Recherche-action « Conduite d'une action de réduction des risques sexuels dans la communauté africaine d'Ile de France »

Rapport final

Janvier 2014

URACA : Siège : 1 rue Léon
Administration : 22 rue de Chartres – tél : 01 53 09 39 20 - fax : 01 55 79 75 09
Accueil : 33 rue Polonceau – Tél : 01 42 52 50 13 – fax : 01 44 92 95 35
75018 Paris - association.uraca@wanadoo.fr - www.uraca.org

Sommaire

INTRODUCTION 4

SECTION 1
Etat des connaissances actuelles : le VIH/sida dans la communauté africaine : une problématique et un enjeu de Santé publique 5

1. La communauté africaine d'Ile de France : une population à risques 5
2. Etat des connaissances sur la prévention dans la communauté africaine 7
3. Le constat d'URACA 8

SECTION 2
Hypothèses et objectifs de la recherche-action « Conduite d'une action de réduction des risques sexuels dans la communauté africaine d'Ile de France » 9

1. Hypothèses de recherche 9
2. Objectifs de la recherche-action 10
3. Chronogramme de la recherche-action 11

SECTION 3
Cadrage méthodologique de la recherche-action 12

1. Pourquoi une recherche-action ? 12
2. Pourquoi une recherche-action « communautaire » ? 13
3. Un travail sur le groupe de pairs et auprès de la communauté africaine d'Ile de France 15

SECTION 4
Mise en œuvre opérationnelle de la recherche-action 17

Constitution du groupe de personnes relais et cadre des rencontres 17

PHASE 1 DE LA RECHERCHE-ACTION
Mobilisation et formation des relais de la communauté

1. Des freins culturels à la mise en place de comportements favorables à la réduction des risques sexuels 18

- Des représentations parcellaires ou erronées 18
- Le déni de l'existence du VIH/sida et autres maladies transmissibles 19
- Le tabou de la maladie sexuellement transmissible : vagabondage
- sexuel et pratiques immorales 19
- Des recours de santé mal ajustés 19

2. La place des femmes dans la communauté 20
3. Des situations de vulnérabilité face au VIH/sida 21
4. Des outils dédiés à la communauté 24

- Les Affiches 25
- Une vidéo : Moussa le Taximan 26
- Des roman-photo 26
- Un magazine d'actualités sur le VIH/sida 27
- Des brochures d'information 27
- Un dépliant sur le préservatif 28

PHASE 2 DE LA RECHERCHE-ACTION
Recueillir des données sur les pratiques sexuelles de la communauté africaine d'Ile de France

1. Un thème prioritaire : le manque d'information de la communauté conduit à prendre des risques en matière de santé sexuelle 29

2. Construction des hypothèses de recherche et détermination de l'outil de recueil des données 30
3. Le questionnaire d'enquête 33
4. Accompagnement à la passation des questionnaires 37
5. Eléments qualitatifs et quantitatifs du recueil des données 39

PHASE 3 DE LA RECHERCHE-ACTION
De l'analyse des données à l'animation de la journée de restitution

1. Analyse statistique des données récoltées 41
2. Proposition d'outils et restitution des résultats 45

- Une présentation « classique » des résultats 45
- Une pièce de théâtre « Mimi et Djaguer » 47
- Un conte de tradition africaine « le conte de Bogosse » 50

3. Un outil de diffusion de la démarche : la brochure 54

SECTION 5
Résultats analyse et recommandations et bilan de la recherche-action 56

1. Impact de la recherche-action sur le groupe de pairs : former des relais 56

- Des préalables au « travailler ensemble » 53
- Quels résultats en termes de processus pour le groupe de pairs ? 55

2. Conclusion et recommandations 59

- Recommandations 59
- Propositions d'action 59
- Des recommandations spécifiques sur la formation des acteurs relais dans la communauté 60

CONCLUSION 61

SECTION 6
Annexes 62

1. Bibliographie 63
2. Indicateurs de résultats 64
3. Liste des séances de travail et méthodologie employée 67
4. Brochure distribuée à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida 75
5. Résultat du questionnaire de satisfaction du groupe de personnes relais 83

Introduction

URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines) est une association communautaire créée en 1985, à l'initiative d'étudiants majoritairement originaires d'Afrique centrale, regroupés pour lutter contre la toxicomanie et la délinquance et mener des actions d'information dans leurs communautés.
A partir de 1987, à la demande du public qui était interpellé par le discours médiatique de l'époque sur le Sida en Afrique, l'association a étendu son champ d'action à l'information et à la prévention du SIDA.

Ses actions s'inscrivent aujourd'hui dans une dynamique communautaire, basée sur la participation active des membres de la communauté concernée. Elle aboutit à l'utilisation des éléments culturels comme points d'appui des stratégies d'intervention tout en travaillant à rendre possibles les liens entre les logiques de la société d'accueil et celles du pays d'origine malgré les décalages existants.

C'est dans la droite lignée de ces actions et des valeurs de l'association que nous avons entrepris cette recherche-action sur « la conduite d'une action de réduction des risques sexuels, dans la communauté africaine d'Ile de France » puisque URACA dresse le constat que « l'épidémie du sida touche les communautés africaines de plein fouet, ainsi, l'ampleur de l'épidémie en Afrique est connue de tous, mais il faut aussi savoir qu'en France, les migrants d'origine sub-saharienne sont actuellement les principales victimes de ce fléau. D'après les dernières données de l'Institut de Veille Sanitaire, ils constituent 50% des nouveaux cas diagnostiqués...L'heure est donc plus que jamais à la mobilisation de tous avec comme objectif la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de ces patients qui ne se soignent qu'une fois gravement atteints »1.

Pourquoi cette situation est-elle si prégnante au sein de cette communauté, qui reste vraisemblablement imperméable au discours de prévention ? Quels outils utiliser/créer pour renverser cet état de fait ? Quelles sont les ressources de la communauté face aux VIH/sida et aux IST ?
Autant de question qui nous mobiliseront pour cette recherche-action.

[1] www.uraca.org

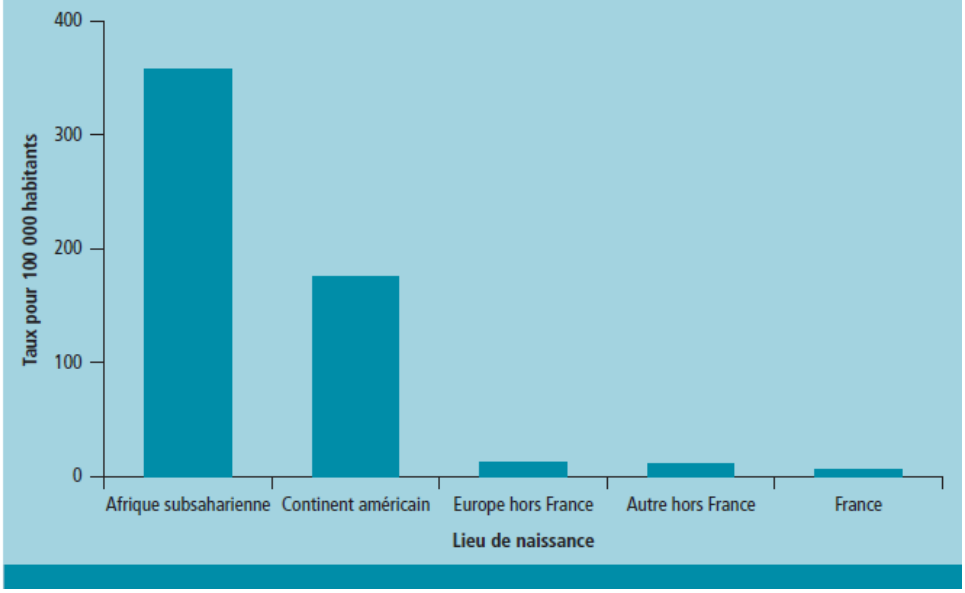
SECTION 1

Etat des connaissances actuelles : le VIH/sida dans la communauté africaine : une problématique et un enjeu de Santé publique

1. La communauté africaine d'Ile de France : une population à risques.

Les données issues des différents observatoires nationaux et organismes de lutte contre le sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST[2]) nous dévoilent très clairement le risque accru « d'infection par le VIH dans la population étrangère vivant en France, et notamment parmi les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne. Au 31 décembre 2002, le taux d'incidence cumulée du sida était quinze fois plus important au sein des étrangers originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne qu'au sein de la population française »[3].

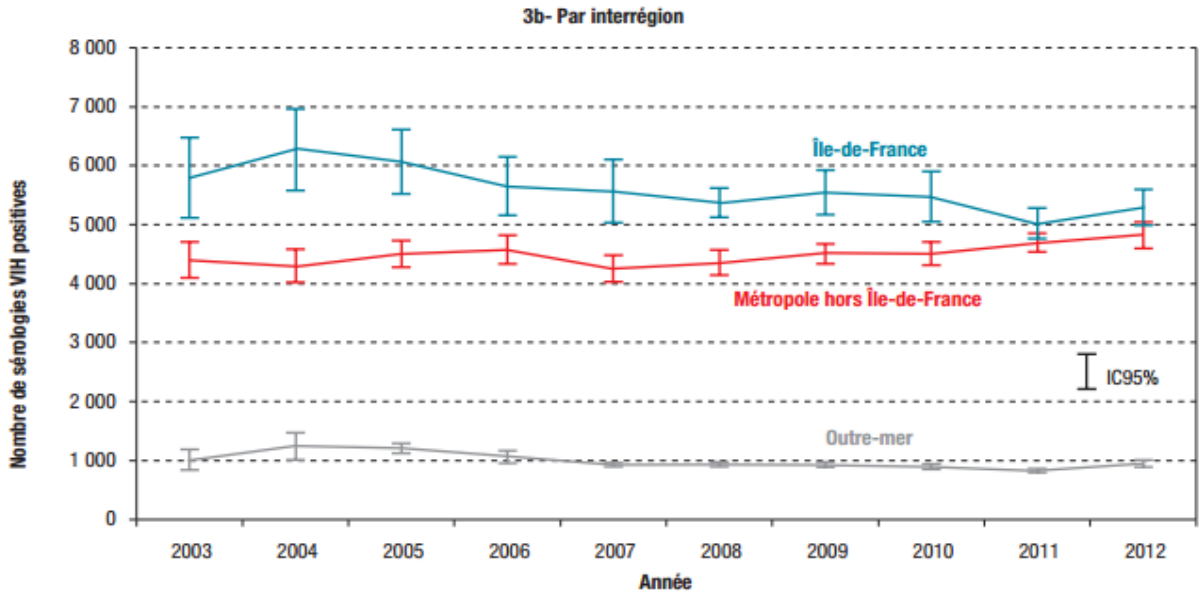
Figure 1 **Nombre de découvertes de séropositivité à VIH en 2009, par lieu de naissance, rapporté à la population vivant en France (Taux pour 100 000) /** ***Figure 1 Number of new HIV diagnoses in 2009 per 100,000 population living in France, by place of birth***



« Parmi les 6 700 découvertes de séropositivité à VIH [...] déclarés en 2009, environ la moitié concernait des migrants. La part de l'Afrique subsaharienne était importante, puisque 70% des migrants découvrant leur séropositivité VIH, 54% de ceux pris en charge pour une HBC et un tiers de ceux déclarés pour une tuberculose étaient nés dans cette partie du monde.
Les taux de découvertes de séropositivité VIH étaient, en 2009, dix fois plus élevés chez les migrants que chez les non-migrants »[4].

[2] Infection Sexuellement Transmissibles
[3] Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida – Connaissances, attitudes, croyances et comportements ». Collection Etudes Santé. Ed. INPES. 2008.
[4] Bulletin Epidémiologique de l'Institut National de Veille Sanitaire - Numéro thématique « Santé et recours aux soins des migrants en France ». 17 janvier 2012. N°2-3-4.

Ce constat reste particulièrement vrai en Ile de France, première région métropolitaine qui concentre « la proportion élevée de personnes de nationalité étrangère parmi les personnes touchées par le VIH (tableau 3b ci-dessous). Ce constat est vrai que ce soit parmi celles, entre 2006 et 2010, qui ont découvert leur séropositivité (56% en Ile-de-France vs 22% en province), qui ont été diagnostiquées au stade sida (56% vs 20%), ou encore parmi les patients vivant avec le VIH suivis en 2010 dans les Corevih franciliens [...] En Ile-de-France, comme dans le reste de



l'hexagone, la très grande majorité des personnes étrangères touchées par le VIH sont originaires d'Afrique subsaharienne [2], dont la plupart de quatre pays où l'épidémie de VIH/sida est généralisée (prévalence supérieure à 1%) : Côte d'Ivoire, Cameroun, république du Congo, Mali. »[5]

Il faut ajouter à cela que la population africaine francilienne cumule des facteurs défavorables, propices à l'endémie des IST dans la communauté :

- Refus du dépistage pour une majorité : 55% des étrangers originaires d'Afrique refusent le dépistage
- Un recours tardif au dépistage (45.3% diagnostiqués avec une affection avancée) – notamment pour les femmes qui se font plus fréquemment diagnostiquer pendant leurs grossesses.
- Déterminants de la santé très défavorables : problèmes d'instabilité administrative, d'accès au logement, défaut de revenus et/ou d'emploi, éclatement de la cellule familiale, parcours migratoires difficiles...

Au sein de ce constat, une attention toute particulière est également à apporter aux femmes : en effet, celles-ci sont plus vulnérables que les hommes de leur communauté car elles connaissent moins bien les modes de contamination, sont moins éduquées, éprouvent de plus grandes difficultés à négocier le préservatif/dépistage avec leur partenaire et sont plus fréquemment victimes de violences sexuelles que les hommes.

Ces constats amènent donc les pouvoirs publics à se préoccuper des pratiques sexuelles à risques dans cette communauté à forte prévalence. Il apparait donc nécessaire de « poursuivre les actions de prévention et de renforcer les stratégies de dépistage et d'accès aux soins auprès

[5] Bulletin de Santé de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de de France « Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France »– Décembre 2011, n°18.

de ces populations, tel que préconisé par le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012»[6].

2. Etat des connaissances sur la prévention dans la communauté africaine

Pour enrayer l'endémie des IST dans la communauté africaine d'Ile de France, les derniers programmes nationaux, régionaux et locaux préconisent tous de soutenir et mettre en œuvre des programmes de prévention primaires et secondaires, afin de sensibiliser les populations à risques.

Toutefois, tous les intervenants travaillant au contact de ces populations s'accordent à dire que « faire de la prévention en population migrante africaine est un travail spécifique ». Bien qu'identifiée comme une communauté prioritaire concernant la réduction des risques sexuels, cette population « demeure peu touchée par les messages de prévention. Toutes sortes de barrières peuvent infléchir la performance attendue des interventions éducatives au sein de cette communauté. [...] Leur identification et leur compréhension constituent un défi majeur pour la prévention. Elles devraient permettre de développer des messages de prévention culturellement adéquats et acceptables en direction des populations migrantes »[7].

Car l'expérience en témoigne, si l'action se limite à la diffusion d'informations médicales ou à des injonctions éducatives préconisant, par exemple, l'unique emploi du préservatif ; elle ne peut obtenir les résultats escomptés. L'interdépendance de facteurs socio-culturels, psychologiques, environnementaux, économiques nous amène donc à considérer que la prévention doit également refléter ces réalités très fortes, qui impactent les comportements de la communauté. Dès lors, nous ne pouvons faire l'impasse d'une approche culturelle de cette problématique car elle « est en l'occurrence nécessaire à la prévention et au traitement de l'épidémie, afin d'aborder tous les aspects du problème.

Il s'agit donc de pouvoir :

- Asseoir le développement sur les éléments liés aux mentalités, traditions, croyances et systèmes de valeurs qui doivent être pris en compte, pour des raisons pratiques et éthiques propres à chaque société, dans la mesure où ils sont susceptibles de renforcer des changements nécessaires ou de les entraver, s'ils ne sont pas correctement identifiés, et où ils interféreront nécessairement dans l'action engagée ;
- Mobiliser les ressources culturelles des populations données, afin de bénéficier de leur soutien, quand il s'agira, grâce à l'identification commune de l'action et des besoins, d'apporter les changements nécessaires à la manière de penser et de se comporter en vue d'un développement humain durable »[8].

Le rapport de la FNUAP (Fond des Nations unies pour la population) relève ainsi les écueils suivants à la mise en œuvre d'actions de prévention pertinentes et efficientes (d'après des observations de terrain menées au Burkina-Faso, Mexique, Maroc, Népal, Philippines et Ouganda)[9]:

---

[6] Bulletin Epidémiologique de l'Institut National de Veille Sanitaire - Numéro thématique « Santé et recours aux soins des migrants en France ». 17 janvier 2012. N°2-3-4.

[7] M. Louhenapessy et B.P Baruani, « La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne : spécificités et contraintes », paru dans Santé conjuguée - Cahier : patients sans frontières : l'approche interculturelle en soins de santé primaires. Janvier 1999

[8] « Information/éducation/communication culturellement appropriée » Manuels méthodologiques, série spéciale, numéro 1 - Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel UNESCO, 2002

[9] Rapport du FNUAP, UNESCO, 1999.

- Des stratégies de prévention qui restent trop axées sur la transmission de connaissances théoriques et non sur la mise en œuvre de changements de comportements individuels / collectifs.
- Des actions qui ne touchent pas leur public cible, en raison d'un manque de spécificité identifié dans des projets trop généralistes ; ou à l'inverse, d'approches individuelles là ou des approches communautaires se sont révélées opportunes.
- Une absence de recherche sur les comportements sexuels de la communauté, ainsi que sur les systèmes de valeurs et de représentations sous-jacents.
- Des procédés de communication unidirectionnels, en « top-down »
- Des programmes ou articles ne correspondant pas à la réalité de l'offre de service disponible
- Des médias traditionnels qui ne sont pas utilisés, voire non identifiés.

3. Le constat d'URACA

Pour l'association, les données épidémiologiques reflètent le risque accru d'infection par le VIH/sida dans la population étrangère : la transmission du VIH est particulièrement importante chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne, pour qui le taux d'incidence est 69 fois supérieur à celui observé dans la population hétérosexuelle française.

URACA dresse également ce constat de la difficulté à faire de la prévention, au sein de cette communauté qu'elle connait si bien : « l'évolution de l'épidémie du sida a conduit notre équipe a constamment repenser ses actions et innover dans ses stratégies pour s'adapter efficacement aux réalités changeantes. Acteurs de terrain, nous savons que l'épidémie touche de plein fouet les immigrés originaires d'Afrique sub-saharienne. En effet, il nous faut renforcer la mobilisation car ces communautés arrivent tardivement à l'hôpital, ne sont pas dépistées et sont relativement imperméables aux campagnes de prévention tout public. Nous allons donc réaliser une recherche-action en vue de la réalisation d'un outil de prévention qui servira aux migrants originaires d'Afrique ».

Dans la continuité des actions menées, la recherche-action proposée trouve ainsi toute sa place dans le cadre de son programme « Les femmes africaines se mobilisent contre le sida ».

SECTION 2

Hypothèses et objectifs de la recherche-action « Conduite d'une action de réduction des risques sexuels dans la communauté africaine d'Ile de France »

1. Hypothèses de recherche

Les résultats attendus de cette recherche-action sont multiples :

- Recueillir des données sur les pratiques sexuelles des migrants en Ile de France par le biais d'une enquête
- Former des personnes relais à la prévention, au sein de la communauté.
- Réaliser un outil de prévention/capitalisation des résultats obtenus

Pour répondre à l'ensemble des questionnements posés lors de l'état des lieux scientifique et de terrain, nous souhaitons poser les hypothèses de recherche suivantes :

- **Il existe des spécificités dans la culture africaine qui nécessitent des aménagements concernant les dispositifs de prévention dits « classiques »**

- **Au regard de ces spécificités culturelles, la formation de relais issus de la communauté, présente une réelle valeur ajoutée pour la prévention au sein de cette population francilienne.**

Nous avons choisi ces deux axes de travail distincts, afin de pouvoir cerner la problématique de façon globale et ainsi tenter de prendre un compte un maximum de facteurs déterminants pour une meilleure compréhension des prises de risques sexuels dans la communauté. Ces objectifs de travail nous ont également permis de nous donner des orientations précises à chaque séance de travail, dans le but de progresser dans l'analyse de ces déterminants.

Pour sensibiliser les personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels, nous avons fait le choix de séquencer ces objectifs opérationnels en axes de travail, déclinés dans le tableau suivant.

2. Objectifs de la recherche-action

<table>
<tr><td colspan="3">Objectif Général :

Favoriser l'adoption de comportements favorables à la réduction des risques sexuels chez les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne et vivant en Ile de France</td></tr>
<tr><th>Objectifs stratégiques</th><th>Objectifs spécifiques afférents</th><th>Objectifs opérationnels</th></tr>
<tr><td><u>Objectif n°1</u>

Mobiliser et sensibiliser les personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels dans la communauté</td><td rowspan="3">• Identification des représentations de la communauté africaine d'Ile de France, concernant les risques sexuels

• Identification des freins à l'adoption des pratiques de réduction des risques sexuels

• Identification des stratégies mises en œuvre par la communauté, pour pallier à ces freins</td><td>• Mobilisation d'un groupe de personnes relais
• Formation des personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels
• Analyse des outils de prévention existants</td></tr>
<tr><td><u>Objectif n°2</u>

Conduire une recherche-action s'appuyant sur les personnes relais mobilisées</td><td>• Accompagnement à la passation de l'outil
• Construction de la méthodologie de la recherche-action
• Construction de l'outil de recueil des données Analyse des résultats obtenus</td></tr>
<tr><td><u>Objectif n°3</u>

Mettre en œuvre les recommandations issues du travail de recherche-action</td><td>• Identification des temps de vulnérabilité et des parcours de vie des membres de la communauté

• Réflexion sur la posture des personnes relais sur la question des risques sexuels.</td><td>• Création d'un outil de prévention /capitalisation mettant en œuvre les enseignements tirés de la recherche-action
• Animation d'une journée de restitution à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida</td></tr>
</table>

3. Chronogramme réalisé de la recherche-action

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Jan. 2013	Fév. 2013	Mar 2013	Avril 2013	Mai 2013	Juin 2013	Juil. 2013	Aout 2013	Sept 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Déc. 2013	Jan. 2014
Objectif spécifique 1 : Mobiliser et sensibiliser les personnes relais (hommes et femmes) aux pratiques de réduction des risques sexuels	**Objectif opérationnel 1-1 :** Mobiliser les personnes relais		■											
	Objectif opérationnel 1-2 : Sensibiliser les personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels				■	■	■							
	Objectif opérationnel 1-3 : Permettre à ces personnes relais d'analyser les intérêts et les limites des différents outils de prévention des risques sexuels existants													■
Objectif spécifique 2 : Conduire la recherche-action en s'appuyant sur les personnes relais	**Objectif opérationnel 2-1 :** Construire la méthodologie de recherche-action							■						
	Objectif opérationnel 2-2 : Construire l'outil de recueil							■						
	Objectif opérationnel 2-3 : Conduire la recherche-action							■	■	■	■			
	Objectif opérationnel 2-4 : Analyser les résultats de la recherche-action et formulation des recommandations											■	■	■
Objectif spécifique 3 : Mettre en œuvre les recommandations issues du travail de recherche-action	**Objectif opérationnel 3-1 :** Accompagnement des personnes relais dans la mise en œuvre des recommandations dans le cadre d'actions de prévention par les pairs	Réalisation partielle lors de la journée de restitution du 14/12/2013 Perspectives qui feront l'objet d'un projet sur 2014												
	Objectif opérationnel 3-2 : Capitaliser les acquis de l'action de prévention par les pairs													

SECTION 3

Cadrage méthodologique de la recherche-action

1. Pourquoi une recherche-action ?

Au vu des premiers éléments diagnostic établis ci-dessus et des objectifs fixés, l'Institut Renaudot a validé, en concertation avec URACA, que la méthodologie de la recherche-action semblait la plus adaptée pour répondre aux besoins identifiés.

Cette identité double, de recherche : « dans le but d'acquérir ou de produire des connaissances dans le domaine étudié »[10], corrélée à l'action : « dans le but de mettre en œuvre une transformation de la réalité et des pratiques », permet à ce dispositif d'être un processus spécifique à chaque équipe de chercheurs/acteurs, qui forge ainsi ses propres outils, qui définit le problème, l'analyse et le résout.

La recherche-action n'est donc pas une méthodologie « clés en main » mais un processus qui peut évoluer en cours de mission car basé sur les membres du groupe de travail constitué pour ce faire. Ce type de démarche exige plus de temps et d'engagement individuel et collectif qu'une « recherche traditionnelle ».

Les spécificités de la méthodologie de recherche-action se retrouvent dans :

- Une implication et une participation forte de l'ensemble des acteurs du projet dans une démarche de production de connaissances et de réinvestissement de ce savoir sur leurs pratiques et dans la conduite de l'action. Le processus de la recherche peut aussi avoir un effet de prise de conscience de leurs propres ressources chez les acteurs/chercheurs.

- Une approche empirique et qualitative, centrée sur l'expérience et le partage de pratiques ; la co-formation et l'enquête qui se déroulent en milieu ouvert. Afin de favoriser une démarche de découverte, une approche par la pratique est privilégiée à une approche donnant la primauté au concept.

- Un rôle d'accompagnateur, de porteur et d'observateur/co-chercheur a été assuré par la coordinatrice de prévention référente de l'action à URACA et une consultante de l'Institut Renaudot.

Aussi, nous nous sommes attachés à soutenir ces deux niveaux de réflexion/action de façon conjointe et intrinsèquement mêlée :

- Que ce soit au niveau du groupe de travail lui-même, comme objet d'étude et de transformation des comportements individuels

[10] Dick (1998) ; Gill et Johnson (1991) ; Gumesson (1991) in **Participation et responsabilités sociales: un nouveau paradigme pour l'inclusion des personnes avec une déficience intellectuelle** de Viviane Guerdan, Geneviève Petitpierre. Ed. Peter Lang SA, 2009.

- Que ce soit au niveau des interactions avec le reste de la communauté : à la fois recherche avec l'enquête ; et action avec la prévention qui y était associée.

2. Pourquoi une recherche-action « communautaire » ?

Comme défini plus haut, il nous apparaissait nécessaire d'ancrer culturellement cette recherche-action sur la réduction des risques sexuels par les pairs, dans la communauté africaine d'Ile de France. Aussi, l'Institut Renaudot est venu accompagner le groupe de travail sur cette question du communautaire.

Les démarches communautaires en santé consistent, en effet, à partir des savoirs et des pratiques de santé des populations concernées, à reconnaître leurs potentialités et leurs préoccupations et à les aider à formuler des priorités et à les réaliser. Les compétences des professionnels viennent alors en appui et en complément de savoirs « profanes » réels et opérants mais souvent ignorés des intéressés eux-mêmes. Les démarches communautaires en santé se caractérisent par un faisceau de repères interdépendants et complémentaires :

- ***Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé***
  1. Avoir une approche globale et positive de la santé
  2. Agir sur les déterminants de la santé
  3. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

- ***Des repères spécifiques à la stratégie communautaire***
  4. Concerner une communauté
  5. Favoriser l'implication de tous les acteurs (habitants, élus et professionnels) concernés dans une démarche de co-construction
  6. Favoriser un contexte de partage, de pouvoir et de savoir
  7. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

- ***Un repère méthodologique***
  8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente[11].

C'est grâce au processus de participation - implication que les individus et les familles développent la capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de leur communauté, en prenant en charge leur propre santé et leur propre bien-être ainsi celui de leur communauté au lieu de se cantonner dans un rôle de bénéficiaires passifs d'actions de santé.
Cet aspect des démarches communautaires se réfère au concept de la promotion de la santé tel qu'il a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé dans la Charte d'Ottawa «…processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci », et relève du concept définissant la santé comme la « mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».
Le choix des démarches communautaires s'illustre également par les résultats visés dans ce type de processus : « Les effets observés et / ou attendus de la santé communautaire se placent à plusieurs niveaux interagissant les uns avec les autres :

[11] Critères du *Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire* (SEPSAC) – 2005.

- ✓ **effets individuels** : augmentation de l'estime de soi, diminution de certains comportements à risques,
- ✓ **effets organisationnels** : renforcement du dialogue entre habitants et acteurs de la santé, développement de l'entraide, élargissement de la coopération…
- ✓ **effets collectifs** : amélioration des conditions de vie dans une structure donnée ou au sein d'une population ciblée
- ✓ **effets sociaux** : amélioration de la santé sur un territoire ou au sein d'une population à risques…
- ✓ **effets politiques** : engagement dans la vie citoyenne ».[12]

La recherche communautaire présente donc « une réelle valeur ajoutée notamment en permettant d'accéder à des personnes fréquentant des lieux d'action des organisations communautaires et des associations. Il s'agit souvent de populations vulnérables ou minoritaires, particulièrement exposées et pourtant difficiles à atteindre. Les organisations communautaires apportent donc leurs connaissances de ces populations et ouvrent des terrains et objets de recherche sous-investis »[13].

A noter également que tout au long de ce processus de recherche-action, nous nous sommes attachés à inscrire notre démarche dans la co-formation des acteurs en présence : les personnes relais, l'animatrice d'URACA et l'Institut Renaudot. « L'objectif de la co-formation, c'est l'amélioration de la compréhension mutuelle entre les professionnels et les personnes qui ont l'expérience d'une vie très difficile ; c'est le renforcement de compétences, l'expérimentation et l'identification des conditions qui sont nécessaires pour agir en partenariat (professionnels et personnes relais) dans le cadre d'actions [de promotion de la santé]. Les acteurs impliqués ont tous un statut de co-formateur, ils reconnaissent l'autonomie des savoirs d'action (des professionnels), des savoirs de vie (personnes relais), la complémentarité de ces différents savoirs. La pédagogie soutient la réciprocité, la confrontation entre les points de vue, les raisonnements des acteurs et le processus de co-construction d'éléments de connaissance, de points de repères pour l'amélioration des pratiques.[14]»

Aussi, cette méthodologie de travail nous aura permis de :

- Mener une recherche innovante par l'analyse croisée et la co-construction de l'objet de recherche. Cette analyse partagée, nous le verrons par la suite, nous a permis un meilleur ancrage dans les représentations et donc la réalité de la communauté africaine d'Ile de France.
- Formuler des recommandations émanant de la communauté, pour la communauté, en termes d'actions de prévention. En effet, « la mise en œuvre d'actions de prévention nécessite de mobiliser suffisamment de savoirs afin de comprendre le plus finement possible le contexte et la situation à prévenir, ses aspects psychologiques, culturels, sociaux et sociétaux, les jeux des acteurs en présence »[15].

---

[12] Planète Publique : **Pour un débat citoyen sur la santé plus actif** ; Rapport d'étude - Juillet 2011

13 E. Demange, E. Henry et M. Préau, **De la recherche en collaboration à la recherche communautaire – Un guide méthodologique**, Paris. ANRS/Coalition Plus, Collection Sciences Sociales et Sida. 2012

[14] ATD Quart-monde France, CO-FORMATION PAR LE CROISEMENT DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES ENTRE DES TISF ET DES PARENTS EN PRÉCARITÉS.IRTS DE RENNES 26 AU 29 NOVEMBRE 2012

[15] Pierre Arwidson, «L'implication de l'INPES dans le développement de l'évaluation des interventions de prévention » in **La santé en action** - INPES n°425 de septembre 2013, p.39.

3. Un travail sur le groupe de pairs ET auprès de la communauté africaine d'Ile de France

Nous le verrons tout au long de ce rapport, nous avons conçu cette recherche-action avec un double objet dans cette dynamique de formation-action- recherche :

- en analysant les processus à l'œuvre dans le groupe de pairs mobilisé
- en analysant les processus à l'œuvre dans la rencontre des pairs et de la communauté africaine d'Ile de France.

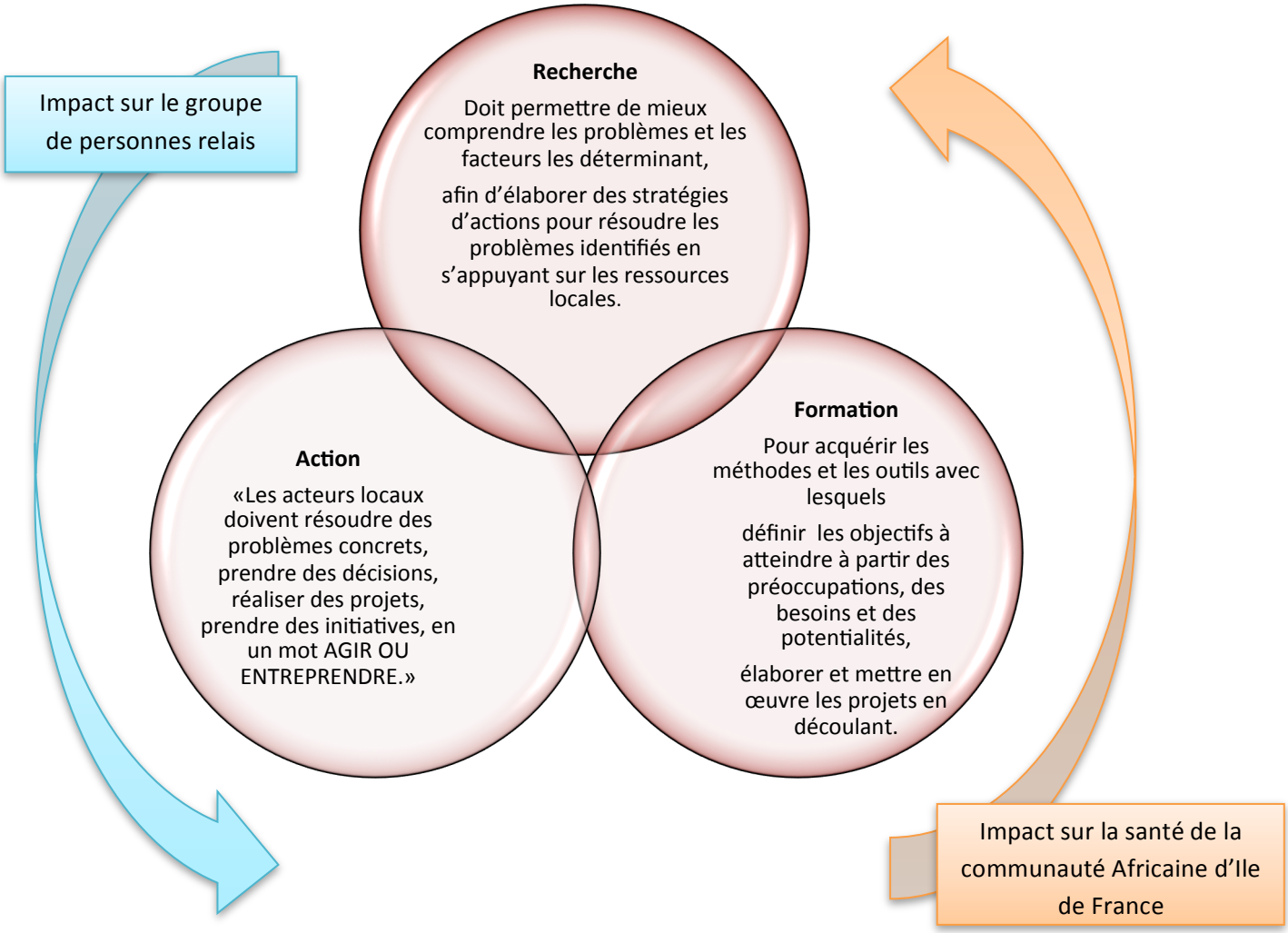


Diagramme d'après Le Boterf et Lessard [16]

En effet, le groupe de pairs mobilisé a été à la fois chercheur au sein de la communauté africaine d'Ile de France, mais aussi objet à part entière de cette recherche-action – de sorte que nous avons pu faire usage de ce que nous appelons un chercheur collectif : « *Le chercheur collectif est un groupe-sujet de recherche constitué par des chercheurs professionnels (venant d'organismes de recherche ou d'universités) et des membres à part entière, mais particulièrement impliqués, de la population concernée par l'enquête participative. Le chercheur collectif est un groupe-relais*

16 Le Boterf et Lessard, « L'ingénierie des projets de développement - Gestion participative et développement institutionnel. » Montréal/Paris, Agence d'Arc Inc./SDID/INFREP. 1986. p.178

indispensable pour une recherche-action… L'essentiel de l'élaboration de la recherche-action se passera en son sein, non sans conflit…Source d'informations de première main et multiplicateur, accélérateur ou diffuseur du changement, le chercheur collectif est l'organe par excellence de la co-formation des chercheurs professionnels et des chercheurs praticiens ».[17] Nous tâcherons donc, dans ce rapport, de rendre compte de ce double mouvement.

Toute notre méthodologie d'intervention a donc consisté en l'observation des processus à l'œuvre dans le groupe de pairs, afin d'ajuster au mieux la dynamique de groupe, modalités de travail et objectifs de projet en regard des attentes et besoins de tous les acteurs du projet.

[17] Genton, Boggio et Cherpit, **Quartiers solidaires – exploration d'une démarche communautaire** - Rapport de recherche de 2008.

SECTION 4

Mise en œuvre opérationnelle de la recherche-action

Constitution du groupe de personnes relais et cadre des rencontres

Pour démarrer cette recherche-action, il a d'abord été nécessaire de constituer un groupe de pairs comprenant 5 hommes et 5 femmes, souhaitant s'engager sur une telle démarche.
L'association URACA a pu identifier des usagers qui ont rapidement rejoint le projet et se sont ensuite attelé à mobiliser d'autres pairs de leur entourage et parmi leurs proches qui ne connaissaient pas forcément les actions de l'association.
Le groupe paritaire a ainsi été formé de personnes toutes originaires d'Afrique sub-saharienne, mais de nationalités différentes (avec une nette prévalence des pays d'Afrique de l'Ouest tout de même) : Niger, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Togo, Mali, Cameroun et Sénégal.
Tous se sont inscrits dans ce projet car ils avaient un intérêt tout particulier pour cette thématique (certains d'entre eux avaient déjà pu conduire des actions de prévention dans leur pays, ou étaient identifiés comme des personnes ressource de leurs réseaux) et souhaitaient conduire une action de réduction des risques sexuels auprès d'autres hommes et femmes de leur communauté.
Connaissant toutefois les difficultés que cela pouvait représenter pour eux d'échanger autour des pratiques de réduction des risques sexuels, la création d'un cadre de travail étayant et précis, ainsi que d'une dynamique de groupe fonctionnelle ont été des éléments forts du démarrage de cette recherche-action.

A noter : un des membres pressentis pour cette recherche-action n'ayant pu finalement se libérer, nous avons dû recruter un nouveau membre au cours de la recherche-action.

A noter également : cette recherche-action a été initiée en février 2013 pour sa première rencontre ; mais la seconde n'a pu se dérouler qu'en avril, puisque le recrutement d'une consultante a été opérée par l'Institut

Nous avons ensuite convenu avec le groupe que toutes les rencontres se tiendraient le samedi après-midi, entre 14h et 17h. Les dates étaient ainsi planifiées en concertation avec les impondérables du groupe. Les réunions étaient organisées dans les locaux de l'association (ou d'un partenaire d'URACA) et ces temps de travail ont été systématiquement animés par Mme Aïssatou Gnabaly – Coordinatrice des actions de prévention Sida pour URACA ; et Mme Gaelle Paupe, Consultante-formatrice de l'Institut Renaudot.

PHASE 1 DE LA RECHERCHE-ACTION
Mobilisation et formation des relais de la communauté

Pour cette première phase de la recherche-action, il nous fallait démarrer un diagnostic partagé concernant les freins et leviers à l'adoption de comportements favorables à la santé de la communauté, mais aussi commencer à former les relais. Durant ce cycle exploratoire, nous avons opté pour trois types d'animations différentes : **le focus group, l'analyse des parcours de vie sur un chronogramme et le dessin collectif.** Une **séance de formation** a également pu être organisée pour enrichir les connaissances des relais, à leur demande.

1. Des freins culturels à la mise en place de comportements favorables à la réduction des risques sexuels

A partir des échanges entrepris dans le groupe de pairs, nous avons pu très rapidement identifier des freins à l'adoption de comportements favorables à la santé en termes de sexualité. Les représentations partielles, voire parfois erronées des modalités de transmission des IST, de l'évolution de la pathologie et des soins possibles peuvent expliquer en grande partie l'endémie dans la communauté africaine d'Ile de France.

- ***Des représentations parcellaires ou erronées sur :***

  - ***Les modes de transmission*** (ex : en Afrique, les corps des malades du Sida sont incinérés loin des villages, car beaucoup pensent que le virus est aéro-porté ; certains pensent que l'on peut contracter le VIH/Sida en partageant les mêmes toilettes, vêtements ou ustensiles ; « les gens « forts » ne peuvent pas attraper le sida » et seuls « les gens visiblement malades peuvent transmettre des maladies ». Pour certains, le sida est une œuvre de « sorcellerie », car la contamination reste aléatoire...)
  - ***Les effets de la contamination*** : la plupart des membres de la communauté ne peuvent se considérer infectés au VIH qu'à partir du moment où ils développent le stade sida (« J'ai hébergé un compatriote qui n'avait jamais utilisé de préservatifs. Pour lui, il n'était pas malade car il n'était pas maigre » ; « il n'y a que ceux qui ont des plaies qui peuvent contaminer »).
  - ***Les soins*** (« quand les médecins disent charge virale indétectable, les gens entendent qu'ils sont guéris du sida »). Certains membres de la communauté s'imaginent, à l'inverse, « qu'en contractant le virus, il pourrait avoir des papiers en France»). Certaines personnes considèrent que l'accès aux traitements antirétroviraux est complexe et cher.
  - ***Le dépistage*** (ex.; certaines personnes confondent dépistage et vaccin : ils pensent qu'on leur inocule la maladie lors des dépistages ; d'autres pensent que l'on ne peut se faire dépister que sur prescription de son médecin généraliste, ce qui peut générer des situations de gêne ou de honte)
  - ***La vie avec le VIH/Sida*** (« on ne peut pas vivre vieux avec la maladie » ; « Sida = mort », « on est pestiféré quand on a le sida », on ne peut pas avoir d'enfants »)

- ***Le déni de l'existence du VIH/sida et autres maladies transmissibles.*** Beaucoup de personnes, au sein de la communauté, considèrent que le sida ou « Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux » est une invention des « Blancs » pour continuer à asservir les populations africaines ; pour « faire du business » en vendant des dépistages et des préservatifs ou encore que la population africaine sert de cobayes pour des expérimentations menées par les pays les plus riches. La communication sur les maladies sexuellement transmissibles est très faible en dehors des associations spécialisées (« si on n'est pas dans l'associatif, personne n'en parle du sida... ») et certaines « personnes ne croient pas au sida, car ce n'est pas palpable ».

- ***Le tabou de la maladie sexuellement transmissible : vagabondage sexuel et pratiques immorales.*** Parler de comportements favorables à la santé dans la sexualité vient briser un tabou énorme pour les membres de la communauté. En effet, le poids de la religion reste très important dans cette communauté (chrétienne, musulmane en majorité, même si la plupart revendiquent également des pratiques animistes), et le discours dominant stigmatise les porteurs de maladies transmissibles sexuellement, seules pathologies qui échappent au châtiment divin (« le sida, ça veut dire vagabonde sexuelle, ça veut dire que tu es allée chercher la maladie. Les autres maladies, Dieu nous les envoie, mais le sida, c'est la sexualité », « le sida, c'est la maladie des méchants ; quand tu es une bonne personne, tu ne peux pas l'attraper »). L'utilisation de préservatifs, lors des rapports sexuels avec un partenaire régulier ou occasionnel, est ainsi très fortement corrélé à la notion de maladie («si tu demandes le préservatif, c'est que tu es déjà malade ») ou d'infidélité (« un jour, j'ai donné un préservatif à mon neveu... sa femmes m'a ensuite appelée en colère car elle dit que je le pousse à l'infidélité ») en contradiction totale avec les préceptes religieux. Parler de sexualité en famille, est également inenvisageable pour beaucoup d'entre eux car « parler capote, les gens pensent que c'est initier à la sexualité ; donc on n'en parle pas en famille ». En effet, la grande majorité de la communauté considère qu'il n'est pas possible d'évoquer la sexualité avec « des ainés », discours qui serait offensant. Plus que le droit à l'héritage, le droit d'aînesse africain concerne en effet la sauvegarde et la transmission de valeurs traditionnelles ainsi que la mémoire collective.

- ***Des recours de santé mal ajustés :***

Certains membres de la communauté considèrent que le sida peut être guéri au moyen de potions dispensées par les marabouts (« on appelle le marabout quand on est malade ») ; ou encore à l'aide de la prière sur les conseils de certains chefs religieux. En effet « les croyances religieuses assurent dans la communauté africaine un rôle non négligeable de régulation de la conduite individuelle et collective. La religion apparaît pour beaucoup comme un moyen sûr de protection contre le SIDA. Cette croyance implique de fait un manque d'intérêt et la méfiance vis-à-vis de l'information et des moyens de prévention du SIDA. En effet, si l'on prie et qu'on porte Dieu dans son cœur, on n'a pas besoin de préservatif. Quoique qu'elles permettent aux personnes vivant avec le VIH de retrouver une certaine solidarité et de garder un certain espoir de vivre malgré le diagnostic de séropositivité, les croyances et pratiques religieuses représentent un obstacle majeur à la prévention. Elles empêchent l'acceptation du préservatif et l'accès à une information correcte sur les risques de transmission du SIDA et conduisent à de faux espoirs de guérison chez des personnes contaminées. Celles-ci pourraient être tentées de s'affranchir des réflexes de protection pour elles-mêmes et pour leurs partenaires potentiels »[18].

Aussi, certaines parties de la population considèrent que les marabouts ou féticheurs ont une science pouvant les préserver de l'épidémie du sida, voire de guérir les séropositifs déclarés. Il faut de plus ajouter que, dans les représentations de la communauté, le système de soins français reste complexe, voire financièrement inatteignable, de sorte que ce sont les recours communautaires qui sont le plus souvent sollicités pour les membres du groupe de travail.

(un exemple de publicité ci-contre).

2. La place des femmes dans la communauté

[18] M. Louhenapessy et B.P Baruani in Santé conjuguée - **Cahier : « patients sans frontières : l'approche interculturelle en soins de santé primaires »,** - janvier 1999.

La place des femmes en regard de la sexualité, est globalement située dans la culpabilisation (« le sida, ça veut dire vagabonde sexuelle, ça veut dire que tu es allée chercher la maladie ») puisqu'elles sont souvent stigmatisées comme porteuses et vectrices de pathologies en lien avec la sexualité (« Ce sont les femmes qui le transmettent, pas les hommes »). Dans la communauté, ces dernières semblent n'avoir que très peu de contrôle de leur sexualité : ce sont les hommes qui initient – en majorité – la rencontre sexuelle, décide du type et de la fréquence des rapports ainsi que du port du préservatif : « quand on se met en couple, on met la capote une fois, deux fois, et puis on se connait déjà donc on l'enlève ! », renforçant par la même l'idée selon laquelle les maladies sexuellement transmissibles sont intimement liées à la confiance accordée au partenaire. Pourtant, au sein des couples, la sexualité reste un sujet difficile à communiquer (« dans la tête des femmes, elles se laissent emmener par les hommes, donc elles se taisent sur les maladies » mais « la confiance, c'est ce qui tue les femmes africaines » ! dira une participante à propos de l'infidélité des hommes que les femmes n'osent questionner).

Dans l'exercice consistant à donner une représentation visuelle de ce que représente le sida pour les participants, nous avons pu constater que les représentations des femmes sont tournées vers les effets relationnels de la maladie ; tandis que la représentation des hommes est plus « scientifique » avec l'histoire de la contamination qu'ils ont raconté.
Les femmes ont ainsi illustré un sujet qui leur tient beaucoup à cœur : le rejet et la stigmatisation dont sont victimes les séropositifs et malades du sida. Cela tient sans doute au fait que la sphère relationnelle reste prépondérante dans l'univers des femmes africaines.

3. Des situations de vulnérabilité face au VIH/sida :

A partir d'un chronogramme sur lequel on demandait aux relais d'identifier les moments de vulnérabilité face à la maladie.

Pour les femmes		
Age de prise de risques	**Modalités de contamination**	**Stratégies employées pour parer à la contamination**
0 à 6 ans	**Excision**	Opposition des parents à cette pratique ou information pour non-utilisation du même matériel
10 à 17 ans	**Puberté** Les jeunes filles manquent d'expérience et d'informations sur les MST/VIH au moment d'entrer dans la sexualité	- Informer les jeunes filles du risque qu'elles prennent en sortant avec des personnes plus âgées ; - Se protéger lors des rapports - S'opposer aux mariages forcés
13 ans et plus	**Mariage** Dans certains pays, les filles sont traditionnellement mariées à l'âge de 13 ans **Polygamie,** dans certaines cultures, les hommes peuvent prendre plusieurs femmes	- Se protéger - Eviter la polygamie
16 ans	**« Achat de la conscience »/ Sortir avec des hommes plus âgés – Rapports sexuels non protégés**	- Informer les jeunes filles du risque qu'elles prennent en sortant avec des personnes plus âgées ; - Se protéger lors des rapports - « Eviter le matérialisme »
20 ans et plus	**Polygamie** **Infidélité**	- Fidélité - Protection - Abstinence - Eviter la polygamie - Se faire dépister

Le groupe de pairs a donc pu identifier, au moyen de ces chronogrammes de vie, les différents moments de fragilité rendant les contaminations au VIH/sida possibles :

- **Les pratiques traditionnelles liées à certaines communautés** (excision/circoncision).
- **La puberté et l'entrée dans la sexualité, non préparée.**

Pour les hommes		
Age de prise de risques	**Modalités de contamination**	**Stratégies employées pour parer à la contamination**
0 à 3 mois[19]	**Circoncision** (qui s'effectue sans mesures d'hygiène, avec un même couteau utilisé pour plusieurs enfants dans certains villages)	Informer les parents pour qu'ils s'opposent à l'usage du même matériel sur plusieurs enfants
12 à 16 ans	**Puberté** Les jeunes sont confrontés à tous les risques avec leur entrée dans la vie sexuelle. Manque d'information sur le Sida et les MST.	- Eduquer - Informer et sensibiliser les jeunes sur les risques.
18 et plus…	**« Achat de la conscience » (argent, matériel)** En Afrique et en IdF, les hommes âgés vont avec des jeunes filles. Les jeunes filles acceptent contre de l'argent ou des cadeaux (bijoux…). Si on devait faire un parallèle, c'est de la prostitution de luxe. On appelle ces hommes des « pointeurs » ou des « chasseurs », et ces jeunes femmes des « mouchines » Il y a une croyance selon laquelle avoir des rapports avec ces jeunes femmes « enlèverait » la maladie, comme les « soigne-palu » dans certains pays.	- Eviter le matérialisme - Se protéger lors des rapports
40 ans et plus	**Pédophilie** (on n'emploie pas ce terme en Afrique, mais confère ci-dessus) **Rapports sexuels non-protégés** (inconscience sans connaitre l'état sérologique de la personne)	- Prendre conscience de la maladie - Se protéger - Prendre conscience de la personne avec qui on a des rapports et connaitre son état sérologique - Se faire dépister

- **Le mariage (traditionnel, religieux ou civil)**. Concernant la question du mariage traditionnel, le groupe a pu aborder la question de la polygamie, pratique très présente dans certaines cultures/pays et qui perdure en Ile de France. La polygamie est un sujet complexe, qui recouvre plusieurs réalités : certaines familles vivent aujourd'hui en France, mais d'autres sont constituées entre deux pays (1 femmes en France, 1 à 3 autres au pays), générant des flux migratoires importants pour ces chefs de famille qui se partagent entre deux continents. Quand toute la famille se trouve en France, une seule femme est déclarée administrativement et les autres mariages (souvent célébrés au pays) restent dans l'illégalité, les femmes se répartissant le plus souvent dans différents appartements proches de l'habitation de l'époux. La polygamie représente également un enjeu financier de taille pour certaines familles, puisque la plupart des femmes travaillent et « donnent l'argent au mari » ou perçoivent des indemnités liées à leur inactivité ou à la charge des enfants de la famille. Cette particularité des familles polygames nous a amené à considérer que les contaminations pouvaient s'y opérer facilement, entre conjoints mais aussi avec les enfants. Les femmes « non déclarées » en France souffrent également, pour certaines, de l'éloignement des services de soins et de droit commun du fait de leur statut illégal.

[19] L'âge de la circoncision varie beaucoup d'un pays à l'autre

- **Les pratiques « d'achat de la conscience »** : En Afrique et en IIe de France, les hommes plus âgés ont des relations privilégiées avec des femmes plus jeunes. Ces dernières acceptent des relations sexuelles contre de l'argent ou des cadeaux (bijoux, sacs...). On appelle ces hommes des « pointeurs » ou des « chasseurs », et ces jeunes femmes des « mouchines ». Certains de ces hommes ont également une croyance selon laquelle avoir des rapports sexuels avec ces jeunes femmes « enlèverait » la maladie, comme les « soigne-palu » dans certains pays.

Après échanges avec le groupe, d'autres moments de fragilité ont pu également être abordés :

- **Les parcours migratoires** : les pairs ont pu aborder ensemble la question de l'immigration, passage difficile pour certains membres de la communauté et notamment les femmes qui peuvent être agressées sexuellement durant les voyages quand ils sont illégaux. Pour d'autres membres de la communauté, certains ont fait le choix d'immigrer dans d'autres pays (pour des raisons économiques ou politiques) avant d'arriver en France. Ces déplacements, quelques fois prolongés (de quelques mois à plusieurs années) sont des moments de fragilité où se conjuguent souvent précarité sociale et économique, isolement, conditions de travail délétères, etc. de sorte que les risques sexuels sont accrus durant cette période.
- **La prostitution** : à partir de la réflexion sur les parcours migratoires, le groupe a également pu aborder la question de la prostitution, que ce soit dans leur pays ou en Ile de France. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont pu évoquer la sexualité tarifée qui se déroule notamment dans les foyers de travailleurs migrants, les structures d'accueil pour les demandeurs d'asile et les hébergements sociaux. « Les prostituées qui le font sans préservatif, elles sont payées plus » et l'attrait financier reste le moteur de ces relations « par exemple, ce sont des étudiantes africaines qui n'arrivent pas à boucler leurs fins de mois ». Mais on trouve également « des femmes mariées, qui se prostituent quand elles ont des ambitions au-delà de ce que peut leur apporter leur mari ».

Avec le travail sur les représentations, les femmes ont également pu évoquer la peur de certains membres de la communauté d'aller se faire dépister, par anticipation du résultat. En effet, au-delà même des difficultés associées à la séropositivité (prise de traitement, fatigues récurrentes, manifestations somatiques déclenchées au stade sida...) c'est surtout la peur d'être coupé de son environnement social, d'être stigmatisé qui prévaut.

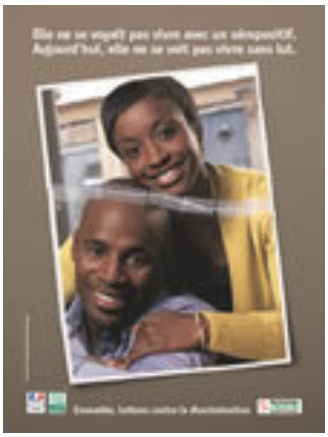
4. Des outils dédiés à la communauté :

Les Affiches

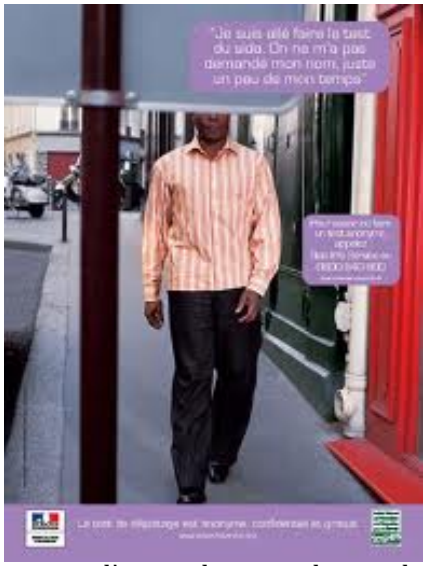
Visuel : Didier Dogba tient une pancarte « Faites passer le message »

Pour le groupe, cette affiche est une bonne accroche, car « il est célèbre, donc on l'écoute ». Didier DROGBA est en effet un grand footballeur et une « star en Afrique ». De plus, il n'y a pas de stigmatisation dans ce support « car qu'il soit malade ou juste engagé, ça ne change rien pour nous ».

Toutefois, le groupe note également que le message de l'affiche n'est pas clair : « on ne sait pas contre quoi on se bat » à la première lecture ; et le groupe peine à identifier l'information véhiculée pat cette affiche (« finalement, on regarde plus la tête de Drogba que ce que l'affiche veut dire » ; « le message le plus important est écrit en trop petit en-dessous, je ne l'aurais jamais lu si on ne me l'avait pas indiqué ».
Ce support de communication n'est absolument pas accessible aux personnes non lettrées ou non francophones.



Visuel : une photo de couple déchirée et recollée au scotch
Pour cette affiche, les avis du groupe ont été très mitigés. La plupart n'ont pas tout de suite compris le message concernant la photo déchirée « on ne fait pas attention au scotch » ; ce qui a produit l'effet inverse pour certains d'entre eux, qui comprenaient que le couple se séparait après une annonce de contamination pour l'un des partenaires.
Là encore, le groupe va mettre du temps à lire les messages associés au visuel, qui n'apparait pas assez clairement pour eux. Ce support de communication n'est absolument pas accessible aux personnes non lettrées ou non francophones.



Visuel : un homme dans la rue, dont le visage est masqué par un panneau
Pour cette dernière affiche, là encore le groupe fait fausse route sur le sens à donner : ils ne comprennent pas pourquoi le visage de l'homme est caché derrière le panneau ; et la plupart argumentent en expliquant que c'est à cause du regard des autres qu'il se cache, car il a honte de la maladie. D'autres invoquent le fait que cette personne doit être malade, et a souhaité cacher son visage « pour ne pas qu'on le reconnaisse ».
Il faudra plusieurs minutes de débats et de relecture du message de prévention pour le groupe finisse par comprendre qu'il s'agit d'une représentation de l'anonymat proposé lors des dépistages.
Pour le groupe, cette affiche est très contre-productive ; ce support de communication n'est absolument pas accessible aux personnes non lettrées ou non francophones.
Après analyse de ces trois affiches, le groupe évoque l'importance d'avoir des visuels qui doivent être explicites et facilement compréhensibles, pour toucher un maximum de personnes de la communauté. Il faut également que les textes soient courts et percutants, bien visibles, et utilisent un langage simple.

Une vidéo : Moussa le Taximan

L'outil vidéo est, comme le théâtre, un outil captivant, qui permet de faire passer des messages de prévention dans une médiation attractive. De plus, dans cette vidéo « l'humour est important, ça donne du piment ». Malgré le fait que ces vidéos aient été tournées il y a une dizaine d'années, elles

sont toujours d'actualité ». De plus, le comédien incarnant Moussa est très connu en Afrique, ce qui donne envie de regarder la vidéo ; et de favoriser une accroche culturelle forte. De plus, les non-lettrés peuvent tout à fait utiliser ces supports de prévention.

Toutefois, certains membres du groupe considèrent que cette vidéo est trop connotée « africaine » et très éloignée de leur réalité, raison pour laquelle ils ne sont pas attirés par ce type d'outil. Les lieux de diffusion de ces supports sont également très restreints et circonscrits aux acteurs de la prévention et/ou de la Santé Publique.

Des roman-photo :

Et la santé, on dit quoi ? l'afro magazine gratuit n°10 de décembre 2012, p.23

Les aventures de Maimouna – Mayval – Ed. INPES

A partir de l'analyse de ces documents, il est rapidement ressorti que la moitié des participants (autant hommes que femmes), lisent régulièrement des romans-photos. C'est un média plus attrayant de par ses illustrations, que les brochures « classiques » ; même si cet outil exclu, là encore, les non-lettrés et non francophones. Le roman-photo présente également l'avantage de lire de plus posément « une histoire » que l'on a envie de suivre, à l'inverse des affiches qui ne retiennent pas forcément l'attention. Toutefois, cela reste pour la plupart d'entre eux, une « lecture de salle d'attente » que l'on ne rapporte pas forcément chez soi.

Ce type d'outil permet également « « d'intéresser les jeunes », et est souvent couplé avec des fiches thématiques donnant des informations sur les risques sexuels et comment s'en protéger, ce qui permet la diffusion de l'information.

Un magazine d'actualités sur le VIH/sida : **GINGEMBRE**, le journal du réseau des Associations Africaines et Caribéennes de lutte contre le sida en France.

Pour la plupart des membres du groupe de travail, la première de couverture est très attrayante, et le message fort : «on voit le Pape, ou un féticheur, qui donne une goutte de sang pour un TROD ».
Toutefois, la majorité indique que malgré ce visuel attrayant, ils ne prendront pas la peine de lire l'intégralité du journal. Ils ne survoleront que la plupart des pages, et s'arrêteront pour lire les articles qui leur apporteront des connaissances, ou un point de vue nouveau sur la pathologie. Une participante évoquera son agacement à « lire et voir toujours les mêmes choses ».

Des brochures d'information

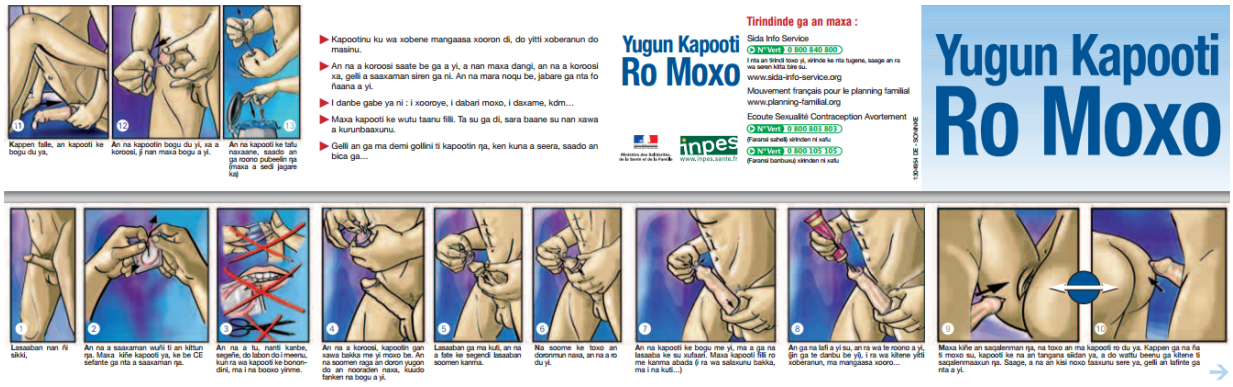
« **Les bases pour comprendre le VIH/sida** », AIDES juin 2009.

« **Le SIDA, c'est quoi ? ou comment répondre aux communautés africaines** » 2ème édition. Association URACA, 2009

Pour le groupe, ces brochures sont des documents de référence pour obtenir des informations. Les formats sont attrayants ; « et le sommaire donne envie d'aller lire » certaines parties pour lesquelles le lecteur se sent plus concerné. Les illustrations proposées sont explicites et les participants considèrent que « la bonne information » se trouve dans ces brochures. L'aspect pédagogique est apprécié par l'ensemble du groupe ; ainsi que la partie « témoignage » qui existe dans la brochure d'URACA, qui apporte un véritable éclairage.
Certains participants disent que ce type de brochure est souvent emporté chez soi, car elle permet d'obtenir des réponses claires et relativement ciblées sans avoir à se confronter nécessairement à un professionnel de santé.
Encore une fois, ce type d'outil n'est toujours pas accessible aux non-lettrés ou non-francophones.

Un dépliant sur le préservatif

Le groupe remarque tout de suite la traduction qui a été opérée en Bambara (pour l'exemple qui nous intéresse). Cet outil présente l'avantage d'avoir un visuel très explicite sur l'utilisation du préservatif masculin, favorisant de fait la compréhension par tous, sans nécessairement savoir lire.
Toutefois, les deux dernières images peuvent « choquer » certaines personnes, car leur représentation très « concrète » peut venir heurter la sensibilité sur un sujet si tabou ; notamment en ce qui concerne la dernière image représentant une pénétration anale.
A noter : le groupe aurait aimé que cette plaquette soit traduite conjointement en français, car la prononciation des langues maternelles (différentes selon les ethnies et les régions au sein d'une même aire géographique) et l'impossibilité pour certains d'écrire (et donc de lire) leur langue ne facilitent pas la compréhension du texte associé. Les participants auraient don aimé pouvoir faire des allers et retours entre langue maternelle et français dans un même document.



En complément de cette analyse de quelques outils de prévention existants, le groupe de pairs souligne que de façon générale la communauté ne lit pas les brochures/affiches de prévention qui lui sont adressées (par manque d'intérêt, pour difficultés de compréhension de la langue ou du langage employé, par le ressenti que la communauté africaine est la plus stigmatisée concernant le VIH/sida...). Les personnes relais notent que pour eux « faire de la prévention c'est choquer », ou en tout cas « donner du corps » et rendre réels les dangers des maladies sexuellement transmissibles. Ils citent ainsi les témoignages vidéos, diffusés à heure de grande écoute en Afrique, qui permets selon eux de mobiliser la communauté sur cette question. Il leur semble important que ce type d'initiatives puissent être prises en France via des médias communautaires (radios, télévision...) – car les africains d'Ile de France sont sensibles à ce type de médiations.

Tous ces éléments liminaires incitent le groupe à dresser le constat que leur communauté souffre d'un manque notoire d'informations vérifiées, véhiculant ainsi des représentations erronées qui les éloignent d'autant plus des messages de prévention et des comportements favorables à leur santé.

Phase 2 de la recherche-action (6 séances de travail)

Recueillir des données sur les pratiques sexuelles des migrants africains d'Ile de France

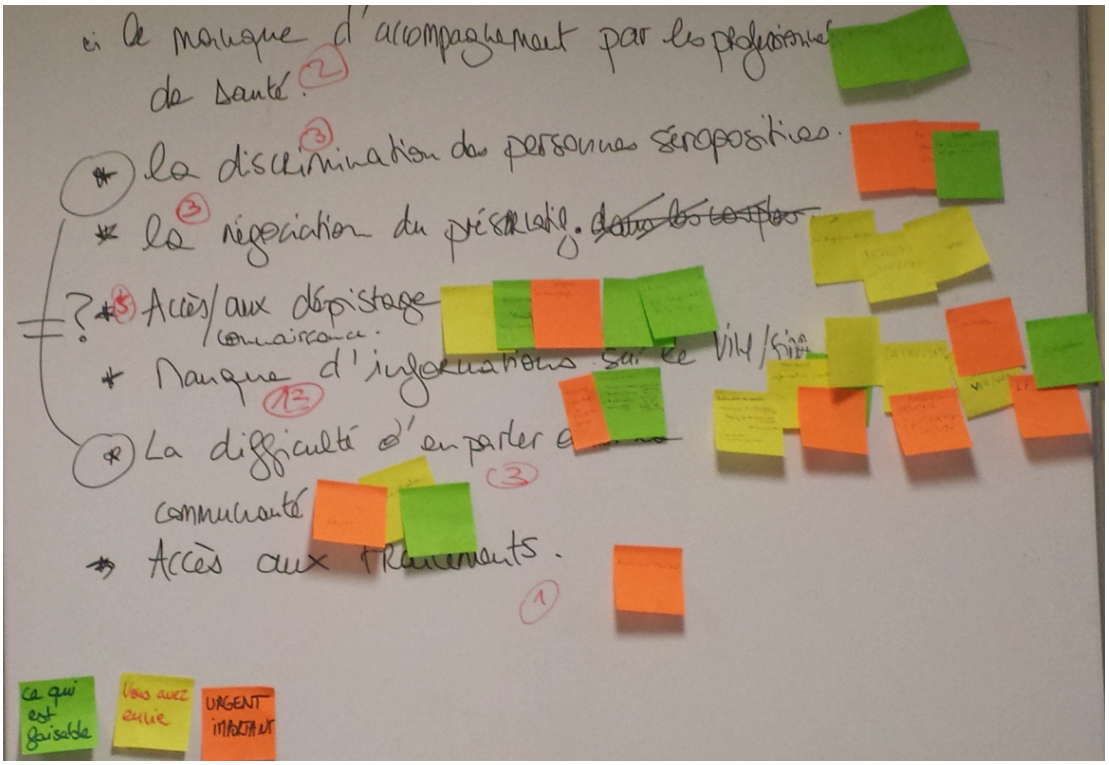
1. Un thème prioritaire : le manque d'information de la communauté conduit à prendre des risques en matière de santé sexuelle

A partir des éléments tirés des réunions précédentes, nous avons incité le groupe à se concentrer sur une thématique à explorer, afin de pouvoir mener une enquête permettant d'alimenter la dimension recherche-action du projet ; puis proposer une approche / un outil innovant de prévention – en regard des résultats obtenus par le groupe. Ce travail devant permettre au groupe de présenter les résultats de cette recherche-action lors de la journée de restitution organisée par URACA à l'occasion de la journée mondiale du Sida, le 1er décembre 2013.

Pour cette prise de décision collective, nous avons recensé toutes les thématiques récurrentes qui sont apparues comme problématiques, lors des 7 séances de travail précédentes.

- Le manque d'accompagnement par les professionnels (de santé ou autre) sur le VIH/Sida
- La discrimination dont sont victimes les séropositifs
- La négociation du préservatif
- L'accès aux dépistages
- Le manque d'information de la communauté
- La difficulté de parler du VIH/Sida à la communauté
- L'accès aux traitements

A partir de ce travail de catégorisation, nous avons opté pour la méthode de priorisation UFE. Nous avons ici fait le choix de prioriser au nombre d'occurrence : et c'est donc le **« manque d'information de la communauté »** qui a émergé comme thématique prioritaire pour le groupe de pairs.



Ci-

dessous, quelques éléments de choix pour les participants :

« J'ai envie de travailler sur le manque d'information. Les gens ne savent pas ce qu'est la maladie et ils ne prennent pas le temps de savoir comment ça se contracte, comment ça se manifeste… »

« Ce qui me semble faisable, c'est de travailler sur le manque d'informations, car on peut toujours en discuter ».

« J'ai envie de parler du manque d'informations, car ça peut éviter beaucoup de choses.
Ce qui est important, c'est de faire de la prévention, de l'information ».

« Pour moi, c'est en parler dans la communauté. C'est un sujet qu'il ne faut pas avoir, les gens ont honte d'en discuter ».

« Il faut faire de l'information, car sans ça, on ne saura jamais ! »

« Faire de l'information pour éviter plus de mal dans la communauté ».

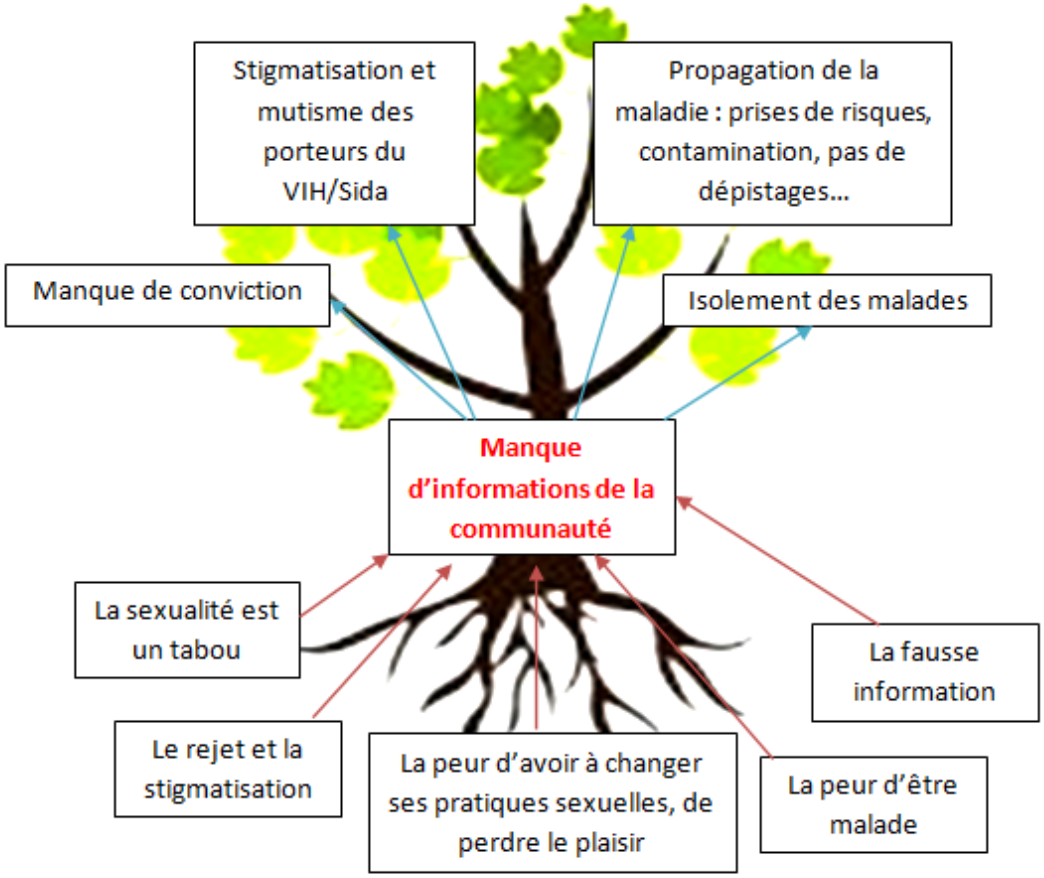
« Pour moi, ce qui est faisable, c'est agir sur le manque d'informations. Ce qui permettra de faire baisser le nombre de personnes contaminées. J'ai envie d'en parler dans la communauté. C'est un frein de ne pas en parler, les gens peuvent être contaminés quand on en parle pas ».
« J'ai envie de travailler sur l'information, car ça répond à tous les autres thèmes. Il y a aussi le dépistage, mais ça passe également par l'information ! »

Après avoir retenu le thème de notre travail de recueil de données, nous avons tenté de définir les premiers critères d'échantillonnage du public visé par le recueil de données.

- **Age : de 20 à 99 ans (nous avons volontairement écarté les mineurs, qui sont souvent informés dans le cadre scolaire, mais aussi parce que nous ne voulions pas avoir à demander des autorisations parentales).**
- **Sexe : hommes et femmes**
- **Statut social : marié, célibataire, en couple, pacsés…**
- **Lieu de passation du questionnaire**

2. Construction des hypothèses de recherche et détermination de l'outil de recueil des données

A partir de la priorité que s'est fixée le groupe sur « le manque d'information de la communauté », nous avons choisi d'identifier les causes de ce manque, et les effets de celui-ci, au moyen de l'arbre à problèmes établi par le groupe :

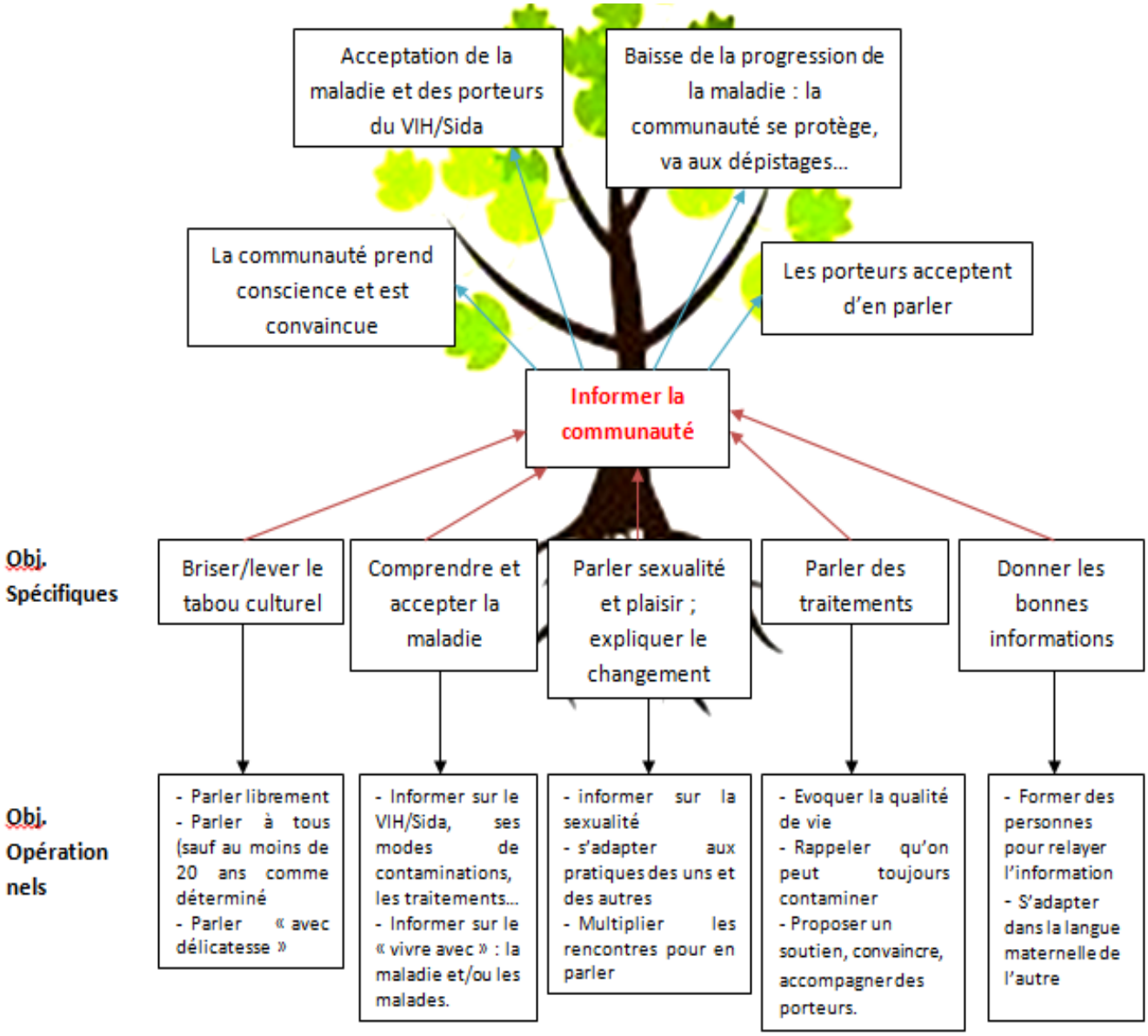


A partir de ces premiers éléments de cadrage méthodologique, nous avons pu élaborer les hypothèses suivantes pour pouvoir les mettre à l'épreuve sur le terrain à travers la phase de collecte des données :

- « la sexualité comme tabou », frein à la prévention
- « rejet et stigmatisation » favorisent le refus du dépistage et les prises de risque dans la communauté
- « la communauté n'est pas assez informée de l'existence de la maladie»
- « la communauté n'est pas assez informée des mode de contamination», et prend donc des risques non envisagés
- « la communauté n'est pas assez informée des modes de protection », et ne peux donc se protéger efficacement
- « il est difficile de négocier le préservatif » dans le couple
- « la communauté n'est pas assez informée dépistages/traitements qui existent », favorisant les contaminations
- « la peur d'être malade » entraînant le refus du dépistage.

Avec cette réflexion, nous avons également pu construire un « arbre à solutions » nous permettant de travailler les objectifs à mettre en œuvre en tant que personne relai oeuvrant pour la promotion de la santé, ainsi que les résultats attendus concernant les actions de prévention à mettre en œuvre :

- Le problème central identifié est remplacé par l'objectif général à atteindre ;
- Les causes principales générant le problème central identifié deviennent les actions à mettre en place (spécifiques et opérationnels);
- Les conséquences du problème central identifié deviennent les résultats attendus du projet.



Par la suite, et à partir de ce travail liminaire sur l'arbre à problèmes, nous avons construit un questionnaire d'enquête pour explorer et vérifier des hypothèses concernant le manque d'information de la communauté. Pour chaque hypothèse (racine), nous avons construit ensemble 2 questions nous permettant de pouvoir les confirmer ou les infirmer auprès de la communauté. A partir des résultats produits par cette enquête, nous souhaitions pouvoir proposer des outils adaptés pour la journée de restitution, et ainsi formuler des recommandations spécifiques pour la prévention auprès de la communauté africaine d'Ile de France.

3. Le questionnaire d'enquête

Tableau récapitulatif des hypothèses dégagées avec l'arbre à problèmes et les questions afférentes pour y répondre.

N°	Hypothèses dégagées	Questions à poser pour les valider/invalider
1	**Hypothèse « la sexualité comme tabou »**	- Parlez-vous sexualité avec entourage ? OUI NON Si oui, vous en parlez avec : □ vos enfants □ Vos amis □ à votre travail □ dans une association □ à la tontine □ au grain (foyers…) □ dans vos lieux de culte.
		- A la fin de cet entretien, vous êtes-vous sentis mal à l'aise de parler sexualité avec moi ?
2	**Hypothèse « rejet et stigmatisation » :**	- Une personne de votre entourage est contaminée : comment réagissez-vous ?
		- A la fin de l'entretien, après tous nos échanges, est-ce que votre regard sur les personnes contaminées a changé ? Si oui, en quoi ?
3	**Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée de l'existence de la maladie»**	- Connaissez-vous le VIH/Sida ?
		- Comment avez-vous eu ces informations ? □ télévision, radio, presse … (info scientifique) □ Artistes, comédiens (témoignages) □ bouche à oreilles □ professionnels de santé □ Associations (URACA…) □ Affiches et campagnes d'informations
4	**Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée des mode de contamination»**	- Pensez-vous que l'on peut être contaminé en : □ mangeant/buvant dans le même plat/verre qu'une personne contaminée ? □ s'injectant ? □ partageant les mêmes toilettes ? □ se faisant exciser/circonciser ? □ en portant les mêmes vêtements ou en touchant des objets appartenant à une personne contaminée ? □ en embrassant une personne contaminée ? □ En ayant des rapports sexuels avec une personne contaminée ? □ En allaitant ou pendant une grossesse ?
		- Savez-vous comment découvrir la maladie ?
5	**Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée des mode de protection»**	- Comment se protéger du VIH/SIDA selon vous ?
		- Connaissez-vous les préservatifs ? masculin : □ OUI □ NON féminin : □ OUI □ NON
		- Savez-vous les utiliser ? □ OUI □ NON
6	**Hypothèse « il est difficile de négocier le préservatif »**	- Dans quelle situation les utilisez-vous ? - Si votre partenaire refuse le préservatif, comment réagissez-vous ? - S'il faut négocier le préservatif, quels arguments utilisez-vous ?
7	**Hypothèse « la**	- Savez-vous si des traitements ralentissent la progression de la maladie ? □ OUI

	communauté n'est pas assez informée dépistage s/traitements qui existent »	□ NON
		- Savez-vous si l'on peut faire des enfants sains avec une personne contaminée ? □ OUI □ NON
		- Savez-vous ou aller pour vous faire dépister ?
8	**Hypothèse « la peur d'être malade »**	- Seriez-vous prêt à vous faire dépister ? □ OUI □ NON
		- Si non, pourquoi ? □ la peur de connaitre son statut sérologique, d'être malade ? □ la honte, la peur d'être rejeté, isolé… ? □ la peur de ne pas vivre longtemps ? □ la peur de devoir changer ses pratiques sexuelles, sa vie ? □ la peur d'être contaminé pendant le dépistage ? □ la peur de ne pas savoir ce qu'il va se passer ensuite ?

Une fois les questions identifiées pour répondre aux hypothèses du groupe de pairs, nous avons formalisé un questionnaire nous permettant d'aller à la rencontre de la communauté. Ce questionnaire a ensuite été revisité par les professionnels d'URACA, qui ont jugé nécessaire d'y adjoindre des questions manquantes.
Voici le questionnaire finalisé :

recherche-action sur la réduction des risques sexuels

sept oct 2013 - uraca

informations générales

1. Lieu de passation du questionnaire

2. Age de la personne

☐ 1. entre 20 et 30 ☐ 2. entre 30 et 40 ☐ 3. entre 40 et 50
☐ 4. entre 50 et 60 ☐ 5. entre 60 et 70 ☐ 6. entre 70 et 80
☐ 7. entre 80 et 90

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

3. Sexe

☐ 1. femme ☐ 2. homme

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

4. situation familiale

☐ 1. celibataire ☐ 2. marié ou pacsé ☐ 3. veuf/veuve
☐ 4. couple ☐ 5. divorcé ☐ 6. concubinage

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

5. avez vous des enfants?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Connaissances sur le VIH

6. Connaissez vous le VIH/Sida?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

7. Par quel moyen en avez-vous entendu parler?

☐ 1. télévision/radio/presse
☐ 2. artistes/comedien
☐ 3. bouche à oreille
☐ 4. professionnels de santé
☐ 5. association
☐ 6. affiches et campagne d'information

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

8. pensez-vous que l'on peut attraper le virus du SIDA:

☐ 1. En mangeant dans le meme plat qu'une personne contaminée
☐ 2. en buvant dans le même verre qu'une personne contaminée
☐ 3. en se faisant une piqure
☐ 4. partageant les mêmes toilettes
☐ 5. en se faisant exciser ou circoncire
☐ 6. en portant les mêmes vêtements qu'une personne contaminée
☐ 7. en touchant des objets appartenant à une personne contaminée
☐ 8. en embrassant une personne contaminée
☐ 9. en allaitant ou pendant une grossesse
☐ 10. en ayant des rapports sexuels non protègés avec une personne contaminée

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

9. Si une personne de votre entourage est contaminée: comment réagirez-vous ?

10. Parlez vous concretement de pratiques sexuelles (utilisation du préservatif,fellation..):

☐ 1. vos partenaires,conjoints, mari,femmes
☐ 2. vos amie(es)
☐ 3. vos collègues de travail
☐ 4. dans une association
☐ 5. à la tontine
☐ 6. dans un lieu de rencontre (maki,ngenda, grain...)
☐ 7. vos enfants
☐ 8. autreS lieux

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

11. comment se protéger du VIH/SIDA selon vous?

12. Est-ce qu'il vous arrive de visiter des sites de rencontres sur Internet?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

13. Si oui, avez-vous déjà rencontré quelqu'un par ce biais?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

la suite → infos suppl.

Connaissance sur les préservatifs

14. connaissez-vous le préservatif masculin?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

15. L'avez-vous déjà utilisé?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

16. Connaissez-vous le préservatif féminin?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

17. L'avez-vous déjà utilisé?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

18. Utilisez vous régulierement le preservatif?

○ 1. oui ○ 2. non

19. A quand remonte la derniere utilisation du préservatif?

☐ 1. 1 jour ☐ 2. 1 semaine
☐ 3. 1 mois ☐ 4. 2 mois
☐ 5. 3 mois ☐ 6. 6 mois
☐ 7. plus de 6 mois

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

20. Avec quel partenaire utilisez vous le préservatif?

21. Qui propose d'utiliser le preservatif?

☐ 1. vous ☐ 2. votre partenaire

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

22. S'il faut négocier l'utilisation du préservatif, quels arguments sont utilisés?

23. Comment réagissez-vous si votre partenaire refuse le port du préservatif?

Dépistage

24. Que faire pour savoir qu'on est porteur du virus du Sida?

25. Savez-vous où aller pour vous faire dépister?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

26. Seriez-vous prêt à vous faire dépister?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

27. si non, pourquoi?

☐ 1. la peur de connaitre le resultat, d'être malade
☐ 2. la honte,la peur d'être rejeté, isolé
☐ 3. la peur de ne pas vivre longtemps
☐ 4. la peur de devoir changer ses pratiques sexuelles,sa vie bouleversée
☐ 5. la peur d'être contaminé pendant le dépistage

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Les traitements

28. savez-vous si des traitements existent contre le VIH/SIDA?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

29. Savez-vous si on peut éviter la contamination de l'enfant pendant la grossesse?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

30. Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions, vous êtes-vous sentis mal à laise pour répondre à mes questions?

☐ 1. oui ☐ 2. non

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

31. Si oui, lesquelles?

32. avez-vous des remarques?

4. Accompagnement à la passation des questionnaires

Dans la poursuite de ce double objectif (recueillir des données sur l'état des connaissances des risques sexuels dans la communauté et former des agents de prévention relais pour la communauté), il nous a fallu entreprendre des simulations internes puis externes de passation du questionnaire.

❖ Sensibilisation des personnes relais à la posture de l'enquêteur de terrain

Une première séance nous a ainsi permis de mettre en situation un couple (2 participants au groupe), interrogé par un troisième participant. Cette première simulation nous a permis de travailler l'accroche : comment aborder des membres de la communauté dans la rue pour les interroger sur ce sujet parfois sensible ?

Nous nous sommes également attachés à présenter les différentes étapes dans la passation d'un questionnaire :

- Se présenter, ainsi que l'association et bien préciser l'objet du questionnaire
- Préciser le temps de passation à l'interlocuteur
- Expliquer que les réponses données sont anonymes et confidentielles
- Remplir la partie signalétique (très importante pour nos statistiques ultérieures)
- Poser les questions, sans influencer la réponse de l'enquêté
- A la fin de l'enquête, penser à une formule de remerciements.
- Demander si la personne interrogée à des questions à nous poser.
- Remercier l'enquêté pour le temps passé et ses réponses.

Nous souhaitons également que le groupe de pairs ait un rôle de prévention à part entière. Pour ce faire, et à l'issu de l'entretien, les membres du groupe sont invités à répondre aux questions spontanées de l'enquêté, mais aussi à rétablir la vérité lorsque les réponses données se sont révélées fausses. La personne relai distribuera également des préservatifs et donnera (si besoin est) les coordonnées d'URACA et/ou celle de SIDA INFO Service et des CDAG/CIDDIST sur demande.

A l'occasion de cette séance, le groupe nous évoque également son besoin de disposer d'un « kit de l'enquêteur » qui comprendra, pour chacun :

- Des préservatifs masculins
- Des préservatifs féminins,
- La plaquette de présentation d'URACA
- Un flyer comprenant le numéro de Sida Info Service et des CDAG/CIDDIST de Paris
- Un badge mentionnant le nom de l'enquêteur et le logo d'URACA, pour faciliter l'identification par le grand public
- Une vingtaine de questionnaire par participant

Une seconde séance de simulation aura été nécessaire pour préparer le groupe à l'enquête in situ et modifier le questionnaire en fonction des retours des premières simulations.
Ces simulations ont pour objectif de faire expérimenter le questionnaire à tous les membres du groupe de travail, pour leur permettre de se l'approprier et d'identifier les éventuels écueils à la passation.
Cette fois-ci, nous avons fait le choix de travailler en deux groupes, en répartissant les rôles comme suit : 2 observateurs, 1 enquêteur et un enquêté, qui tournent.
Chaque participant a ainsi occupé toutes les places. Les observateurs ayant pour rôle d'apporter des conseils sur la méthode de passation, afin de corriger les éventuelles attitudes ou discours des enquêteurs, et de valider les messages de prévention émis.

Après ces simulations au sein même du groupe de travail, les membres relais sont partis enquêter sur le terrain. Ils ont fait le choix de partir en binômes homme/femmes, et ce afin de pouvoir s'épauler dans cet exercice, mais aussi pour pouvoir aborder toutes les personnes rencontrées, sans discrimination de sexe. En effet, certaines personnes ne pouvaient concevoir d'aborder l'autre sexe dans ce contexte, notamment en raison des tabous identifiés plus haut.
Une fois cette séance de test réalisée, nous avons pu débriefer ensemble sur ce retour d'expérience, afin de réajuster certains éléments pour certains participants.

❖ Sensibilisation des personnes relais à la posture de l'agent de prévention

Au cours de ce temps de préparation, nous avons également pu aborder la posture de la personne relais dans la communauté, et plus précisément quelles postures étaient associées à cette fonction d'agent de prévention.

La posture de l'acteur de prévention : comment parler du VIH/Sida avec la communauté ? Quelles sont les limites du rôle de l'agent de prévention ?
Le groupe a commencé par se poser des questions sur : faut-il parler de soi, conseiller ou simplement donner des informations quand on fait de la prévention ?
Quelle est la légitimité et la responsabilité des agents de prévention quand ils sont face à la communauté ? « Est-ce qu'un homme qui fait de la prévention auprès d'une femme ne va pas être traité de malpoli ? » au vu des tabous de la culture africaine ? Autant de questions qui ont animé le groupe. Ils ont ensuite listé « les bonnes pratiques selon eux » pour se faire des relais dans la communauté :

- « **Toujours s'actualiser dans les informations** » afin de pouvoir délivrer les bons renseignements, scientifiquement vérifiés et orienter au mieux.
- **Transmettre différents niveaux d'information** : Information sur la pandémie, et sur ce qu'est le VIH/sida ; Information sur les modes de contamination ; Information sur les moyens de protection qui existent ; Information sur comment gérer la maladie (vocabulaire, traitements possibles, évolution de la maladie et comment vivre avec) ; Informer sur les personnes et structures ressources à solliciter)
- « **Ne pas donner des informations personnelles, ne pas donner son avis quand on n'a pas l'information** » objective. Un des participants a en effet pointé, à cette occasion, que « quand on n'a pas les bonnes informations à donner, on va avoir tendance à parler de son expérience personnelle ».
- « **Relayer vers des personnes adaptées quand on ne sait pas** ». L'agent de prévention doit pouvoir dire quand il ne connait pas la réponse, orienter vers les professionnels/services/associations adéquats.*
- **« Ne pas se mettre à la place des médecins** » et des autres professions spécialisées. Le groupe met en garde contre certaines personnes qui se substituent aux professionnels de santé en proposant, par exemple, de lire des résultats médicaux ou en conseillant sur des traitements...
- « **Laisser la personne faire ses choix de vie** » ; « on ne doit pas dire : « tu dois faire ça » mais laisser aux acteurs leur libre-arbitre. Sensibiliser la communauté consiste en la délivrance d'information et en orientant vers les structures adaptées. Obliger ou influencer les gens dans leur décisions est très intrusif, et une participante évoquera qu'il « ne faut pas se rendre responsable de la maladie si elle donne de mauvais conseils ».

- « **Parler avec un vocabulaire simple et accessible** », si nécessaire dans la langue maternelle, pour faciliter la bonne compréhension des enjeux et informations par la communauté.

A l'issue de cette séance de travail, et en prévision de l'enquête à mener auprès de la communauté, le groupe s'est attaché à construire un « kit de l'enquêteur » pour asseoir sa légitimité auprès du public : en sus de l'outil de recueil de données, les pairs souhaitaient pouvoir être identifiés au moyen d'un badge et d'une plaquette d'URACA, car « sans badge, sans rien pour s'identifier, il est difficile d'approcher les gens, ils peuvent avoir peur ».

5. Premiers éléments qualitatifs et quantitatifs du recueil des données

Après ces séances de sensibilisation, les personnes relais sont donc allées enquêter sur le terrain, avec le questionnaire et le « kit de l'enquêteur ». La passation effective des questionnaires s'est déroulée en intersession de travail, du 15 septembre au 05 octobre 2013.

Nombre de personnes interrogées : 226 (123 hommes et 103 femmes)
Nombre de préservatifs distribués à cette occasion : 1000 préservatifs masculins, 500 préservatifs féminins
Nombre de flyers d'information distribués : 200 flyers
Lieux de passation des questionnaires :

- 3 grandes gares parisiennes,
- Sorties de métro très fréquentées par la communauté
- Salons de coiffure spécialisés
- Restaurants africains
- Foyers de travailleurs immigrés à Paris et en Ile de France
- Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
- Par téléphone (pour 3 d'entre eux)
- Lieux de réunion d'URACA
- Au domicile des personnes interrogées
- Laverie
- Résidence Universitaire
- Atelier de couture

Globalement, les enquêteurs ont eu un accueil assez favorable de la communauté pour faire passer les questionnaires, essuyant néanmoins des refus parfois violents de la part de certains/certaines (« avec certaines personnes, il y a eu beaucoup de honte, pour les gens et pour nous-même », « dès qu'ils entendent les mots « association », « sida » ou « sexualité », les gens s'en vont », « un vieux m'a insulté et m'a demandé si j'étais malade pour faire ça »). Ils ont toutefois dû expliquer, à de nombreuses reprises, qu'ils n'étaient pas payés pour faire ce travail d'enquête (à la grande surprise des gens interrogés), mais aussi qu'ils n'étaient pas forcément séropositifs pour s'intéresser à ces sujets.

Qualitativement, les personnes relais ont pu nous faire part de leur difficulté à aborder les aînés de la communauté, moins enclins à s'exprimer sur ce type de sujet ; mais surtout car le tabou imposé par le droit d'aînesse persiste. Il reste également difficile de demander leur âge aux personnes interrogées, puisque c'est une marque d'impolitesse pour la plupart des membres de la communauté.
Certaines personnes se sont offusquées de la question n°19 (A quand remonte la dernière utilisation du préservatif ?) répondant que cela était trop intime.
Certains répondants ont également refusé de prendre des préservatifs, arguant qu'ils n'en avaient pas besoin ; et la plupart d'entre eux ont découvert le préservatif féminin à l'occasion de cette enquête.

Pour un enquêteur, une jeune femme a refusé de lui répondre directement, préférant que les questions lui soient posées par le truchement de son amie, pour des raisons de décence genrée.

PHASE 3 DE LA RECHERCHE-ACTION (6 SEANCES DE TRAVAIL)

De l'analyse des données à la journée de restitution

1. Analyse statistique des données récoltées

Concernant ces premiers éléments d'analyse, nous avons privilégié les tris à plat avec le groupe de relais, pour une analyse qualitativement signifiante. Sur les 226 questionnaires recueillis, seuls 223 ont pu être exploités pour les chiffres qui vont vous être présentés ci-dessous. La saisie des questionnaires a été effectuée par des stagiaires d'URACA maitrisant les logiciels d'analyse statistique.

PROFIL des personnes INTERROGEES

age		
entre 20 et 30	82	36,8%
entre 30 et 40	81	36,3%
entre 40 et 50	35	15,7%
entre 50 et 60	20	9,0%
entre 60 et 70	5	2,2%
entre 70 et 80	1	0,4%
entre 80 et 90	0	0,0%

1. Premier constat, l'âge des personnes interrogées est dégressif, avec une majorité de répondants entre 20 et 40 ans.

Trois hypothèses pour expliquer ce phénomène :

- Les plus jeunes de la communauté (20 à 40 ans) se sentent plus exposés que les sujets plus âgés, et ont été mieux informés sur le VIH/Sida que les anciens.
- Les plus jeunes ont une sexualité plus active que les plus âgés, et sont plus ouverts à cette question
- Les 50 ans et plus ne souhaitaient pas répondre au questionnaire (de l'expérience de quelques enquêteurs) et les enquêteurs ressentaient de la « honte » à aller interroger ce profil de personne.

Certains ont ainsi indiqué que parler sexualité avec une personne en âge d'être son « père » provoquait de la gêne ; et c'est donc naturellement qu'ils sont allés interroger les plus jeunes.

sexe		
femme	109	48,9%
homme	116	52,0%

2. On constate ici que les hommes ont plus répondu au questionnaire que les femmes. Le groupe explique cela par le fait que les femmes soient, de manière générale, plus gênée pour parler sexualité que les hommes.

A ce propos, les hommes ont en moyenne pris plus de préservatifs que les femmes. La différence des sexes a pu rendre les choses compliquées dans la passation des questionnaires également (notamment quand une femme était interrogée par un homme).

situation familiale		
celibataire	100	44,8%
marié ou pacsé	67	30,0%
veuf/veuve	9	4,0%
couple	31	13,9%
divorcé	14	6,3%
concubinage	2	0,9%

3. L'enquête a touché plus de célibataires, car pour le groupe, ils se sentent plus concernés par ces questions que les autres situations familiales.

Lors de l'analyse, une discussion s'est engagée sur les couples mariés mais dont l'un des conjoints vit hors de France : en général, ces personnes se déclarent comme célibataires, sans toutefois agir de cette façon. Cela dépend de la valeur donnée au mariage ; ou encore de la nécessité dans certaines situations (ex. pour des raisons économiques, pour des papiers…).

enfants		
oui	141	63,2%
non	70	31,4%

4. La plupart des personnes rencontrées ont des enfants (mais ils sont restés au pays pour certains).

Concernant la pratique des sites de rencontre, le groupe pense qu'aujourd'hui, il est peut-être plus facile de rencontrer par ce biais. C'est un moyen assez privilégié, encore une fois, par les 20/40 ans – plus familiarisés avec ces nouvelles technologies.

visite site de rencontre		
oui	64	28,7%
non	154	69,1%

rencontre via Internet		
oui	42	18,8%
non	127	57,0%

CONNAISSANCES de la communauté SUR LE VIH/SIDA

connaissance du VIH		
oui	207	92,8%
non	12	5,4%

Beaucoup des répondants disent connaitre le VIH/Sida ; mais ne savent pas exactement ce que c'est.
Pour les 5,4% de non, il faut compter que certaines personnes ne voulaient pas entendre parler de maladie ou de sexualité. Pour le groupe, répondre non est une façon de fuir la réalité !

Le groupe note que la communauté a été bien informée, notamment grâce à la télé – car les médias ont très rapidement pris le problème en main et fait de grandes campagnes de prévention.
Le Bouche à oreille est la deuxième source d'information sur le VIH/Sida, ce qui complique la transmission d'informations fiables et scientifiques…
Notons que les professionnels de santé sont la 3ème source d'information !

moyen de connaissance		
télévision/radio/presse	200	89,7%
artistes/comedien	54	24,2%
bouche à oreille	142	63,7%
professionnels de santé	93	41,7%
association	71	31,8%
affiches et campagne d'information	78	35,0%

connaissance mode de contamination		
En mangeant dans le meme plat qu'une personne contaminée	16	7,2%
en buvant dans le même verre qu'une personne contaminée	23	10,3%
en se faisant une piqure	202	90,6%
partageant les mêmes toilettes	22	9,9%
en se faisant exciser ou circoncire	191	85,7%
en portant les mêmes vêtements qu'une personne contaminée	17	7,6%
en touchant des objets appartenant à une personne contaminée	35	15,7%
en embrassant une personne contaminée	105	47,1%
en allaitant ou pendant une grossesse	132	59,2%
en ayant des rapports sexuels non protègés avec une personne contaminée	214	96,0%

Concernant la connaissance des moyens de contamination, la communauté semble relativement bien informée des risques encourus par contact sexuels non protégés, par l'injection sans matériel stérile et concernant les excisions/circoncisions avec les mêmes outils. Toutefois, certaines représentations erronées persistent, notamment concernant le plat, le verre, les objets, les vêtements et les toilettes partagés (ici, essayer de voir si ce sont les mêmes personnes qui ont les mêmes représentations erronées).
C'est comme si la communauté avait intégré les messages les plus répandus, mais ne connaissait pas en détail les modes de contamination.

Question 9 : Si une personne de votre entourage est contaminée : comment réagirez-vous ?

Sur 223 répondants : 166 soutiendront les personnes atteintes du VIH ; 38 abandonnent la personne malade ; 9 ne savent pas (mais nous ne sommes que sur du déclaratif).

parler de pratique sexuelle		
vos partenaires,conjoints, mari,femmes	147	65,9%
vos amie(es)	175	78,5%
vos collègues de travail	83	37,2%
dans une association	44	19,7%
à la tontine	49	22,0%
dans un lieu de rencontre (maki,ngenda, grain...)	49	22,0%
vos enfants	63	28,3%
autreS lieux	36	16,1%

Nous constatons que dans la communauté, il est plus facile de parler sexualité avec ses ami(e)s (en première position) qu'avec son partenaire.

Le groupe posent alors les interprétations suivantes :

- Les partenaires ne parlent pas de sexualité directement, et cela proviendrait de l'éducation reçue – notamment pour les femmes : « sois toujours prête pour ton mari », « respecte ton mari » et « laisse-le venir à toi ».
- On ne parle pas de sexualité en famille, cela provoque trop de « honte »
- Parler de sexualité entre ami(e)s se fait dans des endroits spécifiques : pause cigarette au travail pour les hommes, dans la cuisine pendant la préparation des repas pour les femmes….
- Parler de sexualité à ses enfants serait une façon de les inciter à y entrer. La plupart des enquêteurs ont donc attendu l'entrée dans la vie sexuelle de leurs enfants, avant de leur parler de protection. Certains ne peuvent évoquer cette question directement, et choisissent des messages différents : « les femmes doivent aimer leur corps ».

CONNAISSANCES des MOYENS de PROTECTION

Question 11 : Comment se protéger du VIH/SIDA selon vous ?

Sur 223 répondants : 171 utilisent les préservatifs ; 24 s'abstiennent ; 12 disent qu'il faut rester fidèle ; 9 utilisent la contraception ; 5 disent qu'il faut se dépister ; 2 ne savent pas.

connaissance préservatif masculin		
oui	211	94,6%
non	10	4,5%

utilisation preservatif masculin		
oui	167	74,9%
non	48	21,5%

sexe * utilisation_preservatif_masculin		
	femme	homme
oui	68	100
non	34	15

Concernant l'utilisation du préservatif masculin :

L'écart constaté entre connaissance de ce moyen de protection et utilisation de celui-ci s'explique sans doute par le fait que :

- Les membres de la communauté plus âgés « n'utilisent pas les gants pour boxer ! », même quand ils sont en couple avec des plus jeunes. De plus, certains refusent de mettre un préservatif, car cela coupe leur érection.

- C'est une contrainte de porter le préservatif, personne ne le fait vraiment par plaisir. C'est même un frein car les gens disent « vouloir sentir ce qu'ils font »
- Certains argumentent qu'ils n'ont pas besoin du préservatif car ils font confiance à leur conjoint/partenaire (concernant sa fidélité notamment).
- Certains sont mal informés de la pathologie, raison pour laquelle ils ne se protègent pas.
- Certains partenaires sexuels refusent le préservatif car cela renvoie soit l'image du partenaire « facile » ; ou encore d'un partenaire déjà « malade ».

Le biais de cette recherche est toutefois que peu de personnes de 50 ans et plus ont été interrogées sur leurs pratiques sexuelles.

Notons toutefois que malgré leur connaissance du VIH/Sida, 22,7 % des gens ne l'utilisent pas comme moyen de protection ! Mais nous ne pouvons pas savoir si c'est parce qu'ils ont d'autres moyens de se protéger (préservatif féminin…)

connaissance Préservatif féminin		
oui	119	53,4%
non	101	45,3%

utilisation préservatif féminin		
oui	35	15,7%
non	177	79,4%

sexe * utilisation_préservatif_féminin	femme	homme
oui	20	15
non	86	93

Concernant l'utilisation du préservatif féminin :

Globalement, nous constatons que le préservatif féminin est beaucoup connu et utilisé que le masculin (d'ailleurs, certains enquêteurs ont eu plus de difficultés à le proposer aux répondants). L'écart constaté entre connaissance de ce moyen de protection et utilisation de celui-ci s'explique avec les hypothèses suivantes :

- Même s'il commence à intéresser les femmes, le préservatif féminin a mauvaise réputation : fait mal, fait du bruit, difficile à insérer, trop gros pour le vagin des femmes…
- Le préservatif féminin est également plus cher à l'achat que le masculin.

Concernant la négociation du préservatif :

proposition d'utilisation		
vous	169	75,8%
votre partenaire	76	34,1%

fréquence d'utilisation du préservatif		
oui	118	52,9%
non	98	43,9%

derniere utilisation		
1 jour	10	4,5%
1 semaine	25	11,2%
1 mois	33	14,8%
2 mois	7	3,1%
3 mois	16	7,2%
6 mois	12	5,4%
plus de 6 mois	66	29,6%

La proportion de personnes interrogées, proposant le préservatif, est tout à fait bonne. Notons que dans certaines situations, ce sont les 2 partenaires qui proposent le préservatif.

Question 22 : S'il faut négocier l'utilisation du préservatifs, quels arguments sont utilisés ?

Sur 223 répondants : 111 personnes répondent autrement ; 68 personnes répondent qu'ils négocieront pour leur santé ; 24 ne négocient pas ; 20 négocieront pour éviter une grossesse.

Question 23 : Comment réagissez-vous si votre partenaire refuse le port du préservatif ?
Sur 223 répondants : 188 ne font pas de rapport ; 28 personnes le font sans préservatif ; 2 personnes ne savent pas ; 5 vont convaincre leurs partenaires.

CONNAISSANCES du DEPISTAGE et des TRAITEMENTS EXISTANTS

prêt à vous faire dépister		
oui	180	80,7%
non	41	18,4%

ou se faire dépister		
oui	191	85,7%
non	27	12,1%

si non		
la peur de connaitre le resultat, d'être malade	64	28,7%
la honte,la peur d'être rejeté, isolé	59	26,5%
la peur de ne pas vivre longtemps	43	19,3%
la peur de devoir changer ses pratiques sexuelles,sa vie bouleversée	34	15,2%
la peur d'être contaminé pendant le dépistage	32	14,3%

Concernant le dépistage, nous pouvons constater que les gens sont prêts à aller se faire dépister, et qu'un grand nombre d'entre eux savent où se rendre.

connaissance traitements		
oui	191	85,7%
non	29	13,0%

Nous avons un nombre important de membres de la communauté qui connaissent l'existence de traitements, mais le questionnaire ne nous permet de savoir s'ils connaissent leurs modalités d'administration de ces traitements et s'ils « guérissent » ou retardent l'avancée de la pathologie.

La plupart des répondants savent que l'on peut éviter la contamination de l'enfant pendant une grossesse ; et l'équipe des enquêteurs s'est chargée d'expliquer les modalités de ces grossesses.

Connaissance grossesse et contamination		
oui	143	64,1%
non	77	34,5%

mal à l'air pendant l'entretien		
oui	43	19,3%
non	175	78,5%

Peu de gens ont déclaré s'être sentis mal à l'aise – sans doute du fait que la posture d'agent de prévention facilitait le dialogue. Aussi, une première piste concernant la levé de ce tabou est le travail de la place de laquelle on parle, et la formation des enquêteurs/agents de prévention.

Question 31 : Vous êtes-vous sentis mal à l'aise pour répondre à mes questions ? Si oui lesquelles ?
Sur 223 répondants : 8 personnes trouvent que la question 19 était gênante ; 6 personnes ont eu honte de parler à un inconnu.
De fait, les membres du groupe expriment que la question n°19 était beaucoup trop intrusive pour les personnes enquêtées.

Question 32 : Avez-vous des remarques ?
18 personnes ne s'intéressent pas à cette prévention ; 95 personnes s'intéressent à cette prévention ;
Les autres personnes répondent autrement.

Au regard des analyses effectuées ci-dessus, le groupe a repris les hypothèses qu'il avait proposé et taché de les confirmer/infirmer à la lumière des enseignements retenus grâce au recueil des données.

Hypothèses dégagées	Eléments du recueil de données
Hypothèse « la sexualité comme tabou »	- Les ainés ont refusé de répondre au questionnaire - La gêne des enquêteurs à aller interroger les plus âgés - Les hommes répondent plus que les femmes, souvent plus gênées de parler de sexualité. - Les partenaires ne parlent pas de sexualité, mais en parlent plus avec leurs amis. - Parler de sexualité à ses enfants serait une façon de les inciter à y entrer. La plupart des gens attendent donc l'entrée dans la vie sexuelle de leurs enfants, avant de leur parler de protection. - Durant l'entretien, peu de gens se sont sentis mal à l'aise – sans doute du fait que la posture d'agent de prévention facilitait le dialogue.
Hypothèse « rejet et stigmatisation »	- Certaines personnes ont des représentations erronées des modes de transmission (verre, vêtements, toilettes, etc.) - Les personnes interrogées seront plutôt dans le soutien face aux personnes contaminées.
Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée de l'existence de la maladie»	- Le bouche à oreille est le 2ème vecteur d'information sur le VIH/Sida - La communauté a des représentations erronées des modes de contamination.
Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée des mode de contamination»	- Le bouche à oreille est le 2ème vecteur d'information sur le VIH/Sida - Certaines personnes ont des représentations erronées des modes de transmission (verre, vêtements, toilettes, etc.) - Les modes de contamination principaux semblent être connus, mais pas les vecteurs directs de la maladie.
Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée des mode de protection »	- Le bouche à oreille est le 2ème vecteur d'information sur le VIH/Sida - La communauté connait le préservatif masculin, mais beaucoup moins le féminin. - Certains pensent que la fidélité ou la contraception sont des moyens de se protéger
Hypothèse « il est difficile de négocier le préservatif »	- Le préservatif est une contrainte pour beaucoup (peu couper l'érection par exemple) - 22,7% des répondants disent connaitre le VIH/Sida mais ne pas utiliser de préservatif masculin. - Demander le port du préservatif peut faire passer pour un partenaire sexuel « facile » ou déjà « malade » du VIH/Sida. - Globalement, ce sont les partenaires interrogés qui proposent le préservatif lors d'un rapport sexuel
Hypothèse « la communauté n'est pas assez informée dépistages/traitements qui existent »	- La communauté est bien informée des lieux et procédures de dépistage. - La plupart ont envie de se faire dépister - La communauté est bien informée des traitements qui existent (mais la distinction entre ralentissement et traitement de la maladie n'est pas possible).
Hypothèse « la peur d'être malade »	Vérifiée plutôt dans l'attitude des non répondants ou de ceux qui refusent les entretiens, plus que par rapport aux chiffres.

2. Proposition d'outils et restitution des résultats

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, l'association URACA a l'habitude de promouvoir la réduction des risques sexuels au sein de la communauté par l'organisation d'un évènement ouvert à toute la communauté. A cette occasion, nous avons pu (le 14 décembre 2013) restituer les travaux de la recherche-action à travers différentes médiations – et ce afin d'expérimenter des outils proposés à l'issue de notre recherche.
Il est à noter que de la conception à la réalisation effective le jour J, c'est tout le groupe de pairs qui participé à la réalisation / animation de cette journée.

Après analyse des résultats obtenus par l'enquête auprès de la communauté, le groupe de pairs a donc fait le choix de créer différents supports et outils de sensibilisation :

- **Une présentation « classique » des résultats saillants de la recherche-action**

Au moyen d'un PowerPoint (cf. annexes), le groupe de travail a pu présenter les résultats de sa recherche-action de façon thématisée. En binôme, les relais ont don regroupé les résultats en grande catégories pertinentes au regard des hypothèses de recherche qu'ils avaient élaborées

- **La sexualité: un tabou dans la communauté ?**

Le groupe de relais a pu identifier combien la sexualité restait un tabou dans la communauté, ne permettant pas la mise en œuvre d'actions de prévention qui ne soient pas adaptées à ce public. Toutefois, les plus jeunes semblent moins vivre ce tabou, puisque 73% des personnes ayant accepté d'être interrogées dans cette enquête avaient entre 20 et 40 ans. Les enquêteurs ont constaté que le respect de l'âge et du droit d'ainesse rendent problématique le fait de parler de prévention, notamment avec les plus âgés.
Les hommes sont plus nombreux à en parler avec leurs amis (43,5%) puis à leur conjoint (32%) puis avec leurs collègues de travail (23,3%). Les femmes préfèrent en parler d'abord à leurs amies (35.8%) puis à leur conjoint (34,5%) puis à la tontine (18,3%).
Un problème soulevé est celui d'en parler aux enfants, puisque seuls 29,1% des personnes interrogées parlent de sexualité avec eux. La question se pose est aussi : comment négocier le préservatif ou encore discuter de sexualité quand le tabou est présent ?

- **Pour s'informer: le « bouche à oreilles » ?**

Le « bouche à oreilles » est le deuxième moyen de s'informer dans la communauté (63,7%), après les médias (télévision, radio, presse) à 89,7% et juste avant les professionnels de santé (41,7%).
L'information qui circule de cette façon n'est pourtant pas toujours fiable, voire représente un réel danger de transmettre des informations fausses. Ainsi, 14,3 % des personnes refusant d'aller se faire dépister invoque la peur d'être contaminée pendant le dépistage ! La tradition orale de la communauté fait que l'information se diffuse le plus souvent par ce biais-là, facilitant la transmissions de connaissances erronées, les légendes urbaines sur l'existence de la maladie et ses modes de transmission ; mais qui stigmatise également les séropositifs ainsi que leur entourage.

- **Le SIDA: on l'attrape comment ?**

Connaissance des modes de contamination		
En ayant des rapports sexuels non protégés avec une personne contaminée	214	**96 %**
En se faisant une piqûre	202	**90,6 %**
En se faisant circoncire/exciser	191	**85,7 %**
En allaitant ou pendant une grossesse	132	**59,2 %**
En embrassant une personne contaminée	105	**47,1 %**
En touchant des objets appartenant à une personne contaminée	35	**15,7 %**
En buvant dans le même verre qu'une personne contaminée	23	**10,3 %**
En partageant les mêmes toilettes	22	**9,9 %**
En portant les mêmes vêtements qu'une personne contaminée	17	**7,6 %**
En mangeant dans le même plat qu'une personne contaminée	16	**7,2 %**

La communauté ne dispose pas toujours des bonnes informations concernant les modes de contamination au VIH/Sida – ce qui génère des comportements à risques et de la stigmatisation des malades

- **Comment la communauté se protège ?**

La communauté reconnait le préservatif comme étant le moyen le plus sûr de se protéger à 76.6%. Toutefois, seuls 52,9% des personnes interrogées l'utilisent. 20 % d'entre elles considèrent que l'abstinence, la fidélité et la contraception sont des moyens efficaces de se protéger des maladies sexuellement transmissibles. Le groupe relais a toutefois pu mettre en garde sur la fidélité et l'abstinence, qui ne sont pas des moyens fiables de se protéger (la fidélité est essentiellement déclarative dans un couple ; et l'abstinence est parfois difficile à prôner lorsque deux êtres se désirent beaucoup « on ne peut pas retenir les moutons dans l'enclos » !)

- **La négociation du préservatif**

84,3 % des personnes interrogées refusent un rapport sexuel si leur partenaire refuse le préservatif, et 12,5 % des personnes le font sans préservatif.
La négociation reste un sujet difficile dans les couples ; notamment car cela véhicule des représentations de partenaire « facile » ou déjà malade. Dans ce cadre, négocier le préservatif reste difficile, d'autant que le masculin jouit d'une mauvais presse auprès de certains membres de la communauté (« on ne mange pas la banane avec la peau », le préservatif coupe l'érection, il coupe des sensations...) tandis que le préservatif féminin est soit méconnu (seuls 53,4% des personnes interrogées connaissent ce moyen de contraception) soit décrié (« on dit que ça fait mal, que ça fait du bruit pendant le match... », il est plus cher que le masculin...). Même si la majorité des enquêtés déclarent refuser un rapport sexuel non protégé, les représentations de la communauté génèrent une image très négative de celui qui demande le port du préservatif : le partenaire peut considérer que la demande émane du fait que la personne soit déjà malade, ou bien qu'elle est habituée à avoir de nombreux partenaires, d'être une personne de petite vertu.

- **Les dépistages**

18,4 % des personnes interrogées refusent de se faire dépister, en invoquant les raisons suivantes :

- La peur d'être malade à 28,7 %
- La peur d'être rejeté, isolé à 26,5 %
- La peur de ne pas vivre longtemps à 19,3 %
- La peur de voir sa vie bouleversée, de devoir changer ses pratiques sexuelles

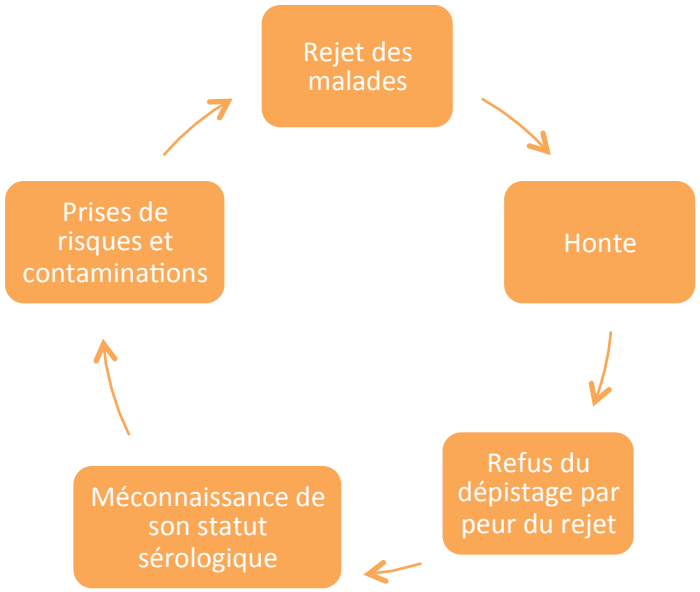
à 15,2 %
- La peur d'être contaminés pendant le dépistage à 14,3 %

Toutefois, 80, 7 % des personnes accepteraient de se faire dépister ; et 85,7% savent où se rendre.

- **Un rejet moins fort chez les plus jeunes**

17% des personnes interrogées déclarent abandonner une personne contaminée de leur entourage, et 4 % ne savent comment réagir.

Ce rejet des personnes atteintes du VIH/Sida est dû à la mauvaise information sur les modes de transmission notamment. Les maladies sexuellement transmissibles sont également source de honte pour la communauté ; qui pense parfois que le rejet des malades leur évitera la contamination.



- **Les traitements**

85,7 % des personnes interrogées connaissent l'existence de traitements, mais cela ne nous permet de savoir si elles connaissent leurs modes d'administration et s'ils « guérissent » ou retardent l'avancée de la pathologie.
64,1 % d'entre eux savent que l'on peut éviter la contamination de l'enfant pendant une grossesse ; et l'équipe des enquêteurs s'est chargée d'expliquer les modalités de non-contamination en cours de grossesses encadrées.

- **Une pièce de théâtre pour illustrer la négociation du préservatif dans les couples « Mimi et Djaguer »**

A partir des éléments recueillis au cours de la phase d'enquête, le groupe a choisi d'illustrer la question de la négociation du préservatif avec une saynète de théâtre, entièrement écrite par eux, mettant en scène « Mimi » et « Djaguer », deux anciens « feux » (amants) qui se retrouvent à Paris après des années de séparation.

Les personnages de la pièce

Mimi (une jeune femme récemment arrivée à Paris)
Djaguer (son ami, arrivé en France il y a plusieurs années)
Kanou, le colocataire de Djaguer
Colette (la meilleure amie de Mimi)
Djimba, l'oncle de Colette
Djakari, le fils de tonton Djimba
2 infirmières d'un centre de dépistage
1 médecin de centre de dépistage

Scénario retenu

1ère scène : dans la rue, à une sortie de métro.
Mimi est au téléphone, et Djaguer l'aperçoit et va à sa rencontre. Ce sont deux « anciens feux » et ils commencent à discuter de la vie à Paris, de ce qu'ils font en France… Djaguer propose à Mimi de continuer la conversation autour d'un café. Après le café, Mimi va chez Djaguer, qui veut lui montrer son appartement.

2ème scène : dans l'appartement de Djaguer.
Djaguer et Mimi rentrent dans l'appartement, et dans le salon se trouve Kanou, le colocataire de Djaguer. Djaguer explique qui est Mimi, Kanou fait quelques allusions à leur relation d'anciens « feux ». Puis Djaguer et Mimi vont dans la chambre.

3ème scène : dans la chambre de Djaguer :
Mimi et Djaguer sont assis sur le lit. Ils se rappellent tous les deux les bons moments passés au pays. Djaguer dit qu'il a très envie de Mimi, mais celle-ci explique qu'il y a des maladies en France, et demande à Djaguer s'il a des préservatifs. Djaguer refuse d'en porter « car il n'a pas changé depuis la dernière fois, ils peuvent faire comme avant ». Mais Mimi refuse : la « capote sinon rien » !
Elle finit par partir de l'appartement.

4ème scène : dans le salon de Djaguer :
Djaguer retourne dans le salon pour discuter avec Kanou de ce qu'il s'est passé avec Mimi, qui veut l'obliger à porter le préservatif. Kanou répond que les maladies ont été inventées par les Blancs et que c'est pendant le dépistage qu'ils sont contaminés… Il ne croit pas au Sida et dit à Djaguer de laisser tomber sa relation avec Mimi.

5ème scène : Mimi chez son amie Colette, dans le salon :
Mimi va chez son amie Colette pur lui raconter ses retrouvailles avec Djaguer, mais aussi le fait qu'il refuse le préservatif. Colette soutient Mimi dans son choix de refuser de faire l'amour sans préservatifs, même quand « les moutons sortent de l'enclos » ! Colette dit à Mimi d'essayer de convaincre Djaguer d'aller se faire dépister avec elle, car c'est quand même mieux de « manger la banane sans la peau » en toute sécurité !

6ème scène : Tonton Djimba rentre dans le salon :
A ce moment-là, Djimba, l'oncle de Colette (qui était dans sa chambre) rentre dans le salon, en colère. Il explique que les jeunes femmes ne doivent pas parler de sexualité, surtout pas en sa présence. Il leur rappelle également qu'elles doivent être vierges le jour de leur mariage.

Tonton Djimba décide de chasser Mimi de chez lui. Mais avant qu'elle ne parte, Mimi lui explique qu'elle est désolée qu'il ait entendu leur conversation ; mais qu'il faut parler de l'épidémie pour éviter qu'elle ne se propage.

7ème scène : Tonton Djimba et son fils :

Djakari, le fils de tonton Djimba, rentre dans le salon. Il appuit le discours de Mimi, en donnant l'exemple d'un ami de tonton Djimba, qui est mort il y a peu de temps et dont le corps a été rapatrié : il parait qu'il était malade du Sida…

8ème scène : Djaguer est au téléphone avec Mimi.

Djaguer a réfléchit. Il apelle Mimi pour lui dire qu'il est prêt à aller au dépistage avec elle.

9ème scène : Djaguer et Mimi vont au dépistage.

C'est un dépistage TROD, et deux infirmières les accueillent et leur font passer l'entretien classique. Djaguer dit qu'il ne peut pas être malade car il est bien portant, et les infirmières leur expliquent la maladie à tous deux.

Ensuite, en attendant les résultats, 1 médecin va leur expliquer les traitements qui existent, et la possibilité de vivre avec la maladie (possibilité de faire des enfants).

Pour le groupe de relais, la saynète jouée a été l'animation la plus marquante, qui a beaucoup retenu l'attention du public.

Pour le groupe, la pièce de théâtre parle plus à la communauté car :

- Le théâtre reste un outil plus captivant que le simple discours.
- Ce type d'évènement permet de s'adresser à toute la communauté (même pour les non-lettrés)
- L'aspect comique de certaines scènes permet de faire passer des messages de prévention sans que cela ne soit vécu comme « trop lourd » par les spectateurs, sans que le thème « ne les fasse fuir ».
- L'aspect dynamique et vivant de la scène de théâtre permet également de concrétiser les problématiques de la communauté, qui peut s'identifier plus facilement aux personnages en jeu et ainsi mieux se représenter les problématiques, solutions et moyens d'y parvenir.
- La scène de théâtre « vivante » permet également de s'adapter aisément au respect des codes culturels de la communauté (ex. du terme « ancien feu »).
- L'utilisation de la langue maternelle sur certains termes, et d'expressions culturellement marquées, permet de capter le public et facilite les identifications.

Pour toutes ces raisons, le groupe met donc en lumière le fait que le théâtre semble être un outil de prévention des plus adaptés.

- **Un conte de tradition africaine « le conte de Bogosse »**

Le conte a été présenté par une des participantes du groupe, rompue à ce type de médiation.

Résumé du conte :

« C'est l'histoire de KADER, un jeune et joli homme, le plus bel homme de tout son village, de toute sa ville et même de tout son pays. KADER est charmant, gracieux, bien bâti. Issue d'une

grande famille riche, il a 30 ans, possède un bon boulot, une belle et grande maison et la dernière marque de voiture à la mode. Ce qui lui vaut le surnom de BOGOSSE. Sa maison ne désemplit jamais de ses parents, amis et connaissances et surtout des femmes. Eh oui, parce que BOGOSSE il aime les femmes, toutes les femmes. Chaque jour dans sa voiture, on y voit de toutes sortes : des grosses, des minces, en passant par des élancées, des courtes, des noires, des blanches, des métisses et même des deux a trois couleurs.

Tous les jours est fête chez BOGOSSE : boite de nuit, maquis, bar dancing.
Ça aurait pu durer aussi longtemps comme ça si un jour il ne s'est pas senti malade. Pendant une semaine il était couché, fatigué avec une forte migraine.

La deuxième semaine il s'en va en consultation. Il revient avec son traitement de Paludisme. Il le finit, se met sur pied deux jours puis retombe. De nouveau BOGOSSE il retourne en consultation. Cette fois ci ses examens ont révélé la fièvre typhoïde. Tour de suite il achète les produits et se met à boire. Mais il se sent toujours malade. Il n'arrive plus à partir au boulot et n'arrive plus a satisfaire ses innombrables femmes qui la harcèlent par leurs appels, SMS et qui viennent jusque chez lui. Il change complètement de Centre de sante sous les conseils de sa famille. Meilleurs médecins et docteurs. Toujours rien.

Trois mois jour pour jour que BOGOSSE EST COUCHE. On lui prescrit toutes sortes de traitements mais ça ne va jamais dans la bonne direction. Force est de constater que BOGOSSE est de moins en moins vigoureux, sa beauté est en train de se faner comme ces fleurs devant les devantures de sa maison. Il n'attire plus les femmes comme avant. Et même que toutes ses nombreuses fréquentations de sa maison commencent à se faire rare.

UN jour, une jeune voisine ZARA venue s'enquérir de sa santé lui dit : BOGOSSE, tu a fait toutes sortes d'examens et bu toutes sortes de médicaments sans succès, pourquoi ne vas-tu pas faire le test du SIDA? De toute la force qui lui reste encore, BOGOSSE DE REDRESSE DIFFICIELEMNT et très en colère; « pour qui me prend tu? Toi qui me connais très bien avant, c'est toi qui me parle de SIDA? Tu crois que cette maladie c'est pour un gars comme moi? Propre, bien en forme et en chair ? Intellectuel, beau et riche? Je mange comme ce que je veux, quand je veux et ou je veux. Je dors bien.
Tu n'es pas venue me voir, tu es venue m'insulter. Allez sors de chez moi, et en vitesse ».
La jeune fille ne dit rien. Elle s'en va mais revient deux jours plus tard. Elle lui la gratuité du dépistage, lui explique le même s'il est séropositif, qu'il existe des traitements pour arrêter le développement du virus. Elle parle encore, encore et encore jusqu'à ce que BOGOSSE finisse par accepter. C'est elle même qui l'accompagne.

Ce qui devait arriver arriva: le charmant, l'incontournable, l'intellectuel BOGOSSE est SEROPOSITIF.

Chanson

L'annonce de cette mauvaise nouvelle finit par anéantir BOGOSSE. Tout s'effondre autour de lui. Ce jour-là, ZARA qui a une grande connaissance sur la maladie du SIDA passe toute la journée chez lui. Elle lui explique tout et lui conseille d'informer sa famille qui était toujours avec lui et qui l'avais soutenu depuis sa maladie. Ce que Bogosse fait. Mais s'il avait su ; ce jour-là, c'est comme s'il a y avait eu un deuil chez lui. Des pleurs, des cris partout dans sa famille. Le bouche à oreille a tellement bien fonctionné que tout le monde est au courant maintenant que BOGOSSE a le SIDA. Sa mère très affecté lui dit :

« Eh Kader, tu m'as tué. Tu m'as tué ooooooh Kader, tu m'a honnit et tu as honnit notre famille. Désormais on va nous appeler « famille SIDA ». Non Kader, je ne te pardonnerai pas ça.» Il est interdit de toucher quoi que ce soit dans la maison, d'utiliser les WC et toilettes et de dormir

avec les autres. Son père lui retire sa maison et BOGOSSE se retrouve à dormir dans la cour de la concession familiale sur un tout petit matelas.

Ainsi donc, Kader le BOGOSSE, le fils préféré, choyé et protégé, est rejeté par les siens. Son nom de BOGOSSE a disparut pour faire la place à CADAVRE AMBULANT, SIDEEN; De honte il ne sort plus et sombre dans la dépression ce qui aggrave sa maladie. ZARA la seule qui continue à le rendre visite n'acceptant pas de le voir ainsi, le prend chez elle.

Quelques jours plus tard, il est hospitalisé.

Zara n'en veut pas à sa famille car elle sait que c'est par ignorance de cette maladie que sa famille agisse ainsi. Elle se met à réfléchir.

Un jour, elle se présente dans la famille de BOGOSSE accompagné de deux médecins a qui elle a raconté toute l'histoire de BOGOSSE. Ils font une réunion dans sa famille et ensuite dans le quartier pour leur expliquer tout sur le VIH SIDA et l'impact du rejet sur le psychologique du malade. Tout le monde a compris et tout le monde a eu honte, s'est senti gêné. Ils se sont précipités au chevet de BOGOSSE pour se pardonner, pour le reprendre et l'intégrer.

Le jour de sa sortie de l'hôpital, une grande fête est organisée par les parents de BOGOSSE dans le quartier. Et c'est officiellement que les parents de BOGOSSE demandent la main de ZARA à ses parents pour leur fils. Tout le monde est d'accord y compris les deux protagonistes. Ces événements les ont beaucoup rapprochés l'un de l'autre. ZARA, séronégative sait très bien qu'ils peuvent se marier et avoir des enfants en respectant les consignes des médecins, et qu'ils peuvent avoir une vie normale et épanouie ».

Nous le savons, la tradition orale reste très forte dans la communauté africaine, malgré les bouleversements qui s'opèrent aujourd'hui. Aussi, le conte africain reste une coutume ancrée dans la culture africaine, même chez les populations immigrées en Ile de France.
L'intérêt du conte est qu'il permet, dans le dénouement, de proposer une solution à un problème exposé. Comme nous l'enseigne N'Sounga : « C'est un cours à la fois théorique et pratique que la société par le truchement de ce genre littéraire, donne à ses membres. C'est un véritable cours d'éducation morale. ". Le conte provoque chez les auditeurs de forts sentiments et impose des normes morales. Il mobilise toutes les ressources de l'individu : " de la pensée aux muscles ". Le public s'engage dans le conte et la société y trouve son modèle de référence. Le thème secondaire joue un rôle de " thérapeutique préventive ". Ce thème secondaire met à l'épreuve le système, et dévoile ses failles, ce qui permet une prise de conscience et une plus grande prudence. Enfin, le dénouement a une fonction éducatrice évidente. Il peut être sous forme de conseils ou de morale. Le rôle social et pédagogique du conte n'est plus à prouver. Ce que nous remarquons ici est que le caractère didactique n'est pas uniquement réservé aux enfants. Le conte agit comme une " formation continue " puisqu'il répond à l'évolution des besoins et des manques »[20].

De plus, cette médiation aura également interpellé les participants de cette journée de restitution, de par :

- Le conte est un outil plus captivant que le simple discours.
- Ce type d'évènement permet de s'adresser à toute la communauté (même aux non-lettrés)
- La tradition du conte africain rend attrayante cette médiation
- Le recours à des références et des codes culturels connus et partagés au sein de la communauté, facilite une identification forte des spectateurs.

[20] N'SOUNGAZ in JEAN Georges, **Le pouvoir des contes**, Casterman, Paris, 1981

3. Un outil de diffusion de la démarche : la brochure

Pour capitaliser les acquis de cette recherche-action, le groupe a fait le choix d'élaborer une brochure, distribuée au grand public lors de la journée de restitution du 14/12/2013 (cf. annexe).

Cette journée de restitution s'est soldée par la remise d'un diplôme de formation pour chacun des participants ayant participé à cette recherche-action. Ce moment symbolique, venant clore 10 mois d'action, a permis de renforcer l'estime de soi et l'empowerment des participants par cet acte symbolique de reconnaissance, de confiance et de considération de la part des responsables de l'institution.

SECTION 5

Impacts et recommandations de la recherche-action « Conduite d'une action de réduction des risques sexuels par les pairs »

1. Impact de la recherche-action sur le groupe de pairs : former des relais

- **Des préalables au travailler ensemble**

Pour pouvoir constituer un groupe de personnes relais fonctionnel et impliqué dans cette recherche-action, nous avons posé quelques jalons [21] nécessaires à la participation de tous :

↳ La nécessité d'une légitimité reconnue

Les pairs doivent être en capacité, et le contexte doit le leur permettre, de s'inscrire dans un rapport de force politique quand il s'agit d'agir concrètement pour changer les choses. Il a donc fallu beaucoup travailler à la recontextualisation de cette recherche action, et sur la raison pour laquelle nous faisions appel à des membres de la communauté et non à des experts – le changement de posture n'a pas été simple, et s'est construit pendant quelques mois (le temps est différent !). Ce travail a été obtenu par l'empowerment quotidien, la montée en compétence de chacun et la reconnaissance de la parole de tous.

↳ Prendre en compte la réalité de la vie des gens

Cela passe par l'organisation de réunions à des horaires adaptés (en journée pour les mères au foyer ou les personnes retraitées, en soirée pour les personnes qui travaillent, …). De la même façon, il est important de réfléchir aux conditions d'accueil (prévoir des modalités de gardes d'enfants, faciliter l'accès, organiser un moment convivial, …).20 réunions le samedi après-midi pendant 9 mois, autour d'un repas et de boissons. Le groupe s'est révélé être un support social au-delà de la RA, puisqu'il s'y est échangé des adresses de job, des bons plans d'achat pour tel ou tel produit; et c'est un lien social fort pour certains, très isolés en dehors de ces réunions. Il a également fallu s'adapter au niveau de chacun (état des connaissances sur le VIH, capacité à s'approprier des concepts pour des personnes non lettrées – avec traductions en dialecte quand le français ne suffit plus...).

↳ Traduire rapidement l'action en réalisations concrètes

Il est important de veiller à ce que des projets concrets émergent tout au long de la démarche. Il a donc a fallu sans cesse informer le groupe de la façon dont nous progressions vers le but de notre recherche-action; et souligner lorsque nous en avions atteint un. Très vite, les choses se sont concrétisées dans la façon d'animer (c'est le groupe qui était porteur du savoir et donc qui a pu le produire à travers différentes médiations. Il n'était jamais en position passive et il a fallu créer des outils adaptés pour travailler de façon cadrée et constructive, de façon à ce que chacun puisse s'emparer de la problématique mise au travail.) Puis la formation, qui a été un moment phare; puis le passage à la construction des hypothèses de recherche – du questionnaire afférent (anecdote : il m(ont traitée de folle quand je leur ai dit qu'on allait faire de la méthodologie de

[21] Fournier (P) & Potvin (L), **Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme,** Sciences Sociales et santé, vol. 13, n°2, juin 1995.

projet et de la construction de questionnaire – puis ils se sont appelée « intellectuels » avec fierté) puis sa passation, analyse et construction de la journée de restitution où les animatrices ne sont pas intervenues une seule fois.

- Conforter un statut de bénévoles/volontaires

Donner aux pairs les moyens d'exercer leur citoyenneté : c'est être légitimé dans son action de bénévole. Aussi, les pairs sont allé enquêter avec la « casquette » URACA, dont ils étaient très fiers pour certains, de ne plus être seulement usagers, mais réellement contributeurs pour cette structure. Enfin, la remise de diplôme finale leur permet d'envisager aujourd'hui de devenir des responsables de groupe pour les prochaines sessions, voire de se servir de cette expérience pour consolider un CV et trouver un emploi...

- Adopter une posture qui permette d'instaurer un climat de confiance

Parmi les éléments qui favorisent l'implication des habitants, le savoir-être a son importance : la chaleur humaine, la convivialité, le sourire, une confiance entre habitants et professionnels, l'absence de jugement de valeur … Les compétences humaines des animateurs sont donc essentielles : « Les habitants ressentaient qu'on avait besoin d'eux. Se sont sentis intéressés, concernés, respectés, en confiance, valorisés, et reconnus ». manger ensemble, boire un thé trop sucré accepter les cadeaux (don/contre-don), arrêter de jargonner... S'adapter aux mouvements du groupe (ex. j'avais prévu une séance sur la priorisation et le choix de la thématique de recherche ; mais le groupe a souhaité continuer à approfondir la question du tabou sous forme de discussions) et à ses envies et désirs.

- Utiliser un langage accessible, non culpabilisant pour permettre la liberté d'expression.

Ces prérequis au travail avec les groupe de pairs restent fondamentaux pour la potentialité d'empowerment que cette action représente. Nous entendons « empowerment » au sens de la définition proposée par Lorraine Guittierez, « l'empowerment recouvre :

- Les attitudes, valeurs et croyances qui permettent de développer la conscience de soi, de sa propre valeur et de sa capacité à exercer un contrôle sur sa situation
- La validation par une expérience collective
- La connaissance critique et la compétence nécessaire pour analyser de la situation externe et interne qui permettent d'aborder et de résoudre le problème
- La capacité à développer des stratégies d'action et à assumer les responsabilités qui en découlent »[22]

Dans le contexte de notre recherche-action, « l'empowerment se présente comme une solution logique au problème de la cohérence entre les nouvelles connaissances acquises sur les déterminants de la sante et les moyens d'action.
Depuis quelque temps déjà, on assiste au renforcement d'un courant, en sante, définissant et expliquant la sante et la maladie en des termes associés : un paradigme écosystémique ou holiste. Ce paradigme construit l'individu en le replaçant dans son milieu et sa société, plutôt qu'en les dissociant, et prend en considération les facteurs biologiques, sociaux, culturels, psychologiques, économiques, environnementaux, politiques, pouvant avoir un effet sur la santé et la maladie. L'approche des déterminants de la sante de même que la promotion de la sante, telle qu'elle est définie à partir de la moitié des années 1980, notamment dans la Charte

[22] LE BOSSÉ Y., LAVALLÉE M., **Empowerment et psychologie communautaire Aperçu historique et perspectives d'avenir.** Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale n° 18. (1993).

d'Ottawa, appartiennent à un tel paradigme. Ce dernier, impliquant une définition très englobante de la sante, appelle des modes d'intervention susceptibles de jouer sur les multiples déterminants. L'empowerment, particulièrement dans sa version communautaire, devient ainsi un outil important, sinon indissociable, de la promotion de la sante (Gendron, 1996; Grace, 1991; Walierstein, 1992). Processus d'accroissement de la capacité d'agir sur les facteurs affectant la sante et, plus globalement, les conditions de vie, par l'entremise de la participation des personnes et des communautés a des actions en ce sens, l'empowerment répond théoriquement de manière adéquate aux nouvelles exigences de la promotion de la sante »[23].

- **Quels résultats en termes de processus pour le groupe de pairs ?**

  - Augmentation de l'estime de soi, et diminution de certains comportements à risques (pour certains membres du groupe, qui ont modifié leurs pratiques sexuelles après la formation notamment).

  - Acquisition de savoirs (connaissances sur les modes de transmissions, traitements, etc.), savoir-faires (par exemple orienter vers les lieux ressources pour en parler, expliquer où se faire dépister) et savoirs-êtres (comment en parler, et s'approprier une posture d'agent de prévention ?) face au VIH/Sida, qui sont relayées dans la communauté (puisque la plupart sont touchés par cette problématique ; et sont identifiés comme des relais naturels sur ces questions).

  - Identifications de freins et leviers dans la prévention actuelle, permettant de formuler des recommandations et d'adapter les discours de prévention aux attentes et besoins de la communauté.

  - Une recherche-action pertinente, intégralement portée par des personnes relais ; de la problématisation à la présentation des résultats de la recherche-action

  - Des pistes de réflexion inédites, acquises grâce au savoir profane des membres de la communauté et à la connaissance de celle-ci.

  - Une montée en compétences des membres du groupe leur permet aujourd'hui d'envisager leur propres projets, avec et en-dehors de la collaboration URACA/Renaudot.

2. Conclusion et recommandations

A partir des enseignements tirés du travail sur cette recherche-action, le groupe a formulé et validé les recommandations et propositions d'action suivantes :

RECOMMANDATIONS

- **Développer la connaissance des modes de contamination et de prévention** dans la communauté, **en utilisant la langue maternelle** des personnes concernées, un langage simple et accessible à tous et en adaptant les messages de prévention aux références culturelles de la communauté.

- **Axer les messages de prévention sur la vie possible avec le VIH/sida** (durée et conditions de vie des malades, avancées des traitements, possibilité de grossesses

[23] LE BOSSÉ Y., LAVALLÉE M., **Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir.** Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale n° 18. (1993).

encadrées, possibilité de vie en couple sero-différents..), **afin de lutter contre la stigmatisation et le refus du dépistage.**

- **Sensibiliser les parents de la communauté au fait de parler des risques sexuels** et de prévention dans leur couple, mais **surtout à leurs enfants**, qui entrent souvent dans la sexualité sans avoir de repères et de connaissances des risques.

- **Utiliser davantage le recours aux témoignages de personnes malades**, ou accompagnant des malades. C'est un outil de prévention qui semble faire ses preuves pour le groupe de travail, qui met toutefois en garde sur les conséquences, pour l'entourage et la personne, de son témoignage.

- **Développer des outils de prévention spécifique en direction des femmes de la communauté** (brochures, plaquettes et animations autour du préservatif féminin) ainsi que des médiations permettant de les sensibiliser sur leurs lieux de vie

PROPOSITIONS D'ACTIONS

- **Formation de personnes et groupes relais** afin de pouvoir sensibiliser et informer sur les risques sexuels, au sein de la communauté et **dans ses espaces privilégiés de rencontre** (mariages, baptêmes, laveries, coiffeurs...).

- **Sensibilisation des marabouts et féticheurs de la communauté**. Ils sont souvent de premiers recours sur les questions de sexualité et de pathologies ; mais ils ne semblent pas orienter vers les services adéquats en cas de suspicion de VIH/sida, ou de prise de risques dans la sexualité.

- **Sensibilisation – sur le même modèle – des acteurs religieux de la communauté** (prêtres, imams...)

- **Sensibilisation** des professionnels de santé à l'accompagnement des membres de la communauté autour des questions du VIH/sida.

- **Création d'une compagnie théâtrale entièrement dédiée** à cette question, qui pourrait aller jouer/sensibiliser la communauté dans ses espaces de vie et lors d'évènements. Les comédiens de cette compagnie seront issus de la communauté et pourront ainsi s'adresser à elle selon les codes culturels et langagiers

Des recommandations spécifiques sur la formation des acteurs relais dans la communauté

La formation des acteurs relais reste le point nodal d'une démarche de prévention active et opérationnelle au sein de la communauté africaine.
Cette formation repose, bien évidemment, sur le transfert de connaissances concernant les problématiques de réduction des risques sexuels dans la communauté africaine d'Ile de France.
Toutefois, il convient également de pouvoir faciliter l'acquisition de savoir-faire et savoir-être propre à cette fonction ressource pour la communauté. Nous avons donc construit le dispositif de formation en ce sens, tout en cherchant à développer les compétences psycho-sociales afférentes à ce type de fonction.
« Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la

vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé ».

Au nombre de 10 appariées deux à deux, les compétences psychosociales développées dans le groupe de pairs sont :

- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie
- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions
- avoir une pensée critique, avoir une pensée créative
- savoir communiquer, développer des relations interpersonnelles harmonieuses
- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions.

La formation de ces personnes relais doit donc passer par un long processus qui ne peut se faire dans un dispositif pédagogique et « classique » de transmission de connaissances. Il s'agit également de pouvoir privilégier :

- **le développement de ressources par la formation** « de l'affirmation à la coopération », qui permet au personnes relais d'acquérir des connaissances et des savoir-faire pour la construction de « groupes puissants » mais aussi, à partir par exemple, de la prise de conscience de sa posture préférentielle dans la relation, de pouvoir choisir celle qui est la plus adaptée au contexte communautaire...
- **Le développement de la connaissance de ses ressources et de ses limites** dans le cadre de cette formation et dans la mise en œuvre d'actions de terrain
- **L'analyse et le partage des pratiques** dans le cadre des travaux de groupe visant à l'échange d'expériences personnelles et au retour d'expérience des activités menées sur le terrain. Ces temps de discussion permettent de prendre du recul par rapport à ses propres façons d'agir et pour les autres participants de bénéficier de l'analyse qu'on en fait et des leçons qu'on en tire. A distance, l'analyse des pratiques permet également de comprendre pourquoi et comment on a agi afin de pouvoir ensuite auto réguler ses actions, rechercher des ressources complémentaires et être en mesure de transmettre « les bonnes pratiques ».
- **L'accompagnement par l'intermédiaire** d'un encadrement professionnel facilitant l'organisation régulière de points de situation sur l'évolution du projet, des dynamiques, etc.
- **L'organisation de parcours personnalisés de formation** comme, par exemple, la possibilité accordée à un membre du groupe de personnes relais de pouvoir compléter sa formation en participant à des actions d'URACA.

CONCLUSION

La population migrante africaine est très hétéroclite et a de multiples réalités en Ile de France. Elle comprend plusieurs sous-groupes ethniques ou religieux, de profil complexe : familles monoparentales, forte proportion de célibataires et de personnes relevant des minimas sociaux, isolées, sans papiers, éloignées des parcours de soins et de santé... La population africaine connaît par ailleurs une grande mobilité, ce qui en fait une population difficilement accessible, quasiment impossible à capter dans un espace privilégié. Population aux déterminants de santé fragiles donc, nous avons pu également identifier l'importance des freins existant à la prévention des risques sexuels dans cette communauté :

- Des freins culturels prégnants (représentations parcellaires ou erronées, tabou sur la sexualité, etc).
- Des recours de santé mal ajustés
- Une place de la femme ne permettant pas la prise d'initiatives, notamment dans le domaine de la réduction des risques sexuels
- Des difficultés à négocier le préservatif :
- Des outils de prévention pas toujours adaptés à la communauté

- La transmission d'informations privilégiée par le bouche à oreilles.

Tous ces facteurs concourent à l'endémie et à la prévalence des contaminations au VIH/sida et IST dans la communauté, même si les comportements des plus jeunes semblent aujourd'hui différer de celui de leurs aînés. Il s'agit donc, aujourd'hui, de concentrer et poursuivre nos efforts sur des actions ciblées, adaptées aux spécificités de cette communauté.

A ce titre, la prévention par des personnes relais, issues de la communauté, semble être une stratégie adaptée à ce public. Au cœur même de la communauté, des personnes relais formées à la prévention peuvent s'impliquer au plus près de « leurs compatriotes » et prendre le pouls de celle-ci en étant à l'écoute des besoins et en tâchant d'y répondre avec des messages de prévention acceptables et culturellement adaptés.

ANNEXES

6. **Bibliographie**
7. **Indicateurs de résultats**
8. **Liste des séances de travail et méthodologie employée**
9. **Brochure distribuée à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida**
10. **Résultat du questionnaire de satisfaction du groupe de personnes relais**

Bibliographie

Les rapports :

- **« Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida – Connaissances, attitudes, croyances et comportements** ». Collection Etudes Santé. Ed. INPES. 2008.
- **Rapport du FNUAP – Fond des Nations Unies pour les Populations**, UNESCO, 1999.
- « **Information/éducation/communication culturellement appropriée** » - Manuels méthodologiques, série spéciale, numéro 1 - Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel UNESCO, 2002
- Planète Publique : **Pour un débat citoyen sur la santé plus actif** ; Rapport d'étude - Juillet 2011
- ATD Quart-monde France, **CO-FORMATION PAR LE CROISEMENT DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES ENTRE DES TISF ET DES PARENTS EN PRÉCARITÉS**.IRTS DE RENNES 26 AU 29 NOVEMBRE 2012
- Genton, Boggio et Cherpit, **Quartiers solidaires – exploration d'une démarche communautaire** - Rapport de recherche de 2008.

Les revues :

- Bulletin Epidémiologique de l'Institut National de Veille Sanitaire - Numéro thématique « **Santé et recours aux soins des migrants en France** ». 17 janvier 2012. N°2-3-4.
- Bulletin de Santé de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de de France « **Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France** »– Décembre 2011, n°18.
- M. Louhenapessy et B.P Baruani, « **La prévention du SIDA auprès des populations d'origine sub-saharienne : spécificités et contraintes** », paru dans Santé conjuguée - Cahier : patients sans frontières : l'approche interculturelle en soins de santé primaires. Janvier 1999
- Pierre Arwidson, «L'implication de l'INPES dans le développement de l'évaluation des interventions de prévention » in **La santé en action** - INPES n°425 de septembre 2013.
- LE BOSSÉ Y., LAVALLÉE M., **Empowerment et psychologie communautaire Aperçu historique et perspectives d'avenir.** Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale n° 18. (1993).

Les ouvrages :

- Dick (1998) ; Gill et Johnson (1991) ; Gumesson (1991) in **Participation et responsabilités sociales: un nouveau paradigme pour l'inclusion des personnes avec une déficience intellectuelle** de Viviane Guerdan, Geneviève Petitpierre. Ed. Peter Lang SA, 2009.
- E. Demange, E. Henry et M. Préau, **De la recherche en collaboration à la recherche communautaire – Un guide méthodologique**, Paris. ANRS/Coalition Plus, Collection Sciences Sociales et Sida. 2012
- Le Boterf et Lessard, « **L'ingénierie des projets de développement - Gestion participative et développement institutionnel**. » Montréal/Paris, Agence d'Arc Inc./SDID/INFREP. 1986.
- N'Soungaz in JEAN Georges, **Le pouvoir des contes**, Casterman, Paris, 1981
- Blanchet A, Otman A, **L'enquête et ses méthodes : l'entretien.** Paris, Nathan, 1992

Indicateurs de résultats de la recherche-action

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Actions	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activités	Données prévisionnelles quantitatives	Indicateurs de résultats
Objectif spécifique 1 : Travailler à la réduction des risques sexuels dans les communautés africaines d'Ile de France	**Objectif opérationnel 1-1 :** Constituer un groupe de 10 personnes relais et les faire collaborer au projet	**Action 1 :** Mobiliser 5 hommes et 5 femmes relais	Mise en place d'outils de recueil de données avec le questionnaire d'enquête Mobilisation des relais sur toute la durée du projet	Nombre de relais mobilisés Nombre d'interventions nécessaire à cette mobilisation	Former **10 personnes relais** (5 femmes et 5 hommes) pour mener l'action dans les réseaux communautés. Tester le questionnaire auprès de **3 femmes et 3 hommes** Passer le questionnaire auprès **100 femmes et 100 hommes**. Tous seront originaires d'Afrique Mobiliser un public de **200 personnes** pour la restitution	Taux de personnes relais réellement mobilisées par rapport aux prévisions : **100%** Test du questionnaire auprès de **20 personnes dans la rue** **223 répondants** au questionnaire (103 femmes et 123 hommes) tous originaires d'Afrique **175 personnes présentes** pour la journée de restitution
	Objectif opérationnel 1-2 : Former les relais aux stratégies de réduction des risques sexuels	**Action 2 :** Organiser des séances de sensibilisation des personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels	Mise en place d'outils de formation (séance de co-formation du groupe, intervention d'un professionnel, quizz...) Moyens humains et matériels mobilisés : 3 professionnels de santé Coût de la formation desrelais	Nombre de relais formés Nombre de rencontres pour la formation Nombre d'heures nécessaire à la formation	**10 relais** formés **8 rencontres** programmées dont **1 séance de formation** **24 heures** nécessaires	Taux de relais qui ont pu suivre la formation jusqu'au bout : **100%** **7 rencontres** effectuées dont 1 séance de formation avec un professionnel de la prévention à URACA 24h de formation réalisées **à 100 %**

Objectifs spécifiques	Objectifs opérationnels	Actions	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activités	Données prévisionnelles quantitatives	Indicateurs de résultats
Objectif spécifique 1 : Travailler à la réduction des risques sexuels dans les communautés africaines d'Ile de France	**Objectif opérationnel 1-3 :** Identifier et analyser les outils de prévention existant	**Action 3 :** Répertorier et visionner les outils	Les outils recensés Les outils analysés : cf.rapport Le résultat de cette analyse (cf. rapport final) Les difficultés rencontrées (cf.rapport final)	Nombre d'outils recensés Nombre d'outils analysés Nombre de personnes ayant participé à cette analyse	**15 outils** recensés et analysés par le groupe de 10	Recensement et analyse de **10 outils variés, par 70% du groupe de travail** Les connaissances acquises par les relais sur les outils de prévention : les modes de contamination et de protection, les modalités d'utilisation de ces supports et les forces et faiblesses de chaque outil de prévention en termes d'impacts sur le public visé... (cf.rapport)
Objectif spécifique 2 : Conduire une action de sensibilisation par les pairs	**Objectif opérationnel 2-1 :** Recueillir des données sur les pratiques sexuelles des migrants africains en Ile de France	**Action 4 :** Organiser des réunions pour construire la méthodologie de travail et du recueil **Action 5 :** Construire le questionnaire de recueil des données **Action 6 :** Passer le questionnaire dans les groupements de la communauté	Mise en place d'outils de recueil de données Analyse de la méthodologie adoptée Analyse des résultats obtenus	Nombre de réunion de travail Nombre de relais ayant participé Nombre total de répondants Nombre de questionnaires passés par chaque relais	**8 séances de travail pour construire** : la méthodologie de recherche, créer l'outil questionnaire et faire passer le questionnaire + **2 séances d'analyse** des données avec le groupe **10 personnes relais** **223 répondants** à l'enquête **22 questionnaires par personne**	**8 séances** de construction de la méthodologie, passation de l'outil et analyse des résultats. Taux de répondants : **111%** Taux de réponses favorables à la diminution des réductions des risques sexuels (cf. rapport)
Objectifs spécifiques	**Objectifs opérationnels**	**Actions**	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activités	**Données prévisionnelles quantitatives**	**Indicateurs de résultats**

Objectif spécifique 2 : Conduire une action de sensibilisation par les pairs	**Objectif opérationnel 2-2 :** Réaliser un outil de capitalisation	**Action 7 :** Saisir, analyser les résultats et élaborer des recommandations **Action 8 :** Rédiger un document de capitalisation et un outil de diffusion	Création d'un outil de capitalisation	Nombre de relais ayant participé à l'élaboration de l'outil Nombre d'outils crées Nombre d'outils distribués Nombre de destinataires de la diffusion numérique de l'outil	**10 personnes relais** participant à l'élaboration de l'outil et sa passation **1 outil** créé **Pas encore réalisé**	**100% de groupe participant** à l'élaboration de la brochure et des animations de restitution; et à l'élaboration de 8 recommandations La pertinence de l'outil : **1 outil de diffusion créé** **Nombre d'outils distribués : 100**
	Objectif opérationnel 2-3 : Mise en œuvre d'actions de prévention par les pairs qui intègre les recommandations issues de la recherche-action.	**Action 9 :** Animer des réunions dans les réseaux communautaires **Action 10 :** Organiser une grande réunion lors de la journée mondiale du Sida 2013	Mise en place d'un outil de recueil de données quantitatives Outils d'animation La mobilisation des pairs	Nombre d'actions réalisées Nombre de participants Nombre d'outils distribués	Cette phase a été reportée à 2014, sauf pour la journée du 14/12/2013	Mobilisation de 175 personnes pour la journée de restitution du 14 décembre 2013. Création de 3 temps et médiations pour la restitution: une présentation scientifique, une pièce de théâtre et un conte (2h30 d'animation) + la brochure Taux de diffusion de l'outil : 100 %

Liste des séances de travail et méthodologie employée

	Date de la séance	Thème	Méthodologie
Objectif n°1 Mobiliser et sensibiliser les personnes relais aux pratiques de réduction des risques sexuels dans la communauté	23/02/2013	Présentation de la recherche-action et du groupe de pairs	Focus group
	13/04/2013	Représentation du VIH/sida et réflexion sur la posture de la personne relais dans la communauté	Focus group
	27/04/2013	La vie avec le sida ; les couples séro-différents	Focus group
	04/05/2013	Les moments de fragilité face au VIH/sida	Parcours de vie
	01/06/2013	Les représentations du VIH/sida + Recueil des besoins et élaboration du programme de formation	Dessinons ensemble
	22/06/2013	Formation	Quizz et intervenant extérieur
	29/06/2013	La sexualité comme tabou et analyse des outils de prévention	Focus group
Objectif n°2 Conduire une recherche-action s'appuyant sur les personnes relais mobilisées	06/07/2013	Priorisation des thèmes à aborder	Méthode UFE
	20/07/2013	Méthodologie de recherche	Arbre à problèmes
	17/08/2013	Construction de l'outil de recueil des données	Focus group sur le questionnaire
	07/09/2013	Entrainement à la passation	Jeux de rôles
	05/10/2013	Passation test dans la rue	En binôme homme/femme
	19/10/2013	Récolte des questionnaires et premières analyse	Focus group
Objectif n°3 Mettre en œuvre les recommandations issues du travail de recherche-action	09/11/2013	Analyse des statistiques fournies	Focus group
	16/11/2013	Préparation de la journée de restitution	En binôme sur une thématique
	23/11/2013	Création de la pièce de théâtre et du conte de bogoss	Focus group
	27/11/2013	Création de la brochure et répétition générale	Focus group
	14/12/2013	Animation de la journée de restitution	Groupe
	04/01/2013	Séance de bilan de la recherche-action	Focus group

10 séances de focus group pour analyser les représentations, perceptions, besoins et ressources du groupe de pairs face aux risques sexuels de la communauté

Focus-group ?

Le focus group est une technique d'entretien de groupe focalisé sur un thème précis, permettant de recueillir des données qualitatives signifiantes dans le cadre d'une recherche-action. Nous avons fait le choix d'opter pour cet outil au démarrage du projet, afin de commencer à poser les prémices de notre diagnostic partagé, mais aussi d'instaurer une dynamique de groupe forte et favorable aux échanges, à la co-formation.
En effet, « la dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment? » que les « pourquoi ? ». Elle n'écarte pas les illettrés. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur »[24].

1 séance sur les parcours de vie pour identifier les moments de fragilité face aux risques sexuels

Parcours de vie ?

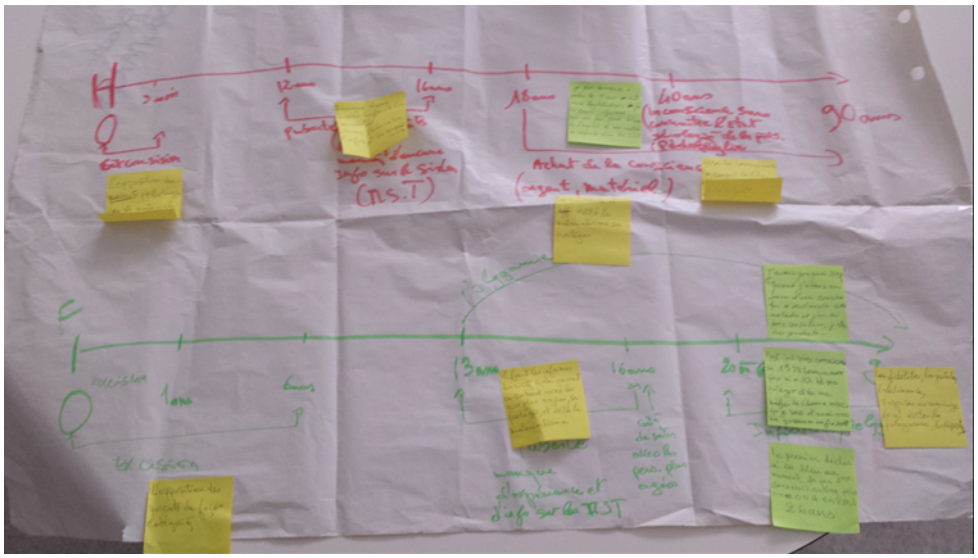
Pour cette séance, nous avons fait le choix de travailler sur les parcours de vie, et notamment sur les moments de fragilité face aux IST et au VIH. Nous avons choisi d'illustrer cette notion à partir d'une frise chronologique représentant le parcours de vie des hommes et des femmes de 0 à 90 ans ; permettant au groupe d'identifier et d'y placer les moments de vie les plus à risques en regard de possibles contaminations.

La consigne donnée était la suivante : en 2 groupe mixtes, situez

-Les moments de fragilité que vous pouvez identifier dans une vie
-Le moment où vous avez personnellement pris conscience de la maladie.
-Les stratégies que l'on peut mettre en place pour éviter les contaminations dans ces moments de fragilité.

Ce travail a également permis de réaliser, pour le groupe, que malgré l'abondante information, la prise de conscience des risques sexuels est souvent associée à une mise en danger personnelle ou celle d'un proche.

[24] Blanchet A, Otman A, **L'enquête et ses méthodes : l'entretien.** Paris, Nathan, 1992.

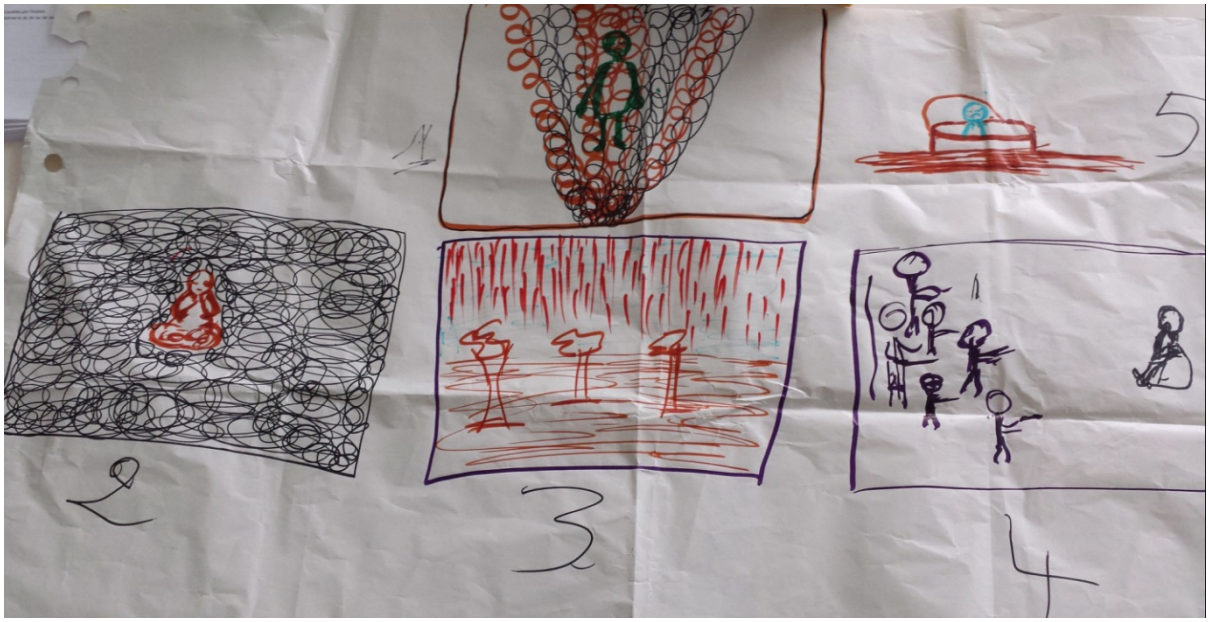


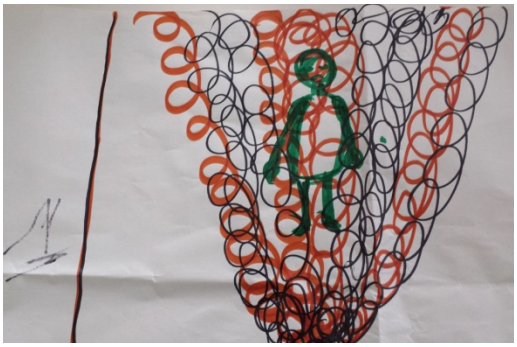
1 séance sur les représentations du VIH/sida par les pairs

Dessinons ensemble ?

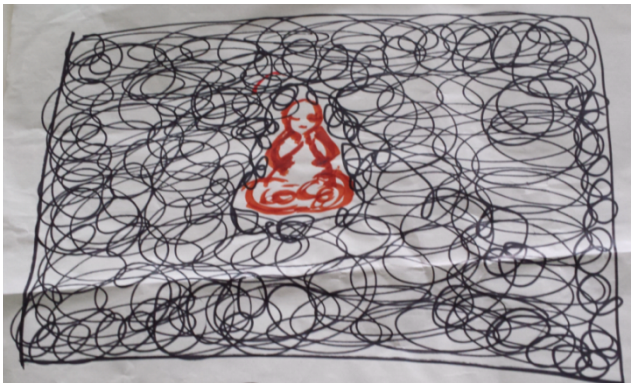
Pour cette séance, nous avons fait le choix de travailler sur les représentations du VIH/sida pour les participants du groupe de pair. Nous avons fait le choix de leur faire dessiner leurs représentations ; par groupe de pairs sexué : les hommes d'une côté, les femmes de l'autre. A partir de ces reproductions visuelles, nous avons pu débattre de l'impact des représentations de chacun sur ses comportements à risques, et sur les différences de représentations entre hommes et femmes.

POUR LE GROUPE DES FEMMES





1. D'abord, le SIDA est un tourbillon : de rejet, d'idées qui fusent, de désespoir… On est perdus quand on apprend qu'on a le SIDA.



2. Le SIDA, c'est les ténèbres : malheur, désespoir…

3. Quand on annonce qu'on a le SIDA, le feu descend sur toi ; « le ciel nous tombe sur la tête »

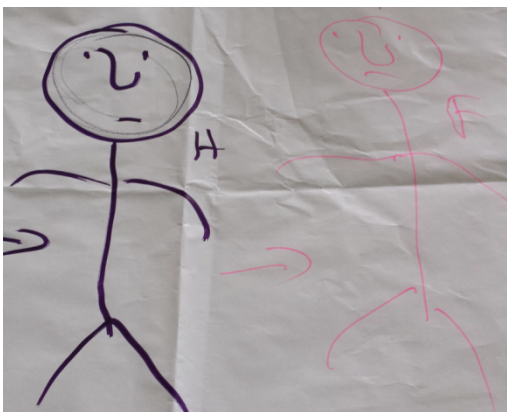
4. Le SIDA, c'est l'exclusion : on est montrés du doigt, « poussé des lèvres » par les gens qui croisent des malades

5. Le Sida est un grand fossé, c'est le trou noir pour la personne à qui on l'annonce.

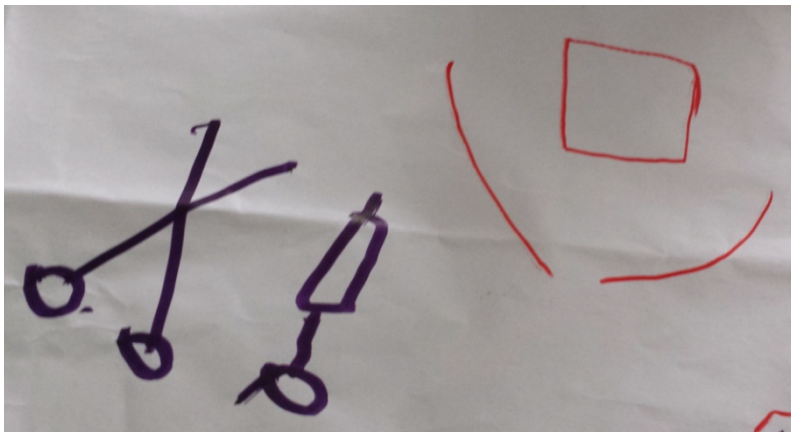
POUR LE GROUPE DES HOMMES

Il s'agit d'une « histoire » de la transmission du sida…

1. Voici une représentation du virus du Sida.



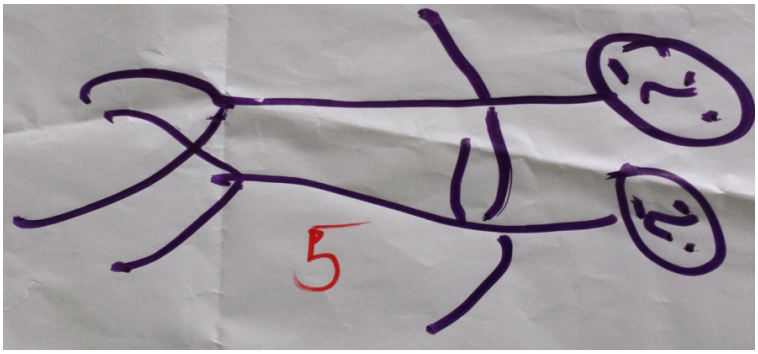
2. Là, ce sont des êtres humains, ce sont eux qui transportent le virus.



3. Là, ce sont des outils qui peuvent aussi transmettre le virus ; en rouge, c'est un préservatif avec des mains qui sauvent autour.

4. Là, c'est un Homme qui dit « voilà la maladie qui m'a fait tomber ». On voit que la maladie a pris la couleur des personnes (le VIH contamine les gens sans discriminations sur la couleur de peau, l'âge, le sexe, la religion…)

5. Là, ce sont des malades du virus.



A partir des dessins produits, nous avons pu débriefer en partant des questions de la représentation : c'est une image mentale et chacun en possède une. Cette représentation est façonnée par notre histoire personnelle, par notre éducation, notre culture…

A partir de ce constat partagé par le groupe, nous avons pu dire que :

- Sur un même sujet, les représentations peuvent être très différentes d'une personne à l'autre.
- Il n'y a pas de « bonnes » ou « mauvaise » représentations
- Sans informations claires sur le VIH/SIDA, ce sont nos représentations qui vont s'exprimer, d'où la nécessité de se former, pour donner « la » bonne information. A partir de ces échanges, nous avons pu finaliser un programme de forma tion basé sur leurs attentes.

1 séance de sensibilisation/formation au VIH/sida

Formation/sensibilisation ?

A partir du travail sur les représentations du VIH/sida, un besoin de formation avait émergé des participants, qui souhaitaient acquérir plus de connaissances sur les IST. Pour répondre à leur demande, nous avons animé cette séance sous forme de quizz pour la rendre interactive, avec le concours de M. Mamadou Diarra – médiateur santé de l'association.

Nous avons ainsi pu traiter les thèmes suivants

- ✓ Le VIH/sida, c'est quoi ?
- ✓ Quels sont les modes de contamination ?
- ✓ Quels sont les moyens de protection/prévention qui existent ?

- ✓ Qu'est-ce que le dépistage ? Ou se faire dépister ?
- ✓ Quels sont les traitements qui existent ? Comment vivre avec le VIH/sida ?

1 séance sur l'analyse des outils de prévention existants : intérêt et limites

Analyse des outils de prévention existants ?

Pour cette séance, nous avons recueilli un certain nombre de supports de sensibilisation/prévention relatif au VIH/sida, en multipliant la diversité des supports. Pour chaque catégorie, les participants ont été invités à prendre connaissance de l'outil, à nous expliquer ce qu'ils en comprenaient, puis à analyser les avantages et inconvénients afférents à ce type de médias.

1 séance de priorisation de l'action à mener

Méthode UFE ? ou Urgence – Faisabilité – Envie

Voici la liste des thèmes retenus par le groupe de travail :

- Le manque d'accompagnement par les professionnels (de santé ou autre) sur le VIH/Sida
- La discrimination dont sont victimes les séropositifs
- La négociation du préservatif
- L'accès aux dépistages
- Le manque d'information de la communauté
- La difficulté de parler du VIH/Sida à la communauté
- L'accès aux traitements

Pour prioriser les thèmes à aborder, nous demandons aux participants de venir poser des post-it de couleur sur les thèmes qu'il souhaiterait aborder selon :
L'envie (jaune), la Faisabilité (vert) et l'Urgence (orange) pour la communauté.
Au moment de poser son post-it, chaque participant doit expliquer ses choix devant le groupe. La priorité est ainsi définie au nombre d'occurrences sur un thème ; ou sur la couleur prédominante pour le choix stratégique du projet.

1 séance de méthodologie de projet avec « l'arbre à problèmes »

Un « arbre à problème » ?

Très utilisée en développement de projet local, « l'arbre à problème » est un outil méthodologique simple, qui permet de schématiser pour mieux l'analyser une situation problématique. Au moyen d'une représentation visuelle forte (un arbre), nous avons donc cherché à approfondir les causes du problème identifié (les racines) et les effets de ce problème sur la communauté (les branches). A partir de ce premier travail de conceptualisation, le groupe peut ensuite travailler sur un « arbre à solutions », sous forme d'objectifs et de résultats à atteindre dans le cadre de la problématique ciblée.

- **1 séance de simulation de passation du questionnaire : jeux de rôles.**

Jeu de rôle ?

Le jeu de rôle est une technique pédagogique permettant de simuler des situations concrètes afin de mieux se la représenter et ainsi travailler sur la posture, les réactions possibles, etc. Cette technique de mise en jeu par l'expérience permet des retours immédiats et l'appropriation plus concrète de concepts et méthodes spécifiques.
Dans cette simulation, une personne interprète le rôle d'un personnage (réel ou imaginaire) dans un environnement fictif. Le participant agit à travers ce rôle par des actions physiques, ou par des actions narratives (dialogues improvisés, descriptions).

Brochure distribuée à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida

URACA

RECHERCHE-ACTION SUR LA CONDUITE D'UNE ACTION DE RÉDUCTION DES RISQUES SEXUELS PAR LES PAIRS

SOMMAIRE

1/ Pourquoi une recherche-action sur les risques sexuels dans la communauté Africaine ? .....p. 3

2/ Méthodologie de travail du groupe .....p. 4

3/ Quelques chiffres clés de l'enquête menée dans la communauté .....p. 5

4/ Témoignages .....p. 9

URACA, en quelques mots...

Notre but

La prévention sanitaire et sociale globale associée à la défense des cultures africaines.

Notre démarche

URACA, ce n'est pas parler sur ou s'occuper de, c'est être, faire et réfléchir ensemble.

Des actions basées sur :

La dynamique communautaire
De la recherche pour innover
Un partenariat Nord-Sud, ou Sud Nord...

Pourquoi une recherche-action sur les risques sexuels dans la communauté Africaine ?

> *« Au 31 décembre 2002, le taux d'incidence cumulée du Sida était quinze fois plus important au sein des étrangers originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne qu'au sein de la population française »*
>
> Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida – Editions INPES (2007)

Cette recherche-action**, sur la conduite d'une action de réduction de risques sexuels par les pairs**, s'inscrit dans la continuité des actions menées par URACA – particulièrement dans le cadre du projet « les femmes africaines se mobilisent contre le Sida », initié en 2005.

Cette recherche-action a été confiée à **un groupe de travail composé de 5 hommes et 5 femmes**, qui s'est réuni tout au long de l'année 2013 pour :

- Identifier les représentations des risques sexuels dans la communauté
- Identifier les freins à la prévention
- Identifier les stratégies mises en œuvre par la communauté, pour pallier à ces freins
- Identifier les temps de vulnérabilité et les parcours de vie des membres de la communauté
- Travailler sur la posture des animateurs relais

Cette recherche-action a donc été menée dans l'objectif de **renforcer la mobilisation de tous autour de la prévention des maladies sexuellement transmissibles**, au moyen d'une enquête de terrain dont les résultats vont vous être présentés.

Méthodologie de travail du groupe

- **4 séances d'échanges sur les représentations** de la communauté face au VIH/Sida et autres maladies sexuellement transmissibles

- **1 séance dédiée à l'analyse des parcours de vie** et aux moments de vulnérabilité face à la maladie

- **1 séance de sensibilisation/formation** sur les maladies transmissibles

- **3 séances de méthodologie de projet,** pour cibler les thématiques de recherche et construire le questionnaire de recherche. Création de l'arbre à problème de la communauté.

- **1 séance de travail sur la posture de l'animateur relais** dans l'enquête.

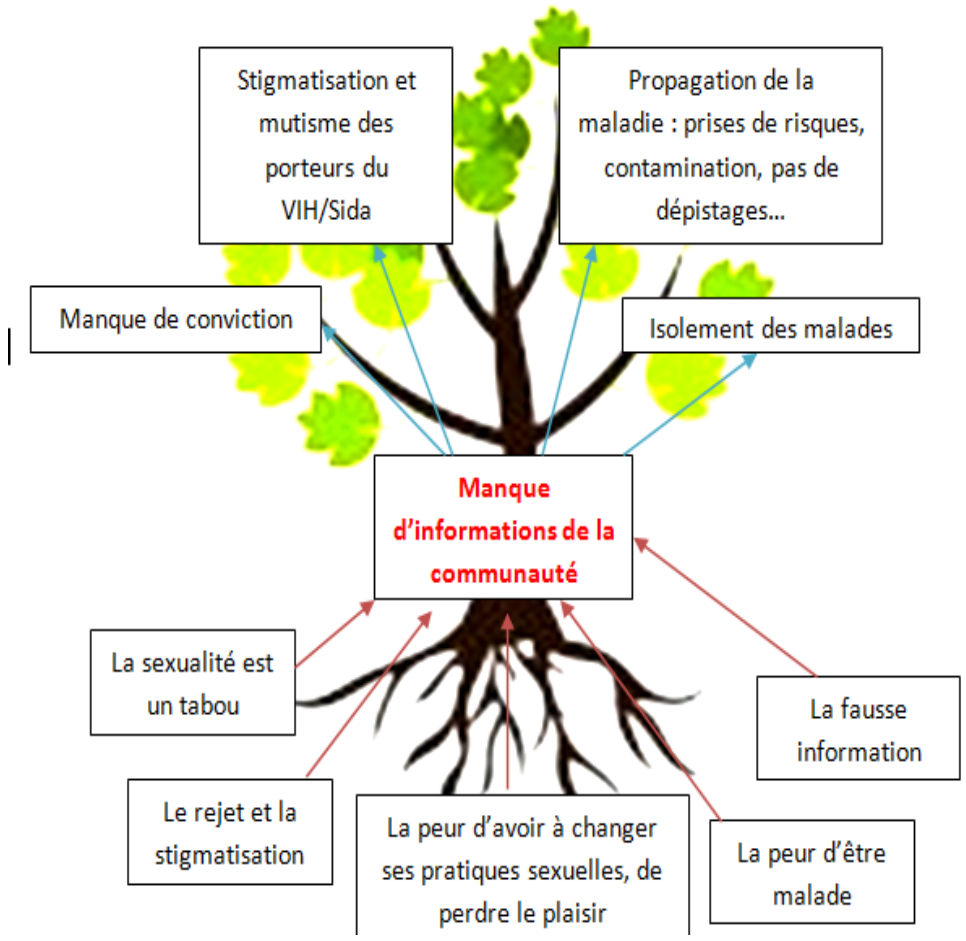
- **3 séances de passation** du questionnaire auprès des membres de la communauté

- **2 séances d'analyse** des données recueillies

- **4 séances de préparation** pour la journée de restitution

Une **séance de bilan** de cette action sera également programmée en janvier.

L'arbre à problème du groupe de travail



Quelques chiffres clés de l'enquête menée dans la communauté

223 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'enquête menée par le groupe de travail

- **La sexualité: un tabou dans la communauté ?**

73% des personnes interrogées dans cette enquête avaient entre 20 et 40 ans. Les enquêteurs ont constaté que le respect de l'âge et du droit d'ainesse rendent problématique le fait de parler de prévention, notamment avec les plus âgés.

Les hommes sont plus nombreux à en parler avec leurs amis (**43,5%**) puis à leur conjoint (**32%**) puis avec leurs collègues de travail (**23,3%). Les femmes préfèrent** en parler d'abord à leurs amies (**35.8%)** puis à leur conjoint **(34,5%)** puis à la tontine **(18,3%).**

Un problème soulevé est celui **d'en parler aux enfants, puisque seuls 29,1%** des personnes interrogées parlent de sexualité avec eux.

- **Pour s'informer: le « bouche à oreilles » ?**

Le « bouche à oreilles » est le deuxième moyen de s'informer dans la communauté (63,7%), après **les médias** (télévision, radio, presse) à 89,7% et juste **avant les professionnels de santé** (41,7%)
L'information qui circule de cette façon n'est pourtant pas toujours fiable, voire représente un réel danger de transmettre des informations fausses. Ainsi, **14,3 % des personnes refusant d'aller se faire dépister** invoque la peur d'être contaminée pendant le dépistage !

- **Le SIDA: on l'attrape comment ?**

Connaissance des modes de contamination		
En ayant des rapports sexuels non protégés avec une personne contaminée	214	**96 %**
En se faisant une piqûre	202	**90,6 %**
En se faisant circoncire/exciser	191	**85,7 %**
En allaitant ou pendant une grossesse	132	**59,2 %**
En embrassant une personne contaminée	105	**47,1 %**
En touchant des objets appartenant à une personne contaminée	35	**15,7 %**
En buvant dans le même verre qu'une personne contaminée	23	**10,3 %**
En partageant les mêmes toilettes	22	**9,9 %**
En portant les mêmes vêtements qu'une personne contaminée	17	**7,6 %**
En mangeant dans le même plat qu'une personne contaminée	16	**7,2 %**

La communauté ne dispose pas toujours des bonnes informations concernant les modes de contamination au VIH/Sida – ce qui génère des comportements à risques et de la stigmatisation des malades

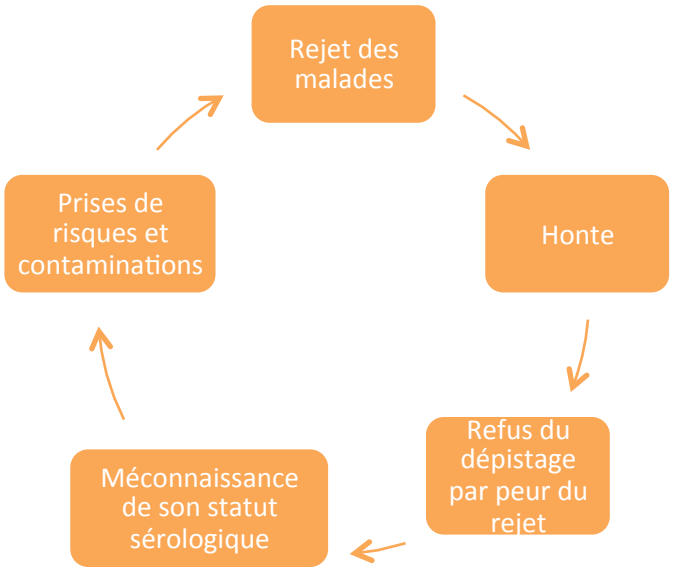
- **Comment la communauté se protège ?**

La communauté reconnait le préservatif comme étant le moyen le plus sûr de se protéger à 76.6%.
Toutefois, **seuls 52,9% des personnes** interrogées l'utilisent. **20 %** d'entre elles considèrent que l'abstinence, la fidélité et la contraception sont des moyens efficaces de se protéger des maladies sexuellement transmissibles.

- **Un rejet moins fort chez les plus jeunes**

17% des personnes interrogées déclarent abandonner une personne contaminée de leur entourage, et 4 % ne savent comment réagir.

Ce rejet des personnes atteintes du VIH/Sida est dû à la mauvaise information sur les modes de transmission notamment. Les maladies sexuellement transmissibles sont également source de honte pour la communauté ; qui pense parfois que le rejet des malades leur évitera la contamination.



- **La négociation du préservatif**

84,3 % des personnes interrogées refusent un rapport sexuel si leur partenaire refuse le préservatif, et 12,5 % des personnes le font sans préservatif.
La négociation reste un sujet difficile dans les couples ; notamment car cela véhicule des représentations de partenaire « facile » ou déjà malade.

- **Les dépistages**

18,4 % des personnes interrogées refusent de se faire dépister, en invoquant les raisons suivantes :

- La peur d'être malade à 28,7 %
- La peur d'être rejeté, isolé à 26,5 %
- La peur de ne pas vivre longtemps à 19,3 %
- La peur de voir sa vie bouleversée, de devoir changer ses pratiques sexuelles à 15,2 %
- La peur d'être contaminés pendant le dépistage à 14,3 %

Toutefois, **80, 7 % des personnes accepteraient de se faire dépister** ; et **85,7% savent où se rendre**.

- **Les traitements**

85,7 % des personnes interrogées connaissent l'existence de traitements, mais cela ne nous permet de savoir si elles connaissent leurs modes d'administration et s'ils « guérissent » ou retardent l'avancée de la pathologie.
64,1 % d'entre eux savent que l'on peut éviter la contamination de l'enfant pendant une grossesse ; et l'équipe des enquêteurs s'est chargée d'expliquer les modalités de non-contamination en cours de grossesses encadrées.

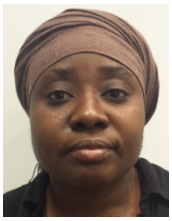
Témoignages du groupe de recherche-action

« Je croyais tout connaitre sur le SIDA car j'avais fait de la prévention. Mais dans cet atelier, j'ai appris beaucoup de choses ; ce qui fait que je sais qu'il y a encore des choses à apprendre ! Atelier très bénéfique ! »

Adama

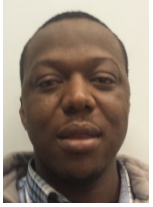
« Je me suis engagée dans cette recherche-action car je suis inscrite dans la URACA recherche pour une thèse. J'ai étudié toutes les actions menées par la question depuis 25 ans, et je retrouve des choses dans ce groupe ; notamment se trouve du déni d'une partie de la communauté quant à la maladie. Cet atelier dans la lignée directe des travaux d'URACA…

Saïdatou:



« Je n'avais jamais interrogé directement les gens avec des questions intimes…. Je ne pensais pas pouvoir aller à la rencontre d'inconnus pour parler d'intimité ! URACA m'a permis de faire ça, et d'apprendre beaucoup ! Le VIH/Sida ne connait pas la couleur de peau ! » *Awa*

« Cet atelier de prévention avec URACA m'a permis de mieux connaitre le VIH/Sida. Pour cela, je me lance donc dans le combat de lutter contre cette maladie et d'aider ceux qui n'en ont pas encore pris conscience ! » *Moïse*



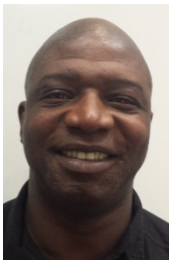
« Cet atelier m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le VIH et d'en parler à l'aise ; d'aborder les aînés, les femmes… tout le monde quoi, plus facilement pour en parler. Je veux contribuer à sensibiliser la communauté davantage pour éviter la pandémie ! » *Pierre*

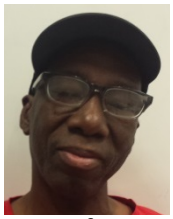
« L'atelier m'a beaucoup apporté aussi… Je connaissais le mot SIDA, mais pas en profondeur. Avec tout ce que l'on a fait ici, je peux maintenant dire aux gens : le SIDA, tout le monde peut l'attraper, tout le monde peut l'éviter » !

Anne-Marie

« La connaissance est à accueillir tout au long de la vie… Et ce n'est pas parce que l'âge augmente que l'on se décourage, c'est le moment de prendre les choses en considération ! Je remercie URACA, et travaillons toujours pour la beauté des choses ! Car rien n'est plus beau que d'avoir envie de rentrer ensemble – au moment de l'exécution de notre plaisir ! ».

Kanouté





« L'atelier m'a beaucoup aidé à lever le tabou, moi qui suis conservateur… Peut-être ai-je sauvé d'autres vies en parlant du combat que je mène ! Prêtre, Imams, jeunes, médecins… se sont investis : pourquoi pas nous ? C'est ce que je vais essayer de faire avec ma petite connaissance que j'ai acquise, car le Sida est toujours là, pas le vaccin ! ».

Ibrahim

« Cet atelier m'a permis d'avoir plus de connaissances sur la maladie, qui font que mon engagement dans la prévention va au-delà de mes peurs envers le VIH/Sida ; et mes actions seront plus fortes que mes paroles envers la communauté ! »

Soumana

"Cet atelier m'a apporté beaucoup de confort, d'échanges et de connaissances avec les autres participants ; et surtout des connaissances sur le VIH et l'utilisation des préservatifs féminins. Cela me donne encore plus de force pour m'ouvrir à cette cause et être à l'écoute de toutes personnes porteuse du virus."

Asso-Michelle

Résultat du questionnaire de satisfaction du groupe de personnes relais

8 participants ont répondu à ce questionnaire de satisfaction, 2 personnes relais étaient absentes ce jour-là.

5 femmes et 3 hommes ont répondu au questionnaire – la moyenne d'âge est de 40 ans avec un échelonnement entre 29 et 59 ans.

1. Travailler dans ce groupe de prévention m'a permis :

✓ **De mieux comprendre ce qu'il se passe dans la communauté concernant les maladies sexuellement transmissibles pour 87.5 % du groupe.**

« Et surtout de ne pas avoir honte d'en parler en public »
« J'ai beaucoup appris »
« Je me suis rendue compte que dans ma communauté, les gens prennent beaucoup de risques concernant les rapports »
« j'ai appris que la communauté est beaucoup plus intéressée à avoir les bonnes informations »
« dans ma communauté africaine, on ne parle pas le sexe avec les personnes âgées »

✓ **D'aller à la rencontre des membres de la communauté, avec le questionnaire d'enquête pour 87.5 % du groupe.**

« de les aborder sans contraintes et de parler de rien et de tout »
« et voir leurs réactions, si le fait de vivre en France a changé leurs mentalités ou pas ».
« Oui, le questionnaire m'a permis d'affronter certaines réalités de ma communauté »
« Ca m'a fait comprendre que la communauté aime bien qu'on vienne vers eux »

« oui, mais avec la difficulté car ce n'est pas tout le monde de ma communauté qui accepte de parler de sexe »

- ✓ **De comprendre la posture de personne relais, pour faire de la prévention dans la rue pendant la passation du questionnaire pour 100% du groupe.**

« Ca m'a beaucoup aidé dans la prise de parole en public »
« je ne sais vraiment pas ce que je pouvais vouloir pour ma communauté. Ca y est »
« Ca a été très délicat mais très intéressant. En Afrique ou ici, j'ai remarqué que la sexualité est toujours taboue »
« Oui, j'ai passé le questionnaire avec ceux de ma communauté, dans les foyers »

- ✓ **De proposer des solutions/idées en termes d'action de prévention à mener dans la communauté pour 100% du groupe**

« avec tout l'amour »
« Oui »
« Les solutions et idées que j'ai émises m'ont donné plus de poids »
« Pour trouver des solutions, il faut beaucoup de courage »

- ✓ **De comprendre comment se construit un projet de prévention (méthodologie) 87.5 % du groupe.**

« Maintenant, je sais comment je peux organiser une équipe pour la prévention »
« Effectivement, pour la première fois, je sais comment se fait un projet de prévention »
« Oui, ça m'a donné envie de faire un projet de prévention pour mon pays »

- ✓ **D'exprimer mon opinion, de mieux communiquer avec le groupe et les autres membres de ma communauté pour 100% du groupe.**

« Aller vraiment en profondeur s'il faut le faire – même en dialecte »
« Ce groupe de travail m'a permis de resserrer ma relation avec beaucoup de personnes dont j'étais un peu éloigné »
« Effectivement aujourd'hui, je me sens mieux de parler avec d'autres personnes sans tabou »
« je fais ma communication en français et dans la langue de ma communauté »

- ✓ **De prendre moins de risques dans ma sexualité, d'avoir plus conscience des risques pour 100% du groupe**

« de ne pas se laisser faire par les paroles flatteuses et amoureuses des partenaires »
« Oui, de faire attention à ma propre sexualité et à celle de mon entourage »
« Effectivement, cela m'a permis d'avoir plus conscience des risques et d'aider les autres qui en prennent »
« les risques sont de faire le rapport sexuel sans se protéger »

- ✓ **De pouvoir conseiller et orienter des gens de ma communauté, quand ils ont des questions sur les maladies sexuellement transmissibles (dépistage, orientation vers les services adéquats, conseil sur la réduction des risques…) pour 100 % du groupe.**

« Oui, j'ai fait la formation pour avoir la maitrise pour bien former et informer la communauté »
« Effectivement, cela m'a permis de motiver les gens à aller se dépister et aller vers les associations »

« Grâce à cette recherche-action, des gens me demandent des conseils et je parle du VIH/sida dès que j'en ai l'occasion »
« Surtout les soutenir sans les abandonner »

2. Depuis ce groupe de travail, quel impact la recherche-action a-t-elle eu sur vous ?

« Ceci m'a apporté beaucoup de bonheur car je pouvais parler de ceci partout où je suis, sans contrainte »
« De m'engager définitivement dans la lutte contre le VIH/sida, de me concentrer sur tout ce qui concerne cette pandémie »
« Elle a eu un impact positif car cela m'a permis d'avoir une plus grande approche concernant le VIH/sida »
« Avec le groupe ça m'a aidé et ça continue de me former encore »
« J'ai plus de confiance en moi »
« le perfectionnement de mon langage vis-à-vis de la communauté par rapport au VIH/sida »
« A m'informer sur d'autres moyens de contamination que les rapports sexuels : sang, sperme, allaitement »

Comment avez-vous perçu le fait de recevoir un diplôme de formation ?

« Au départ, on ne s'attendait pas à un diplôme, mais ça fait plaisir de l'avoir »
« Ça fait plaisir, c'est une reconnaissance de la part d'URACA et ca enrichit mon CV »
« Ca m'a donné l'impression d'être fait pour ce travail »
« J'ai été très honorée et très contente de recevoir ce diplôme »
« Je me suis senti bien content et heureux de l'avoir »
« Pour moi, c'est un pas de géant. A l'avenir, ça pourrait me servir »
« Quel plaisir après une longue durée de formation ! C'est une qualification à vie ! »

3. Souhaiteriez-vous poursuivre la réflexion engagée dans ce groupe de travail ?

100% du groupe souhaite poursuivre cette action

Si oui, sous quelle forme ? Comment ?

« En groupe et aussi seule, ça ne dérangerait pas ; mais avec une équipe dehors ou ailleurs (par exemple en Afrique) »
« En continuant la recherche-action dans la communauté, en faisant des sensibilisations par dezs sketchs, du théâtre, du conte, du conte théâtralisé »
« Sous la même forme mais avec plus d'engagements »
« Pour apprendre plus d'idées pour aller vers la communauté »
« A faire des théâtres et présenter à la communauté »
« Toujours comme agent de prévention VIH/sida. Etre mieux formé pour transmettre la bonne information et partir au contact de la communauté »
« Sous la forme d'un groupe de travail, travailler sur les moyens de prévention évoqués »

Commentaires libres :

« Ce fut un plaisir de travailler avec URACA (Aissatou, Diarra) et Gaelle. Le groupe de travail est une famille pour moi »
« J'adore le travail et si je pouvais en faire un métier fixe, ça me ferait très plaisir, être en contact avec la communauté et les aider à comprendre le sida... »
« Cet atelier m'a beaucoup apporté sur les connaissances du VIH et surtout sur comment aller vers la communauté »

« Le groupe d'action que nous avons formé est un groupe battant et je pense qu'avec encore plus d'engagement, nous pouvons faire mieux »
« J'ai pris de l'assurance à la sexualité, au VIH/sida grâce à cette recherche-action ! Je mènerai un combat sans merci à cette pandémie et vivement une autre recherche. Merci à tous ! » « L'action ne peut pas s'arrêter, ça nous aide à en parler dans nos familles, au travail et à notre entourage. Parce que l'amour et les rapports sexuels se font de jour en jour. Et on ne sait pas ce que ça peut apporter. A bon entendeur, salut ! ».

Tous nos remerciements vont à :

- **Nos partenaires :**

- **URACA, et plus particulièrement Mme Aissatou Gnabaly et M. DIARRA ;**
- **L'Institut Renaudot, et plus particulièrement Gaelle Paupe ;**
- **M. N'Diaye pour la salle Saint Bruno, ainsi que M. Fofana, son gardien qui nous ouvre toujours…**