

# RECHERCHE LES NOUVEAUX OUTILS DE PREVENTION : BÉNÉFICES - RISQUES

## Frédérique Delatour

Christine Aubère va introduire cette table ronde sur « *Les nouveaux outils de prévention* », ensuite, Marie de Cenival nous parlera de la circoncision masculine et les femmes.

## Christine Aubère

Il y a tellement de choses à dire sur le VIH chez les femmes que ce soit sur la prévention, l'information, le vécu et les traitements, que je n'aurais jamais assez le temps pour parler de tout.

Pour ce qui concerne « *les nouveaux outils de prévention, dix ans après* » j'aurais envie de revenir sur ces outils qui ont existé pendant ces dix dernières années. Nous sommes toujours là à en parler, mais nous ne trouvons pas de nouvelles solutions si facilement. Je reste toujours très en colère parce que ce qui m'intéresse dans la prévention, ce sont les gens qui ne savent pas et qui ont du mal à s'informer. Ce public-là me touche. En 1997, j'étais ravie de voir que le préservatif féminin revenait en France. On a

mené beaucoup d'actions autour de cet outil notamment, et il va falloir réagir. En 2000, Madame Roselyne Bachelot a posé une question à l'Assemblée nationale sur le préservatif et sur une diffusion massive de cet outil. Elle l'a posée et cela a été fait. Aujourd'hui, elle est ministre de la Santé et en tant que femme séropositive et en tant que femme, je me dis que si vous avez la force en vous de pouvoir continuer à la pousser à mener son action et de faire en sorte qu'elle bouge, faites-le. Maintenant qu'elle est ministre, il faut en profiter. C'est ma réaction toute simple parce que toute seule je n'ai pas l'énergie de le faire et c'est toujours mieux quand on est nombreuses pour être plus fortes et mettre en avant les questions qui nous importent, au niveau politique et institutionnel. Je me dis toujours qu'une « *Maison sur la santé des femmes* » mériterait d'exister, peut-être qu'enfin, on pourrait toutes ensemble, mener nos réflexions et faire en sorte que nous soyons plus efficaces dans ce que nous voulons porter.

Quelle information donne-t-on aux femmes et aux jeunes filles pour qu'elles se sentent concernées par le VIH ? Quand je dis les femmes, c'est toutes les femmes. Mais quelle femme sait que, finalement, elle est plus vulnérable ?

Il faut qu'il y ait une éducation autour du préservatif féminin. Malheureusement nous ne sommes pas convaincues de son importance ; moi-même je ne l'utilise pas tous les jours, mais je suis convaincue que c'est un outil supplémentaire et un choix pour les femmes de se protéger. Les contaminations chez les femmes ne diminuent pas. Pourquoi ne continue t-on pas à le promouvoir ? Des nouveaux outils vont arriver, j'en suis ravie, mais pourquoi ne pas faire en sorte que cet outil qui existe déjà, soit distribué plus massivement ? Les trithérapies et les traitements d'urgence coûtent très cher. Tant que nous opterons pour une politique curative plus que pour une politique préventive, nous aurons du mal à faire en sorte que des outils de prévention existent et notamment ces outils de prévention pour les femmes, quels qu'ils soient.

Il faudrait reprendre les choses à la base. Comme il y a de l'éducation civique à l'école, il faudrait qu'il y ait de l'éducation sexuelle, pour qu'enfin, hommes et femmes sachent comment nous fonctionnons. Il faut donner les moyens aux personnes et aux acteurs de prévention, de faire en sorte que le préservatif féminin existe.

A mon sens, c'est donc une association bien spécifique qui doit s'occuper de cela. Cette

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

« *Maison de la santé des femmes* » doit exister pour qu'on ne soit pas perdues dans d'autres structures, comme on a pu l'être. Je suis dans le milieu associatif depuis longtemps, et je me rends compte que beaucoup d'actions ont été mené pour les femmes et par les femmes ; mais l'information se perd, alors à chaque fois, on donne des financements pour des actions de prévention ou d'information en direction des femmes et on recommence ; et si ce financement n'existe plus, l'action est abandonnée. Deux ans après, on finance une autre action et nous recréons de nouvelles actions sans s'intéresser à ce qui a déjà été fait. Ainsi on multiplie les actions et finalement rien ne se rassemble.

Alors, dix ans après, on en est au même constat. Je suis un peu affolée, je pense qu'il faudrait vraiment se rassembler et mener nos actions ensemble.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Marie De Cenival

Je sens que Christine a très peur que je parle des nouveaux outils de prévention qui n'existent pas, mais elle va vite être rassurée.

Je vais parler des femmes dans le monde, pas spécialement en France.

On a fait beaucoup de plaidoyer au niveau international pour un accès à des nouveaux outils de prévention. On a notamment beaucoup plaidé pour la recherche en faveur des microbicides. Dix ans après, on n'en a toujours pas. On n'a pas non plus de vaccin. L'inégalité des rapports homme/femme, qui a fait qu'on a supposé que la négociation du préservatif était impossible, n'a pas vraiment évolué. La seule chose qu'on ait trouvé en cherchant de nouveaux outils de prévention, c'est la circoncision masculine. Là, on a des résultats scientifiques.

Dans ma présentation, je vais faire en sorte qu'on se demande ce que la découverte de cette alternative au préservatif change, pour nous les femmes, à travers le monde. Et qu'est ce que nous allons en faire ? Réfléchissons-y ensemble.

D'abord, la circoncision évoque beaucoup de choses. Cela évoque l'excision : on a un rapport à la circoncision qui renvoie à la circoncision féminine, qui n'est pas un rapport simple, mais douloureux, et on espère que la nouvelle mode de la circoncision masculine n'aura pas d'incidence négative sur ce combat contre la

circoncision féminine. Mais on n'en sait rien. Là, il ne s'agit pas de l'excision, mais de la circoncision masculine. Ce qui est sûr, c'est que le mot circoncision n'est pas un mot léger pour les femmes. Il ne l'est pas non plus pour beaucoup d'hommes, pour qui la circoncision renvoie à mutilation ou à punition. Par définition presque, la circoncision est quelque chose qui divise.

Il y a les pour et il y a les contre.

Il y a les circoncis et il y a les autres.

C'est un mot fort qui a une histoire. C'est un mot grave comme les mots de la religion. C'est un mot politique qui rassemble ou qui divise, qui intègre ou qui exclut, qui identifie ou qui discrimine, indépendamment du VIH. En fait, on ne sait pas trop, quand on commence à parler de circoncision, à quoi joue-t-on en vérité. Je voulais, quand même, insister là-dessus en introduction. Le rêve de l'épidémiologiste qui a fait certaines recherches sur la circoncision masculine, en matière de réduction des risques d'infection à VIH, est que ce mot se vide de son sens politique, religieux et culturel, que la circoncision devienne un pur geste médical qui vise à assurer une meilleure hygiène génitale et sexuelle. Je ne sais pas, mais j'ai juste envie de dire que si c'était possible, il y a longtemps que cela serait fait. La nouvelle donne dans l'histoire de la circoncision masculine est que cela marche contre le VIH, et nous voilà obligés de regarder la chose à travers un microscope.

Cela marche pour qui ? Dans quelles mesures ? À quelles conditions et surtout quel rapport avec les femmes ?

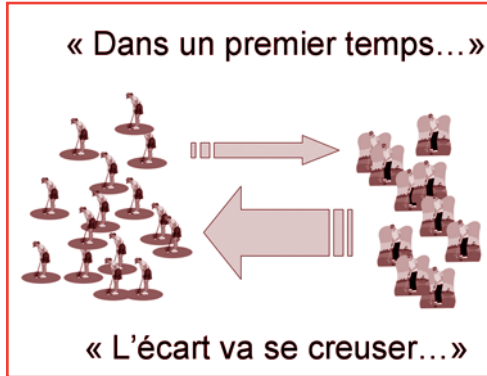
La circoncision réduit les risques de transmission du VIH, de 50 à 60 %, mais pour qui ?

Retenez bien tout cela. La circoncision cible les hommes adultes. Elle réduit le risque de transmission de la femme vers l'homme, pas dans l'autre sens. On n'a pas de résultats sur les enfants et elle ne protège pas les femmes, et on le sait. La circoncision cible les hommes séronégatifs lors de rapports actifs et vaginaux (on n'a pas de données sur l'efficacité en cas de pénétration anale). Quand il s'agit d'un homme qui se fait pénétrer, a priori, cela n'a pas d'intérêt pour lui.

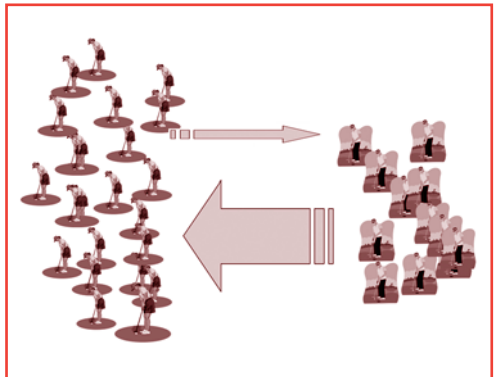
C'est important parce que, comme on l'a vu ce matin, les femmes sont bien plus exposées au risque d'infection. Donc dans un premier temps, l'écart va se creuser. Il est admis, dans le monde,

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

que le risque d'infection des hommes par les femmes est au moins deux fois inférieur au risque dans l'autre sens. En fin du compte, la méthode cible une population qui n'est concernée que par un tiers, voire un quart des nouvelles infections chaque année. C'est donc le plus petit facteur de propagation de l'épidémie qui est réduit dans un premier temps et l'écart va se creuser.



bien s'avérer fausses ; parce que si les hommes mettent moins de préservatifs à cause de campagne en faveur de la circoncision, en se croyant protégés, cela jouerait sur l'infection dans les deux sens, en particulier sur un risque d'infection de la femme par l'homme, cette fois-ci, qui correspond, lui, à près de deux tiers des nouvelles infections annuelles dans le monde.



Dans un deuxième temps, les épidémiologistes nous disent que si on baisse le nombre d'infections dans un sens, tout le monde est censé en profiter au bout de plusieurs années. Il y a moins d'hommes qui s'infectent, donc il y a moins de femmes infectées par des hommes, et ainsi de suite. L'épidémie est un système dynamique.

Il est vrai et remarquable que la circoncision est une méthode permanente, contrairement à la prévention par le préservatif, par exemple. Les chercheurs ont estimé que son efficacité globale était de 37 %. On a beaucoup entendu 50 %, 60 %, mais c'était dans un seul sens. On peut dire que ce que nous promettent les épidémiologistes, c'est une efficacité globale dans les deux sens de 37 %, parce que 60 % de réduction sur les hommes, autant de femmes infectées en moins et sur 20 ans, on a 37 % de réduction du risque.

Imaginez un vaccin à l'efficacité moyenne, qui ne marcherait que sur une partie de la population - et cette population ne serait pas la plus exposée à la maladie - mais on s'en servirait quand même sans hésiter en disant que c'est déjà bien.

Le problème est que ce n'est pas un vaccin, et toute la question est de savoir si ce modèle mathématique va se reproduire dans la réalité. Il y a l'essai, la recherche et le monde réel. Dans la vie réelle, les choses pourraient bien se passer autrement, en particulier si une campagne en faveur de la circoncision venait à chasser le préservatif, les projections sur 20 ans pourraient

Imaginez vous qu'en Afrique du Sud, qui est l'un des pays où on veut faire de la circoncision à grande échelle, les nouvelles infections chaque année sont à 75 % des femmes et si vous regardez dans la tranche 19/25 ans, elles représentent 95 % des nouvelles infections.

Maintenant que les gens savent que la circoncision marche peut-être, les résultats des essais ne servent plus beaucoup. On ne sait plus comment cela va fonctionner, parce que, justement, ce n'est pas un vaccin et que cela a un impact sur d'autres stratégies de prévention et on ne connaît pas cet impact. Il y a donc un avant et un après la recherche. Hier, on pouvait compter sur l'effet uniquement biologique, et c'est ce que l'on regardait dans les essais. Mais maintenant lorsque l'on va mettre de la circoncision de masse en place, il va y avoir un effet social, culturel et on ne maîtrise pas cet impact.

Au bout du compte, la circoncision masculine c'est du quitte ou double. Ou bien on s'en sert bien, et l'effet biologique, qui existe et qui a prouvé son efficacité, va jouer à plein ; où bien on s'en sert mal, et à ce moment-là, on ne sait pas ce que l'on gagne et ce que l'on perd.

Comment faire pour limiter les risques ?

Il y a plusieurs petites idées. Je vous en présente trois ici et je vous soumetts le reste, parce que je pense qu'il va falloir qu'on fasse du plaidoyer pour y arriver.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

Les recommandations de l'OMS disent qu'il faut faire de la circoncision de masse dans les sites où la prévalence du VIH est très élevée, par exemple en Afrique du Sud, au Kenya, au Zimbabwe, en Zambie, et sur les régions où le taux de circoncision est très bas. Ce sont les deux critères pour aller faire de la circoncision de masse en priorité. Il faudrait peut-être rajouter un troisième critère. Il se trouve que ces sites-là, où la prévalence est très élevée, sont aussi les sites où les femmes sont les plus infectées, où la différence homme/femme est la plus exacerbée. C'est sans doute un des facteurs de croissance de l'épidémie. Ces sites-là sont ceux où la circoncision pourrait être la moins efficace dans le sens femme/homme.

Doit-on exiger que dans ces sites où on essaye de faire de la circoncision de masse, pour chaque circoncision effectuée qui nous coûtera un dollar, on exige au prorata des nouvelles infections, trois dollars pour des choses qui intéressent vraiment les femmes tout de suite maintenant, comme par exemple, la bonne vieille prévention par le préservatif, la lutte pour les droits des femmes, les questions d'empowerment et au-delà de la sexualité, comme on le disait ce matin. « *Un dollar pour la circoncision, trois dollars pour le Fémidon®* » cela pourrait être un slogan. Si on ne le demande pas, on ne l'aura jamais.

On lit dans la prose des experts et des épidémiologistes dans les journaux scientifiques à grands tirages : « *bien sûr, dans un premier temps, les inégalités devant l'infection vont se creuser* ». Ils sont donc bien d'accord que dans un premier temps, il y aura peut-être un peu moins d'hommes qui s'infecteront, mais que cela ne va rien changer pour les femmes, et peut-être même qu'elles vont s'infecter un peu plus mais que les choses se stabiliseront dans les 20 ans. Peut-on accepter ce discours ? Doit-on se battre contre de telles idées et exiger qu'il n'y ait pas plus d'infections chez les femmes, qu'il n'y ait pas un déséquilibre qui va encore se creuser. Il va donc falloir prendre des mesures pour que cela ne se passe pas ainsi.

Je suis allée au Kenya, avec mon amie Harriet qui fait des films, interviewer des femmes dans un des sites prévu pour faire de la circoncision de masse, un des trois sites sur lesquels des essais et des recherches ont été faits et ont prouvé l'efficacité de la circoncision dans la réduction du risque pour les hommes. On a interviewé ces femmes et on va les écouter maintenant.

*S'ensuit l'interview filmé de deux femmes kenyanes, sur le site de recherche de Kisumu au Kenya, traduit ci-dessous.*

**Pamela Kibunja, WOFAK (Women Fighting Aids in Kenya) :**

*« Oui, la circoncision c'est bien, mais on ne peut pas en faire une méthode prioritaire de prévention parce que les hommes vont se dire « Ha ! Maintenant que je suis circoncis, je suis safe et je peux avoir des relations non protégées. » Il va y avoir tellement d'ignorance. Donc on peut leur dire c'est bien d'être circoncis mais ce n'est pas une mesure de prévention. Il faut continuer à se protéger. »*

**Monique Tondoi, MSF :**

*« C'est prouvé biologiquement que la circoncision marche quand on enlève la peau du prépuce. Mais ça ne peut pas être promu comme une mesure de prévention parce qu'on va perdre tout ce qu'on a gagné dans la lutte contre le sida. Surtout en Afrique, si on considère qui a le plus de pouvoir dans les relations sexuelles dans nos communautés, nous pensons que les hommes vont juste avoir plus de pouvoir et la vulnérabilité des femmes va augmenter. »*

**Marie de Cénival**

Il faut profiter de cette opportunité. Il faut bien se dire que ces programmes sont en cours, et qu'on ne pourra pas les arrêter avec nos petits corps, et que la protection des hommes nous intéresse. Cela intéresse les hommes d'abord, et puis il paraît que cela peut intéresser les femmes. C'est le rêve de l'épidémiologiste et ce rêve a des fondements.

L'autre intérêt de la circoncision est que c'est un filet d'attraction pour une cible de choix en matière de prévention, qui s'appelle « *des hommes à la recherche d'une alternative au préservatif* ». Peut-être que c'est le moment pour commencer à leur parler sérieusement.

L'autre opportunité est qu'une partie des millions de dollars du plan américain PEPFAR qui d'habitude servaient à prôner l'abstinence et la fidélité en faisant des grands dégâts sur les femmes, sont en train d'être redirigés sur la circoncision. C'est le moment de leur dire de mettre trois dollars sur le préservatif et les droits des femmes quand ils mettent un dollar sur la circoncision.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

On a quand même une opportunité pour relancer les politiques de prévention, en général, et relancer le débat, et particulièrement renouveler, étant donné le problème que cela pourrait représenter pour les femmes, le débat sur les questions de genre qui sont tellement oubliées.

Grâce à la circoncision, on est bien obligé d'affronter ce problème, et il va falloir qu'on repose ces questions.

Voilà, c'est l'heure du bilan et je laisse ces réflexions à votre disposition, pour qu'on commence à en débattre.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Une femme dans l'assistance

Vous avez donné des chiffres très alarmants sur les taux de contamination des femmes en Afrique du Sud, notamment celui de 95 % sur la tranche d'âge de 19/25 ans. Est-ce que ce n'est pas lié au dépistage ? Et du coup comment les questions de la circoncision et du dépistage sont conjuguées ? Parce que cela fait un grand bien. Le problème est que, globalement, les hommes sont beaucoup moins dépistés que les femmes, qui elles le sont notamment au moment de la grossesse ou des IVG. Du coup, c'est vrai que cela fausse la représentation de l'épidémie que nous avons. Il y a beaucoup d'hommes séropositifs qui ne savent même pas qu'ils le sont. Est-ce qu'on circonçoit les gens sans leur faire faire un test de dépistage ? C'est-à-dire est-ce qu'un séropositif, sans le savoir, pourra être circoncis ? Je trouve que la question du dépistage masculin conditionne vraiment la question de la circoncision.

### Marie De Cenival

Les statistiques que je vous ai mentionnées viennent de l'OMS et je pense qu'ils connaissent l'histoire par rapport au dépistage et prennent en compte la différence de visibilité due au faible dépistage des hommes. Je pense aussi que ce sont des statistiques évolutives. On a vu dans ces pays le pourcentage de séropositivité des femmes augmenter bien plus vite que celui des hommes. Ce que racontent ces nouveaux chiffres, c'est que plus les femmes sont jeunes, plus elles sont les premières à être infectées. Par rapport à votre question sur le lien entre dépistage et circoncision, j'ai la réponse, pour l'Afrique du Sud. J'imagine que c'est la même au Kenya, en

Ouganda, ou au Zimbabwe, où vont commencer les premiers programmes. Ce qui est prévu en Afrique du Sud, c'est de proposer le dépistage aux hommes à qui on va proposer la circoncision, mais ils sont en droit de le refuser. C'est heureux parce que c'est hors de question qu'on impose le dépistage. Ils sont donc en droit de le refuser et d'accéder à la circoncision. L'autre problème qu'on a, et il est vraiment sérieux, c'est qu'il se trouve que les hommes circoncis ont un risque accru d'infecter les femmes, pendant au moins six semaines. Si on s'y prend mal et qu'on n'attrape que les hommes qui sont en fuite, et qui ne tiennent pas compte des conseils - tel que l'abstinence pendant six mois - cela ne va pas être facile. On a donc un sérieux problème et si on ne s'empare pas du phénomène, on risque d'avoir des mauvaises surprises sur ces sites.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Frédérique Delatour

Carine Favier va nous expliquer quels sont les enjeux des nouveaux outils de prévention, en particulier pour ceux que nous attendons depuis des années. Carine Favier travaille au Planning Familial où elle est en charge en particulier, du programme « *Réduction des risques* ».

### Carine Favier

Nous avons abordé les « outils » de protection pour les hommes, comme la circoncision, et souligné la nécessité d'en surveiller l'impact pour les femmes en terme de risque de transmission. Je vous propose de regarder maintenant, les nouveaux outils qui devraient permettre aux femmes de se protéger lorsqu'elles ont des difficultés à imposer le préservatif masculin ou féminin. Cela revient souvent dans le débat et nous allons voir que ce n'est pas si simple.

Lorsque nous avons préparé cette table ronde, nous voulions souligner collectivement qu'il fallait de nouveaux outils, mais que ces outils ne devaient pas être un prétexte pour abandonner la question de la lutte contre les inégalités entre les hommes et les femmes. Comme le disait Danièle Authier, il ne s'agit pas d'évacuer la question des rapports sociaux de sexe, le fait que les rapports entre les hommes et les femmes ne sont absolument pas égalitaires même si cela évolue. Il faut, à la fois avoir des outils, et c'est urgent - des femmes se contaminent, et nous

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

n'avons toujours pas les moyens de nous protéger -, mais aussi changer les rapports entre hommes et femmes, afin qu'il y ait moins de violence, et plus de négociation des rapports.

La féminisation de l'épidémie s'accélère et nous avons besoin d'une réponse à la hauteur de ces enjeux. Les facteurs d'exposition aux risques sont nombreux : la pauvreté, les violences et la question des rapports hommes/femmes. Le principal outil à disposition, c'est le préservatif, il est principalement géré par les hommes - même si l'on peut par jeu érotique, le mettre soi-même, lorsque le partenaire ne veut pas le mettre - mais son utilisation peut être difficile et compliquée.

La question des outils pour les femmes est un enjeu sur lequel nous considérons que tous les moyens ne sont pas mis en place.

Nous allons d'abord voir où nous en sommes sur la question des microbicides : y a-t-il encore de l'espoir ? Pour ceux qui ont suivi l'actualité, des essais ont été interrompus, à cause du danger et de l'inefficacité des produits. Dernier exemple au Burkina Faso.

### UNE MISE AU POINT DIFFICILE, ET BEAUCOUP DE DÉCEPTION

On avait espéré trouver une formule de microbicide applicable.

Le microbicide se présente sous forme de crème ou d'ovule, qui se met dans le vagin et tapisse la muqueuse. L'effet de protection, c'est de détruire les bactéries, les virus, etc.

Trois essais de phase III ont été menés (essais d'efficacité en population). Dans un essai sur les microbicides, deux groupes sont constitués : il est demandé aux femmes d'utiliser dans le groupe A, des préservatifs et dans le groupe B : des préservatifs et le microbicide. Dans les trois essais proposés, le produit a été toxique et a même augmenté le risque de transmission, ce qui n'était pas le but recherché ! Les essais ont donc été arrêtés.

Lorsque ces produits ont été mis dans des coupelles d'expérimentation, ils étaient efficaces. Ils étaient bien tolérés lorsqu'on les essayait sur des personnes n'ayant pas de problèmes particuliers de santé. Au moment où on les a utilisés « en réalité », cela a donné des résultats négatifs, à l'inverse de ce qui était attendu, c'est-à-dire que la transmission a augmenté.

### POURQUOI LES CHERCHEURS NE RÉUSSISSENT PAS À METTRE AU POINT DES MICROBICIDES ?

Aujourd'hui, on n'a pas encore compris ce qui se passe dans les premiers instants, au moment où le virus est en contact avec la muqueuse. Pour entrer dans le corps dans le cadre de la transmission sexuelle, il doit traverser la muqueuse. Il y a les différentes couches de cellules qui font barrière au niveau de la muqueuse. Ce sont ces premiers instants de passage, dont on ne connaît pas encore très bien le fonctionnement. Les difficultés sont donc de trouver le ou les produits les plus appropriés et les moins toxiques, qui stopperaient le virus avant d'entrer dans la muqueuse.

On essaie aujourd'hui d'intervenir à plusieurs niveaux : le blocage avant l'entrée / le passage au niveau de la muqueuse.

Nous avons vu que cela se passait au niveau de la muqueuse. On essaie de renforcer les défenses locales, de mettre des gels qui seraient une barrière. On essaie aussi d'éviter que le virus « attrape » une cellule pour rentrer dans le corps et s'y multiplier.

Nous n'avons pas de microbicides disponibles dans la vie réelle. La dernière génération de microbicides est encore à l'étude, et contient des antiviraux spécifiques du VIH. Il y aurait donc là, la possibilité d'utiliser un produit - comme ceux que l'on utilise dans les médicaments -, et de le mettre dans des substances à utiliser localement. La question est de savoir si ensuite, cela ne risquera pas d'induire des résistances pour les traitements par voie orale. Nous n'avons pas de réponse et des recherches sont en cours.

Il existe des perspectives mais pas à court terme. Probablement que le microbicide du futur sera composé de plusieurs molécules, peut-être avec des antiviraux associés à d'autres produits : une sorte de barrière physique accompagnée d'un produit antiviral. Il y a plutôt une orientation des recherches sur une association de molécules qui permettraient de diminuer à la fois la quantité de produits, la toxicité, d'associer différents modes d'action et donc de renforcer l'efficacité, un peu comme le principe d'associer des médicaments dans un traitement de l'infection VIH.

Il faut persister, car le besoin existe, vous le savez. Une quinzaine de médicaments et molécules vont arriver. Les résultats ne seront pas pour les quatre ou cinq prochaines années. Cependant, l'espoir n'est pas perdu.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

Il y a toutefois plusieurs conditions : il faut reprendre la recherche fondamentale et comprendre comment se passe la contamination. C'est vrai que cela paraît hallucinant qu'au bout de vingt ans, on n'ait pas encore très bien compris. Mais les défenses et la réaction du corps lors du passage du virus dans la muqueuse, sont des phénomènes extrêmement compliqués. Il faut donc continuer et prendre en compte également tous les facteurs de co-transmission, tout ce qui peut favoriser le passage du virus et concevoir un microbicide qui répondrait à cette exposition multiple.

Continuer la recherche signifie aussi investir. Les essais coûtent cher : 30 à 40 millions de dollars pour un essai. Pour le moment, seule la recherche publique, en France, a choisi de le faire mais ce n'est pas suffisant. Les laboratoires pharmaceutiques, eux, ne voient pas le retour sur investissement et restent donc timides.

Il y a une raison pour laquelle les essais coûtent cher : ils doivent être éthiques. Ceci est un point sur lequel il est très important de tisser des liens entre les associations du Nord et du Sud pour contrôler l'éthique des essais, puisque les essais sur les microbicides se font principalement au Sud, le nombre de femmes concernées y est plus important. Quelles sont les exigences que nous devons avoir ? Lorsque l'on propose un essai avec un produit dont on ne connaît pas l'efficacité, il faut garantir aux personnes la possibilité de se protéger : il faut qu'il y ait un excellent *counselling* sur l'utilisation du préservatif, qu'il y ait une mise à disposition massive des préservatifs. Le produit proposé à l'étude doit être utilisé « en plus » des préservatifs. Et c'est seulement dans le cas où les personnes se protègent par l'association d'un préservatif et du microbicide que l'on va voir si ce dernier est efficace. Le risque est de ne pas encourager les personnes à se protéger pour voir plus rapidement le résultat. C'est pour cette raison que le *counselling* doit être fait par des associations où les personnes concernées puissent vérifier que les essais se font dans l'intérêt des personnes, et non pas dans l'intérêt de la recherche. D'autre part, l'information et le consentement éclairé doivent se faire en accompagnant les personnes.

Ces essais sont compliqués et coûtent cher, car il faut que beaucoup de femmes participent à ces recherches et qu'on les suive dans la durée pour mettre en évidence le rôle du microbicide mais il faut continuer et inciter les financeurs à investir. Il est vrai que ces dernières années, du côté des

américains, en particulier de la Fondation Bill Gates, il y a eu des investissements importants sur les microbicides.

Les difficultés rencontrées dans ces recherches, l'absence de solutions immédiates, nous conforte dans l'idée que la réponse à la question de la contamination des femmes ne doit pas être seulement une réponse technique et financière, mais aussi une réponse sur la question de leurs droits et de leur statut.

## C'EST QUOI LE DIAPHRAGME, ET QUE VIENT-IL FAIRE LÀ ?

Il s'agit d'un petit chapeau rose pâle, que l'on peut mettre sur le col de l'utérus, au fond du vagin. Cette méthode de contraception est surtout connue dans certains pays du Nord de l'Europe, et s'utilise avec un gel spermicide à visée contraceptive.

Ce n'est pas un moyen fiable de prévenir le VIH - je le dis immédiatement, avant d'être accusée de donner des informations fausses, l'hypothèse la plus communément acceptée est que la transmission du virus chez les femmes se fait prioritairement par le col de l'utérus où la muqueuse est plus fragile. Dans le vagin, la muqueuse a plusieurs épaisseurs, mais au niveau de la jonction entre le col externe et le col interne, la muqueuse devient fine (une seule épaisseur). Protéger le col pourrait aussi diminuer la transmission, je dis bien « pourrait diminuer ».

Des essais ont été réalisés en Afrique du Sud, et au Zimbabwe : on a proposé à des femmes séronégatives d'utiliser soit le préservatif seul, soit le préservatif avec le diaphragme et le gel. Le résultat de ces essais est peu concluant sur le plan de la santé publique et on n'a pas encore retenu l'indication du diaphragme car il semblerait que les femmes qui avaient la possibilité d'utiliser les deux, ont utilisé un peu moins le préservatif et craignant une augmentation de la contamination, l'essai a été arrêté. Cependant, dans la conclusion de l'essai américain dans ces deux pays, il est dit qu'il n'y a pas eu d'augmentation de transmission. Cela signifie qu'il faut continuer les essais, afin de savoir si oui ou non, dans une situation où les femmes ne se protègent pas, ou ne peuvent pas se protéger, ou ont du mal à imposer l'utilisation d'un préservatif, le diaphragme pourrait diminuer les contaminations, je ne dis pas qu'il faut remplacer le préservatif par le diaphragme Cette recherche reste donc toujours à faire en repensant

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

la façon de faire l'essai, et surtout à quelles personnes cela pourrait s'adresser.

Cela nous renvoie à l'intérêt de l'étude sur les comportements de protection dans le cadre de la circoncision. Dans cet essai sur le diaphragme, on nous met tout de suite en garde : le diaphragme fait diminuer l'utilisation des préservatifs et cela présente des risques ; mais on n'a pas dit la même chose sur la circoncision alors que tout permet de penser qu'il existe un risque que les hommes circoncis utilisent moins le préservatif : les études d'évaluation du comportement pour les hommes circoncis sont absolument nécessaires.

Les promoteurs des essais sur le diaphragme le disent aussi, la recherche doit donc continuer mais en revoyant certaines conditions. Je dis également – et j'en prends la responsabilité – nous ne pouvons lors de campagnes d'information et de prévention, positionner le diaphragme comme une méthode de protection vis-à-vis du VIH, mais lorsque l'on est dans un accompagnement des personnes, et qu'il existe une impossibilité de se protéger et de refuser des relations sexuelles, dans ces conditions proposer d'utiliser un diaphragme peut être un outil de réduction des risques, il est légitime de le faire. J'insiste bien sur le contexte dans lequel on peut dire cela. Je vous remercie.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Euphrasie, intervention de la salle

Je viens de Rennes. Je suis camerounaise, où je fais partie d'une association de personnes infectées et affectées par le VIH.

Ma question s'adresse au Docteur Carine Favier. Vous avez parlé des essais sur les microbicides ; vous avez dit que dans ces essais il était demandé que l'on utilise le préservatif en plus. Je voudrais vous dire que ce n'est pas ce qui se passe sur le terrain. En 1999, il y a eu un projet d'essais, qui a ensuite été interdit aux États-Unis. Je ne sais pas comment cela s'est passé, comment ils se sont arrangés, mais le projet avait été accepté et mis en place par le représentant d'une association internationale au Cameroun ; alors on a commencé à payer les femmes afin qu'elles testent ce microbicide. Mais elles n'ont pas utilisé le préservatif en plus du microbicide et je peux vous dire que cela a été l'horreur. Il a fallu que l'on contacte Act Up-Paris pour qu'ils interviennent au Cameroun afin de stopper cet essai. Alors j'aimerais savoir, lorsque des essais sont menés –

je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire – pourquoi des gens ne sont-ils pas sur place pour surveiller leurs déroulements ?

### Carine Favier

Merci pour cette intervention. Je participe, en tant que représentante d'une association qui milite pour les Droits des femmes, à la Commission de l'ANRS, qui justement, doit alerter sur la défense de l'intérêt des femmes et plus largement des personnes. Si j'ai souligné la question de l'aspect « éthique », au niveau des associations lorsqu'il y a des essais sur les microbicides, c'est que les conditions dans lesquelles les essais sont menés nous préoccupent beaucoup. J'ai aussi souligné cela, car les associations qui sont le mieux positionnées pour vérifier ce qui est prévu dans les essais et ce qui se fait sur le terrain, ce sont les associations de personnes vivant avec le VIH dans les pays où sont menés ces essais, et les associations qui travaillent avec les femmes qui vont être concernées. Cela s'est produit au Burkina Faso, où il a fallu intervenir avec l'association Yerelon qui était en contact avec un promoteur d'essais, (qui était le même qu'au Cameroun mais caché derrière une structure « paravent »). Il est vrai que les associations du Burkina Faso avaient été vigilantes, et avaient souligné l'aspect, par exemple, du consentement éclairé : comment voulez-vous que les personnes à qui l'on présente un consentement éclairé de quatre pages, écrit plus ou moins bien dans la langue qu'elles connaissent, saisissent les enjeux de ce qui va se passer ?

Personnellement, je suis plutôt avec vous et avec les associations comme Act Up, Aides, etc. pour être là, pour alerter sur la défense des intérêts des personnes, lorsque des essais se mettent en place. Actuellement, ces essais sont principalement faits par des laboratoires ou de grandes sociétés américaines et nous n'en avons pas la maîtrise et les difficultés à obtenir les protocoles de ces essais sont énormes. Par exemple, pour l'essai sur le Burkina Faso, on a eu beaucoup de mal à savoir ce que contenait le protocole, à savoir qui allait faire le *counseling*. La demande était bien que ce soit des personnes indépendantes, des associations dans lesquelles les femmes séropositives incluses dans ces essais étaient présentes et qui pouvaient justement permettre de vérifier que le « *counseling* préservatif » se faisait, et que les préservatifs étaient distribués.



## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

J'attire votre attention sur l'intérêt des liens entre les associations qui défendent les personnes vivant avec le VIH au Nord et au Sud, pour que lorsqu'un essai se met en place, nous puissions vérifier ensemble que ces questions-là soient correctement traitées. Pourquoi ? Car si les gens n'utilisent pas bien le préservatif, ils vont se contaminer plus vite, et cela coûtera moins cher à la recherche. Ceci explique qu'avec les essais qui coûtent cher il faut être extrêmement vigilants sur les aspects éthiques. Et comme vous l'avez fait, il ne faut pas hésiter à alerter des associations du Nord, pour qu'elles servent en même temps de porte-voix afin que les conditions éthiques soient remplies dans ces essais.

Je suis totalement d'accord avec vous. En 2005, une campagne a été faite en France sur la recherche sur les microbicides, à laquelle certaines associations ont participé et l'un des aspects essentiels était de veiller à la façon dont ils se faisaient. On sait qu'ils sont utiles mais on sait aussi qu'il y a un danger car ces essais coûtent cher et les investigateurs ont intérêt à ce que les gens ne se protègent pas. Concrètement : comment procèdent-ils, en donnant un peu d'argent pour les transports, pour l'alimentation ? Lorsque l'on sait que ces femmes sont dans des situations difficiles, ils peuvent leurs faire accepter des choses inacceptables. Je suis d'accord avec vous pour être extrêmement vigilantes sur la qualité éthique de ces essais.

### Une participante dans l'assistance

Je voudrais ajouter qu'en effet, un certain nombre d'essais ont été arrêtés. Beaucoup de personnes ont été contaminées et cela a posé de nombreux problèmes sur la nature des protocoles de recherches, notamment dans les essais sur le Nonoxinol-9, qui était un spermicide testé comme un microbicide : il y avait d'importantes présomptions au démarrage de l'essai sur le fait que cela pouvait être un produit nocif, et que les femmes qui testaient ce produit étaient davantage contaminées que les autres ; il y avait des problèmes éthiques également. Ceci pour abonder dans le sens de l'importance d'être vigilantes quand de tels essais sont montés.

Je voudrais également ajouter que sur ces questions, il y a parfois des désaccords entre les associations activistes du Nord, d'où l'importance que les associations au Sud qui sont sur le terrain soient mobilisées et expriment elles-même leur propre vision des choses.

L'autre problème c'est la prise en charge des personnes infectées dans le cadre de ces essais : des femmes qui se retrouvent contaminées dans ces pays où les traitements ne sont pas accessibles et où la prise en charge est excessivement chère. C'est extrêmement important à définir dans les protocoles.

### Carine Favier

Les recommandations prévues dans les protocoles de financement des essais – obligation internationale liée à l'action des associations sur le terrain –, indique que la prise en charge du traitement doit être prévue ; sauf que concrètement, une personne qui est contaminée lors d'un essai, ne va pas avoir besoin du traitement de suite. Que fait-on ? On le met dans « une petite banque » à son nom quelque part ? Évidemment, non.

Le problème est : où est l'argent qui est promis ? Celui-ci devra être disponible le jour où la personne – peut-être cinq ou six ans après – aura besoin d'un traitement. Elle dira à son CNLS que son traitement aurait dû être gardé quelque part ! Non, cela ne se passe pas ainsi. Il faudrait donc la mise en place d'une structure qui puisse être fiable et cela n'existe pas pour le moment. C'est le même problème pour les essais vaccinaux : l'engagement des protocoles prévoit que le traitement soit pris en charge pour les personnes qui se contaminent. Tout le monde signe, mais le jour où ils en ont besoin, le promoteur de l'essai est rentré dans son pays, et les gouvernements des pays concernés ne sont pas toujours présents pour payer le traitement aux malades. Cela fait partie des problèmes à résoudre pour ces essais, à savoir mettre en place des structures qui permettront d'avoir un fond dédié aux personnes ayant participé à des essais pour le jour où elles en auront besoin.

Tout cela est devant nous, et nous avons vraiment besoin de travailler ensemble pour que sur place les associations soient des sortes de « comités d'éthiques locaux », afin de contrôler ces essais à haut risque.

### Une participante dans l'assistance

Pourquoi les essais sur les microbicides ne sont pas menés dans les pays du Nord, sur des populations parfaitement informées, ou sur des couples sérodifférents ? Ou des couples séropositifs qui ne sont pas contaminés par le même virus ? Nous

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

savons tous très bien que l'on ne se protège pas en permanence, que même les couples séropositifs, sont prêts à se surcontaminer. Ces essais pourraient être menés sur nous, en étant parfaitement informés sur les risques de contamination, ou de surcontamination ? Pourquoi n'exigeons-nous pas cela ? Cela fait quelques années que je le dis.

### Carine Favier

Je suis tout à fait d'accord pour que ce soit une proposition issue de notre rencontre.

Cela a déjà été dit lors du dernier colloque et les chercheurs concernés par ces essais avaient dit que c'était une idée très intéressante. Je pense que les choses n'arriveront pas si nous ne renouvelons pas les demandes. Il faut suivre l'affaire et être présentes sinon, cela ne se fera pas. Il faudra continuer à intervenir, faire passer cette proposition, et voir comment la mettre en place.

### Une participante dans l'assistance

Il faudrait peut-être recruter des couples sérodifférents qui disent ne pas utiliser de préservatifs, car il y en a beaucoup. Il faut cesser l'hypocrisie et appeler les couples séropositifs qui n'utilisent plus de préservatifs. Commençons donc par recruter des couples qui disent ne pas utiliser le préservatif.

### Carine Favier

Me proposez-vous de lancer un essai ? **[Une participante dans l'assistance : Oui.]**

### Une participante dans l'assistance

Vous avez dit que les microbicides sont utilisés avec les préservatifs dans les essais. J'aimerais savoir si dans un avenir proche, cela pourra se faire sans préservatif, si la solution est trouvée ? Parce que, comment peut-on voir si cela fonctionne, si on met un préservatif ?

### Carine Favier

Nous ne connaissons pas la fiabilité de ces produits. On ne peut pas sélectionner 100 personnes utilisant le préservatif, et 100 autres utilisant le microbicide. Ce n'est pas éthique, car nous n'avons aucune garantie que ces produits soient efficaces.

On prend donc deux groupes, et on regarde ce qui se passe. Dans un groupe, les femmes utilisent les préservatifs, à 80 % environ par exemple. Puis, dans l'autre groupe, elles utilisent les préservatifs à 80 % mais en plus, on leur propose d'utiliser le microbicide lorsqu'elles ne se protègent pas avec le préservatif. Si dans un groupe, il y a 80 % d'utilisation, et dix personnes se contaminent ; et que dans l'autre groupe où il y a la même utilisation du préservatif + le microbicide, il y a seulement cinq personnes qui se contaminent, nous allons conclure que cela apporte quelque chose. Ce qui explique qu'il doit y avoir beaucoup de personnes pour voir la différence entre les deux groupes. Il faut faire la preuve que le microbicide protège et que cela a permis de diminuer les contaminations. Les microbicides utilisés actuellement ont augmenté les contaminations ; nous sommes donc loin du compte !

Certains produits ont été utilisés à fortes doses et fréquemment (souvent dans des groupes de prostituées qui avaient donc des rapports fréquents) et donc la toxicité peut être expliquée par les conditions d'utilisation.

### Une participante dans l'assistance

J'ai travaillé longtemps dans les associations au Cameroun, j'ai d'ailleurs participé à l'une de ces études en tant que conseillère psychosociale - une étude dont on a beaucoup entendu parler : le TDF.

J'ai été contacté par un membre d'Act Up-Paris qui est venu au Cameroun avec des journalistes ; ils ont supposé que je pouvais être plus « réaliste » en tant que membre associatif, pour essayer d'expliquer ce qui se passait. J'ai expliqué qu'il y avait eu des règles qui n'avaient pas été respectées, chose que j'avais déjà faite lorsque je suis entrée dans cette étude et que j'avais crié « haut et fort ». La responsable m'avait dit qu'ils allaient tenter d'améliorer cela.

Le montage du reportage de l'équipe de télévision a été catastrophique. J'estime qu'ils n'ont pas donné de bonnes informations : ils ont dit par exemple, que les femmes étaient en train d'être contaminées au Cameroun, etc. à la suite de quoi toutes les femmes que nous avons rencontrées, et qui ont vu le documentaire, ont compris que les préservatifs qu'on leur avait donné étaient infectés. Pendant longtemps, j'ai été obligé de me cacher puisque j'avais été exposée. On m'a jugée comme une criminelle.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

Autre chose : lorsque l'étude a débuté à Douala, les investigateurs ont rencontré des conseillères en milieu hospitalier pour qu'elles soient candidates pour aider à la mise en place de cet essai. Nous sommes venues de nombreuses associations, ceci avec l'accord et l'information des présidentes (car ne nous ne faisons rien sans l'accord et l'avis du président ou de la présidente). Nous avons constaté qu'il y avait des dérapages, et nous avons fait appel à Act Up. Immédiatement, les autres associations se sont levées, au lieu de chercher la vérité et essayer de donner des explications aux gens afin qu'ils comprennent.

Par rapport à l'éthique dans la recherche, il y a un vrai problème. Toutes les filles sont « perdues dans la nature » et continuent à se prostituer. Certaines ont été infectées au cours de l'étude et maintenant elles se débrouillent toutes seules.

Il faut penser à l'avenir des gens qui participent à ces études. Que deviennent ces personnes lorsqu'il y a un problème ? Je suis en France depuis un an et demi et il me semble que les femmes ont beaucoup de chance, car il y a de nombreuses structures pour les aider. Dans le Sud, c'est la catastrophe.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Carine Favier

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Je pense que notre rôle est d'aider au renforcement des associations localement, afin qu'elles soient en mesure de gérer ces questions, car elles sont plus proches de la réalité et de l'accompagnement des personnes.

### Frédérique Delatour

Hélène Freundlich, coordinatrice des actions femmes au sein de Sida Info Service va, elle nous parler du préservatif féminin.

### Hélène Freundlich

Avant de vous présenter les différents modèles de préservatifs au féminin, déjà diffusés ou encore à l'état de recherche, je vais revenir sur son histoire, et surtout sur les questions qu'il révèle.

Déjà connu dans l'antiquité, le préservatif féminin réapparaît ensuite au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il est déjà perçu à cette époque comme une possibilité de liberté supplémentaire. Il ne recevra pas,

comme son confrère masculin, les améliorations progressives fournies par la recherche, et disparaîtra totalement.

Dans les années 1970, dite de la libération sexuelle, l'abaissement de l'âge des premiers rapports sexuels, et un multipartenariat plus important, entre autres, ont favorisé la diffusion de la contraception orale. Le préservatif masculin a alors été aussi, remis dans les greniers de l'histoire.

Durant l'année 1983, l'épidémie de sida réinscrit le préservatif masculin dans le circuit de la prévention primaire des infections contractées par voie sexuelle.

Pour le préservatif féminin, il nous faudra attendre 1985 pour le revoir sous la forme d'un dispositif intravaginal, en polyuréthane ; puis encore huit ans pour sa commercialisation aux États-Unis, c'est-à-dire durant l'année 1993.

Dans le cadre du colloque « Femmes et infections au VIH en Europe » en 1997, dans l'atelier « Prévention de la transmission hétérosexuelle, alternative au préservatif masculin », une des quatre recommandations énoncées a été : la disponibilité des méthodes barrières, et notamment du préservatif féminin. Si on réclame la disponibilité du préservatif féminin, c'est parce qu'à cette époque en France, il est encore très peu diffusé, et peu connu du grand public.

S'il était légitime d'analyser, de vérifier l'efficacité de ce produit, le Fémidom®, d'élargir l'éventail des populations ayant recours à ces outils, d'en étudier et d'adapter sa communication pour une meilleure acceptabilité, il faut alors s'interroger sur les motifs qui le laisse aujourd'hui encore, insuffisamment répandu, et si peu présenté par les prescripteurs et les fournisseurs de contraceptifs.

Diverses campagnes régionales et nationales ont contribué à lui accorder une meilleure image. Les médias, les associations féministes ont entendu également la nécessité pour les femmes de disposer aussi d'outils de prévention qui soient à leur disposition.

Un certain nombre d'études ont également attesté qu'une meilleure connaissance du préservatif féminin, en améliorerait son utilisation. Cette connaissance favorise une plus grande maîtrise de la situation pour demander au partenaire d'utiliser un préservatif masculin ; et ainsi permettre une alternance des modes de prévention. Je cite-là, Madame Erica Gollub, présente à ce colloque de 1997.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

Par ailleurs, nous pouvons nous interroger sur cette distinction qui persiste aujourd'hui, entre prévention des infections sexuellement transmissibles, et contraception. Cette suspicion peut-être engendrée lorsque le préservatif est prescrit en même temps que la pilule. Rappelons-nous que l'histoire de la contraception a connu bien des aléas : celle justement de la pilule, n'a pas toujours reçu l'approbation, la publicité, la notoriété qu'elle connaît aujourd'hui. Le préservatif masculin n'était-il pas lui-même considéré comme un objet désuet, perçu comme très négatif. Son acceptabilité s'est faite par la force des choses, ou plutôt s'est imposée face au nombre de décès survenus dans la première décennie du sida.

Le peu d'enthousiasme que soulève ce préservatif féminin, son faible recours, nous interpelle également, sur les représentations plus symboliques d'un outil à l'initiative et à l'usage des femmes. Il devient nécessaire pour les femmes d'avoir à revendiquer encore une fois, « haut et fort » le droit de se protéger, comme elles l'avaient déjà fait par le passé pour l'accès à une libre contraception, à l'IVG et à leur sexualité.

Olympe de Gouges, durant les années 1790, appelait les femmes à la « Grève des ventres ». Les féministes des années 1980, ont réclamé elles aussi, le droit au contrôle de leur utérus. Oserons-nous aujourd'hui revendiquer la protection de nos vagins ?

Au fil des dernières décennies, la palette des outils de contraception s'est largement étoffée, et a pu ainsi s'adapter au plus près de la multiplicité et des variations des parcours amoureux et sexuels des femmes, et des individus en général. Ceci offrant le choix de passer de l'un à l'autre des outils, en fonction de son parcours amoureux et sexuel, sa situation sociale et financière, son orientation culturelle et religieuse – choisi ou imposé.

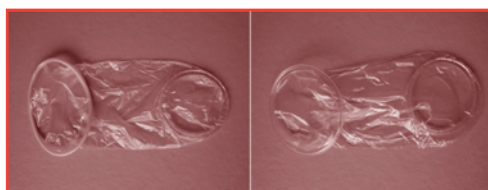
La performance et la technicité de ces différents outils de contraception, ne nous a pas pour autant permis d'en faire bénéficier la question de la prévention au féminin, ni d'aborder avec plus d'aisance et de liberté, l'approche de la partie sexuée des femmes ; plus précisément la connaissance et la visibilité quant à nos organes génitaux.

Le préservatif féminin nous amène directement à cette question, et à cette possibilité de nous interpeller sur cette sphère dont nous avons fini par en laisser la gestion technique au seul prescripteur.

Qu'en est-il aujourd'hui en 2007, de ce rapport au corps des femmes, en termes d'estime de soi, de droit ou de culture ? Car le préservatif féminin est fait de cela aussi. Il porte en lui des marques de l'imaginaire, de la culture, de la tradition du sexe féminin. Il suscite pour cela certaines réactions. Une des réactions est liée à sa taille ; pourtant, il est de la même longueur que son confrère masculin – juste un peu plus large – et n'augure ni plus ni moins, quant à la taille possible d'un pénis. S'agirait-il alors de sa largeur ? Il est effectivement plus large qu'un préservatif masculin, mais identique à la taille potentiellement possible d'un vagin, en ne restant que dans le cas de figure de la sexualité, sans ignorer que cette voie est aussi celle possible pour l'enfantement. Cela signifierait-il de façon visible, je cite « *ce territoire inconnu* », « *cette béance mystérieuse* », « *ce continent noir* » qui, de l'invisible passerait alors de façon crue, au possiblement visible pouvant être identifié, et donc identifiable.

Parmi les commentaires recueillis auprès des femmes et des hommes, certains perçoivent ce préservatif féminin comme un contenant, tel un sac, où le sexe de l'homme pourrait y être enfermé, attrapé. D'autres encore s'insurgent de la liberté que cet outil pourrait apporter à leur compagne. Certaines réflexions reviennent souvent : « *C'est compliqué. Il n'est pas très sexy, il fait du bruit, il est trop lubrifié, il est cher et introuvable dans les pharmacies.* ». Pourtant, je ne suis pas certaine que les femmes trouvent qu'un préservatif masculin sur un pénis, soit sexy ; pas plus qu'ils ne trouvent cela très glamour, qu'après les préliminaires, et selon la dextérité de leur partenaire, ou de la leur, il faille marquer un temps d'arrêt pour poser un préservatif masculin – en espérant ne pas se tromper de côté, ou pire que leur compagnon ne soit plus en érection.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.



Quant au bruit émis par les frottements, la matière du FC2 que vous avez, ici à droite, est promise à un avenir moins bruyant, bien que nous pouvons espérer qu'il ne viendra pas pour autant atténuer les bruits de nos étreintes amoureuses.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

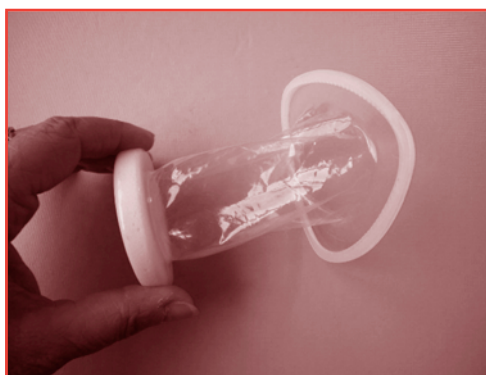
Complicé, on pourrait par ailleurs s'interroger sur la différence existante entre théories et pratique quant à l'utilisation même du préservatif masculin, lequel est communément perçu comme étant d'une utilisation simple, mais dans la pratique combien d'hommes et de femmes sont véritablement à l'aise, et le pose sans difficulté, voire pourrait le mettre dans l'obscurité – ce qui est malgré tout une situation d'utilisation assez répandue. Tout comme le préservatif masculin, le préservatif féminin nécessite un peu de pratique au préalable, afin d'en assurer une maîtrise correcte, voire agréable.

Concernant sa lubrification, jugé excessif pour certaines, le préservatif féminin est critiqué car cela favoriserait une pénétration pas forcément désirée par la femme. Pourtant, il peut aussi à l'inverse apporter une solution agréable en cas de lubrification naturelle défaillante, ou détériorée par des traitements thérapeutiques. Cher et insuffisamment diffusé dans les circuits commerciaux, la question du coût élevé et de la diffusion insuffisante du préservatif féminin semble avoir été bien entendue, et recherchée également par le fabricant du FC1 – et maintenant du FC2. Augurons qu'une communication effective et appropriée, et donc une meilleure connaissance auprès du public, un prix de vente plus proche de ceux déjà pratiqués pour les préservatifs masculins, fournira des arguments suffisants pour une diffusion commerciale moins frileuse. À laquelle viendra s'ajouter au plus d'un million de préservatifs féminins diffusés gratuitement par année, par nos institutions publiques.

En définitive, le préservatif féminin est comme le préservatif masculin, perçu comme un filtre obligé pour une sexualité sans risque, mais pour quelques uns ou quelques unes dénués de rêverie. Oui, d'évidence nos rêveries érotiques ne nous portent pas à imaginer d'emblée un sexe masculin, ou féminin couvert ; et notre besoin de la chaleur d'un autre que soit, ne porte pas naturellement à vouloir le voir entourer, ou recouvert de latex ou de polyuréthane.

Sur cette première partie, je tiens à souligner que beaucoup de témoignages de femmes séropositives qui utilisent le préservatif féminin, évoquent largement l'intérêt et l'importance de disposer de cet outil à elle. L'importance pour elles d'en maîtriser son usage et son utilisation, leur a permis souvent même d'oser aborder à nouveau une sexualité.

Certains des produits que je vais vous présenter maintenant sont commercialisés avec un marquage CE, dont je ne connais pas exactement l'origine, mais non distribués dans toute l'Europe, d'autres sont commercialisés dans quelques pays avec le marquage du pays de fabrication, ou font encore l'objet de tests de fiabilité, sous réserve ou présenté de façon confidentielle. Je vous les présente afin d'ouvrir notre réflexion sur la prévention au féminin de demain. Je ne peux pas, bien sûr en garantir leur fiabilité, ni pour certains mêmes, l'exactitude des renseignements qui m'ont été fournis.

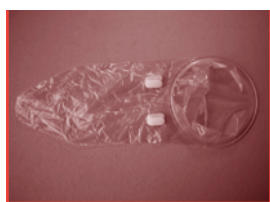


Celui-ci est un préservatif différent de ce que l'on connaît aujourd'hui en France. Il est en latex, qui est très semblable – pour celles qui l'ont connu – au Presinet, et fabriqué au même endroit, et repris par un autre distributeur. L'anneau extérieur souple, est en forme de « V », et l'éponge intérieure permet le maintien dans le vagin. Celui-ci aurait obtenu un marquage CE, et distribué en Afrique du Sud, au Brésil, en Allemagne et en Angleterre. Il y aurait des accords passés avec le Portugal, je ne sais pas exactement si cela s'est fait ou non. Ainsi que des demandes d'approbation à la FDA aux États-Unis, et avec l'OMS. Cela est donc en attente.



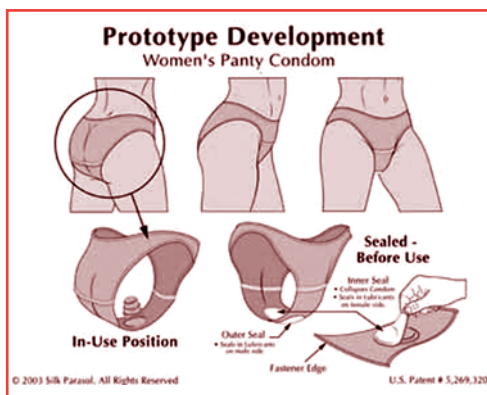
Celui-ci est un préservatif en polyuréthane, avec un anneau extérieur souple. La cape, sur l'image du milieu, on voit que le bout du préservatif est pris dans une sorte de capsule dissolvante et destinée à faciliter l'insertion. Les deux petits segments de mousse que l'on voit

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention



sur l'image du bas, serait en polyuréthane, et ils permettent au préservatif d'adhérer légèrement aux parois vaginales, afin de ne pas bouger pendant l'utilisation.

Celui-ci nous vient de Colombie. Il s'agit d'un slip qui se présente avec une fente, sur laquelle vient adhérer une pochette contenant un préservatif en polyéthylène. Il dispose d'un marquage CE, et d'une approbation colombienne. Il serait en cours d'examen auprès de la *Food and Drugs Administration*, et il est commercialisé en Colombie, au Panama, au Costa Rica, en République Dominicaine, au Vénézuéla et en Espagne. J'ai eu beaucoup de mal à les obtenir, cela m'a pris un an.



Ici, c'est une image de prototype ; je ne l'ai pas. Il s'agit du même système que le colombien : ce serait une culotte avec une fente sur laquelle viendrait adhérer une pochette, dans laquelle y a un préservatif en latex. J'ai très peu d'informations, et je n'ai pas réussi à être en contact avec ceux qui essaient de le fabriquer, je n'ai pas d'autres indications, et la photo n'est pas de moi. Les autres l'étaient.



Je vais terminer sur ceux qui viennent de Chine. Je mets énormément de réserves sur ces produits, voire de sérieuses interrogations. J'ai bien indiqué en gras, ce qui est indiqué comme mode d'emploi sur la boîte, textuellement : « *deux minutes, la substance active va tuer le virus du sida et tous les autres agents pathogènes. Réalisant de manière fiable la prévention du sida, les maladies vénériennes, ainsi que les préventions contre la grossesse* ». C'est textuellement ce qui est indiqué sur le mode d'emploi.

Je vous en ai fait une démonstration filmée ensuite. En haut, ce sont les différentes boîtes ; en haut, je vous ai mis un modèle photographié avec une pièce, pour se rendre compte. Il se mettrait apparemment au bout du pénis. Ce que l'on voit dans la suite du film, il ne reste plus que l'anneau, qui ressemble à un élastique, et le reste



Par les mêmes fabricants en Colombie, ce préservatif a été fabriqué en résine de synthèse. Il s'agit d'un préservatif qui peut se mettre soit sur le pénis, soit être introduit dans le vagin.

## Table ronde : recherche, les nouveaux outils de prévention

se dissout complètement dans l'eau.



Du même fabricant, ce préservatif liquide est indiqué pour les mêmes modes de protection. Le fabricant que j'ai réussi à avoir au téléphone – je tiens à dire que je ne porte pas de jugement – au-delà, je lui ai posé cinq questions, les quatre premières étaient relativement simples. La quatrième était sur la fiabilité, il a dit : « *Je vous entends moins bien, il y a du grésillement sur la ligne, donc on continuera à communiquer par mail* ». Pour le moment, il n'a pas répondu à nos questions par mail.

Les frontières étant ce qu'elles sont aujourd'hui, les possibilités Internet étant ce qu'elles sont, il est important de dire où en sont les recherches. Comme pour les microbicides, les recherches sont longues et coûteuses. C'est la raison pour laquelle un certain nombre de produits sont encore à l'étape de recherche. Toutes ces informations, je les ai collectées. Vous avez ici mes sources documentaires, et également mes remerciements aux personnes qui m'ont permis d'obtenir ces produits.

APPLAUDISSEMENTS DE L'ASSISTANCE.

### Frédérique Delatour

Nous devons terminer cette table ronde et laisser la place à Lasko et Jagdish Kinnoo pour un intermède en chanson.