

EXPÉRIENCE DE RECHERCHE-ACTION AUPRÈS D'IMMIGRÉS AFRICAINS DANS LA RÉGION PARISIENNE

Damien Rwegera

Introduction

En 1989, une « *Enquête qualitative sur Connaissances, Attitudes, Comportements vis-à-vis du sida, dans la communauté africaine résidant en France* » a été réalisée par les D^{fs} Brigitte Jambers et Moussa Maman pour le compte de FIRST¹ et de URACA² sous la direction du D^r Aimé Charles Nicolas.

Cette enquête avait pour objectif « l'élaboration d'une stratégie de prévention avec des messages ciblés et des moyens de communication adaptés »³ pour la prévention du sida dans les communautés d'immigrés africains vivant en France. Elle a dégagé les points suivants :

- insuffisance des connaissances sur les MST et le sida;
- origine occidentale du sida (prostituées, touristes, immigrés, homosexuels et toxicomanes blancs);
- conflit entre le discours des Africains et le discours occidental à propos de l'origine du sida et des comportements à risque;
- représentation du sida comme la maladie symbolique, sociale et morale de promiscuité avec les Blancs et ceux qui les fréquentent;
- non-existence de la chaîne de transmission interhumaine de la maladie sauf pour les épidémies;
- peur de l'exclusion liée au discours xénophobe de certains politiciens français (à propos du sida);
- rejet du préservatif considéré comme impur; les seuls rapports sexuels considérés comme « à risque » sont ceux que l'on a avec des prostituées professionnelles ou des malades du sida.

Depuis le mois de janvier 1993, l'URACA a élaboré un projet de recherche intitulé : « *Mise en évidence et analyse de l'évolution des connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du sida des communautés africaines vivant en Ile-de-France entre 1989 et 1993* ». Ce travail qui va démarrer incessamment est en quelque sorte une évaluation de notre action depuis trois ans et en même temps la mesure de l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements vis-à-vis du sida dans ces communautés.

Non seulement les changements de discours montrent que cette évolution existe mais également les demandes d'information et d'intervention dans les foyers d'immigrés ont considérablement augmenté ces derniers temps. Nous entendons dégager les différents facteurs qui ont concouru à cette évolution et disposer d'instruments de décision quant à la poursuite de notre action ou à sa réorientation.

Nous voudrions analyser ici l'expérience de recherche-action que l'équipe de l'URACA a menée auprès d'immigrés africains dans la région parisienne entre l'enquête de 1989 et celle qui va démarrer bientôt. Cette expérience couvre donc les années 1990, 1991 et 1992 et a été dirigée par une équipe composée de :

- M^{me} Giannotti Agnès, médecin ayant vécu et travaillé en Afrique, exerçant la médecine générale dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris (18^e arrondissement);
- M. Bachmann Christian, sociologue, maître de conférence à l'université de Paris Nord;
- M. Maman Moussa, médecin, ethnopsychiatre, a dirigé le service de médecine générale et celui de psychiatrie de l'hôpital de Niamey, directeur de l'URACA;

1. FIRST : Formation interventions recherche sida toxicomanies (27, rue Pierre Nicole 75005 Paris).

2. URACA : Unité de réflexion et d'action des communautés africaines (1, rue Léon 75018 Paris).

3. JAMBERS B. et MAMAN M. (1989) *Enquête qualitative sur connaissances, attitudes, comportements vis-à-vis du sida dans la communauté africaine résidant en France*, Rapport inédit, Paris, p. 2.

- M. Rwegera Damien, anthropologue, maître de conférence à l'université nationale du Rwanda, poursuivant actuellement ses recherches à l'EHESS (Paris), président de l'URACA.

Notre équipe comprend également de nombreux animateurs africains, griots, assistants sociaux, parents, étudiants... En outre, nous travaillons en étroit partenariat avec les professionnels médico-sociaux français soit dans les familles, soit dans les foyers et quartiers.

Organisation

Population cible

Les activités de prévention du sida dans les communautés africaines de l'Île-de-France, débutées en 1986, ont connu un essor important depuis 1990. Elles s'adressent, en ce qui concerne l'URACA, aux immigrés venus d'Afrique subsaharienne.

Le recensement de 1983 donnait 157 518 Africains d'Afrique noire en France. Avec l'immigration familiale des années 80 et l'arrivée des demandeurs d'asile du Zaïre, Ghana, Angola, Guinée-Bissau..., les estimations actuelles tournent autour de 500 000 étrangers originaires d'Afrique subsaharienne résidant en France. Ils sont surtout concentrés en Île-de-France (Paris : 18^e, 19^e, 20^e arrondissements; Seine-St-Denis : Aubervilliers; Hauts-de-Seine : Antony, Nanterre; Val-de-Marne : Créteil; Yvelines et Val-d'Oise). Une grande partie se trouve également dans les Bouches-du-Rhône⁴.

Le Mali, le Sénégal, le Cameroun et la Côte-d'Ivoire sont les pays les plus représentés dans ces communautés d'immigrés où le bambara, le soninké, le pulaar, le wolof, le djaraké, le lingala... sont plus parlés que le français.

Notre recherche-action a touché des ressortissants d'une quinzaine de nationalités, répartis dans les familles et dans plus de 20 foyers. La moyenne annuelle de personnes touchées directement par notre action oscille entre 2 000 et 3 000 personnes. C'est une population majoritairement musulmane, d'origine rurale dont une partie des familles est polygame. Ceux qui vivent dans les foyers ont laissé leurs femmes au pays.

Le niveau d'instruction est très bas puisque 70 à 80 % sont analphabètes. Les demandeurs d'asile, plutôt originaires des villes, ont un niveau plus élevé (primaire, secondaire voire universitaire).

Au sein des communautés africaines, l'URACA a une identité à la fois communautaire et professionnelle dans le domaine médico-social et de la recherche qui lui donne un rôle pivot pour le travail de prévention. Le sida est intégré dans le cadre des actions globales de prévention sanitaire et sociale que nous menons. Nous ne sommes pas perçus par la communauté comme une association qui s'occupe du sida mais comme une association qui « aide les Africains ».

Partenariat

Le partenariat n'est pas une affaire de mode dans le fonctionnement de l'URACA. C'est une démarche primordiale et vitale pour notre association surtout en ce qui concerne la prévention du sida : discussions et travail en commun avec d'autres associations pour la réalisation de certaines actions dans les foyers, les lieux de convivialité (*N'ganda*) et sur les quartiers; collaboration en vue d'élaboration de positions communes et participation à des réunions extérieures (congrès, colloques, etc.).

Au fil du temps, nous avons établi un partenariat actif avec :

- les associations communautaires africaines (Soleil d'Afrique; Association pour la promotion du Soninké (APS); diverses associations villageoises; Association des marabouts casamançais, etc.);

4. Jambers et Maman (1989), *op. cit.*, p. 2.

- les associations de quartier (Espoir Goutte d'Or (EGO); Salle St. Bruno; Habiter au quotidien; Accueil et Promotion; Accueil Goutte d'Or; Pilier d'Angle, etc.). Ce partenariat va être développé notamment avec l'Observatoire de la vie sociale qui se crée actuellement, au 9 rue St Bruno 75018 Paris, afin de rechercher une meilleure adéquation entre les actions entreprises et les besoins réels des communautés africaines;
- les institutions : Agence française de lutte contre le sida (AFLS), Croix-Rouge française, services municipaux de la ville de Paris, services hospitaliers, PJJ, PMI, DDASS, DGS, SSAE, UNESCO, écoles par l'intermédiaire des assistantes sociales scolaires et des psychologues;
- autres associations : FIRST, GRDR (Groupement de Recherche et de Développement Rural en Afrique de l'Ouest), Argos 94, Ouverture 84, etc.

Dans les communautés africaines nous poursuivons un dialogue permanent avec un groupe de marabouts, un groupe de responsables d'associations villageoises et d'associations féminines et un groupe de griots.

Ce partenariat et les réseaux qu'il implique nous ont permis d'intensifier nos actions dans les foyers, les lieux informels, les lieux publics, les lieux de convivialité (*N'ganda*), les familles et nous a conféré une crédibilité nécessaire à la réalisation de nos objectifs.

Action

L'enquête de 1989 sus-mentionnée nous a révélé les représentations du sida dans les communautés africaines d'Île-de-France, l'insuffisance des connaissances sur les MST et le sida dans ces communautés, le déni de la réalité sida comme maladie « africaine » et le rejet du préservatif.

Les objectifs de notre action ont donc consisté à :

- susciter une demande d'information sur les MST et le sida;
- travailler sur des concepts culturels opératoires capables de débloquer des situations et de diminuer les réactions de déni afin de favoriser l'acceptation du port du préservatif.

Après la prise en compte des représentations du sida nous avons axé notre recherche-action sur la prévention par des ateliers « arbre à palabre », un cycle annuel de conférences, la formation des personnes relais et une permanence d'accueil, orientation et prise en charge sociale et ethnopsychiatrique.

Les représentations du sida dans les communautés d'immigrés africains de la région parisienne

Les résultats de l'enquête de 1989 montrent que la maladie n'est pas d'abord biologique ni individuelle et que sa cause est exogène : transgression d'interdits; inobservance d'une règle sociale; maladies dues aux esprits, aux ancêtres, aux génies, aux sorciers bref ces résultats font écho aux travaux de Marc Augé, de Françoise Héritier-Augé, de Claudine Herzlich, de Sylvie Fainzang et d'autres anthropologues qui ont mené leurs recherches en Afrique dans le domaine de la maladie.

Pour le sida, si aujourd'hui la perception semble avoir changé, il y a trois ans, la plupart des interrogés l'identifiaient à un mal « blanc », parce que venu des homosexuels, des toxicomanes, des prostituées et des touristes blancs qui l'ont inoculé aux Africains les fréquentant pour ensuite accuser l'Afrique d'en être l'origine. Longtemps cette accusation a été ressentie comme une injustice, une de plus, moralement et psychologiquement intolérable. Encore aujourd'hui, la question de l'origine du sida est rituelle dans toute séance d'animation dans les foyers. Nous y reviendrons plus loin.

Rejetée unanimement par les immigrés africains, cette accusation a donc été retournée et une histoire de rapports sexuels qu'une femme blanche aurait eus avec un chien dans la forêt a couru dans les foyers comme étant l'origine du sida. Certains avancent même que le prophète Mahomet a prédit cette épidémie comme punition d'Allah pour tous ceux qui n'observent pas les règles d'hygiène et de pureté.

Perçu comme une affaire d'impureté, le sida serait donc une maladie que des individus aux pratiques perverses attrapent en transgressant les lois sociales. Ainsi en est-il des homosexuels, des zoophiles, des toxicomanes et des prostituées.

Des extraits de l'enquête de 1989 sont explicites (p. 29) :

« Les Blancs font l'amour avec des chiens, j'ai vu ça à « Ciel mon mardi » (une émission de télévision). Tous ces gens en Occident, qui vivent seuls avec leurs chiens, leurs chats. Cette façon qu'ils ont de se conduire avec leurs animaux. Cette publicité à la télé pour leur nourriture. Ces chiens ce sont leurs... amants... ils sont seuls et ne peuvent pas vivre sans rapport sexuel... Alors ! » (Malienné, 34 ans). « C'est une maladie du monde civilisé, avec toutes ces conneries. C'est une maladie qui touche les Blancs, les hommes à force de faire des trucs ensemble, ça donne des microbes » (étudiant angolais, célibataire, 24 ans).

Le sida c'est aussi la transfusion sanguine considérée comme dangereuse puisqu'on mélange « différents sangs ». Le sang provenant d'un malade est impur et noir et si on l'injecte à un autre ce dernier attrape la maladie. Le problème est que lors d'une transfusion on ne connaît pas le propriétaire du sang qu'on reçoit. Il pourrait être impur. L'hôpital devient même suspect car c'est un « lieu de transfusion ». L'idée de contamination est vague et confuse et on a peur des prises de sang et des seringues.

L'adultère, la prostitution sont porteuses de « souillure ». De même les règles de la femme. Seuls donc ceux qui ont des rapports sexuels avec des femmes mariées commettant l'adultère, avec les prostituées ou avec une femme qui a ses règles peuvent être contaminés.

Tous les fantasmes et peurs de la contagion par les vêtements, les plats communs, les verres, les WC, etc. ont également parcouru les communautés africaines d'Ile-de-France.

Quant au préservatif, au début, les marabouts ne voulaient même pas prononcer ce mot et surtout pas toucher cet objet considéré comme impur. L'utilisation du préservatif par un homme lors des rapports avec une femme non prostituée est une insulte envers cette femme car c'est la considérer comme infidèle ou femme libre, à moins que ce ne soit le signe du vagabondage sexuel de cet homme. Dans un couple, le préservatif empêche le sperme de « nourrir la femme » et surtout de procréer. Dans ce contexte, la prévention est une affaire simple : il suffit de ne pas commettre l'adultère surtout pour une femme mariée et de ne pas aller voir les prostituées ou les femmes libres.

Mais rien ne vaut une bonne copine « en bonne santé » surtout si on a « un sang fort » pour éviter d'attraper le sida.

Certaines prostituées africaines (ghanéennes, sénégalaises, angolaises par exemple) n'utilisent pas les préservatifs dans leur travail, assurant qu'elles ont des remèdes qui les protègent, elles et leurs clients. Une Zaïroise a même affirmé qu'elle était immunisée.

L'enquête a montré par ailleurs que la séropositivité était une notion floue, difficile à comprendre et que beaucoup assimilent l'infection à VIH à la maladie et à une mort rapide (séropositivité = sida = mort). D'où la peur du test considéré comme dangereux; en effet, répète une Sénégalaise, « il y en a beaucoup qui refusent de faire des examens de sang parce qu'on peut les injecter. Ils pensent que le sida ce sont les Blancs qui ont tout manigancé pour tuer les Africains » (Sénégalaise, enquête 1989, p. 43). A tout le moins, l'examen est suspect : « Tu fais l'examen de sang, la première chose c'est le sida, et puis ça part dans les fichiers » (Zaïrois, enquête 1989 p. 43).

La peur d'être fiché et d'être exclu un jour n'a pas encore disparu chez les immigrés africains qui de ce fait refusent de se faire tester même quand des signes cliniques font craindre l'infection à VIH.

La prévention par des ateliers « arbre à palabre »

Les ateliers « arbre à palabre » ont été conçus sur le modèle de la palabre africaine. Le fait que le thème n'est pas connu d'avance, que le public n'est pas homogène (Africains de tous horizons, professionnels socio-sanitaires français) et que la palabre n'est pas organisée de la même manière dans toutes les sociétés africaines confère à ces réunions un caractère original, ludique et culturellement efficace (des intervenants recensent les arguments des autres au nom de la différence : on ne fait pas comme ça chez nous, ça n'existe pas, etc.).

Dans cet espace interculturel se forgent des concepts opératoires tel que « roi des maladies » qui pour les uns est la maladie mentale et pour les autres peut être le sida.

Thèmes traités lors de ces ateliers :

- maladie et exclusion, la société face au « roi des maladies »;
- difficulté de la transmission des messages de prévention du sida par les personnes relais : pièges et réalité;
- du plaisir à l'excès (alcool, toxicomanie, sexualité);
- émergence de comportements à risque et perte de repères dans l'Afrique citadine et l'Europe de la migration.

Ces ateliers sont des moments privilégiés où les immigrés prennent facilement la parole souvent dans leurs langues maternelles avec traductions simultanées, spontanées. Leur succès nous assure que nous avons trouvé là un moyen de débusquer les multiples non-dits sur le sida dans les communautés concernées.

Le cycle de conférences « Médecine, Santé et Culture dans le monde africain en France »

Comme nous l'avons souligné plus haut, notre recherche-action s'intègre dans un ensemble d'activités de prévention socio-sanitaire qui s'accompagnent de moments de réflexion soit au cours d'une conférence soit autour d'un dîner à thème. Quelques exemples de sujets abordés :

- violence, maltraitance, abus sexuel et traditions africaines;
- sida, culture et société;
- thérapies traditionnelles africaines en France;
- l'enfant africain à l'école;
- intégration et identité;
- communautés africaines et logement;
- sida, tabou ou réalité dans les communautés africaines ici et là-bas.

Les thèmes retenus touchent en même temps des problèmes cruciaux rencontrés par les immigrés (logement, travail, scolarisation des enfants) et des questions non perçues par eux comme urgentes (le sida) que nous tentons par cette démarche globale d'insérer dans leurs préoccupations quotidiennes. Les débats mettent aux prises les immigrés avec les professionnels socio-sanitaires français, les jeunes et les vieux, les particularités culturelles (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale), etc. Au bout du compte, le consensus l'emporte au bénéfice d'une nouvelle idée et pourquoi pas, peut-être, d'une nouvelle pratique comme solution aux difficultés jugées auparavant insurmontables.

La formation des personnes-relais

Cette formation est, chaque année, proposée dans différents réseaux d'intervention de l'URACA. Elle est faite dans le cadre du partenariat avec FIRST. Les relais sont choisis parmi les personnes volontaires. Nous tenons compte du rôle de chacun dans sa communauté de vie.

Exemples de rôles-clés :

- le colporteur : messenger de l'information de groupe à groupe;
- le leader : responsable qui a la confiance de tout le monde, organisateur;
- le confident : frère social à qui l'on s'identifie et à qui on peut se confier car il garde le secret;
- le journal parlant : celui qui apporte les informations venant de l'extérieur;

- le magistrat : celui qui ne dit rien mais quand il parle sa parole est presque sacrée;
- le frère social : celui qui n'hésite pas à donner de sa personne pour aider un compatriote en difficulté.

En trois ans nous avons formé 11 groupes variant de 5 à 14 personnes chacun. Ces groupes sont représentatifs de la diversité socio-culturelle de l'immigration africaine en France.

L'intellectuel y côtoie l'analphabète; la mère de famille, la prostituée; le célibataire, le marié; le chrétien, le marabout.

L'objectif de cette formation n'est pas de donner des cours de médecine mais plutôt de délivrer des informations simples sur l'épidémie du VIH. Ces informations portent à la fois sur des données scientifiques et des données culturelles. Elles doivent permettre aux personnes relais de transmettre avec leurs propres mots les éléments essentiels susceptibles de diminuer les comportements à risque des membres de leur entourage. La priorité dans cette formation est d'informer suffisamment les relais de la gravité de l'épidémie pour que le message circule de proche en proche.

Nous partons toujours de la demande des participants, mettons en relief, avec eux, leurs préjugés, les rumeurs sur le sida et les incitons à trouver dans leurs cultures respectives des concepts ou des mots capables d'exprimer les informations scientifiques, médicales dispensées dans la formation.

C'est ainsi que le préservatif est devenu « *bonnet protecteur* » ou « *chapeau puissant* » ou « *fougoula nafama* » ou « *fougoula bargama* », terme repris des langues mandingues par les personnes relais en formation. Avant de sortir, après la formation, on se demande mutuellement si chacun a sur soi son « *fougoula* ».

Trois mois après chaque formation et un an après, nous faisons avec les personnes-relais un bilan de leur action dans les communautés. Nous échangeons sur les difficultés rencontrées et les possibilités d'améliorer cette formation. Avec une moyenne de 30 personnes par relais, nous avons estimé à 2 850 les personnes touchées par ces relais. En un an, ces personnes ont distribué 1 572 préservatifs gratuits à l'appui de leur action. Elles auraient pu en distribuer le quadruple mais l'objectif était plutôt d'utiliser le préservatif comme support à l'introduction des messages de prévention. Certains relais ont été jusqu'à distribuer des préservatifs dans des lieux publics (bars fréquentés par des immigrés, ateliers de couture dans la Goutte d'Or) s'attirant des remontrances mais aussi des sympathies, l'ensemble étant couronné par des discussions sur le sida, le préservatif...

Les barrières de défense et les réactions de déni sont tombées lorsque des concepts culturels ont été trouvés dans les langues d'origine des immigrés.

La participation de marabouts à ces formations a été également déterminante dans l'acceptation de l'objet préservatif. Une collaboration est d'ailleurs née entre eux et les médecins de notre équipe pour la prise en charge des malades et des familles touchées.

Cette formation des personnes-relais est restée souple mariant la recherche et l'action, forgeant une méthodologie variée en fonction des groupes, des progrès de la recherche, des difficultés rencontrées et du changement des attitudes face au sida. Infectiologie, parasitologie, gynécologie (contraception, stérilité) hygiène, contamination ont été les thèmes rivaux et complémentaires du sida dans ces formations.

Ayant constaté, au fur et à mesure de cette formation, une évolution dans les comportements, il nous semble indispensable de faire un travail de recherche sur ces changements de mentalité afin de les analyser et d'en comprendre les déterminants.

Accueil, orientation et prise en charge sociale et ethnopsychiatrique

C'est une activité consacrée à la vie quotidienne des immigrés vivant en Ile-de-France : logement, problèmes administratifs et juridiques, emploi, etc. Dans le même temps, des demandes d'ordre médical (MST, peur du sida) et de dépistage sont enregistrées et traitées.

Refus d'asile politique, perte d'emploi, recherche de logement, procès, emprisonnement, délinquance juvénile, toxicomanie, violences sexuelles, violences conjugales, séropositivité, etc. sont autant de motifs qui amènent les intéressés à nous consulter. Les demandes viennent des membres des communautés qui nous connaissent et des équipes associatives ou institutionnelles (voir *supra* partenariat) qui nous adressent des cas difficiles qu'elles rencontrent. En 1992, nous avons assuré 157 entretiens pour 70 dossiers.

Ce travail nécessite non seulement des compétences mais également de la disponibilité. Or la plupart d'entre nous sont bénévoles. De plus, un tel service requiert la recherche permanente, la confrontation des pratiques, la connaissance des cultures d'origine de ceux qui viennent demander de l'aide. L'interdisciplinarité trouve ici un terrain dynamique, conflictuel et passionnant. Le D^r Moussa Maman, de notre équipe, a d'ailleurs réalisé en 1989, sous la direction du P^r Tobie Nathan (faculté de médecine de Bobigny), un travail sur les thérapies maraboutiques intitulé « *Magie blanche et psychanalyse noire* » (inédit).

Les migrants sont porteurs de la « réussite » de tout le groupe familial. Le marquage que constitue la séropositivité est donc vécu comme un échec de tout le groupe, impossible à admettre et à faire partager. La prise en charge et le suivi des patients est assez lourd, surtout quand le déni de la maladie est extrêmement difficile à surmonter. Bien souvent, des malades disparaissent dans la nature et ne seront suivis par personne. Certains rentrent en Afrique sûrs que les tradipraticiens de leur pays vont les sauver de la mort annoncée.

En dehors de ces différentes actions, nous participons aux manifestations publiques telles que les journées mondiales du sida chaque 1^{er} décembre. Nous le mentionnons ici juste pour souligner que nous avons constaté des retombées tangibles de ces manifestations.

Par exemple le 1^{er} décembre 1991, au Théâtre Déjazet à Paris, nous avons organisé un concert avec le grand griot malien Kassé Mady qui a chanté explicitement pour la lutte contre le sida. En même temps, nous avons distribué 5 000 grandes affiches-calendriers frappées d'un dessin du fameux « *fougoula nafama* » ou « *chapeau protecteur* ». Nous avons réalisé également dans ce théâtre, le même jour, une exposition « *Afrique-Lumière-Solidarité* » tiré d'un livret contenant des « *messages de solidarité des communautés africaines vivant en France aux malades du sida et à leurs familles* ». Ces messages ont été tirés des proverbes de toutes les cultures représentées dans les communautés.

A la suite de ce concert et de tout ce qui l'entourait, la demande en informations et en préservatifs a sérieusement augmenté. Un proverbe haoussa ne stipule-t-il pas que « *si la barbe de ton ami prend feu, mets l'eau à la tienne* » !

Méthodologie

Notre recherche-action est soutenue par deux enquêtes CAP : une au départ, réalisée en 1989 et dont les résultats nous ont permis d'orienter notre action et d'organiser la prévention pendant trois ans. Une autre à l'arrivée qui, dès qu'elle sera réalisée, nous fournira des éléments devant permettre la poursuite, l'infléchissement ou la réorientation de cette recherche-action.

Nous procédons également à la fin de chaque année à une évaluation pour voir si oui ou non nos objectifs ont été atteints et nous réaménageons notre travail en conséquence en nous fixant d'autres objectifs à atteindre pour l'année suivante.

Il faut signaler ici que nous sommes également tenus par nos engagements vis-à-vis de l'institution qui finance notre programme de prévention du sida, à savoir l'AFLS.

Notre méthodologie tient plus d'une philosophie que d'une méthodologie. Trois mots la caractérisent : *travail de fourni*.

L'enquête de 1989 nous a montré qu'on ne pouvait pas traduire de la médecine pour faire passer des messages aux immigrants africains. Nous faisons en sorte qu'ils identifient le danger mortel que représente le sida et qu'ils sortent les armes de leur culture pour combattre cet ennemi.

Nous sommes également des médiateurs. Nos activités aménagent toujours un espace de rencontre entre les communautés africaines et les professionnels qualifiés, susceptibles de les aider.

Le travail de fourni commence par des réunions informelles itinérantes dans les familles, les lieux publics et de convivialité, les foyers, etc. On parle de tout et de rien. On écoute de la musique, on boit du thé et/ou on regarde une cassette vidéo (ces éléments sont préparés d'avance); on parle aussi du sida et dans ce contexte, les langues se délient, les résistances tombent et on gagne en confiance.

Le travail de fourni continue par des réunions dans les foyers. Ces réunions formelles, si elles ont comme objectif la prévention du sida, n'imposent pas le sujet sida. La démarche doit être telle qu'on répond seulement aux demandes lorsqu'elles s'expriment et le travail de fourni consiste justement à faire émerger la demande. C'est long, difficile, ingrat mais nous croyons qu'avec le temps cette méthode sera payante.

Disons que nous n'avons pas eu le choix puisqu'il y a trois ans il était quasi impossible de faire une réunion publique sur le sida dans un foyer. En 1991, une animatrice de notre équipe pourtant habituée à mener d'autres activités sociales dans un foyer y a apposé notre affiche-calendrier. Les résidents en colère ont déchiré l'affiche et une explication s'en est suivi : la présence de cette affiche au foyer désignait ses résidents comme porteurs probables du sida.

C'est dans la formation des personnes-relais que notre recherche-action s'est le mieux exprimée en tant que recherche. En effet, le travail sur les représentations et la culture des participants a fourni la matière principale de la formation, libérant une créativité positive (le préservatif est en même temps bienfaiteur et puissant), quelquefois hilarante (le préservatif permet de faire tranquillement du « *arba arba* » : aller à gauche et à droite en bambara, c'est-à-dire avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires) autour d'un objet habituellement négativisé (le préservatif est perçu comme un remède inhibant, empêchant le plaisir, un mal nécessaire).

Si cette méthode peut être valable pour tous les groupes, nous avons constaté que les concepts produits sont différents mais complémentaires. Ainsi, lors d'une réunion d'évaluation commune de tous les groupes formés, nous avons vu lentement, au fur et à mesure que les gens rendaient compte de leur travail de relais, se former, avec des pièces connues, un puzzle jusque-là inconnu. Ce puzzle est devenu une grammaire permettant aux individus de dire et de faire eux-mêmes la prévention.

Et le travail de fourni continue sous forme organisée car désormais les résidents des foyers ou leurs délégués nous demandent de faire des réunions publiques chez eux pour parler du sida, projeter des films sur le sida. Nous avons même prévu, à leur demande, de former des formateurs qui iront sensibiliser leurs villages, au pays, pendant les vacances.

Nous savons que des jeunes gens utilisent les préservatifs dans les foyers. On sait aussi que tel frère, tel cousin, tel neveu les utilise. Mais à l'évidence nous ne sommes qu'au début du combat car les « visiteuses de foyers », entendez les femmes libres qui viennent rendre visite aux résidents, disent que beaucoup d'hommes ne veulent pas utiliser ce caoutchouc. D'autres méthodes, d'autres pratiques restent donc à inventer.

Sida et immigration

La question de l'origine du sida est révélateur des rapports entre les communautés d'immigrés africains et la société française. Les effets pervers de cette question sur la prévention n'ont pas fini de perturber notre recherche-action.

Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, à l'origine africaine du sida affirmée par des scientifiques et fortement médiatisée, les immigrés africains en France ont substitué l'origine « blanche », surtout américaine et homosexuelle du sida. On est allé jusqu'à affirmer que « *c'est une création de l'OMS pour lutter contre l'homosexualité, l'infidélité, la prostitution* » (Zairois, 23 ans, célibataire, enquête 1989).

Au-delà de ce paravent destiné à protéger les immigrés de toute intrusion dans leur vie privée, nous avons tenté de comprendre pourquoi cette question durcit et cristallise les rapports entre eux et leur société d'accueil.

« Dans les années 1920, la chambre de commerce de Marseille réclamait de bons Kabyles : ce sera une main-d'œuvre tranquille pour remplacer les Italiens insupportables et querelleurs »⁵. Les insupportables et querelleurs Italiens sont devenus Français et les bons et tranquilles Kabyles sont à leur tour devenus insupportables et querelleurs. Alors, on a fait venir les bons et gentils Africains qui, assure-t-on, actuellement, ne peuvent s'intégrer tellement ils sont mauvais.

En fait, pendant la journée les immigrés africains travaillent en France et le soir venu, ils rentrent en Afrique, c'est-à-dire dans leurs foyers, ces derniers étant organisés comme les villages d'origine.

Beaucoup sont mal logés ou ne le sont pas du tout, d'autres sont chômeurs, délinquants, clandestins ou sur le point d'être expulsés. Alors, dans une conjoncture pareille, parler du sida relève véritablement du masochisme. Comme si les sujets d'angoisse n'étaient pas suffisants !

Si nous sommes parvenus à réaliser notre recherche-action avec de tels handicaps, c'est que nous avons tout de même un atout : être des leurs ou considérés comme tel. La similarité de nos identités ouvre un espace de dialogue par lequel une appropriation par eux de nos propositions leur permettra peut-être de faire eux-mêmes ce qu'ils nous voient répéter à chacune de nos rencontres.

Réfugiés dans leurs foyers, leurs familles et leur culture, les immigrés africains en France investissent peu dans ce pays, ils rapatrient chez eux les gains de leur travail et restent démunis face au rejet de plus en plus visible dont ils sont l'objet. Les discours tenus par les autres sur eux en matière d'intégration ou de santé ne les atteignent pas. Pourtant, ils souffrent de toutes sortes de maladies jusqu'aux carences nutritionnelles chez des enfants. La scolarisation se fait mal chez les jeunes et l'analphabétisme règne chez les adultes.

Il faudra donc un travail gigantesque et des moyens adéquats pour non seulement faire la prévention du sida mais également s'attaquer à tout ce qui fait son lit : l'ignorance, la pauvreté, la précarité, le rejet et la non-reconnaissance de l'identité individuelle et collective des communautés immigrées.

Interdisciplinarité

Notre équipe est tellement soudée que l'interdisciplinarité se fait automatiquement et un peu dangereusement pour la recherche. Un des problèmes est de garder l'équilibre entre l'action et la recherche et, dans notre cas, la frontière entre les deux est floue. Un autre problème est celui de concilier les méthodes et démarches scientifiques propres à chaque discipline en présence, en l'occurrence l'anthropologie, la sociologie, la médecine et l'ethnopsychiatrie. L'enquête de 1989 a nécessité la collaboration de tous et il en va de même pour toutes nos actions. Notre règle est de respecter rigoureusement la démarche de chacun dans sa discipline mais le terrain nous impose de telles contraintes que nous sortons tous de nos schémas.

Le danger pour la recherche - auquel il est fait allusion plus haut - est que sur le terrain, le médecin est obligé de faire de l'anthropologie, l'anthropologue de la médecine, etc. avec une marge réduite de concertation. Le débat qui devrait précéder la pratique ne s'ouvre qu'après.

La formation des personnes-relais est assurée conjointement par les ressorts de nos différentes disciplines et la concertation est nécessaire avant comme après la formation. Nous confrontons tout (méthodes et contenus) et gardons nos divergences, lorsqu'il y en a. Nous faisons en sorte que pendant la formation les personnes-relais aient la possibilité de contester la démarche proposée. Le discours médical est quelquefois récusé par les relais qui se tournent vers les tenants des sciences sociales pour les prendre à témoin. Ainsi s'exprime la dynamique de notre interdisciplinarité.

5. *Croissance*, 339, Juin 1991, p. 12.

Dans l'élaboration de notre cycle de conférences nous veillons au respect des spécificités des disciplines impliquées et à leur complémentarité surtout dans le contenu.

Tout ceci est répercuté dans « *Les Cahiers de l'URACA* » que nous publions.

Il faudra sans doute veiller à ce que notre recherche-action ne souffre pas d'un consensus automatique et poli et qu'elle soit tout le temps soumise à la vigilance de l'arbre à palabre.

Conclusion

La recherche-action que notre équipe a menée pendant trois ans a d'abord tenté de susciter toutes sortes de demandes d'informations chez les immigrés africains d'Ile-de-France. Ensuite, elle a essayé d'augmenter leurs connaissances sur le sida. Enfin, elle a travaillé sur les représentations des immigrés concernant le sida pour produire avec eux des concepts opératoires capables de les amener à une diminution des comportements à risque en utilisant les préservatifs.

Cette démarche a intéressé des associations africaines qui, comme Imatunukakai au nord du Bénin, veulent que nous les aidions à réaliser leurs programmes de prévention du sida.

Aujourd'hui la pratique du terrain montre que les mentalités ont changé et sont plus réceptives. Reste que la prochaine enquête déterminera les caractéristiques de ce changement pour nous permettre soit de continuer nos pas de fourmi, soit de faire des pas de géant, pourquoi pas ?

Commentaires des rapporteurs

P^r Françoise Héritier-Augé

J'ai beaucoup apprécié le modèle que vous avez fourni sur la comparaison de deux époques et les changements de représentations au niveau des connaissances sur le sida, en France, en l'espace de trois ans où l'on est passé d'une représentation de l'agression à une représentation plus mixte. Cette question des origines est posée dans les communautés africaines, mais aussi dans les communautés maghrébines : elle l'est également en France. Et c'est vrai que quelle que soit la réponse rationnelle qu'on peut lui apporter, c'est toujours cette question qui est posée par les individus en présence desquels on se trouve. La réponse est toujours d'ordre fantasmatique. Vous avez rapporté ici le cas de la copulation fantasmatique d'une femme avec un chien. Il y a aussi les représentations de l'alimentation, avec l'image de « manger du singe » : ces représentations se portent sur les sociétés d'« en face ».

Ce que vous représentez de ces changements de connaissances, de comportements et d'attitudes m'évoque une étude, qui vient de sortir, de l'Américain Paul Farmer sur Haïti. Il montre chez les communautés haïtiennes, en une dizaine d'années, entre le « on dit » radiophonique et l'apparition de la maladie, tous les changements de comportements et de croyances par rapport à l'origine de la maladie, d'abord une maladie américaine avant de devenir quelque chose qui vient de soi, qui nécessite l'application d'une thérapeutique traditionnelle puis moderne, grâce à la biologie. Une évolution très intéressante est donnée dans ce modèle haïtien.

Dans votre matériel, y a-t-il un support par l'image ? J'ai trouvé important que vous laissiez venir les questions sans étaler votre connaissance : il faut, à partir d'une conversation préalable, amener le problème et le faire résoudre par les personnes elles-mêmes. Concernant le travail interactif dont vous parlez c'est, en effet, celui par lequel nous devons passer et qui est le plus efficace pour l'information.

Réponse de Damien Rwegera

Ce support par image vient après, mais il existe.

P^r Tapé Gozé

J'ai apprécié la démarche suivie par Damien Rwegera. Au niveau des modifications de comportements constatées, il y a certainement la formation qui a joué un rôle mais je me posais la question de savoir si le contexte social, lui-même, n'a pas joué un rôle. Au départ, il y avait une représentation idéologique du sida. Et puis, au fur et à mesure, compte tenu des remous de la société française certainement, il n'y a pas eu marginalisation car dans la société globale on demandait l'intégration des séropositifs et des sidéens. On a fini par comprendre que le sida ne vient pas de l'Afrique, que c'est une maladie qui est un peu partout. Est-ce que cette réinterprétation de la maladie n'a pas tranquilisé les consciences africaines et contribué à modifier leurs représentations dans le sens positif ? Il me semble que la société globale française a certainement joué un rôle dans ce sens-là.

J'ai aussi apprécié le fait qu'on vient de trouver l'arbre à palabres à Paris. Je crois qu'on ira le chercher par là pour le ramener parce qu'effectivement cette démarche est, aussi, intéressante pour nous. Le problème posé est de savoir si l'approche dans cette recherche-action, qui concilie la recherche et l'action, n'est pas une démarche qui pourrait être utilisée dans notre environnement pour rendre la prévention beaucoup plus efficace.

Doris Bonnet

Ce qui m'a intéressé, en tant que chercheur africaniste, c'est la non-intervention des africanistes dans le milieu de l'immigration.