai	Pourcentages
moins de 5 jours	8
de 5 jours à 2 semaines	12
de 2 semaines à un mois	18
de 1 à 4 mois	12
de 5 à 12 mois	4
plus d'1 an	32 (1)
durée indéterminée	12

Le délai est surtout fonction des sensations de douleurs associés aux symptômes.

La plupart des personnes attendent que les symptômes disparaissent d'eux-mêmes.

157

Des études africaines proposent d'autres chiffres qui corroborent les consultations tardives :

Bénin

Les patients souffrant d'urétrite chronique ne se présentent à une première consultation qu'en moyenne 6 ans après les premiers signes.

1998 (Fourn L , Gainsi E., Zohoun Th)

Ouganda

Ce même délai est en moyenne de 2 ans et demi.

1974 (Sogbetun A. O , ISOBA A O)

- Itinéraires les plus courants

- Automédication

- Médecine traditionnelle (avantages : plus grande discrétion, plus grande disponibilité, moins cher) ;

- Services informels : voir l'oncle ou l'ami infirmier en dehors des heures de service ou le personnel médical à la retraite (avantages : plus grande confidentialité, pas de longues heures d'attentes humiliantes)

- Services publics de santé : leur sollicitation apparaît souvent comme étant l'ultime étape quand toutes les démarches antérieures ont échoué. Beaucoup préfèrent même aller dans des centres d'autres localités.

Inconvénients de certains centres MST

- Difficiles conditions de travail du personnel de sante
 - laboratoires très peu fonctionnels
 - personnel de service chargé des analyses biomédicales peu qualifié ---> crédibilité moindre auprès des patients
- Manque de personnel ---> longues files d'attente qui est un facteur de découragement non négligeable
- Atmosphere des salles d'attentes où les patients ont le sentiment de perdre leur intimité quand ils y rencontrent des malades de sexe ou d'âge différent.

- Salle de consultation ne permettant pas une discrétion suffisante il arrive que d'autres membres du personnel médical ou d'autres visiteurs accèdent facilement dans la salle (Téléphone l'unique appareil de service est dans cette salle, ou pour d'autres raisons de service).
- Horaires de consultation (matinées en général) ne conviennent aux femmes qui sont obligées de faire leurs tâches domestiques avant d'y aller.

Suggestions des populations pour l'amélioration des conditions de consultation

REponses	FREQUENCES
Réfectionner les toilettes et améliorer l'hygiène de l'endroit	2
Affecter un medecin qualifié	3
Enseigner la courtoisie au personnel soignant	4
Distribuer des malades	5
Respecter l'intimité du malade	6
Augmenter le personnel soignant	8
Séparer les hommes des femmes dans les salles d'attente	8

20

PLUSIEURS ETAPES

AVOIR UNE MST

1

AVOIR DES SIGNES
ET LES RECONNAITRE

2

RECHERCHER UNE AIDE MEDICALE

3

ETRE EXAMINE

4.

ETRE DIAGNOSTIQUE

5

ETRE TRAITE

6

METTRE LE TRAITEMENT
EN APPLICATION

7

GUERIR

PROBLEMES LIES AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES MST

- 1 **Avoir une MST - Avoir des signes et les reconnaître** Quels sont les facteurs qui peuvent empêcher une personne de savoir qu'elle a une MST?
- ne pas reconnaître les signes d'une MST
 - les MST chez les femmes peuvent passer inaperçus il n'y a pas de signes visibles de la maladie elles peuvent ignorer qu'elles sont infectées
certaines femmes pensent que les pertes sont normales elles manquent d'informations sur les MST
 - le manque de suivi médical ne permet pas d'identifier des MST asymptomatiques (surtout chez la femme)
 - sous-information/désinformation
 - négligence (ne pas prendre suffisamment soin de son corps)
 - refus de constater des signes- deni
 - Sentiment d'invulnérabilité
- 2 **Avoir des signes et les reconnaître - Rechercher une aide médicale** Quels sont les facteurs qui peuvent empêcher une personne qui reconnaît avoir une MST de rechercher une aide médicale?
- négligence/inconscience la personne se dit que ce n'est pas grave, ce n'est pas douloureux
 - manque d'information suffisante (ignorance des maladies)
 - analphabétisme/non accès à l'école
 - sources d'informations peu fiables (pairs surtout pour les ados, mauvaise influence)
 - la représentation traditionnelle de la MST peut cacher sa gravité
 - manque d'informations sur les structures de dépistage et de soins
 - les MST sont souvent considérées comme des maladies honteuses, des maladies souvent négligées cachées ou mal soignées
 - les services de soins sont en général fréquentés par des prostituées, les femmes ne veulent pas qu'on les confonde avec elles elles ont peur d'être indexées
 - souvent les femmes sont pudiques elles ne veulent pas s'exposer surtout devant un médecin
les longues files d'attente dans les centres de santé sont un facteur de découragement non-négligeable
 - atmosphère des salles d'attente où les personnes ont l'impression de perdre leur intimité
- 3 **Rechercher une aide médicale - Etre examiné** Qu'est-ce qui peut empêcher une personne qui recherche une aide médicale d'être examinée?
- inexistence de structures dans certaines localités
 - inaccessibilité des structures
 - manque de moyens pour les frais de transport coûts des soins dissuasifs
 - manque d'information sur les structures de référence
 - mauvaise orientation
 - structures non-adaptées aux besoins de populations spécifiques (tranche d'âge, sexe,)
 - sources d'informations données par les pairs sur les structures peu fiables (surtout pour les adolescents)
 - environnement social défavorable décourage la personne à rechercher une aide médicale
 - automédication surtout chez les jeunes
 - recours à une médecine traditionnelle qui peut ne pas être efficace
- Facteurs de découragement
- les longues files d'attente dans les centres de santé (dû au manque de personnel ou au manque de sérieux du personnel)
 - l'atmosphère des salles d'attente où les personnes ont l'impression de perdre leur intimité
 - horaires de consultation ne convenant pas aux patients
 - peur du mauvais accueil
 - personnel de santé non crédible
- salles de consultation ne permettant pas une discrétion suffisante (étroitesse des lieux nombreux va et vient présence d'observateurs)
- Honte de se faire examiner surtout par des personnes qui vous connaissent

**NOTES SUR L'IMPORTANCE, LE ROLE ET LES RESPONSABILITES
DES MEDIAS ET PROGRAMMES D'IEC
DANS LA DIFFUSION D'INFORMATIONS SUR LES MST**

Médias

- Difficulté les journaux sont des publications d'informations générales, qui traitent de tout Dans la santé, il n'y a pas que les MST et le SIDA , difficulté à lui accorder une place
- Possibilité de faire passer une série d'articles sur les MST, mais éventuellement il faut changer le sujet ! Importance de disposer de relais dans les ONG et structures internationales qui gagneraient à organiser des activités ce qui donne l'occasion aux journaliste de revenir sur des sujets liés aux MST/SIDA
- Existence dans la plupart des radios et journaux de production spéciales sur la santé, sur l'environnement, sur la culture, etc , possibilité d'utiliser ces canaux existants
- Existence dans certaines rédactions de journalistes spécialisés en santé qui pourraient faciliter le travail de diffusion de l'information sur le MST
- Rôles des Rédacteurs en chef
 - sensibilisation des animateurs et des journalistes de ces émissions santé , restituer le contenu et les résultats des séminaires POP'MEDIAFRIQUE à leur retour dans leur pays respectif
 - suivi des émissions pour s'assurer de la qualité des productions
- Accessibilité des messages sur la santé
 - mise à disposition de documents appropriés (e.g. dictionnaire sur la santé) au journaliste chargé de la rubrique
 - traduction en mots et termes simples des mots scientifiques
- Réflexion Comment arriver dans la presse à traiter du corps humain sans tomber dans des excès tirant vers la pornographie ?
- Contenu de l'information sur les MST/SIDA il n'est pas évident de publier des photos sur les MST
- Quel genre d'information faire passer ? Comment éviter de traiter le sujet sous l'angle "faits divers, sensationnel" ? Comment donner un autre relief à l'information sur les MST ?
- Difficulté de vendre l'information sur les MST pour les journaux et radios privées

IEC

- Difficultés plus grandes car le Programme IEC a plusieurs publics-cibles D'où la nécessité d'avoir des activités adaptées à ces différents publics (porte à porte, conférences, causeries, etc) Pour le grand public, l'IEC se fait à travers les médias

- Activités de plaidoyer en direction des décideurs
- Question d'organisation interne pour trouver la place qu'il faut pour les informations sur les MST
- Méconnaissance des MST par des leaders d'importants comme les oulémas
- Comment enseigner dans un module, l'anatomie, la physiologie, le corps humain, a des groupes de personnes influentes
- Comment trouver des terminologies appropriées pour bien faire passer le message dans les medias ? Possibilité de travailler avec des structures spécialisées dans la vulgarisation d'informations sur la santé
- Tendance de la presse privée à demander des frais pour la couverture médiatique des événements d'IEC dans les pays
- Mauvaise exploitation des séminaires par la presse qui se limite a la couverture des séances d'ouverture et de clôture

SEMINAIRE CERPOD/PRB SUR LES MST ET LES MEDIAS
EN AFRIQUE DE L'OUEST

Ouagadougou du 6 au 10 Juillet 1998
Hôtel Silmande

ACTIONS MEDIAS ET IEC

IDEES DE THEMES

Themes generaux

MST courantes Signes et symptômes

Groupes a risque (pas seulement les prostituees)

Consequences des MST --(notamment les complications

Association entre SIDA/MST

Prise en charge (besoins en diagnostic et en soins)

« Centres de sante – face aux MST » (Accueil, confidentialite, etc)

Representations – Croyances, mythes

Lien entre les MST/Sterilite

Automedication et ses dangers

Zones a risque Villes carrefour

Organes genitaux et points d'attaque des MST

Preservatifs

Hygiene/MST

La syphilis dans l'histoire

Genre Vulnerabilite des femmes

Femmes et MST

Genre et MST – vision des hommes/Femmes

Jeunes et MST

Le role des tradipraticiens dans la lutte contre les MST

Themes de plaidoyer

Sensibilisation des décideurs et leaders d'opinion (indisponibilité des médicaments manque de centres de santé)

Mise à disposition des médicaments

Multiplication des enquêtes sur l'ampleur des MST dans nos pays

Pour une politique d'éducation sexuelle à l'école (bas âge)

Rehabilitation de la lutte contre les MST

Notion de MST dans tous les programmes de santé

Lévee des pesanteurs socioculturelles (tabous, pudeur, etc.)

Promotion de la communication dans un couple

L'importance de s'y prendre tôt en MST

PREALABLES - IDEES DE PROCEDURE

Langage adapté

Messages corrects et fiables

Qualité de la personne qui intervient

MST Prise de manière individuelle (ex. Gonorrhée)

Faire ressortir les MST sans le SIDA

Campagne multimedias sur les MST (Tele, Radio, presse, T-Shirts chanson, pagnes)

Efficacité des témoignages individuels

Focus sur les complications des MST au niveau des femmes et des enfants afin de toucher l'opinion publique

STRATEGIES DE CONTROLE DES MST

Les MST posent depuis plusieurs decennies un probleme majeur de sante publique. Des efforts remarquables ont ete fournis ces 25 dernieres annees pour le controle de la situation endemique des MST

- mise en oeuvre de politiques sanitaires adaptees (soins de sante primaires, decentralisation, politique de medicaments essentiels, approche syndromique)
- surveillance epidemiologique
- nouvelles molecules therapeutiques
- nouvelles techniques de diagnostic des MST (diagnostics serologique et immunologique) qui a permis des avancees non negligees en matiere de recherche
- meilleure prise en compte des perceptions des populations quant aux maladies sexuellement transmissibles
- evolution dans la formulation et le contenu des messages

Ces resultats ont defini en grande partie les strategies de controle des MST

LES STRATEGIES

La prise en charge des MST a 4 objectifs

- interrompre la transmission des maladies sexuellement transmissibles
- traiter les maladies en cours
- prevenir les complications et sequelles
- reduire l'efficacite de la transmission du VIH

Pour atteindre ces objectifs, les differentes strategies utilisees dans le cadre global de la lutte contre les MST dans nos pays ont concerne deux volets : la prevention et le traitement

La prevention

Les types de prevention

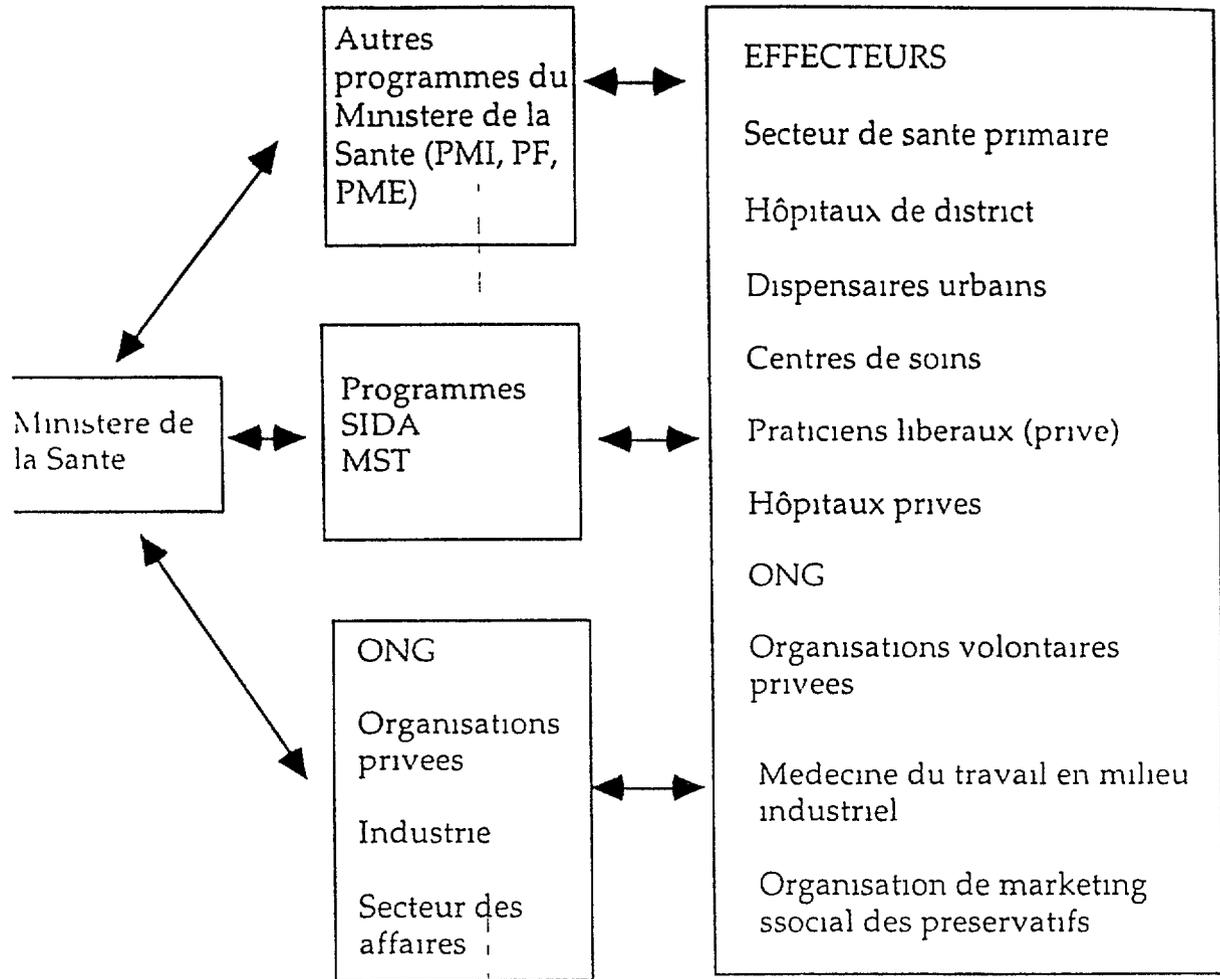
- prevention primaire, pour la reduction du risque d'infection
 - interventions pour changer les comportements
 - promotion de l'utilisation des preservatifs
- prevention secondaire en vue de prevenir les complications. Elle est a la fois individuelle (traitement du patient) et collective (traitement du patient et de ses contacts)

Le traitement

Il est fait dans le cadre global des soins de sante primaire et est sous-tendu par le principe d'equite (quête de justice sociale), et la volonte de mettre en place des services efficaces, culturellement et financieurement accessibles

LES ACTEURS

LES PARTENAIRES INTERVENANT DANS LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES



Source La lutte contre les MST, un manuel pour l'évaluation et la gestion des programmes
AIDSCAP/FHI/USAID

CONTEXTES POLITIQUES QUI AFFECTENT LA LUTTE CONTRE LES MST

Il existe dans la plupart des politiques dans plusieurs domaines essentiels touchant aux efforts de prévention et de lutte contre les MST qui, si elles étaient modifiées, pourraient améliorer l'efficacité des efforts

- allocation des ressources à la prévention et au traitement des MST
- dispositions restrictives des systèmes de soins de santé
- accès aux services de soins

RESSOURCES DISPONIBLES POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MST
Budget alloué à la lutte contre les MST par rapport aux autres pathologies
Investissement du secteur privé dans la lutte contre les MST
Fourniture des antibiotiques recommandés aux centres de soins du secteur public et inclusion des antibiotiques efficaces sur la liste des médicaments essentiels
PROCÉDURES ET POLITIQUES RESTRICTIVES
Les femmes Politiques qui limitent l'accès aux services de soins et rendent obligatoires l'autorisation de l'époux avant de pouvoir bénéficier d'exams, de médicaments et de méthode barrière
Les jeunes Politiques qui limitent l'accès aux services anti-MST et aux centres de planning familial Politiques qui limitent l'accès aux préservatifs
Les préservatifs et les médicaments anti-MST Les taxes d'importation qui rendent l'importation difficile et onéreuse La restriction de la distribution de préservatifs pour les mineurs et les femmes célibataires
Les services Les lois restrictives qui interdisent le diagnostic et le traitement des MST par une infirmière rendant ainsi plus difficile l'accès aux soins Les politiques qui encouragent exclusivement le traitement des MST en centre de soins, après examens complémentaires et seulement sous la responsabilité d'un médecin

Source : La lutte contre les MST, un manuel pour l'évaluation et la gestion des programmes AIDSCAP/FHI/USAID

Approche syndromique

Justifications

Jusqu'à très récemment et c'est encore le cas dans plusieurs régions africaines, la prise en charge des MST en Afrique de l'Ouest était de moindre qualité, quelquefois même mauvaise

- Dans plusieurs structures, le nombre de patients interrogés, examinés et traités correctement est très bas. Un patient rarement questionné sur ses contacts sexuels récents sera aussi rarement encouragé à utiliser le condom et faire venir le partenaire
- En outre, en milieu tropical, les laboratoires pour le diagnostic des MST sont insuffisants voire inexistantes. Quand elles existent, leurs capacités de diagnostic sont très faibles. Un certain manque de rigueur dans le diagnostic des MST a été noté parfois
- Un grand nombre de sujets atteints ne sont pas traités du tout ou ne sont pas traités convenablement (doses subcuratives), car ils n'ont pas accès aux formations sanitaires lorsqu'elles existent, parce que l'affection est asymptomatique ou parce que l'éducation sanitaire ne les y encourage pas. C'est là que se mesure le paradoxe de la recrudescence actuelle de la plupart des MST, alors qu'on dispose d'antibiotiques efficaces

Principe

Prise en charge des MST au niveau périphérique de Santé dès la première consultation, à l'aide de standards thérapeutiques (traitement fondé sur l'utilisation d'un algorithme (encore appelé arbre décisionnel))

Ce guide standardise et accompagne pas à pas la prise de décision médicale, basée sur un faisceau de signes cliniques et de symptômes

But

- Mettre en place un bon système de surveillance et de traitement de base des MST courantes dans les postes de santé qui constituent le premier échelon du système de santé
- Proposer une approche adaptée aux milieux de soins à ressources limitées
- Permettre au personnel soignant de faire rapidement un diagnostic en l'absence de compétences plus poussées et d'explorations complémentaires en laboratoire

Avantages de l'approche

- simplicité
- rapidité
- ne nécessitant aucune confirmation biologique, aucun examen de laboratoire
- traitement des patients dès qu'ils se présentent à la consultation, évitant ainsi de les perdre de vue
- efficacité acceptable
- bonne tolérance
- prévient la survenue de séquelles et de transmissions ultérieures
- traitement de tous les germes majeurs, ce qui élimine le risque d'un traitement incomplet

Avantages des arbres décisionnels

Les arbres décisionnels standardisent et rendent plus rationnel la prise de décision clinique. Ils servent également à standardiser les diagnostics, les traitements et les recours à un avis spécialisé.

Cette standardisation

- simplifie le recueil et l'analyse des données qui facilite en retour la surveillance et la planification (achat de médicaments et autres fournitures)
facilite la supervision des personnels de santé puisque l'approche est la même dans chaque établissement de soins
permet d'assurer que les patients souffrant de MST bénéficient du même traitement pour une pathologie donnée dans chaque établissement de soins, augmentant ainsi la confiance du public dans les services de santé
retarde le développement de souches bactériennes sexuellement transmissibles résistantes aux agents antimicrobiens
- facilite et améliore la formation des personnels soignants à la prise en charge des MST

Contraintes

- Coût global élevé
- Approche peu concluante dans la prise en charge des MST chez la femme car peu sensible et peu spécifique - pertinence médiocre pour la prise en charge des cervicites (cf études sénégalaises et ivoiriennes)
- Mise en application non systématique
- Disponibilité des médicaments efficaces dans le traitement des MST limitée au secteur de soins privés et soumise à des taxes supplémentaires, et donc financièrement inaccessible pour l'énorme majorité des patients souffrant de MST
- La non inclusion de médicaments efficaces dans la liste nationale des médicaments essentiels
- La prescription poursuivie de médicaments auxquels les germes sont devenus résistants, en dépit de la mise à disposition d'alternatives médicamenteuses
- Lies aux MST - formes asymptomatiques, manifestations atypiques, multiples épisodes infectieux concomitants

Les connaissances limitées des soignants sur l'existence de directives et d'algorithmes nationaux pour la prise en charge des MST et sur l'efficacité des produits qu'ils prescrivent pour traiter les MST expliqueraient les bas scores observés. Des efforts sont faits en matière de formation, mais ils méritent d'être renforcés et pérennisés.

APPROCHE SYNDROMIQUE

JUSTIFICATIONS DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE

- nombre de patients interrogés, examinés et traités correctement très bas
- capacités de diagnostic des rares laboratoires sont très faibles
- nombre important de sujets atteints qui ne sont pas traités du tout ou ne sont pas traités convenablement

PRINCIPE

Prise en charge des MST au niveau périphérique de Santé dès la première consultation, à l'aide de standards thérapeutiques : traitement fondé sur l'utilisation d'un algorithme (encore appelé arbre décisionnel).

Ce guide standardisé accompagne pas à pas la prise de décision médicale, basé sur un faisceau de signes cliniques et de symptômes.

BUTS

- Mettre en place un bon système de surveillance et de traitement de base des MST courantes dans les postes de santé qui constituent le premier échelon du système de santé.
- Proposer une approche adaptée aux milieux de soins à ressources limitées.
- Permettre au personnel soignant de faire rapidement un diagnostic en l'absence de compétences plus poussées et d'explorations complémentaires en laboratoire

AVANTAGES DE L'APPROCHE

- simplicité
- rapidité
- ne nécessitant aucune confirmation biologique, aucun examen de laboratoire
- traitement des patients dès qu'ils se présentent à la consultation, évitant ainsi de les perdre de vue
- efficacité acceptable
- bonne tolérance
- prévient la survenue de séquelles et de transmission ultérieures
- traitement de tous les germes majeurs , ce qui élimine le risque d'un traitement incomplet

Avantages des arbres décisionnels

Standardisation et rationalisation de la prise de décision clinique, des diagnostics, des traitements et des recours à un avis spécialisé.

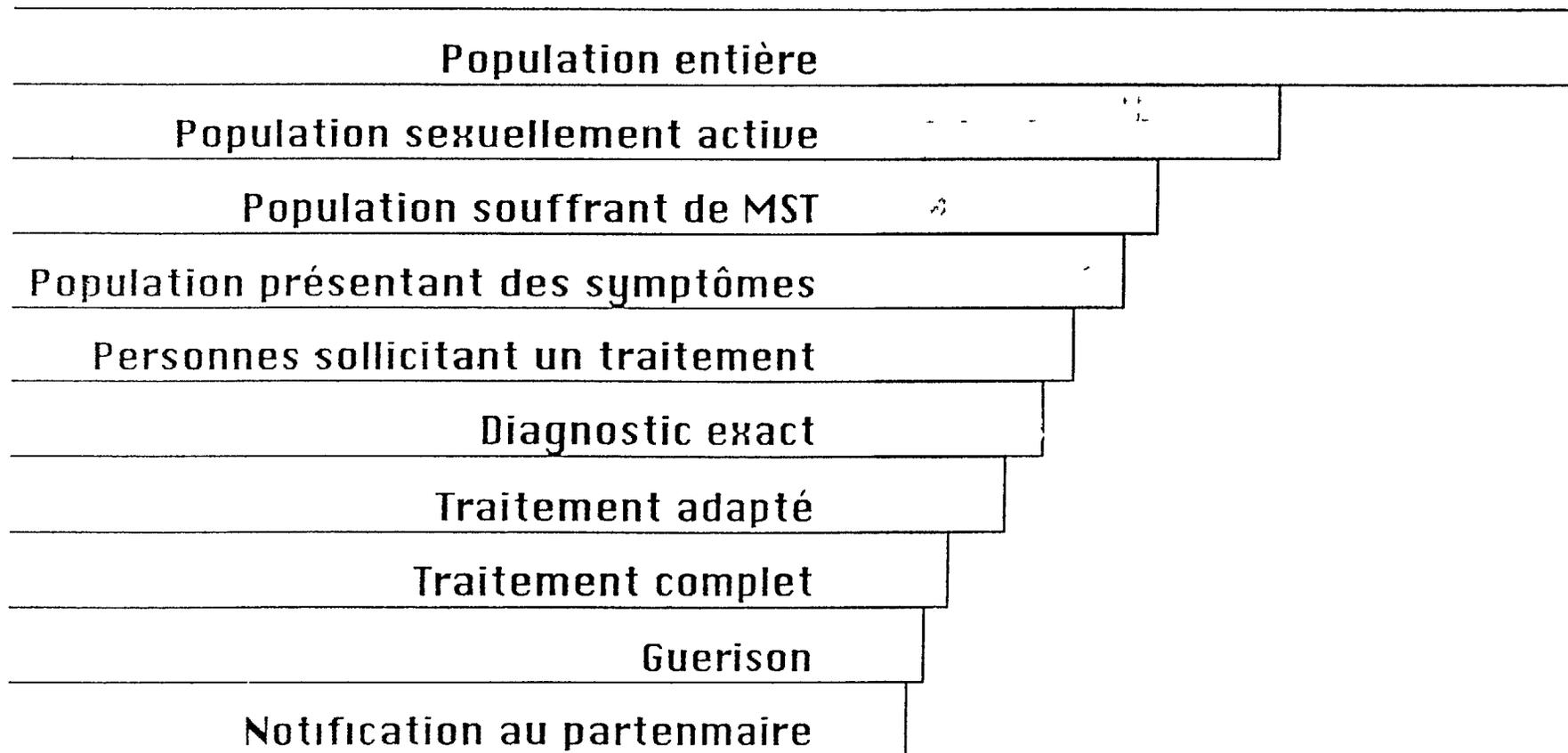
Cette standardisation :

- simplifie le recueil et l'analyse des données de la surveillance et la planification (achat de médicaments et autres fournitures)
- facilite la supervision des personnels de santé puisque l'approche est la même dans chaque établissement de soins
- permet d'assurer que les patients souffrant de MST bénéficient du même traitement pour une pathologie donnée dans chaque établissement de soins, augmentant ainsi la confiance du public dans les services de santé
- retarde le développement de souches bactériennes sexuellement transmissibles résistantes aux agents antimicrobiens.
- facilite et améliore la formation des personnels soignants à la prise en charge des MST

CONTRAINTES

- Coût global élevé
- Approche peu concluante dans la prise en charge des MST chez la femme car peu sensible et peu spécifique
- Mise en application non systématique
- Problèmes de disponibilité des médicaments efficaces
- La prescription poursuivie de médicaments auxquels les germes sont devenus résistants, en dépit de la mise à disposition d'alternatives médicamenteuses.
- Liés aux MST : formes asymptomatiques, manifestations atypiques, multiples épisodes infectieux concomitants.

MODELE OPERATIONNEL DU ROLE DES SERVICES DE SANTE
DANS LE TRAITEMENT DES MST



QUELQUES EXEMPLES DE COLLABORATION AVEC LE MEDIAS DE MASSE À L'ECHELLE COMMUNAUTAIRE

Il faut avouer qu'à travers les MR, peu d'activités à caractère médiatique sont réalisées. L'approche de proximité a toujours été privilégiée dans le but de rendre l'information et la communication la plus personnalisée possible. Les activités d'IEC sont très ciblées. Ce caractère très ciblé explique le peu de collaboration directe du Projet avec les médias sur le terrain.

Au Burkina Faso

Une des micro-réalisations appuyées par le volet Burkina au niveau de la ville minière de Poursa utilise les services de la radio communautaire installée par la SOREMIB. La radio est bien écoutée par les mineurs et la population de la zone. Trois des relais communautaires formés par le Projet sont des animateurs de la radio dont l'une travaille à la société et gère la micro-réalisation dont l'administration a été confiée à l'association des femmes de la ville.

Ainsi les activités d'animation sur les MST/SIDA organisées par les relais (jeunes, hommes et femmes) font l'objet de reportages qui sont ensuite diffusés à de heures grande écoute. Cette forme de médiatisation des activités a produit un effet boule de neige dans la mesure où des villages initialement non visés ont réclamé des activités d'information qui ont été par la suite honorées. Cette antenne est mise à profit aussi pour faire intervenir le médecin-chef de la ville et faire la promotion de l'initiative de Bamako visant à inciter les populations à utiliser les services de santé appuyés par le Projet. Cela est un exemple de combinaison intelligente des actions de groupe et d'un médium de masse.

Au Mali

Dans la ville de Koutiala, plusieurs ONG et associations communautaires sont appuyées par le Projet pour des interventions ciblées auprès des routiers, travailleurs saisonniers de l'usine de Coton (CMDT) et professionnelles du sexe. De temps en temps il est organisé des rencontres thématiques qui ont la particularité de regrouper les agents de santé, les responsables des ONG et associations mais aussi les bénéficiaires mêmes pour réfléchir sur des sujets de préoccupation majeure. Exemple, une rencontre sur l'utilisation du préservatif par les clients des PS a eu lieu en octobre 1997. Sur la base de la confiance qui est établie entre les PS et les agents de santé et ONG, ces mêmes PS ont demandé à ce que la rencontre soit médiatisée de façon à ce que la population qui n'a pas pris part à ces échanges soient informés et sensibilisés sur la pertinence du préservatif et ses cotés positifs. La rencontre a donc été couverte par la radio locale et les PS ont fait des interventions sur le sujet. Évidemment à ce niveau, par rapport à l'anonymat, la radio était très bien indiquée.

En Côte d'Ivoire

Une station relais de télévision installée par la société partenaire du projet permet de diffuser sur le réseau du complexe agro-industriel des films sur le SIDA à des heures de grande écoute. L'utilisation de ce médium a eu un effet positif pour prévenir le choléra il y a deux ans sur le complexe alors que les villages environnants étaient touchés. Cet alerte a permis aux populations de prendre des mesures qui ont pu endiguer la maladie et l'empêcher d'entrer dans le complexe.

C'est dire que le Projet est conscient de l'impact des médias sur le façonnement des comportements et attitudes mais en même temps ils peuvent avoir des effets indésires comme la stigmatisation des certaines catégories de population (prostituées, migrants, etc)
Pour le Projet l'initiative de travailler avec les mass media incombe aux groupes communautaires encadres Le Projet les appuie à condition que le traitement de l'information n'aille pas a l'encontre des intérêts et de l'intégrité d'un groupe ou d'un autre

**ATELIER - THEATRE
BURKINABE**

A.T.B.

B P 2121 Ouagadougou 01
Tél/fax (226) 34 03 09
E-mail proskom@fasonet bf

présentation générale

Ouagadougou 12 Mars 1997

CARTE D'IDENTITE

NOM Atelier-Théâtre Burkinabe (ATB)

DATE DE NAISSANCE 18 Juin 1978

FONDATEUR Prosper KOMPAORE Maître-assistant de Lettres Université de Ouagadougou

OBJECTIFS

- Promouvoir une dramaturgie africaine inspirée des réalités culturelles du Burkina Faso
- Eduquer, sensibiliser, conscientiser et distraire par une expression dramatique qui pose des problèmes liés au développement (économique, social, culturel, technique)
- Assurer la formation en théâtre et en techniques de théâtre d'intervention sociale
- Promouvoir la pratique du Théâtre pour le développement au Burkina Faso et en Afrique

MEMBRES

- L'ATB est une troupe formée de comédiens bénévoles qui en marge de leurs activités professionnelles occupent leur temps de loisirs par le Théâtre
- pour la saison 96-97 l'ATB compte 17 membres dont 12 hommes et 5 femmes
- A partir de la saison 95-96 4 troupes filles issues de l'ATB et dirigées par d'anciens acteurs de l'ATB collaborent étroitement avec l'ATB
- L'ATB collabore également avec les troupes membres de la Fédération nationale de Théâtre Forum, (FNTF) créée à l'initiative de l'ATB et qui regroupe 18 troupes sur l'ensemble du territoire national
- Un collège de Membres d'honneur composé d'éminentes personnalités apporte son soutien à l'ATB

ACTIVITES THEATRALES

- L'ATB produit chaque année au moins une pièce d'auteur et 2 pièces de création collective
- Le répertoire de l'ATB est riche d'environ 50 pièces d'auteur et de création collective
- L'ATB est détentrice depuis 1988 du grand Prix National des Arts et des Lettres en Arts du spectacle Théâtre
- En moyenne l'ATB donne 10 représentations de pièces d'auteur par an dans les grandes villes et plus de 30 représentations de théâtre-forum par an dans les villes et villages du Burkina (soit en moyenne 40 représentations par an)
- Chaque année l'ATB organise en moyenne 5 sessions de formations à usage interne et externe (à la demande d'organismes ou d'associations)
- Depuis 1988 l'ATB organise tous les deux ans le Festival International de Théâtre pour le développement (FITD) qui regroupe des troupes du monde entier (du 23 Février au 03 Mars 1996 la 5e édition a regroupé 67 troupes de 23 pays d'Afrique, d'Europe et d'Amérique) La 6e édition du FITD est prévue du 20 au 30 Mars 1998
- L'ATB a participé à de nombreux festivals et rencontres au Mali au Sénégal, en Côte d'Ivoire au Ghana en Namibie au Zimbabwe, en Tunisie en France (Limoges Poitou Charentes Blois Paris Vendouville Orléans Sarcelles) en Belgique en Suisse au Brésil au Canada

DOMAINES D'EXPERTISE "Transformer l'expérience en expertise"

L'Atelier Théâtre Burkinabe (ATB) est riche de près de 20 ans d'expérience que l'équipe dirigeante, de concert avec l'ensemble des membres s'efforce de transformer en expertise. Bien que ces acquis nécessitent toujours une formation et un perfectionnement continu l'on peut identifier les domaines suivants dans lesquels la troupe a pu asseoir une compétence reconnue

- Création et production de pièces de théâtre
- Création collective de pièce de théâtre forum

- Formation en Jeu d'acteur
- Formation en techniques de Joking
- Facilitation de groupes de travail
- Realisation de feuilleton radiophonique
- Realisation de documents video et televisuels
- Prestations de services divers (locaux, matériels, jeu d'acteurs)
- Organisation de festivals et autres grandes manifestations artistiques a caractere national ou international
- Elaboration de messages d'I E C
- Production de supports I E C a caractere artistique

PARTENAIRES -L'ATB collabore souvent avec des partenaires qui financent les campagnes de Theatre-forum (Ministères, ONG, Organisations internationales, Associations, services prives etc)

-L'ATB developpe de nombreuses initiatives pour elargir le cercle de ses amis et diversifier ses partenaires susceptibles de soutenir financieurement, techniquement et materiellement ses activites en matiere de theatre pour le developpement

-L'ATB fait appel a toute personne physique ou morale desireuse de contribuer efficacement au renforcement de la structure et a la dynamisation de ses activites

ADMINISTRATION -L'ATB est officiellement reconnu (recepisse de declaration d'association n° 29/IS/DGI/DAP/ du 30/04/80) elle beneficie du soutien administratif et moral de l'Etat

-L'ATB est dirige par un bureau executif comprenant

- Un directeur Prosper KOMPAORE
- Un Administrateur - gestionnaire L. L. Modeste TADANI
- Un Responsable au Management S. Simon-Pierre NIKIEMA

INFRASTRUCTURES -L'ATB est loge au secteur 9 derriere la maternite de Gounghin dans un espace de 3 150 m²

- Apres 13 ans d'errance et de conditions de travail precieues, l'ATB, grace au soutien de ses amis et grace a ses propres efforts a pu se doter d'un siege en Juin 1991. Ce siege a ete reamenage en 1996

-L'ATB dispose d'un siege fonctionnel comprenant une salle de spectacle carree de 350 places et une scene exterieure pouvant accueillir 3000 spectateurs. Ces infrastructures peuvent accueillir des spectacles de toute nature, des projections cinematographiques, des reunions

- Les deux scenes ainsi que deux espaces exterieurs permettent en outre d'accueillir des sessions de formation ou de creation artistiques

-Trois bureaux fonctionnels climatises et deux salles destinees a la bibliotheque et a une salle de repetition

-Des coulisses amenees

-Une salle de costume et accessoires

-Une cabine de regie equipee en materiel d'eclairage et de sonorisation

-L'ATB dispose en outre d'une trentaine de projecteurs de 1000 et 500 watts, et d'un materiel de sonorisation exterieure

-L'ATB dispose d'un local contenant deux dortoirs (48 lits) et deux chambres individuelles avec des toilettes

-Un minibus de 12 places equipe de huit-parleurs

ADRESSE**ATELIER-THEATRAL BURKINABE (A I B)**

01 B P 2121 Ouagadougou 01 BURKINA FASO

tel/fax Site (226) 34 03 09

tel dom Directeur (226) 33 50 84

ATELIER-THEATRE BURKINABE

LE THEATRE AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT

VOUS ÊTES UN AGENT DE DEVELOPPEMENT

*VOUS ÊTES UN SERVICE, UNE O N G , UNE INSTITUTION INTERNATIONALE ,
UNE ASSOCIATION OU UNE ORGANISATION DE DEVELOPPEMENT,*

*VOUS SOUHAITEZ ENGAGER OU APPROFONDIR UNE CAMPAGNE DE
SENSIBILISATION*

*VOUS SOUHAITEZ PROMOUVOIR UN DEVELOPPEMENT AUTOCENTRE EN
LIBERANT LA PAROLE DE VOTRE PUBLIC CIBLE,*

*VOUS ÊTES A LA RECHERCHE DE FORMES DE COMMUNICATION INTERACTIVES,
ADAPTEES AUX REALITES CULTURELLES ET ECONOMIQUES D'UN PUBLIC
AFRICAIN,*

*VOUS SOUHAITEZ VOUS INITIER OU FAIRE INITIER DES GROUPES DE
PERSONNES AUX TECHNIQUES DU THEATRE-FORUM,*

*ALORS, N'HESITEZ PLUS, ADRESSEZ-VOUS A L'ATELIER-THEATRE BURKINABE
(A T B)*

*L'ATELIER-THEATRE BURKINABE C'EST 16 ANS D'EXPERIENCE THEATRALE, 16
ANS DE THEATRE DANS TOUTES LES PROVINCES, DANS LES VILLES ET
VILLAGES DU BURKINA FASO*

*ATELIER-THEATRE BURKINABE (A T B)
01 B P 2121 Ouagadougou 01 BURKINA FASO
Tel/Fax Siege (226) 34 03 09
Tel dom Directeur (226) 33 50 84*

BEST AVAILABLE COPY

nd

LE THEATRE FORUM

UNE METHODE ALTERNATIVE DE COMMUNICATION

UN OUTIL EFFICACE POUR UN DEVELOPPEMENT PARTICIPATIF

UNE EXPRESSION ARTISTIQUE APPRECIEE DE TOUS LES PUBLICS

UNE PEDAGOGIE PAR L'ACTION

Le théâtre forum a fait ses preuves

Tous les partenaires avec lesquels l'ATB a travaillé ont été très satisfaits du résultat obtenu par les spectacles de théâtre forum

L'ATB a contribué à former sur l'ensemble du territoire national plus d'une trentaine de troupes théâtrales dans les villes et villages du Burkina Faso. Une Fédération Nationale de Théâtre Forum (FNTF) a été créée sur l'initiative de l'ATB

Avec le concours d'autres partenaires, l'ATB a contribué à faire connaître et promouvoir le théâtre forum dans plusieurs pays africains. L'ATB a créé depuis 1988, le Festival International de Théâtre pour le Développement (FITD) qui constitue un tremplin privilégié pour promouvoir le concept de théâtre pour le Développement

La 5ème édition du FITD a réuni en Février-Mars 1996 plus de 67 troupes théâtrales européennes et américaines venues de 23 pays plus 23 000 personnes ont assisté à l'ensemble des spectacles. La 6e édition aura lieu du 20 au 30 Mars 1998 à Ouagadougou

ATELIER-THEATRE BURKINABE

JOUER POUR DEVELOPPER

Vous êtes à la recherche d'une forme de Communication interactive pour soutenir une campagne d'information et de sensibilisation d'un public cible

*N'hésitez plus,
faites appel à l'Atelier-Théâtre Burkinabè
et à sa technique du Théâtre forum*

Le théâtre forum, un théâtre interactif,
Un théâtre de participation,
Un théâtre qui libère le geste et la parole du spectateur,
Un théâtre qui favorise le feed back immédiat

Le Théâtre forum tel que pratiqué par l'ATB comporte trois principales étapes

1- La troupe présente la pièce modèle. Le problème est présenté de manière à indigner, à révolter le spectateur, la pièce se termine mal et le spectateur veut que ça change

2- La reprise en forum des séquences les plus révoltantes. Des spectateurs décident librement de remplacer des acteurs ayant joué le rôle de personnages négatifs ou opprimés en vue de changer la situation et proposer leur solution au problème posé

Ils doivent jouer sur scène avec les autres personnages qui donnent la réplique. Si leur jeu et leur proposition satisfont le public, celui-ci les acclame, sinon, un autre spectateur se propose et l'on reprend la même séquence. L'on procède ainsi pour toutes les séquences révoltantes jusqu'à ce que le public soit satisfait par les propositions faites

3- Un dialogue s'engage entre les spectateurs, la troupe animatrice dirigée par le Joker et les spécialistes du problème traité, en vue d'approfondir le débat ou d'obtenir des informations techniques complémentaires

Une séance de théâtre forum peut durer en moyenne une heure à trois heures, cela dépend de l'intérêt du sujet et de la disponibilité des uns et des autres. La séance de théâtre forum facilite et soutient l'action de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'incitation à l'adoption de comportements positifs

Le Théâtre forum soutient l'action sur le terrain, il ne la remplace pas. Ce n'est pas de la magie. Dans la séance de théâtre forum toute personne a droit à la parole. Chacun est libre de dire et de jouer ce qu'il pense, même quand cela ne va pas dans le sens souhaité par l'organisateur. Il faut le savoir, c'est l'essentiel

ATELIER-THEATRE BURKINABE UNE LONGUE EXPERIENCE EN THEATRE POUR LE DEVELOPPEMENT

- L'ATB pratique le théâtre forum depuis 1983
- L'ATB travaille en collaboration avec des partenaires
- Les partenaires interviennent sur le terrain
- Les partenaires disposent souvent de structures relais sur le terrain
- Apres une seance de théâtre forum, les structures relais mobilisent et sensibilisent par la suite le public cible

METHODOLOGIE

La methode du théâtre forum peut- être utilisee pour sensibiliser des groupes cibles de dimension tres variables (de moins de 50 personnes a plus de 1000 personnes) sur tous les themes ayant une dimension sociale; communautaire ou même individuelle. Le théâtre forum peut également être un outil de communication sociale a caractere interactif mis a la disposition des communautes de base, pour leur permettre de s'exprimer et de rechercher ensemble des solutions a leur probleme. L'ATB a deja mene avec differents partenaires des campagnes de sensibilisation sur differents themes tels que

1	Acces des femmes au credit	AICRLD
2	Accueil dans les services publics	ONTB
3	Aide au developpement et Cooperation	Initiative ATB et collaboration avec Brocoli
4	Alcoolisme	Initiative ATB
5	Assainissement Eau potable, Ordures	GTZ ONEA
6	Code de la famille	PROMO ILMMLS
7	Condominium	EMP / COOPERATION CANADIENNE
8	Cultivation des legumes	AMURT
9	Decentralisation	CND
10	Education des jeunes	Min ACTION SOCIALLE
11	Drogue	Min ACTION SOCIALLE
12	Education sexuelle des jeunes	EMP
13	Gestion des entreprises	BUNASOLS
14	Gestion des points d'eau	UNICEF
15	Intervention dans les terroirs villageois	AI VP
16	Hygiene de l'eau	ONEA
17	Hygiene de l'air	BURKINA 87 D P S Ouhitenga
18	Lutte contre la diarrhee	UNICEF
19	Maladies sexuellement transmissibles	Min SANTI
20	Parente responsable	GTZ / EMP
21	Planification familiale	Min SANTI / DSI / SIPS
22	Prostitution	Min ACTION SOCIALLE
23	Roles sexuels dans la famille	EMP / RICHI
24	Violence sexuelle	UNICEF / SIPS
25	Violence domestique	Initiative ATB
26	SIDA	Min SANTI / DSI / SIPS
27	Travail des femmes	EMP
28	Vaccination	UNICEF
29	Lutte contre l'expulsion des dites Ménagères d'anciens	Min ACTION SOCIALLE

Atelier-Theâtre Burkinabe
ATB
01B P 2121 Ouagadougou
Burkina Faso
Tel/Fax (226) 34 03 09

PRESTATIONS DE SERVICES DE L'ATB

Frais de création d'une pièce de Théâtre forum

500 000 CFA

Frais de reprise (répétition d'une pièce du repertoire de la troupe, prête a être jouée)

100 000 CFA

Frais de representation

- a) Provinces où l'on ne passe pas la nuit
- Frais de déplacement 250 000/Jour de sortie
 - Défraiements 150 000/représentation
- b) Provinces où l'on passe la nuit
- Frais de déplacement 300 000/jour de sortie
 - Défraiements 150 000/représentation
- c) Représentation à Ouagadougou
- Defraiemnt 150 000/ représentation

Frais de captation vidéo

- a) Captation en VHS d'unerepresentation 50 000 CFA /représentation
- b) Captation en format professionnel TV 1 500 000 CFA /spectacle

Frais de réalisation d'un feuilleton ou d'une série radiophonique

- a) Frais de studio 1 10 000 CFA / episode
- b) Cachets acteurs/Direction 2 10 000 CFA / episode
340 000 CFA /épisode

Frais de réalisation d'un feuilleton ou d'une série televisée

- a) Frais de studio 1 000 000 CFA/Episode
- b) Cachets acteur 500 000 CFA /episode
- c) Frais de Direction 250 000 CFA / episode
1 750 000 CFA/épisode

Directeur
Prosper Kompaore

148

Atelier-Théâtre Burkinabè

A.T.B.

Le théâtre au service du développement.

Une loi Le théâtre pour le développement

- Une expression artistique de qualité inspirée de notre patrimoine
- Un théâtre éveillé de consciences
- Un théâtre interactif pour un développement participatif et durable

Une famille L'ATB carrefour d'hommes et de femmes engagés pour la cause de la culture

- Depuis 1978, plus de 100 artistes y sont passés et ont appris à se connaître et à développer leurs connaissances et leurs dons
- L'ATB un cadre d'accueil et d'épanouissement pour des jeunes de divers horizons
- L'ATB une réponse positive au problème d'emploi des jeunes

Un atelier L'ATB laboratoire et école de formation théâtrale

- Foyer permanent d'innovations artistiques et de recherches inspirées des cultures africaines
- Une École de formation théâtrale permanente, pour les artistes de la troupe et pour différents groupes cibles demandeurs

Un Centre Culturel L'ATB est le premier centre culturel privé du Burkina comportant la plus grande salle de théâtre couverte du Burkina

- L'ATB un pôle culturel pour la capitale
- L'ATB un Espace culturel polyvalent ouvert à tous et en particulier aux jeunes et aux artistes burkinabè et africains

La sensibilisation sur MST/SIDA par un groupe théâtral populaire améliore la fréquentation des services MST

Nzilambi Nzila¹, Malele B¹, Kivuvu M¹, Tuliza M¹, Oshosho P², Philips M¹ Centre MST de Matonge, ²Tiza; ³Médecins sans Frontières-Belgique, République Démocratique du Congo

Objectif : Augmenter la fréquentation des services MST à partir du premier point de contact des patients avec les services de santé.

Méthodes : Un groupe théâtral (TIZA) a donné 80 représentations par mois (campagne MST) autour d'un centre de santé dans un rayon de 5 km dans des endroits publics (bars, clubs, marchés, arrêts de bus, écoles) à l'intention des femmes et des hommes sexuellement actifs âgés de 15 à 40 ans

Résultats : La fréquentation mensuelle des services MST a sensiblement augmenté dans 5 centres de santé périphériques .

Fréquentation trimestrielle avec la sensibilisation		Fréquentation trimestrielle après la sensibilisation
Centre de Santé	(n)	(n)
Elimo Santu	75	233
Kizito	76	200
Elonga	102	771
Mfinda	131	510
Lunda	77	192
Total	461	1 906

4 000 personnes atteintes par campagne, 10 200 condoms vendus par campagne; 350 brochures MST vendues par campagne Coût mensuel de représentation 1 200 USD

Conclusion . Avec des ressources locales limitées, on peut arriver à mener des campagnes qui atteignent une large proportion de la population. La sensibilisation a entraîné de nouveaux comportements aptes à ralentir la progression des MST/SIDA (fréquentation des services MST, utilisation des condoms). La maladie vénérienne n'est plus perçue comme une maladie honteuse, lorsqu'on en parle ouvertement et qu'on offre directement des soins appropriés à la population, selon l'approche syndromique

CERPOD/PRB
SEMINAIRE SUR LES MST ET LES MEDIAS EN
AFRIQUE DE L'OUEST
Ouagadougou, Burkina Faso du 06 au 10 Juillet 1998
Hôtel Sofitel Silmande

BURKINA FASO

- Restitution des conclusions du seminaire aux redactions, au CNLS au PPLS en vue de -- susciter une collaboration future
- Enquete sur l'ampleur des MST sur les sites d'orpaillage (Presse-Ecrite) + solution des intervenants
- Actions du CNLS au cours des prochaines annees + point sur les plans ecoules + contribution ABBEF (radio)
- Rencontre redacteurs en chef (TV journaux et radios privees) en vue de les impliquer dans le combat contre les MST
- Suivi permanent de la campagne de lutte du CNLS/PPLS

COTE D'IVOIRE

1/ ORGANISATION D'UN SEMINAIRE → IEC

Participants

- Journalistes
- Responsables (IEC) PF_MST-SIDA-SRA
- Personnes-ressources PF-MST/SIDA SRA
- Populations-cibles (Leaders)
- Ministeres concernes Femmes, Jeunes – Civisme – Sante – Education –Echanges d'Experiences
- bailleurs de fonds

Objectifs du seminaire

- Restitution (les 3 seminaires)
- Sensibilisation
- Implication

Duree 2 jours

2/ PROGRAMME RADIO

- Existence de 2 espaces – sante
- 02 magazines consacres aux MST
 - a) MST courantes et consequences
 - b) Prise en charge

Les autres aspects par rapport a l'actualite

151

3/ SUPPLEMENT - PRESSE ECRITE 2 points

- a) Les MST aux oubliettes et pourtant
 - b) Confidentialite non garantie
- + traitement quotidien en fonction de l'actualité

4/ PLAIDOYER → IEC

Existence d'un programme de plaidoyer en matière de SR avec les parlementaires + Maires

Objectifs

Aborder les problèmes de MST

MALI

THEMES	ACTIVITES	COLLABORATION
1/ Groupes à risque	En direction des jeunes femmes, prostituées, routiers (gare) militaires, prisonniers, migrants <ul style="list-style-type: none"> - Former les relais - Organiser Conf - Debats - Promouvoir les preservatifs (masculin féminin) - Faire témoigner des relais , etc 	Impliquer les journalistes dans la formation pour l'encadrement des sessions de formation Inviter les journalistes aux conférences/debats Organiser des émissions à la radio Fournir des articles de presse
2/ Conséquences des MST	Réaliser une boîte à image sur les MST Projection de films/diapos Organiser des tables-ronde à la radio Fournir ou susciter des articles de presse	Inviter les spécialistes et les journalistes à la projection
3/ Centres de Santé face aux MST	Activités de plaidoyer auprès des autorités sanitaires Tables-ronde avec responsables de centres de santé Témoignage sur l'accueil	Participation des responsables IEC et des journalistes aux activités d'orientation des journalistes vers les centres de santé (Responsables IEC)
4/ Auto-médication et ses dangers	Faire témoigner des malades des spécialistes	Contribuer à organiser les témoignages dans les organes de presse
5/ Réhabilitation de la lutte contre les MST	Plaidoyer auprès des décideurs pour le financement l'équipement des structures de santé Mobilisation sociale (conscientisation)	Journalistes et responsables IEC approcheront ensemble les autorités politiques sanitaires et administratives

MAURITANIE

Aout

Nouer un contact entre POPMEDIA et les associations ONG nationales qui interviennent dans le domaine de la sante des populations

Septembre

Sensibiliser les journalistes sur les resultats du seminaire de Ouaga (l'Eveil Calame la Tribune Nouakchott Info, l'Action)

Octobre

Informier les associations et ONG qui travaillent sur la sante sur le projet PopMediafrrique

Novembre

Creer un contact entre les partenaires (presse ONG, IEC) sur la base de documents envoyes par le CERPOD

Decembre

Identifier des personnes (Iman, notables, IEC jeunes) a l'avant garde de la lutte NIS T/SIDA et faire appel a elles pour interview, emission radio

SENEGAL

Enquetes et reportages

Quelques sujets identifiés

- L'accueil dans les centres de sante
- Articles sur les signes de MST courantes
- La prise en charge medicamenteuse
- Zone a risque Ex Richard TOLE
- MST et sterilité
- Parle t-on de sexe au lit

Activites medias IEC et structures sanitaires

Quelle suite au projet Pop Média Afrique ?

Après trois séminaires menés dans le cadre du projet Pop Média Afrique, nous nous retrouvons avec une meilleure approche des différentes questions abordées à chaque rencontre

Les séminaires ont successivement porté sur la santé de la reproduction des adolescents, le SIDA et les médias, les MST et les médias. Ces séminaires nous ont permis

- d'être mieux sensibilisés sur l'importance de ces questions pour le bien-être, l'équilibre et le développement de nos sociétés
- de développer en nous des réflexes et une expertise pour mieux et davantage aborder ces questions dans nos journaux. Ces informations qui étaient occasionnelles et souvent mal abordées, connaissent maintenant une présence assez régulière dans nos colonnes, avec le souci d'informer utile et de sensibiliser
- une familiarisation plus poussée avec des responsables de structures d'IEC et d'instaurer une collaboration utile dans les deux sens, pour une meilleure information du public

Au terme de ces séminaires où une réelle expertise a été acquise, il nous semble indispensable de passer à une phase d'application pour s'engager dans une perspective de plaidoyer. Ce serait une suite à la sensibilisation menée en notre direction depuis trois ans.

Le projet que nous souhaitons voir prendre le relais, sous forme d'atelier d'écriture se présente ainsi :

OBJECTIFS

- Regrouper l'équipe dans un pays
- La faire accueillir par un des journaux et une des radios partenaires au projet (certains journaux ont leur radio)
- Le groupe sera enrichi par l'apport d'éléments de la rédaction d'accueil et de rédacteurs en chef d'autres journaux du pays. Les éléments du réseau local de journaliste/population du Cerpod seront aussi impliqués. De même que les journalistes-femmes, à travers les antennes de l'Association des professionnelles africaines de la communication
- Réaliser un supplément de quatre ou deux pages qui paraîtra chaque jour dans le journal. Les articles seront des reportages, enquêtes, etc., réalisés sur différents thèmes abordés en séminaire
- Les journalistes radio pourront animer des magazines ou tenir des émissions (talk show), le supplément réalisé fera aussi l'objet d'une revue de presse
- Les éléments IEC serviront de conseils pendant les réunions de rédaction, iront avec les journalistes sur le terrain et pourront se rapprocher des IEC du pays d'accueil pour un échange d'expérience

RETOMBÉES

Plusieurs cibles peuvent être touchées avec cette expérience de large diffusion

- Plaidoyer quotidien en direction des décideurs, des hommes politiques
- Information et sensibilisation de la population
- Sensibilisation et mobilisation d'autres journalistes qui viendront enrichir l'équipe de base. Avec la rédaction d'accueil comme avec les autres rédacteurs en chef impliqués
- Redynamisation de la cellule locale du réseau Journaliste/population du Cerpod
- Assister le PRB dans la mise en place d'un réseau de journalistes femmes
- - Renforcement de la collaboration entre Iec et journalistes

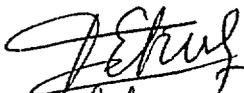
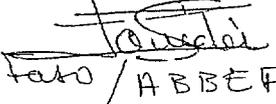
APPLICATION

- Le groupe se réunira une fois par an, pour un début Si les moyens le permettent et si l'expérience s'avère facile à conduire, la rencontre pourra être bi-annuelle,
- Les journalistes des autres pays publieront dans leurs journaux, une fois de retour, les articles des cinq suppléments réalisés (du mardi au samedi), selon une formule qui leur conviendra Les radios des différents pays pourront aussi reprendre les émissions réalisées
- Chaque atelier d'écriture débutera par une formation en plaidoyer en direction des journalistes Formation étalée sur trois jours

Fait à Ouagadougou le 10 juillet 1998

Journalistes et staff IEC

Signatures

- 1- ELY SIMPARA AMPPF BP IVS BKO 
- 2- Nouhoumatou Tidiane Kassi, WALFAJIRI, Dakar 
- 3- Fall Yedouli (Red chef L'Essai-lesdo) 
- 4- Oda Soumaré OEP, ASBEF Dakar 
- 5- Sidi Coulibaly, Radio KLEBU 
- 6- DAHILY Jean Paul, AIBEF, Abidjan 
- 7- Alfred Dan Moussa, Fraternité Matin, Abidjan 
- 8- Abdoulaye Sakou Faye Sud FM Dakar 
- 9- Aboubacar Suliph Dialla Le Echos 
- 10 Nicolas SAGOU Abidjan CI 
11. Yambou Yaméogo, Burkina Faso 
Editions SIDWAYA.
12. Gnaniou Yaya Taman, Radio Burkina 
13. Caroline OUEBRAGO. 
Burkina Faso / ABBEF