

Les cahiers de l'URACA



URACA :
20 ans d'expérience
en santé communautaire
Cultures africaines et santé publique
en France et en Afrique

Décembre 2005

N°13 – Novembre 2006 – 15 €



Édition : URACA - version web



URACA,

20 ans d'expérience en santé communautaire

Cultures africaines et santé publique en France et en Afrique

Introduction

- Allocution du Président de l'URACA, Mr Alexis SAKI
- Dr Bernard BASSEF, sous-directeur « Santé et Société » Direction Générale de la Santé
- URACA : 20 ans d'histoire, Dr Moussa MAMAN, fondateur de l'URACA

page 4

4

6

9

:: 1^{ère} partie Première table ronde :

page 10

Dynamique communautaire et santé publique en France

- Modératrice : Mme Bernadette RUEGERA, Directrice d'IKAMBERE
- " Une association qui sait conjuguer recherche et actions : une "re-source" précieuse pour les institutions. "
- Mme Catherine CHARDJIN, Direction Générale de la Santé
- " Défis et enjeux de la prévention dans les communautés africaines en 2005 "
- Mr Mamadou DJARRA, Médiateur, Responsable de la prévention
- Intervention de Mme Aissatou GNABALY, Responsable de la prévention auprès des femmes
- Discussion avec la salle

10

15

17

19

:: 2^{ème} partie Deuxième table ronde :

page 27

Santé et Développement, problématiques du partenariat avec l'Afrique

- Modératrice: Docteur Catherine LELURE-GUIBERT, Psychiatre, Le Mans
- " Prévention du sida et développement en Afrique; une expérience pilote en zone rurale "
- Mr. Ibrahim YACUBA : coordinateur au Bénin des actions d'URACA
- " Établir un parallèle entre les expériences burkinabé et béninoise avec la question : Quel partenariat pour l'Afrique ? "
- Docteur Francis DAVRE, médecin généraliste à Evry
- " La chirurgie plastique ethnique : quand la biomédecine et la médecine traditionnelle font corps sans désaccord. "
- Docteur Patrick K. NIPPER, Interplast-France, ONG de chirurgie réparatrice dans les pays en voie de développement
- Discussion avec la salle

27

30

34

39

:: 3^{ème} partie Troisième table ronde :

page 48

Soigner des migrants à l'hôpital

- Modératrice: Dr Berthe LECO, Psychiatre
- " Un médecin blanc peut-il soigner un malade noir ? "
- Professeur Daniel SERENJ, Chef de service de Médecin Interne, Hôpital Saint Louis
- " Les consultations d'ethnomédecine : pourquoi, pour qui ? "
- Professeur Olivier BUCHAUD, Service de maladies infectieuses, Hôpital Avicenne
- " Un guérisseur Dendi du fleuve Niger peut-il soigner un malade bamiléké du Cameroun ? "
- Docteur Moussa MAMAN, médecin et tradipraticien, fondateur d'URACA
- Discussion avec la salle

48

52

57

61

:: 4^{ème} partie Quatrième table ronde :

page 65

La démarche interculturelle, un parcours semé d'embûches

- Modérateur, Dr Olivier FAURE, Hôpital Saint-Louis
- " Le monde des blancs vu par deux guérisseurs traditionnels "
- Mr Djibo HAMADOU : tradipraticien du Niger
- Intervention Mr Ali NAMEDOU : tradipraticien du Bénin
- " Séjour au village : l'expérience de la perte des repères, un choc bénéfique pour le soignant "
- Mme Jacqueline FAURE, psychologue, hôpital Tenon
- " Ce que la médecine traditionnelle a changé dans ma pratique quotidienne "
- Dr Frédérique KIRSCH-NOIR, urologue, Hôpital des Invalides et du Val de Grâce
- Discussion avec la salle

65

66

68

72

76

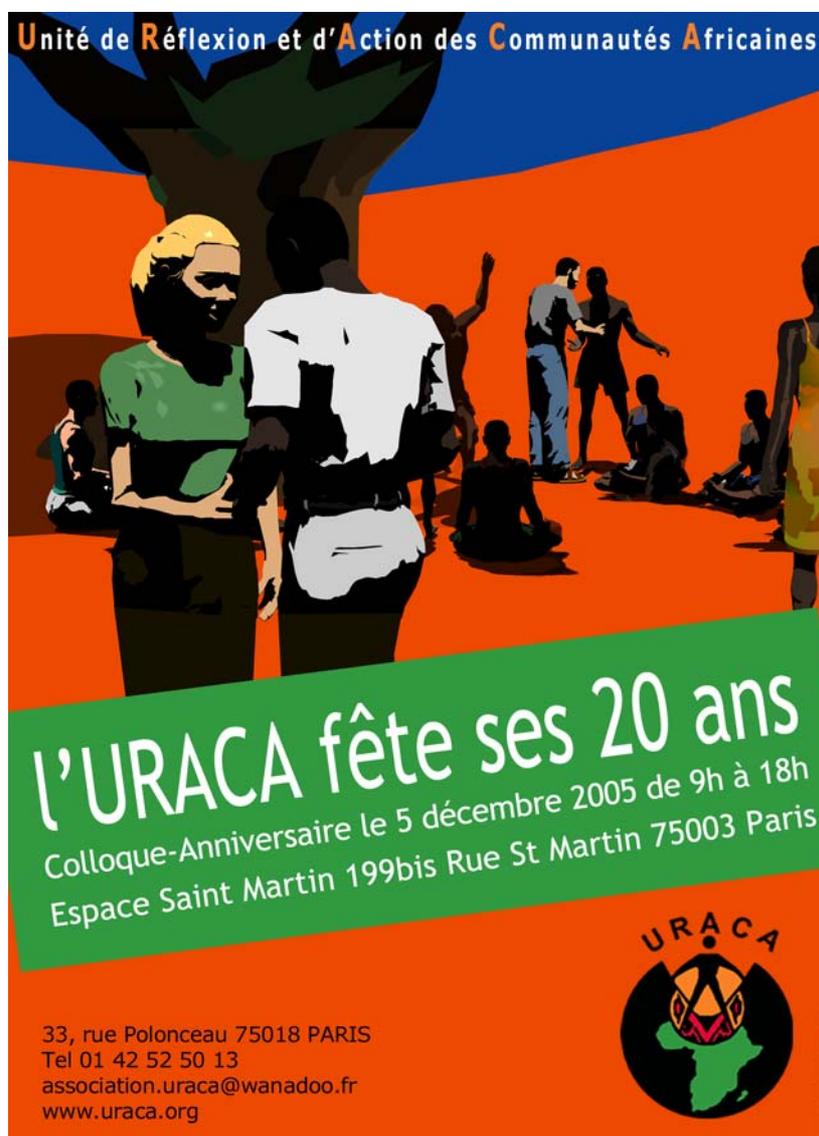
Conclusion de la journée

page 81

URACA, 20 ans d'expérience en santé communautaire

Cultures africaines et santé publique, en France et en Afrique

Décembre 2005



Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines

l'URACA fête ses 20 ans
Colloque-Anniversaire le 5 décembre 2005 de 9h à 18h
Espace Saint Martin 199bis Rue St Martin 75003 Paris

33, rue Polonceau 75018 PARIS
Tel 01 42 52 50 13
association.uraca@wanadoo.fr
www.uraca.org



Accueil : Allocution du Président de l'URACA

Mr Alexis SAKI



Bonjour à tous,

Je m'appelle Alexis SAKI et, en tant que Président d'URACA, je vous souhaite la bienvenue pour fêter avec nous l'anniversaire de nos 20 ans.

A l'heure où chacun s'interroge sur la question de l'intégration des immigrés, l'expérience de notre association peut enrichir le débat. En effet, notre démarche est basée sur une dynamique communautaire. Communautaire, le mot est lâché, et j'entends au loin des remous parlant de communautarisme. Non, ce n'est pas cela, c'est même l'inverse. Il s'agit avant tout de reconnaître que la diversité est un plus, que chacun peut apporter sa pierre à l'édifice commun.

Mais, il faut pour y arriver que chacun fasse un pas vers l'autre, sans condescendance, sans peur, mais avec curiosité, intérêt et surtout respect. Respect c'est le maître mot.

Nos 20 ans d'existence n'ont pas été un parcours semé de roses, car tout le monde en France n'est pas encore prêt à accepter les migrants originaires d'Afrique sur un pied d'égalité. Si les discours sont emplis de belles paroles généreuses, bien souvent, inconsciemment, les comportements sont toujours marqués par la longue histoire qui lie la France à ses ex-colonies.

- Du côté des français dits "de souche", si on accepte de travailler avec les Africains c'est souvent de façon paternaliste, dans un contexte où on leur vient en aide, où on leur apprend quelque-chose, où on reste dans une position socialement dominante. On souhaiterait "nettoyer" leur imaginaire de toutes les traces de représentations

irrationnelles et primitives, de leur mode de relation sociales et familiales, bref de leur identité, et y substituer le mode de pensée occidental, rationnel et scientifique, avec son système de valeurs.

- Du côté des migrants, les mauvaises expériences vécues sont souvent à l'origine de réactions paranoïdes, où l'on suspecte l'autre de mépris ou de racisme, avant même qu'il ait ouvert la bouche. On a également du mal à se représenter un mode de vie dont on est exclu. Comment comprendre comment vit une famille française dans un appartement, quand on n'a jamais été convié dans la maison de l'une d'entre elle, et que l'on arrive d'un village où toute la vie se déroulait en extérieur ? Comment comprendre qu'aucun adulte ne prendra soin de nos enfants lorsqu'ils sont dans la rue, alors qu'en Afrique chacun est co-responsable de l'ensemble des enfants du groupe ? Il est parfois difficile de réaliser que l'on a quitté le mode de vie africain, et que l'on est rentré dans un monde dont on n'a pas les codes.

Il faut aujourd'hui sortir de ces rapports noirs/blancs et chacun doit accepter l'autre dans sa différence. C'est l'essence même de notre démarche. Le pari d'URACA est de servir de passerelle entre les deux identités, d'être ce lieu métis qui réconcilie. Mais, pour pouvoir être intégré, il faut d'abord être soi-même. Et pour cela, on peut avoir besoin de revenir à la source, à sa culture d'origine. A URACA, on recrée les conditions traditionnelles de règlement des problèmes, à travers la médiation; on s'attache à établir le lien entre culture française et culture africaine, entre communauté et institutions.

Venir à URACA, c'est d'abord partager des moments de convivialité, c'est rire ensemble et comprendre peu à peu le système de plaisanteries de l'autre, discuter des incompréhensions et des malentendus, accepter que l'on n'a pas toutes les clés et aller chercher celles qui nous manquent.

La démarche interculturelle profite à chacun d'entre nous, c'est l'ouverture vers les autres. La sortie de l'ethnocentrisme provoque en retour un regard différent sur notre propre culture. C'est un véritable chemin de vie sur lequel nous devons avancer ensemble. Je souhaite que notre association soit un apport à la société multiculturelle que nous devons construire.

N'oublions pas que notre devise, c'est: **être, faire et réfléchir ensemble.**

Merci et bon colloque.

Dr Bernard BASSET, Sous-Directeur « Santé et Société »
Direction Générale de la Santé



Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux de pouvoir être parmi vous aujourd'hui et d'ouvrir cette journée de réflexion organisée par l'association URACA. Par ma présence je souhaite témoigner de l'engagement des pouvoirs publics à vos côtés dans la lutte contre le VIH/sida. URACA est une association que nous connaissons bien et avec laquelle nous avons établi un partenariat, au niveau de la DGS comme de la DDASS, depuis plusieurs années. URACA est engagée depuis 20 ans dans la lutte contre le VIH/sida. Réfléchir, agir, être ensemble sont les mots clefs de cette association. Les populations issues de la communauté africaine, y trouvent information, formation et réconfort. Les professionnels sanitaires et sociaux viennent également y solliciter des ressources pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes d'origine africaine touchées par le VIH/sida. Je veux saluer aujourd'hui, à l'occasion de ces vingt années d'actions, et dans cette période de l'année qui consacre la lutte contre le VIH/sida dans le monde, les efforts soutenus et l'engagement de votre équipe et de vos partenaires. Je veux saluer également les personnes qui oeuvrent avec vous, les personnes touchées et leurs proches, qui contribuent à la lutte contre ce fléau.

Les populations africaines paient le plus lourd tribut en vies humaines, en vies brisées par la maladie. Les derniers chiffres du rapport de l'ONU sida montrent que la pandémie est dramatique. Plus de 40 millions de personnes sont touchées dans le monde. En 2005 on estime à 6 millions le nombre de personnes nouvellement contaminées. L'Afrique représente 65% de ces nouvelles infections. La maladie tue encore et toujours. Elle tue des adultes et des enfants. Je sais que pour certains d'entre vous, les nouvelles d'enfants, de famille ou d'amis

restés au pays sont souvent l'occasion de deuil et de désespérance. Je voudrais vous dire ma compassion et ma solidarité dans ces épreuves difficiles.

Le soutien de la France aux pays en voie de développement est réel. La France est le deuxième contributeur du fond mondial contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. La création du GIP ESTHER permet, par le biais de jumelages inter hospitalier et de programmes de soutien associatifs, de contribuer à la lutte contre le VIH/sida. Malheureusement, malgré ces efforts importants, nous constatons encore aujourd'hui que les traitements restent peu accessibles à la majeure partie de la population infectée par le VIH en particulier sur le continent Africain.

En France, les derniers chiffres de l'institut de veille sanitaire montrent que l'épidémie n'est pas enrayée. Les déclarations de nouveaux cas d'infection par le VIH avoisinent 7000 pour l'année 2004. Parmi ces nouveaux cas déclarés, 25% sont des personnes ayant contractées l'infection récemment. Les femmes sont majoritairement touchées. Les populations d'Afrique sub-sahariennes représentent un tiers de ces nouveaux diagnostics. La maladie est souvent diagnostiquée à un stade avancé et tardif, ce qui complique la prise en charge. Le pronostic à long terme peut lui aussi être moins bon. Les pouvoirs publics, conscients de l'importance d'un diagnostic précoce, ont renforcé ses actions de prévention auprès des publics migrants. Les campagnes réalisées par l'institut de prévention et d'éducation pour la santé, l'INPES, se sont adressées de manière spécifique à ces populations fragilisées. Les supports médiatiques communautaires relaient les messages : spots télévisuels, radio communautaires et plus récemment actions au sein même des lieux de vie. Les supports de prévention se sont diversifiés : les supports bilingues, les outils audio-visuels, et plus récemment les romans photos sont utilisés, et rencontrent un vif succès. Pour toutes ces campagnes et pour l'élaboration de ces outils, le partenariat avec URACA est toujours un partenariat privilégié.

Les acteurs de santé doivent également être sensibilisés à la prise en charge globale des personnes d'origine étrangère. La publication d'un guide de prise en charge en collaboration avec le COMEDE, l'INPES et la direction générale de la Santé en 2004 est en cohérence avec les objectifs du programme de lutte 2005-2008. Cet ouvrage a reçu le prix Prescrire 2005, et a dû faire l'objet de deux réimpressions pour répondre à l'ensemble des commandes. L'INPES met à la disposition des professionnels de santé des outils qui leur sont destinés. Pour que ces derniers soient diffusés de la manière la plus pertinente possible, l'Institut a décidé d'assurer une présence lors des réunions scientifiques nationales de soignants. Le déplacement de l'institution vers le terrain témoigne bien de la volonté des pouvoirs publics de renforcer la prévention et d'améliorer la diffusion des informations. Des campagnes d'incitation au dépistage chez les personnes migrantes ont également été largement diffusées auprès des médecins généralistes, des médecins des centres municipaux de santé et de certains spécialistes.

Ceci démontre une fois de plus, s'il en était besoin, que la collaboration entre les acteurs de terrain et les institutions est un corollaire indispensable pour que soient atteints l'un des objectifs de la loi de santé publique du 9 Août 2004 : la baisse de la mortalité liée au VIH/sida.

La maladie touche des populations fragilisées et souvent en grande précarité. Il est clair que l'accès aux droits est la porte d'entrée indispensable pour un accès aux soins dans de bonnes conditions. Comme beaucoup le savent ici, mes services sont à l'écoute des difficultés que vous, acteurs de terrain, nous signalez. Une circulaire d'information relative aux avis médicaux en direction des médecins inspecteurs de santé publique et aux médecins de la préfecture de Police de Paris a été publiée le 30 septembre dernier.

Concernant la prise en charge hospitalière, un décret a été publié le 15 novembre dernier. Ce décret transforme les CISIH, centres d'informations et de soins d'immuno-déficience humaine en COREVIH, structures qui permettront une prise en charge mieux coordonnée des patients touchés par le VIH et favoriseront l'implication des associations de malades et des usagers du système de santé. Cette coordination regroupe les acteurs intra et extra hospitaliers pour une prise en charge harmonisée sur l'ensemble du territoire.

Nous travaillons en collaboration avec tous nos partenaires institutionnels afin que la politique de lutte contre le sida soit véritablement cohérente.

Ce colloque sera l'occasion de débattre d'un certains nombres de points :

- La première table ronde s'ouvrira sur la dynamique communautaire en France, et sur les défis et les enjeux de la prévention du sida pour les communautés africaines, présentés par les médiateurs d'Uraca. La médiation revêt pour nous une importance particulière. Le soutien que la Direction Générale de la Santé apporte à la médiation dans le domaine de la santé s'attache à valoriser et à diffuser sur le territoire cette approche indispensable au dialogue et au lien entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients.
- La seconde table ronde débattrait des partenariats avec l'Afrique. Ces récits d'expériences témoignent de la solidarité des équipes médico sociales du Nord avec celle du Sud. Ces équipes ne font ni « à la place » ni « pour » mais bien « avec ». Je remercie ces acteurs de santé pour leur implication. Ils apportent non seulement leurs compétences mais également leur humanité. Ils démontrent par leurs actions que les différences, loin d'être un handicap, sont également source d'enrichissement mutuel.
- Je remercie également les équipes médicales qui viendront débattre lors de la troisième table ronde de la prise en charge des migrants à l'hôpital.
- La dernière table ronde permettra de dialoguer autour des médecines traditionnelles et de leur intrication avec des médecines plus conventionnelles, à nos yeux tout du moins...

Je sais que ces débats seront riches. Je vous souhaite un excellent colloque, et je souhaite un très bon anniversaire à l'association URACA à l'occasion de ses 20 années d'existence, en la remerciant de son implication aussi persévérante dans le domaine de la prévention et de l'accompagnement des personnes touchées par le VIH.

URACA : 20 ans d'histoire

Dr Moussa Maman, fondateur de l'URACA



Merci, d'être là.

On me demande de parler de l'histoire de l'URACA depuis 20 ans mais c'est impossible en 10 minutes. URACA a 20 ans, 20 ans pendant lesquels nous avons tenu bon.

Le premier point fort que je retire de notre expérience, c'est la durée. Je pense aux associations qui sont nées avant nous, en même temps que nous, mais qui ont disparu.

La deuxième point fort que je peux retirer de l'URACA, c'est le fait de réussir à maintenir la mobilisation dans le dur.

Le troisième, c'est que URACA est restée fidèle à ses objectifs concernant le sida, et la santé. Et qu'elle a mené des actions ici et là-bas.

Le quatrième, c'est l'importance du travail de proximité qui permet d'établir la confiance entre les intervenants et les bénéficiaires.

Que dire de plus, si ce n'est ajouter que maintenant l'objectif de l'URACA est de prendre du recul pour essayer de faire en sorte que les associations travaillent aussi dans la durée.

Quand URACA est née, nous travaillions dans des épaves de véhicules, à La Plaine Saint-Denis, à Aubervilliers, etc. et nous rencontrions nos amis africains. Agnès, à cette époque, avait fini son diplôme de médecine et elle travaillait avec moi dans des épaves de véhicules.

Nous sommes allés vers les publics les plus précaires, et c'est petit à petit, que les gens ont compris qu'il fallait aussi venir vers nous.

Voilà l'expérience que j'ai retenue de l'URACA, parce que 20 ans, pour une association, c'est une longue route.

Je vous remercie.

1^{ère} partie : **Première table ronde**

Dynamique communautaire et santé publique en France

Modératrice : Mme Bernadette RWEGERA, Directrice d'IKAMBERE

"Une association qui sait conjuguer recherche et actions : une "re-source" précieuse pour les institutions."

Mme Catherine CHARDIN, Direction Générale de la Santé



Je suis très touchée qu'URACA m'ait demandé de témoigner pour cet anniversaire. Je suis très contente aussi que Bernard Basset ait pu représenter le Directeur Général de la Santé pour l'ouverture : cela me dédouane un peu d'une parole exclusivement institutionnelle et m'autorise à parler non seulement en tant que chargée de mission de la Direction Générale de la Santé, mais aussi en tant que voisine et militante associative de la Goutte d'Or.

C'est en effet sur plusieurs registres que j'ai eu la chance de connaître URACA. En premier lieu ce furent des liens de voisinage, liens militants et amicaux sur le quartier de la Goutte d'Or où j'habite. Dès les années 80, j'ai eu un véritable plaisir à me rendre aux soirées thématiques qu'organisait l'association, à une époque où elles n'étaient pas encore intitulées "arbre à palabres", mais constituaient déjà des lieux de rencontres foisonnantes, conviviales et tout à fait enrichissantes : les illustrations, témoignages, discussions animés par URACA alliaient souvent pertinence et impertinence. On y bousculait, j'allais dire "gentiment et presque chaleureusement", nos idées préconçues. Je me souviens notamment d'une intervention - j'ai oublié qui était l'intervenant ou l'intervenante mais pas la teneur - qui démontait avec vivacité l'idée fausse selon laquelle "chez les Africains, on ne parle pas de sexe, c'est complètement tabou": on nous avait relaté avec force humour comment, dans

certaines régions, la femme avait coutume de saler excessivement les plats confectionnés pour toute la cour en fonction de la satisfaction ou non que lui avait apportée son mari pendant la nuit ; et comment ainsi, ce qui était réservé traditionnellement en France à la sphère privée bien limitée au couple était en quelque sorte partagé et commenté en cercle très élargi dans certaines familles africaines.

URACA, dans le quartier de la Goutte d'Or, c'est aussi pour moi la mise en valeur de talents, individuels et collectifs, dans des domaines très divers : la poésie, la mode, le théâtre sont ceux qui m'ont le plus marquée (je ne parle pas des talents culinaires mais je les ai pourtant fréquemment appréciés). Mais aussi l'art de l'exposition, un vrai talent pour allier les paroles, les photos, les dessins, d'enfants comme d'adultes : c'est un art de l'échange, du partage, de la communication. Je ne suis d'ailleurs pas sûre qu'on ait su garder toutes ces expositions, qui sont pourtant des formes d'expressions atemporelles qui gagneraient à être largement diffusées bien au-delà du quartier.

Pour clore ce chapitre en tant que voisine militante associative, qui a apprécié depuis 20 ans le savoir-faire du partage inter-culturel d'Uraca, je me permettrais d'évoquer en guise de clin d'œil une rubrique plus privée des talents d'Agnès : elle m'a offert et montré de magnifiques photos d'oiseaux prises en Afrique. Je l'évoque ici parce que je crois que ces photos traduisent aussi toute la sensibilité qu'Agnès peut avoir et qu'elle peut percevoir autour d'elle, et cette sensibilité d'Agnès a été je le crois un des carburants essentiels du moteur de l'association pendant ces 20 années. Donc, ce ne sont pas seulement des félicitations ou des remerciements privés, mais ils vont au-delà et rejoignent l'élan associatif.

Après cette petite note très personnelle, j'en viens aux liens professionnels que j'ai pu avoir depuis 10 ans avec URACA. Au début des années 1990, c'est le docteur Bernard Goussard qui, à l'Agence Française de Lutte contre le Sida, suivait le partenariat avec URACA en matière d'actions de prévention VIH. Bernard Goussard est maintenant décédé et je veux, encore une fois ici, lui rendre hommage, parce que la plupart des partenaires associatifs avec lesquels il avait noué des relations font toujours partie des "piliers" de référence sur lesquels la Direction Générale de la Santé, les DRASS et DDAAS s'appuient aujourd'hui encore pour conduire leur politique. Le docteur Bernard Goussard et le docteur Jean-Yves Fatras (qui était alors notre chef de service) disaient à propos d'URACA : c'est rare de trouver une association qui allie de telles capacités d'actions et de réflexion. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé ce titre pour mon intervention d'aujourd'hui.

Et aujourd'hui encore, quand le monde de la recherche déplore que si peu de monde soit intéressé par des travaux permettant de mieux appréhender la question des comportements et connaissances des populations africaines vivant en France liés à la question du VIH, nous sommes en mesure de produire les précieuses recherches actions conduites par URACA depuis 1989 comme référence : la première d'entre elles, publiée en 1994, était intitulée *"Communautés africaines et sida - Mythes et réalités. Mise en évidence et analyse de l'évolution des connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis du sida, des communautés africaines vivant en Ile-de-France entre 1989 et 1993"*. Elle a été suivie en 1998 d'une enquête complémentaire intitulée *"Les communautés africaines face à l'actualité du sida en 1998"*, qui incluait l'arrivée des tri thérapies dans l'étude sur les représentations analysées chez les soignants, chez les malades et dans le tout public africain.

Ces enquêtes de référence ont été complétées par des études plus pointues sur certaines communautés, avec le plus souvent un éclairage comparatif extrêmement intéressant entre

certaines communautés précises interrogées en Afrique et ces populations immigrées vivant en France : dès 1997, ce travail a été réalisé auprès des Béninois du pays dendi, puis en 2000 auprès d'hommes et de femmes du Cap-Vert ; et en 2003 auprès des Bétés de Côte d'Ivoire.

Toutes ces études sont citées et proposées dans le catalogue des outils de prévention du VIH/sida à destination des migrants que publie le ministère chargé de la santé avec l'INPES, et plus récemment avec le CRIPS. Y figure également la dernière-née des productions d'URACA, la brochure "Le sida, c'est quoi ?", petite brochure attractive reprenant sous forme de questions-réponses illustrées les interrogations qui émanent le plus souvent de la part de personnes africaines concernant le VIH/sida.

Je profite de l'occasion pour signaler qu'une nouvelle version 2005 du "catalogue : outils de prévention sida/hépatites à destination des migrants par 29 organismes et associations" vient de sortir et qu'il peut vous permettre de découvrir et de commander (en général gratuitement) plus d'une centaine d'outils divers, allant des dépliants bilingues aux bandes dessinées, des DVD aux affiches, des guides professionnels aux recherches-action dont je viens de parler. Parallèlement, le CRIPS réédite une 3ème version mise à jour du catalogue "l'Afrique contre le Sida", extrêmement intéressant également, parce qu'il permet de découvrir (même s'ils ne sont pas forcément disponibles pour être commandés en France) un grand nombre d'outils de prévention conçus, produits et diffusés en Afrique. Vous pouvez vous procurer ces deux catalogues auprès de l'INPES, soit par commande écrite, soit directement sur le site internet www.inpes.santé.fr

URACA est également pour nous un lieu de ressources incoutournable en matière d'analyse critique et de proposition liée à l'élaboration des outils de prévention, que ce soit les campagnes télévisées ou radiophoniques, les brochures ou les affiches. L'association nous fait part de multiples remarques qui émergent du public lors des séances de visualisation ou d'audition collectives régulièrement organisées. Elles permettent également de développer un volet comparatif entre *ici* et *là-bas*. Ces critiques constructives sont également pour la Direction Générale de la Santé un élément précieux pour améliorer la stratégie de communication à destination des populations africaines vivant en France.

Au début de mon intervention, j'ai évoqué mon attachement à ce lieu de convivialité et de rencontre situé à proximité du quartier de la Goutte d'Or. Ce lieu d'échanges au sens plein du terme "échanges" est aussi mis en place par URACA à une échelle plus large, régionale, nationale et même internationale : la rencontre entre des professionnels de santé de disciplines différentes : par exemple psychologues ou médecins de services de maladies infectieuses, exerçant dans des lieux différents : en milieu hospitalier, mais également en ville, envers qui un effort particulier doit être déployé quand il s'agit de la sensibilisation aux questions de prévention VIH/IST et de l'information sur le dépistage précoce. Ces lieux d'exercice peuvent être radicalement différents quand on pense aux échanges qu'URACA anime et sur lesquels une partie de la journée va être ensuite consacrée, entre des tradipraticiens exerçant en Afrique et des équipes soignantes exerçant en milieu hospitalier en France.

L'apparition qu'Uracac peut faire ces dernières années dans des sessions de formation continue de soignants nous paraît particulièrement intéressante. D'autant plus qu'une de nos préoccupations est de pouvoir faire bénéficier de la réflexion, des professionnels qui ne sont pas a priori sensibilisés aux problématiques de prise en charge des populations africaines sur

le champ de la prévention, de l'incitation au dépistage ou du suivi des patients séropositifs d'origine africaine.

C'est là une des difficultés de la portée des actions d'URACA : comment réussir à sortir d'un cercle de personnes déjà bien sensibilisées pour toucher des professionnels totalement *étrangers*, non pas de nationalité étrangère, mais *étrangers* aux questions spécifiques qui peuvent être importantes quand on suit des patients étrangers et/ou migrants ? Cette importante question ne repose pas sur les seules épaules d'URACA bien entendu : elle interroge à tous les niveaux, les institutionnels et les associatifs. Le rayonnement, la visibilité, la publicité qui peuvent être faits autour des activités de l'association URACA doivent se fixer comme objectif d'atteindre un public que l'on peut qualifier de "naïf" sur ces questions, pour pouvoir nourrir les échanges et étendre la portée des interventions.

Ressource pour la formation continue des professionnels sanitaires et sociaux, mais aussi ressource pour la formation associative : je veux aussi dire un mot de plusieurs acteurs importants dans le monde de la prévention qui ont fréquenté l'association Uraca, puis qui l'ont quittée - parfois d'ailleurs avec quelques désaccords -, tout en parlant de l'apport considérable que le séjour dans l'association a représenté, parlant d'une véritable formation à la vie associative. Certains, certaines continuent à mener en d'autres lieux qu'ils ont parfois eux-mêmes construits, des actions en matière de prévention et d'accompagnement des personnes concernées par le VIH-sida.

Enfin, j'évoquerai un dernier aspect de la richesse de notre travail en partenariat avec URACA : c'est l'aspect "observatoire" qui découle du travail d'accompagnement de terrain. Là encore, pour reprendre la formule consacrée, URACA intervient en tant qu'*acteur* et en tant qu'*observateur*. C'est un sujet sur lequel j'interviens fréquemment, donc je ne le développerai pas longuement ici. Mais je tiens tout de même à rappeler que, dans le domaine des droits des personnes étrangères malades, c'est le partenariat fructueux entre institutions et associations qui a permis d'avancer... voire de ne pas reculer parfois. De nombreux intervenants d'URACA contribuent à nous signaler les dysfonctionnements qu'ils peuvent constater par exemple dans l'application de la loi qui permet l'attribution d'une carte de séjour de un an aux personnes atteintes de pathologie grave. Je sais que parfois il est un peu lassant de signaler, de documenter précisément les problèmes, surtout quand ceux-ci se répètent de manière identique au fil des semaines ou même des mois. Je tiens à vous assurer que ces échanges-là ne sont pas vains, et que c'est en les multipliant que l'on peut obtenir des améliorations, éventuellement la publication d'un circulaire, voire même par voie réglementaire. Je citerai à titre d'illustration une circulaire diffusée par la DGS le 30 septembre dernier après plusieurs refus essayés par des personnes vivant avec le VIH sollicitant une carte de séjour temporaire. Ces refus étaient notifiés au motif que les traitements de l'infection existaient au pays : cette circulaire a rappelé l'inexistence à l'heure actuelle de l'accès au suivi médical nécessaire pour les personnes infectées par le VIH originaires de l'ensemble des pays en voie de développement, qu'elles soient asymptomatiques, ou sous traitement, puisque la surveillance biologique nécessaire n'est pas assurée de manière satisfaisante. URACA avait fait partie des associations qui nous avaient saisis de ces difficultés et nous avaient demandé une intervention au-delà du simple cas par cas. Nous espérons avoir répondu à leur attente et restons vigilants.

Je conclurai donc, vous l'avez compris, en remerciant encore chaleureusement et sincèrement URACA d'être ce lieu clef en matière de prévention et d'accompagnement des personnes africaines en matière de VIH-sida : lieu de mémoire et lieu de perspectives. Tout en sachant

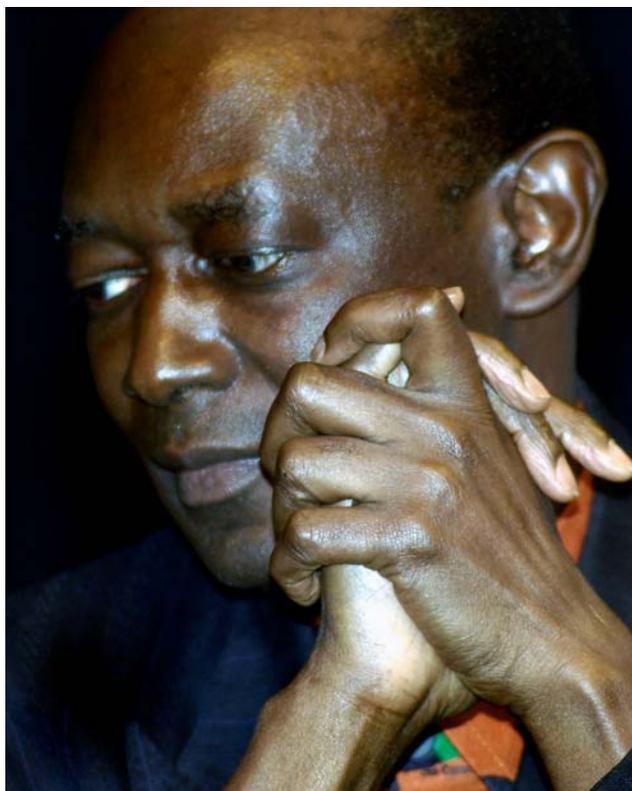
capitaliser les acquis et les connaissances, cette association est en constante évolution, ne donne jamais l'impression d'être sclérosée ni ronronnante. C'est cet ensemble de liens vivifiants qui m'ont fait choisir l'image de la source à laquelle on revient régulièrement. Merci donc à URACA d'être un lieu de ressources depuis ces 20 années et pour encore de nombreuses années.

Défis et enjeux de la prévention dans les communautés africaines en 2005

Mr Mamadou DIARRA, Médiateur, Responsable de la prévention

Pour commencer, je voudrais évoquer un souvenir datant du mois de décembre 1991 : à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida, Uraca avait confectionné une grande affiche montrant des préservatifs. J'étais allé dans plusieurs foyers, parmi lesquels le foyer de Fort de Vau dans le 17^e arrondissement de Paris, pour coller ces affiches. Quand je suis repassé le lendemain dans ces mêmes foyers, toutes les affiches avaient été arrachées. A cette période, les Africains étaient dans leur majorité dans le déni, ils disaient soit :

- Le Sida c'est une invention des blancs, cela n'existe pas.
- Le Sida ce n'est pas nous, ce sont eux, les blancs, qui ont des déviations sexuelles.
- Ils se réfugiaient derrière la religion pour rejeter le préservatif, affirmant que l'Islam était contre le préservatif.



Il a fallu attendre les années 1994-1996, et l'arrivée des premiers cas de Sida dans les foyers pour qu'il y ait une évolution. Ce changement nous a permis d'avancer dans la prévention parce que les gens n'avaient plus les mêmes discours : on est passé du déni et du rejet du préservatif à des questions concrètes « *C'est quoi le sida ? C'est quoi le préservatif ?* ».

Quand la trithérapie est arrivée, ça a été vraiment un lieu d'espoir parce que cela a permis de banaliser le sida et surtout aux acteurs de prévention d'intégrer le dépistage dans leurs messages de prévention.

En 1994-1996, quand les premiers cas de Sida sont apparus dans les foyers, on a espéré que cela ferait avancer la prévention. Mais, nous avons été confrontés à d'autres difficultés, concernant l'annonce de cette maladie. A l'époque, les médecins n'étaient pas suffisamment préparés à l'annoncer. Cette annonce pouvait se faire n'importe comment, n'importe où, et même aux visiteurs du malade. Pour ces raisons, la nouvelle se propageait dans toute la communauté. Par ailleurs, il faut se souvenir qu'il n'y avait pas de médicaments et qu'enfin on n'avait pas la maîtrise des modes de contamination.

Dans les foyers, la solution consistait, le plus souvent, à renvoyer les personnes malades au pays pour qu'elles puissent mourir là-bas. Un cas m'a beaucoup marqué : celui d'un jeune Africain que j'ai connu et qui est tombé malade du sida, il a été contraint par sa famille à partir au pays et il est décédé quelque temps après.

Ces départs forcés ont eu, à un moment donné, des répercussions négatives dans les pays d'origine, parce que les gens là-bas soupçonnaient tout migrant, qui rentrait malade, d'être porteur de sida. Et si par malheur il mourait, personne ne se remariait avec sa femme. Même notre système traditionnel de lévirat¹ n'était plus respecté.

Comme je l'ai souligné, l'arrivée de la trithérapie a fait progresser la prévention : elle a permis aux acteurs de prévention d'intégrer le dépistage dans les discours de prévention. Il devenait possible et pensable de se faire dépister puisqu'il existait un traitement. D'autre part, l'existence d'un traitement a également permis de banaliser le sida dans les communautés africaines

L'action de prévention d'Uraca a débuté dans les foyers de travailleurs migrants, parce que ce sont des hommes seuls, souvent analphabètes, qui y habitent. Mais les foyers sont aussi des lieux où beaucoup de monde se rencontre, où il y a des réunions d'associations villageoises, des réunions de familles, des cérémonies de mariage, de baptême...

Nous avons ensuite élargi notre action en direction du quartier « Château rouge », car, beaucoup d'Africains viennent dans ce quartier. C'est un autre public, différent de celui des foyers. Dans les foyers, le public est exclusivement masculin, ce qui n'est pas le cas dans le quartier de Château rouge, là nous pouvions rencontrer aussi bien des hommes que des femmes.

Dans ces actions de prévention, nous insistions beaucoup sur la négociation du préservatif entre hommes et femmes, ce qui était nouveau par rapport aux foyers.

Depuis le début de nos interventions, notre outil privilégié, pour mener à bien nos actions de prévention, est la culture. C'est à partir de la culture que nous développons notre discours de prévention, nos arguments pour surmonter les difficultés qui se présentent au cours des échanges.

Depuis des années, Uraca, comme toutes les autres associations, fait beaucoup d'efforts mais malgré cela on constate que le sida continue à faire des ravages dans notre communauté.

Les derniers chiffres en 2004 donnaient en France autour de 7000 nouveaux cas de contamination et sur ces 7000 nouveaux cas, chez les hétérosexuels, les Africains représentent un tiers des contaminés !

Les femmes malheureusement sont de plus en plus touchées. C'est pourquoi Uraca a mis en place depuis six mois une nouvelle action spécifique en direction des femmes, portée par Mme Aissatou Gnabaly à qui je donne la parole.

¹ Système traditionnel qui veut que le jeune frère épouse la femme de son frère décédé.

Intervention

Mme Aissatou GNABALY, Responsable de la prévention auprès des femmes

Merci. Bonjour, je me présente, Mme Gnabaly Aissatou, responsable de la prévention dans les groupes des femmes africaines.

L'objectif de cette action est de sensibiliser les femmes sur le Sida, de les aider à devenir des actrices de prévention dans leur communauté.

En Afrique, les femmes sont toujours ensemble et font beaucoup d'activités. Ici, elles essaient de reconstituer ce système en créant des associations villageoises, des associations culturelles et des tontines.

La tontine est un groupement de femmes qui se réunit une fois par mois : elles déterminent ensemble une somme d'argent qui est versée chaque mois par chacune des femmes et reversée à l'une d'entre elles. Cela leur permet de réaliser leurs projets.

Une association villageoise rassemble des personnes du même village qui se rencontrent et réalisent

un projet dans leur village (la construction d'une maternité ou d'un centre médical...). Comme nous connaissions déjà l'existence de ces groupes, l'idée nous est venue d'y faire de la prévention afin de toucher un maximum de personnes.

Au départ, j'entre en contact avec ces groupes par mon réseau personnel de connaissances, par celles de l'URACA, des bénévoles, et d'autres associations que nous connaissons et qui travaillent dans la prévention. Dans un second temps, je contacte la personne responsable du groupe et je lui propose de faire de la prévention dans son groupe. Certaines associations acceptent facilement, mais dans d'autres cas, il faut négocier longuement pour avoir l'accord du groupe. Parfois les femmes refusent.

Elles me donnent ensuite la date de leur rassemblement et je me présente ce jour-là. Je leur présente l'association. Ainsi, depuis le début de l'action il y a 6 mois, j'ai contacté 33 groupements de femmes, j'en ai rencontrés 19, ce qui m'a permis de mener directement une action de prévention auprès de 469 femmes. Puis, ces groupes ont commencé à réaliser des actions de prévention. Elles ont ainsi pu toucher 800 personnes, en organisant des fêtes, du théâtre, et des conférences sur le Sida.

Cependant, pour mener à bien ce travail, il faut surmonter de nombreuses difficultés. La première concerne la méfiance qu'elles éprouvent. Elles se demandent pour qui je travaille, pourquoi j'ai choisi leur groupe, et ce que je vais faire des renseignements collectés.



La deuxième difficulté concerne le déni affiché par les femmes concernées par le problème : elles disent tout connaître de cette maladie, et refusent cette action dans leur groupe.

Par la suite, au cours des entretiens individuels, elles posent beaucoup de questions, par exemple sur l'épidémie, sur les traitements et sur les modes de contamination.

Pour surmonter ces difficultés, je m'appuie sur mon identité de femme africaine, intéressée par ces actions, pour créer un lien de confiance avec elles. Puis j'insiste sur l'ampleur de l'épidémie chez les femmes africaines, sur la nécessité d'être informées pour pouvoir se protéger. J'insiste également sur l'existence du dépistage anonyme et gratuit pour encourager ces femmes à se faire dépister.

Par la suite certaines me demandent mes coordonnées pour me contacter et me poser des questions sur le dépistage. 15 femmes m'ont déjà demandé de les accompagner pour se faire dépister.

Les outils que nous utilisons sont nombreux : les préservatifs féminins et masculins, les cassettes de Moussa le Taximan. Les préservatifs féminins sont un support de prévention mais les femmes les demandent moins, contrairement aux préservatifs masculins qui sont demandés par toutes les femmes. Certaines en prennent aussi pour leurs enfants.

Les principaux thèmes de discussion dans les groupes concernent les relations entre hommes et femmes, s'intéressent à la façon de négocier le préservatif dans les relations officielles, et la façon d'inviter son partenaire à se faire dépister.

Pour conclure, il faut souligner que c'est une action difficile qui demande beaucoup d'énergie mais qui est indispensable pour lutter contre le Sida.

Je vous remercie.

Discussion avec la salle

Modératrice: **Mme Bernadette RWEGERA**

Mme Chardin peut-elle donner un exemple de ce qu'elle a entendu par rapport au préservatif féminin ?



Mme Catherine Chardin :

Oui, je disais qu'à l'occasion d'une rencontre le week-end dernier à Lyon, nous avons entendu de nombreux témoignages : il s'agissait de personnes atteintes par le VIH. Beaucoup d'hommes et de femme ont dit combien le préservatif féminin était important. Il leur a permis de reprendre des relations sexuelles qu'ils ne pouvaient plus avoir avec le préservatif masculin. Je pense que ce sont des informations à signaler : le préservatif féminin semble effectivement être un autre outil pour certains hommes et certaines femmes.

Dr Agnès Giannotti, URACA :

Je me permets de prendre la parole. L'expérience nous a montré, quand on a essayé de faire le marketing du préservatif féminin auprès des personnes touchées et des autres que ça pas marché. Concrètement, il a fallu prendre en compte le fait que les gens revenaient demander le préservatif masculin. Mais le préservatif féminin marche très bien pour faire de la prévention. On en fait la démonstration et cela permet de faire naître un échange au cours duquel les questions abondent : qu'est-ce que c'est que ça ? etc. C'est un outil de prévention dans le sens où il favorise la palabre, il permet une action de formation formidable. Mais après, les gens ne reviennent pas en chercher. Faut-il des entretiens individuels ? En tout cas, chez nous ça ne marche pas bien.

Mme Christine Ledésert, Association Accueil Goutte d'Or :

Vous avez surtout parlé de la prévention au niveau des adultes. Mais je pense que vous en faites aussi au niveau des jeunes. Je voulais savoir comment vous vous y prenez, et comment vous vous y prenez aussi pour permettre aux adultes d'aborder cette question avec leurs enfants. Car il n'est pas facile de parler de la sexualité entre parents et enfants.

Mr Mamadou Diarra :

Il est vrai qu'on peut travailler sur la parole entre parents et enfants. Cependant, nous avons eu des échanges au sein de l'association avec les salariés, les bénévoles et certaines personnes du public. A chaque fois, nous avons remarqué les réticences des parents africains à parler du sida avec leurs enfants et tout particulièrement avec leurs filles. En effet, certains disaient que parler de préservatif avec une adolescente peut l'inciter à avoir des rapports sexuels. Par contre, avec les adultes, notre principal outil de travail pour la prévention est basé sur les relations de parenté. C'est dans la tradition. Quand nous arrivons quelque part, nous utilisons en particulier les relations à plaisanterie. Lorsque j'arrive, même si je ne connais personne, je peux sortir un préservatif. Je demande : « *Qui est ici ? Qui porte ceci... ? Ce chapeau va vous intéresser...* » Voilà comment on parvient à engager un débat dans un groupe, même inconnu. On peut aussi s'appuyer sur l'origine des participants, ivoirienne ou autre pour susciter un débat et introduire la question du sida.

Dr Francis Dayre :

Je voulais revenir sur la dernière intervention portant sur la négociation du préservatif entre homme et femme. Je voudrais savoir ce que les intervenants en pensent, parce que c'est un problème sur lequel nous nous sommes penchés au Burkina Faso, mais nous n'avons pas de réponses précises. Dans la région, les femmes nous ont dit qu'elles se sont opposées aux violences conjugales liées à ce problème ; violences conjugales qui cependant ne sont pas la peine exclusive de l'Afrique. C'est évidemment universel.

J'aimerais pour ma part savoir comment une femme peut négocier l'utilisation du préservatif avec son conjoint dans la mentalité actuelle des choses.

Mme Aïssatou Gnabaly :

Ce problème est en effet posé par les femmes parce qu'elles n'osent pas demander à leur mari de mettre un préservatif, par peur d'être accusées d'être malades ou d'être infidèles. C'est pour cela que les femmes ont peur de demander à leur mari d'utiliser le préservatif.

Modératrice Mme Rwegera :

Aïssatou, tu m'avais dit aussi que les femmes arrivaient à négocier le port du préservatif en dehors du mariage. Ainsi, si une femme va « dehors », elle utilise le préservatif ?

Mme Aïssatou Gnabaly :

Oui, bien sûr.

Un homme :

Avez-vous des préservatifs et comment faites-vous pour les distribuer ? Y a-t-il une action concertée entre les différents acteurs qui font la même chose ?

Mme Aïssatou Gnabaly :

En ce qui concerne les préservatifs que nous utilisons, les femmes viennent à l'association pour en demander. Pendant les séances de prévention, nous en avons quelques-uns mais nous

proposons surtout aux femmes de venir à l'association si elles veulent en obtenir régulièrement.

Mr Mamadou Diarra :

Si vous permettez, je peux rajouter quelques précisions sur la négociation du préservatif. Il arrive qu'une femme n'ayant plus confiance en son mari lui propose de faire un test de dépistage, mais s'il refuse, elle s'impose et impose alors l'usage du préservatif. Et ce, jusqu'à ce que son mari soit d'accord. Nous avons vu des situations de ce genre en médiation.

Christiane Huraux, Association Chrétiens et sida :

Je vous remercie beaucoup de cette contribution, vraiment très positive, sur la négociation. J'aurais aimé que vous vous étendiez un peu plus sur l'acceptabilité du préservatif féminin ici et en Afrique.

Mr Mamadou Diarra :

En Afrique, le préservatif féminin, déjà trop cher ici, est d'un coût prohibitif pour les femmes. Même ici à Paris, ils ne sont pas disponibles dans toutes les pharmacies et sont donc peu utilisés. Ils ne sont pas encore très représentatifs. En Afrique c'est vraiment le préservatif masculin qui est le plus utilisé ; ici aussi d'ailleurs, même si certaines femmes essayent d'utiliser les préservatifs féminins. Mais je pense qu'il y a quand même trop de contraintes pour une bonne acceptabilité.

Dr Moussa Maman :

Je ne sais plus qui a posé la question autour de la violence conjugale et l'utilisation du préservatif en Afrique. Je connais le Burkina Fasso. Or, il me semble que le plus souvent la demande concernant l'utilisation du préservatif est mal faite, maladroite. Les demandes répétées sont ressenties comme une violence. Les hommes refusent l'usage du préservatif dès lors que leur femme cherche à l'imposer de force, en posant un ultimatum : « utilisez le préservatif, sinon rien ». Les hommes refusent, ne comprenant pas pourquoi leurs femmes cherchent à imposer le préservatif. En Afrique, les femmes disent que les hommes les forcent à faire l'amour parce qu'elles refusent sans le préservatif. L'important est de négocier d'abord. Evidemment quelqu'un qui est séropositif doit utiliser le préservatif, mais on ne peut obtenir ce résultat que par la parole, la négociation, et ce, jusqu'à ce qu'il soit convaincu. Pour revenir sur le préservatif féminin, l'expérience au Bénin m'a montré que certaines femmes l'adoptent. J'ai distribué quelques préservatifs féminins que j'amenais et les femmes l'ont



utilisé. Dix-sept, dix-huit femmes environ ont davantage accepté le préservatif féminin que le masculin. Les hommes eux-mêmes semblent l'avoir mieux toléré. Ces femmes m'ont dit que les hommes ne savent même pas qu'elles ont porté un préservatif dans la mesure où souvent ça se passe dans le noir et qu'on ne touche pas.

Un homme :

Je suis obligé de revenir sur mes précédentes questions pour avoir plus de précision.

La première concerne la disponibilité permanente du préservatif : les femmes trouvent-elles autant de préservatifs qu'elles le souhaitent ?

La deuxième concerne l'existence d'une concertation des acteurs qui interviennent. On sait que plusieurs associations interviennent dans la prévention. Ne rencontrez-vous pas de difficultés ? N'y a-t-il pas d'autres acteurs qui interviennent sur le même terrain et dans le même groupe ? Existe-t-il alors une concertation ?

Troisièmement, je voudrais demander à Mme Chardin quels sont les soutiens que la Direction Générale de la Santé apporte à l'Uraca ou aux associations qui le demandent. Et enfin, y a-t-il un support concret, tel qu'un guide, que vous laissez aux Africains à l'issue de la sensibilisation, afin que les gens puissent le conserver et l'avoir sous les yeux ? Merci.

Mr Mamadou Diarra :

Pour les préservatifs, Uraca (je pense que c'est d'ailleurs le cas de toutes les associations) propose, en libre service, des préservatifs déposés dans unealebasse. Les gens le savent et viennent donc en chercher quand ils le veulent. Ainsi n'y a-t-il pas de problèmes pour la distribution. D'autre part, ceux qui ont de l'argent peuvent acheter des préservatifs sans passer par l'association.

Pour ce qui concerne votre interrogation sur la concertation des associations, il faut souligner que le marché est tellement grand que les associations, restent en nombre insuffisant pour faire face à l'ampleur de la tâche. Prenons l'exemple du quartier de Château rouge : j'interviens dans les ateliers de couture, dans les salons de coiffure, dans les boutiques de produits cosmétiques etc. mais je n'ai jamais vu une autre association sur ces sites. Et personne n'a jamais mentionné qu'une autre association était intervenue dans ces lieux. Mais, bien évidemment, si on sait qu'une autre association doit intervenir, on se concerte en effet, de telle sorte que la tâche soit répartie.

Quant au support écrit : dans notre prévention, ce qui est important c'est la parole. Nous sommes toujours munis de préservatifs, mais nous ne les distribuons pas forcément de façon directe. Par exemple, quand j'arrive dans un atelier de couture ou dans la chambre de foyer, je bavarde avec les gens, je sors mes préservatifs, et je les pose sur une table. Je dis alors quelque chose comme « *voilà, ça c'est le foulard des Traore, vous pouvez vous servir librement* », puis je m'en vais.

Dernière chose, à la longue on arrive toujours à former un peu quelqu'un, soit dans un atelier de couture, soit dans une chambre de foyer. Cette personne va à son tour à parler du problème du Sida et nous revenons lui donner des préservatifs qu'elle distribue.

C'est ainsi que nous procédons.

Mme Aissatou Gnabaly :

Pour répondre un peu sur la prévention des jeunes : dans les groupes des femmes où je vais, il n'y a pas de problèmes de communication avec les jeunes, parce qu'une mère peut expliquer à ses enfants comment se protéger et une tante peut également expliquer à ses nièces comment se préserver.

Enfin, en ce qui concerne les supports de prévention, j'utilise dans mes interventions au sein des groupes de femmes, des films comme « Moussa le Taximan » et une cassette de la démonstration du préservatif féminin. Je distribue également aux femmes qui savent lire la brochure d'Uraca « Le Sida c'est quoi ? ».

Mr Louis Cabalet Trié :

Bonjour, je suis ancien secrétaire de « Culture sans Frontières », une association qui s'occupe de gastronomie africaine et de distribution de livres dans les villages.

Ce que je vais vous dire n'a pas beaucoup de rapport avec ce qu'on a entendu jusqu'à maintenant. C'est vrai que vous avez dressé un tableau « Les 20 ans d'Uraca » : ça fait 20 ans qu'Uraca se défend, se bagarre, avance, pose des jalons, mais je trouve regrettable qu'il n'y ait pas plus de représentants officiels. C'est vous Madame qui représentez la Direction Générale de la Santé, c'est vrai. Mais je m'interroge sur l'aide que l'on apporte aux gens dans les hôpitaux, quand on voit qu'il y est encore difficile d'avoir un accompagnement des malades africains : vous avez montré des gens qui leur apportent des barquettes de cuisine africaine ou des malades qui ont du mal à s'alimenter avec la cuisine traditionnelle des hôpitaux.

Je travaille moi-même dans un hôpital parisien, et j'ai parfois du mal à faire comprendre qu'un malade africain ressent sa maladie d'une certaine manière. J'ai du mal à faire comprendre qu'un malade africain est souvent beaucoup plus entouré par les visites de sa famille que les patients occidentaux, surtout d'ailleurs s'il est là pour une longue durée. Sa famille est alors là auprès de lui. On a encore des difficultés aujourd'hui, à l'assistance publique, et sans doute ailleurs, à expliquer qu'en Afrique, on va à l'hôpital ensemble. Cela doit être accepté, non pas comme une invasion, mais comme une façon d'aider le malade à vaincre sa maladie. On a précédemment parlé du Comède : je voudrais qu'on sache que les gens sont dehors dans le froid à 5 heures du matin pour aller au Comède. Les pouvoirs publics n'ont pas encore compris qu'on pourrait mettre les halls de l'accueil, ailleurs qu'à l'extérieur, surtout en plein hiver. Merci.

Mr Mamadou Diarra :

Monsieur a raison sur ce qu'il a dit, sauf dans le cas du Sida, où nous avons de réels problèmes d'isolement. Mais ce sont les malades eux-mêmes qui préfèrent éviter de dire à leur famille qu'ils sont hospitalisés, pour que personne ne sache qu'ils ont le Sida. C'est là justement toute l'utilité des repas et des accompagnements auprès de ces malades.

Dr Agnès Giannotti :

Pour la présence des institutions, peut-être n'étiez-vous pas là à l'ouverture, c'est le Docteur Basset qui est venu ouvrir cette séance et il y a le Docteur Barbier de la DRASS qui est ici, ainsi que des représentants de l'INPES, et il y aura des représentants de la ville de Paris cet après-midi.

Il faut souligner que certains institutionnels n'hésitent pas à s'impliquer et à tout faire pour que les choses avancent et je tiens à les en remercier. Peut-être peut-on faire mieux, mais je les remercie.

Mme Catherine Chardin :

Ça me permet peut-être aussi de compléter mes propos, parce qu'il y a une question à laquelle je n'ai pas répondu, concernant les soutiens apportés par la Direction Générale de la Santé à l'association Uraca. J'ai envie de répondre, et ce n'est pas une clause de style, qu'il faut aussi questionner le soutien que l'association Uraca apporte aux pouvoirs publics. Il y a en effet un aspect de partenariat financier, que ce soit par les services déconcentrés de la DRASS ou que ce soit directement pour les actions nationales au niveau de la Direction Générale de la Santé, mais cela ne se limite pas à ce seul partenariat et cela me semble très important. Il y a aussi un partenariat de la part d'Uraca qui est constructif et critique.

Je soulignerai la remarque que vous faites sur les difficultés à faire évoluer les institutions, par exemple, pour cet accompagnement des repas. En effet, ce sont des points que l'URACA

continue à mettre en avant, et sur lesquels nous essayons de faire progresser les différents partenaires. Il est en effet essentiel d'être en contact avec les différents intervenants, les représentants des associations des personnes malades etc. Certes nos efforts sont encore largement insuffisants par rapport aux besoins mais nous continuons à avancer.

Une femme :

Bonjour, c'est une question pour Mme Chardin : je suis secrétaire médicale à l'hôpital Tenon, je rencontre encore beaucoup de patients qui ont des difficultés à obtenir leur titre de séjour : Ils n'obtiennent souvent que des refus, et cela change d'une Préfecture à une autre. Je voudrais savoir pourquoi cette circulaire a été diffusée et quand. Et que doit-on dire à ces patients qui me posent systématiquement la question : « *Pourquoi me refuse-t-on mon titre de séjour alors que j'en ai obtenu un il y a 3 mois ?* »

Mme Catherine Chardin :

Dans ces situations, il est essentiel de les inviter à faire un recours. J'ignore si les situations dont vous parlez sont récentes. Il est exact que jusqu'au mois de juin 2005, il y a eu beaucoup de refus motivés par l'existence de traitement dans le pays d'origine. A la suite de ces refus, il y a eu des rencontres avec les médecins, ou avec l'équipe des médecins de la Préfecture de Police de Paris. Suite à ces rencontres, on nous a signalé que l'ensemble des recours avaient été examinés positivement. Il est donc très important que vous nous signaliez les recours effectués qui ont reçu des réponses négatives. Le 30 septembre 2005, la circulaire en question était publiée. C'est une circulaire de recommandations encore récente. Mais l'avis et la décision restent entre les mains de Préfet. Il faut reconnaître qu'il y a encore aujourd'hui des lenteurs tellement répétées, que l'on s'interroge sur une nouvelle forme de pratique consistant à donner, non plus une carte de séjour d'un an, mais de 3 mois. Or, cela ne correspond pas à la loi. Il faut donc procéder à des recours à chaque fois que l'on rencontre de telles situations. Il faut vérifier que le recours ait été fait. Du fait de la lenteur d'instruction des dossiers, les gens restent sans rien et c'est le pire pour eux. Il arrive que l'on puisse débloquent les choses. Ainsi, grâce aux accompagnements en préfecture faits par URACA, on arrive à faire en sorte que les gens ne repartent pas sans rien, ce qui peut arriver quand les gens viennent seuls à la préfecture.

Mme Danielle Gonard :

Je m'appelle Danielle Gonard, je suis infirmière à l'hôpital dans une permanence d'accès aux soins. Je voulais intervenir, rebondir, entre autre chose, sur ce que vient de dire Mme Chardin. Je pense qu'aujourd'hui, la nécessité pour l'ensemble des associations, c'est de travailler en réseau et en partenariat. Pourquoi ne pas faire en 2006 un état général de la situation des personnes qui travaillent sur le VIH/Sida. Il s'agirait de faire un état des lieux de ce qu'exige la prévention du VIH, de faire du lobbying par rapport au préservatif féminin. De créer des conditions pour un rapport de force soit institué parce que la politique actuelle n'est pas en faveur des associations qui travaillent auprès populations migrantes. Je pense que par rapport aux situations que vous venez de décrire, il faudrait que des associations puissent faire pression ensemble pour que les textes de lois soient réellement appliqués dans chaque préfecture. Il semble que chacun travaille un peu de son côté, se retrouve devant les mêmes situations, et qu'on n'arrive pas à faire véritablement pression

Je voulais aussi intervenir par rapport aux jeunes : Comment les familles interviennent auprès des jeunes parce qu'aujourd'hui c'est aussi une véritable questions pour les parents, les jeunes et leur avenir, la prévention concrète par rapport à la question du VIH/Sida. Il existe pour cela une cassette faite par le GRDR dans laquelle ce sont des jeunes filles de Mantes la jolie qui ont beaucoup travaillé sur la prévention, et qui ont fait des pièces du théâtre. Je pense que

c'est un outil prévention intéressant pour intervenir auprès des familles et des jeunes. C'est vraiment important que l'ensemble les associations se concertent pour améliorer ce travail auprès de la communauté africaine. Voilà, ce que je voulais dire.

Mme Catherine Chardin :

Effectivement, il y a aussi une participation indispensable à différentes échelles du travail en partenariat inter-associatif. Il y a, à la fois le collectif inter-associatif, et je pense, en ce qui concerne le titre de séjour, à l'observatoire des droits de la santé des étrangers qui rassemble plusieurs associations intervenantes. Il y a des groupes de travail auxquels participe l'URACA sur une initiative d'INPES, sur l'élaboration des outils de prévention et leur diffusion. Il existe aussi au niveau de l'Ile de France, une groupe de travail migrant VIH.

Dr Christine Barbier, DRASSIF :

En Ile de France, nous sommes classés première région prioritaire, malheureusement, pour l'épidémie du Sida, parce que nous avons à la fois la moitié des cas de Sida, et la moitié des nouvelles découvertes de séropositivité, avec le poids des migrants, qui est particulièrement important. La DGS a élaboré un plan national 2005-2008. Nous sommes chargés au niveau de chaque région de décliner ce plan dans le contexte régional. Donc, nous avons mis en place depuis octobre un comité pilotage régional et 6 groupes de travail. Parmi eux, un groupe spécifique sur les migrants auquel l'URACA a déjà participé. Un groupe sur le dépistage et sur toutes les stratégies d'incitation à la connaissance du statut sérologique, un autre groupe sur le soin avec l'assistance publique de Paris, et les hôpitaux. Dans ces groupes de travail sur les soins, nous essayons de faire des recommandations pour la prise en charge du VIH dans les hôpitaux. Donc j'invite Mme Genard à rejoindre le prochain groupe. On va s'écouter entre associations et partenaires institutionnels pour aider à approfondir l'état des lieux. Le VIH fait partie des axes prioritaires du Plan Régional de Santé Publique en Ile de France mis en place avec les autres financeurs qui sont l'assurance maladie, le conseil régional. Il y a également des initiatives intéressantes des collègues des deux départements les plus concernés Paris, et la Seine Saint Denis. Ils ont animé pendant plusieurs années des comités pilotages en essayant de faire se rencontrer les acteurs afin de mutualiser les énergies des différentes associations. Je pense que certains d'entre vous ont participé à ces réunions dont, évidemment, on s'inspire au niveau régional en souhaitant entraîner les autres départements, d'Ile de France. Il y a aussi les dynamiques associatives qui nous intéressent dans des départements où il y a eu un travail commun entre des associations qui interviennent auprès des migrants, qui ont une approche communautaire, et d'autres associations comme AIDES qui aussi ont un grand savoir-faire au niveau méthodologique. Donc, on suscite aussi des partenariats entre les associations où chaque association amène son savoir-faire et sa connaissance.

Une femme :

Je suis de Chrétiens et Sida. Il y a encore beaucoup de discrimination, de rejet, et de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans notre communauté africaine en France. Chrétiens et Sida parlent aux prêtres et aux pasteurs, qui sont des personnes respectées. Je voulais savoir ce que fait l'URACA pour que les personnes vivant avec le VIH/Sida soient respectées par leur communauté.

Mr Mamadou Diarra :

Dans les situations que nous rencontrons dans médiations, nous avons des personnes qui acceptent facilement la séropositivité de l'autre et qui soutiennent activement leur partenaire. Nous avons d'autres situations aussi ou c'est un peu le contraire. D'ailleurs j'ai remarqué que dans les couples, ça posait un peu moins de problèmes qu'auparavant. Dans tous les couples

que je rencontre, que ce soit la femme ou l'homme qui ait la maladie, il y a quand même une certaine acceptation. Il y a un certain soutien, par contre, si c'est au niveau de la grande famille, de la famille élargie, ça pose plus de problème. On a des situations effectivement, qui peuvent être dramatiques. Il est difficile de rentrer dans les détails ici, mais au niveau des couples, ça se passe relativement mieux. Qu'est-ce que l'URACA fait pour que ces patients, ces malades soient acceptés ? On n'a pas d'autre méthode que la médiation pour pouvoir rétablir la conciliation.

2^{ème} partie : **Deuxième table ronde**

Santé et Développement, problématiques du partenariat avec l'Afrique

Modératrice: Dr Catherine LELOURE-GUIBERT, Psychiatre, Le Mans

Cette deuxième Table Ronde concerne le thème santé, développement, et les problématiques du partenariat en Afrique. Monsieur Ibrahim Yacouba, coordinateur au Bénin des actions d'URACA va nous parler de la prévention du sida et des actions de développement en Afrique : « une expérience pilote en zone rurale ».

"Prévention du sida et développement en Afrique; une expérience pilote en zone rurale"

Mr Ibrahim YACOUBA : coordinateur au Bénin des actions d'URACA



Merci, bonjour à tout le monde. Je m'appelle Ibrahim Yacouba, je suis le coordinateur des actions d'URACA au Bénin ; en fait, nous travaillons au Bénin et au Niger au niveau des populations qui sont sur les deux rives du fleuve Niger. Au Bénin, nous intervenons dans les communes de Malanville et de Karimama, correspondant aux anciennes appellations de sous-préfectures. La commune de Karimama compte quatre arrondissements avec de nombreux villages et hameaux et celle de Malanville cinq. Au Niger nous intervenons dans les villages riverains comme Gaya, Sia, Tanda, Houna, Farméy et Kouassi. Les activités que nous menons sont d'ordre sanitaire, ainsi que dans le cadre de la prévention du sida et des activités de développement.

Dans le cadre de la prévention du Sida, il y a plusieurs formes d'intervention que nous effectuons. Nous faisons la prévention à travers les groupements des femmes. Nous avons aussi un centre permanent de prévention à Karimama où nous faisons des projections de films le vendredi soir et la sensibilisation des jeunes de la zone et des jeunes filles. Nous faisons également la prévention du sida avec des piroguiers ambulants. Ces piroguiers quittent Karimama pour le Nigeria, pour le Mali, etc. Des animateurs ambulants sillonnent les marchés de bétail et travaillent sur tous les marchés des villes ou des villages concernés. Nous faisons la prévention aussi avec la radio FM Bello - Tounga qui émet chaque soir à partir de vingt heures des émissions sur la prévention du sida.



Nous profitons également du fait que les jeunes après leurs travaux journaliers se retrouvent le soir pour prendre le thé et nous les rejoignons le soir à partir de vingt-et-un heures pour les sensibiliser par rapport à la maladie. Nous intervenons également dans les écoles, primaires et secondaires.

Nous faisons également la prévention du Sida avec nos activités culturelles. Nous utilisons nos activités culturelles pour en faire un outil de prévention du sida.



Il y a la lutte traditionnelle que nous utilisons au niveau des jeunes Dendi, il y a le soro rituel spécifique des jeunes Peuls, et le hotoungo qui est un concours de bergers. Les jeunes filles se retrouvent dans des troupes de danses et de chants traditionnels qu'on appelle les troupes fadé. Nous les incitons à créer de nouvelles chansons de prévention sur le thème du sida.

Par rapport à la santé, il y a encore d'autres actions. Nous faisons la médecine traditionnelle avec les tradipraticiens qui interviennent dans les centres de Bello-Tounga, Karimama, Kompa, etc. Nous faisons également de la médecine nomade pour effectuer des soins de santé primaire auprès de populations éloignées des centres de santé : nous utilisons de barques pour sillonner les deux rives du fleuve Niger, nous donnons des produits, des comprimés de première nécessité aux malades, nous évacuons aussi d'autres malades vers les centres de Bello-Tounga, Karimama, etc. Ces soins se font gratuitement au centre de santé de Bello-Tounga.

En dehors de ces actions de prévention du sida, nous menons aussi des actions de développement, nous avons créé des banques céréalières avec les groupements des femmes ; ces groupements de femmes font des stocks de vivres pendant la période de récolte où les choses coûtent moins cher et après, pendant les périodes difficiles, c'est-à-dire les périodes de soudure, elles revendent ces produits en diminuant un peu le prix par rapport au prix du marché. Ce sont des activités en même temps génératrices de revenus et sociales. Donc ça

aide les populations à avoir à tout moment des vivres à un prix un peu bas, et ça les aide aussi à avoir un peu d'argent.

Dans le cadre de nos activités de développement, il y a aussi la culture du riz et les cultures de contre-saison que nous faisons. Nous avons donné à ces groupements de femmes des motopompes ; il y a aussi des groupements de femmes qui ont bénéficié de moulins à grain. Nous avons aussi initié la mise en place de trous à poissons : nous utilisons le fleuve Niger, il s'agit de creuser un très grand trou au fond du fleuve pendant la période de sécheresse, puis de nourrir les poissons quand l'eau remonte. Ils prennent alors l'habitude d'y rester et lorsque l'eau se retire, il suffit d'aller les pêcher.

Ce qui nous paraît très important, c'est que les populations apprécient beaucoup nos actions, parce qu'elles vont directement vers les populations, c'est-à-dire si nous voulons faire quelque chose nous allons directement vers les gens.

Nous avons également d'autres atouts, parce qu'il y a certaines organisations qui, par rapport à ce qu'ils voient à la télévision ou qu'ils entendent à la radio, s'approchent de notre association pour chercher des moyens pour pouvoir intervenir eux aussi dans nos zones d'intervention. Ces organisations internationales ou nationales trouvent nos actions très intéressantes, ils veulent faire la même chose et ils passent souvent par nous.

Je peux citer l'UNICEF qui récemment est intervenu et le PAM qui, après un partage de riz que nous avons fait, a vu notre action de distribution de vivres que nous avons pu faire grâce au soutien de la Fondation Marc pendant la famine qui a touché la région pendant la saison pluviale passée.

Malgré tous les efforts que nous déployons, il ne manque pas de difficultés au niveau de nos actions. Nous manquons de personnel qualifié, compte tenu du taux de scolarisation très bas; il y a dans les zones rurales des jeunes diplômés, mais ils préfèrent aller peut-être à Cotonou pour chercher un boulot que de rester dans les villages.

Par rapport à ce problème de personnel, nous recrutons des jeunes qui ont le certificat d'étude que nous essayons de former un peu et qui arrivent quand même à faire les activités dont nous avons besoin, par exemple les animations.

Voilà les moyens que nous utilisons pour remédier à ces problèmes.

Nous avons aussi un grand problème avec certains responsables, élus locaux. Comme nos actions vont directement vers les populations, nous n'avons pas d'intermédiaires ; si nous voulons faire quelque chose, nous n'allons pas voir les responsables locaux pour les confier la chose, mais nous allons directement vers les populations. Cela nous cause quelques difficultés avec les élus de certaines zones qui ne veulent faire la même chose que nous ; mais quand même nous arrivons à surmonter ces difficultés. Nous n'allons pas avec la violence, mais nous essayons quand même directement auprès des populations, et la population est bien d'accord avec nous et elle nous aide quand même à changer la mentalité de ces élus pour que nous allions vraiment ensemble, pour qu'ils acceptent notre manière de faire. Voilà en gros ce que j'ai à dire.

Je vous remercie.

"Établir un parallèle entre les expériences burkinabé et béninoise avec la question : Quel partenariat pour l'Afrique ?"

Docteur Francis DAYRE, médecin généraliste à Évry



J'ai eu la chance de côtoyer ce que Moussa Maman appelle les trois « Afrique ». L'Afrique de l'immigration dans mon cabinet car il y a beaucoup d'Africains où je travaille (il y a 73 nationalités à Évry), l'Afrique des grandes villes africaines – en l'occurrence Ouagadougou – et l'Afrique des villages. Cela me permet d'avoir un point de vue large sur la question. J'ai fait la connaissance du village de Bello-Tounga au mois de février où j'ai passé une semaine avec Agnès Giannotti et Moussa Maman et j'ai vraiment été enchanté de ce séjour.

Je vais à présent vous présenter le travail que nous faisons au Burkina Faso. En chiffres, 13, 5 millions d'habitants, une importante diaspora, surtout en Côte d'Ivoire, un peu au Ghana, au Nigeria, au Sénégal, mais surtout en Côte d'Ivoire, avec les problèmes que vous connaissez si vous suivez l'actualité en ce moment. L'espérance de vie est de 44 ans, 45% seulement d'enfants scolarisés en primaire, une mortalité infantile de 98,7/1000. Il faut savoir qu'il y a dix ans, elle était de 135/1000. Ce sont, bien sûr, des chiffres que l'on ne peut pas accepter en tant que tels mais qui progressent dans le bon sens. Le Burkina Faso est devenu le premier producteur de coton d'Afrique de l'Ouest avec 620 000 tonnes en 2004, ce qui représente 15 % des terres cultivées. Il faut noter les exportations de Karité, de bétail, de coton.

Pourquoi a-t-on choisi le Burkina Faso ? Nous l'avons choisi du fait d'un régime présidentiel stable après le coup d'état de 1987, avec l'assassinat de Sankara, et l'existence du suffrage universel. Récemment, Blaise Compaoré a été élu avec 80 % des voix et une participation de 57%. En 1990, l'Etat burkinabé consacrait plus d'argent à l'éducation et à la santé qu'à l'armée. Mais je pense que cela a dû changer depuis. Il faut également noter la présence d'une constitution, d'un parlement depuis 1991, et la liberté de la presse. Mais c'est aussi un pays pauvre : 174^e sur les 177 pays les plus pauvres et enfin c'est un pays enclavé qui n'a pas accès à la mer. Evidemment, tout n'est pas rose au Burkina, il y a eu des affaires récentes qui posent des problèmes du point de vue de la démocratie.

Quels sont nos partenaires ?

Soisy Aide au Monde, l'association dont je m'occupe. Il s'agit d'un grand programme, comprenant une centaine d'adhérents, tous bénévoles, 15 administrateurs, un bureau de 7 personnes, des réunions mensuelles, un conseil d'administration trimestriel. Nos financements proviennent des adhérents, de manifestations que nous organisons (vide greniers, concerts, séances de cinéma, vente d'artisanat), de dons et des partenaires institutionnels sur les projets. On verra plus tard quels sont ces partenaires. Nous avons des partenaires locaux : l'association pour le développement économique et social de Oullo, l'association pour le développement intégré de Bitiako. Ce sont des villages situés à 200 km au sud-ouest de Ouagadougou, région où il y a peu d'ONG. Les ONG sont surtout centralisées autour de Ouagadougou. Nous disposons d'une organisation en doublon : les présidents sont dans les villages et les vices présidents sont à la capitale, il existe la même chose pour le secrétaire et secrétaire adjoint, trésorier et trésorier adjoint. Il existe de nombreux comités et associations villageoises. Nous travaillons également avec le comité national villageois de lutte contre le SIDA, les groupements de femmes sur lesquelles on s'appuie beaucoup, j'y reviendrai tout à l'heure. Nos partenaires institutionnels sont la mairie, la région, le ministère des affaires étrangères, et des partenaires privés (Air France finance des billets d'avion et finance des projets concernant les enfants. Si vous avez des projets qui concernent des enfants, il faut les envoyer à Air France.). L'association existe depuis 1989. La première réalisation a été la construction de trois classes en 1992. C'est un partenariat équilibré sur la durée. Équilibré parce que ce sont des projets qui sont discutés sous l'arbre à palabres, discutés longtemps et argumentés. C'est un travail d'association à association sans intermédiaire. Cela nécessite deux à quatre voyages par an. Les projets sont financés par les deux parties. On tient beaucoup à ce que les Burkinabés participent au financement à hauteur de 10% pour eux et 90% pour nous. Nos projets sont planifiés. Entre 2000-2008, on a fait deux plans quadriennaux. Maintenant, on attaque le deuxième plan quadriennal 2005-2008. Nous tenons beaucoup à l'accompagnement des politiques locales. On va dans les ministères, on rencontre les politiques locaux et on essaie d'aller dans leur sens. A partir du moment où la politique est définie, il est hors de question d'aller à l'encontre de cette politique. Les principales actions dans les villages concernent l'éducation, la santé, la macro économie, les groupements féminins, des équipements divers.



L'éducation

En 2003, l'assemblée générale a défini l'éducation comme étant une priorité, notamment la construction de salles de classes et de logements pour les instituteurs. A partir du moment où on avait des salles de classes et des logements pour les instituteurs, le gouvernement burkinabé « fournissait » l'instituteur et le payait.

→ *La nouvelle classe et les 3 anciennes*

Tous les ans, on envoie des fournitures scolaires, sur devis. On organise des parrainages collectifs pour le secondaire et des parrainages individuels pour ceux qui veulent aller à

l'université. Nous encourageons les cantines et les potagers scolaires. Il faut savoir qu'actuellement les enfants sont nourris par les USA, et nous, nous voulons que les enfants aient une alimentation diversifiée au lieu de manger uniquement du riz et des haricots noirs. On encourage donc les potagers pour qu'ils mangent des légumes.

On aménage des salles d'alphabétisation. On essaie d'électrifier certaines salles de classe pour qu'il y ait des séances d'alphabétisation le soir, portant essentiellement sur la formation à la gestion et à l'environnement. Sur cette photo, vous voyez des classes qui ont été construites en 1972 par le village et actuellement, elles sont complètement inutilisables. A côté, vous voyez une classe qui a été construite il y a environ six mois par le gouvernement burkinabé pour un coût de 6 700 000 CFA.

La santé

Nous travaillons beaucoup sur l'eau potable et les eaux usées. L'eau non potable est le vecteur de 70% des maladies au Burkina Faso, et en Afrique en général. On essaie de travailler là-dessus avec un bonheur plus ou moins grand. On s'est heurté à des problèmes locaux de gestion d'eau potable qui ne sont pas résolus. On en parlera dans la discussion si vous le souhaitez.

On réalise des latrines. C'est mon surnom à l'association. On m'appelle « Monsieur latrine » ! Je le prends comme un compliment. C'est vrai qu'on a construit une cinquantaine de latrines, dans chaque village, collectives ou individuelles et elles sont utilisées.

Les équipements de santé sont des postes de promotion sociale ou des postes de santé primaires et une maternité dans un village. Ils sont équipés. On a fourni des médicaments au départ, et contrairement à d'autres expériences, les consultations ne sont pas gratuites (environ 150 CFA), et une ordonnance moyenne coûte environ 700 CFA. La médecine traditionnelle est très présente et largement utilisée au village mais on a des difficultés à rencontrer les tradipraticiens. On leur en a fait la demande plusieurs fois mais je n'ai réussi qu'une fois. On ne peut donc pas dire qu'il y ait vraiment de collaboration avec eux. On le regrette. On travaille régulièrement avec la matrone mais pas avec les médecins traditionnels.

Nous travaillons beaucoup sur les infections sexuellement transmissibles. On a la chance d'avoir, dans une de nos associations locales, le responsable communication du comité national de lutte contre le sida. Il a développé un concept assez original. Il souhaite développer à terme une mémoire du sida dans les villages. On forme par village, cinq personnes, trois hommes et deux femmes qui sont la mémoire vive du sida, qui sont des personnes connues et auxquelles les villageois peuvent se référer. Les actions ponctuelles ne laissent pas beaucoup de traces. C'est donc ce concept de « mémoire du sida » que l'on souhaite développer dans les villages. On en parlera plus longtemps si vous le souhaitez dans la discussion. On aborde également le problème des mutilations sexuelles. Vous verrez une photo montrant une réunion avec les femmes et on est surpris par la liberté de ton et la liberté de parole qu'il peut y avoir là-bas. On parle absolument de tout, à condition que ce soient des femmes qui animent la réunion bien sûr.

La macro économie

Récemment, on a fait un prêt pour l'achat d'un tracteur. Ce prêt nous sera remboursé sur sept ans. Nous avons conçu un atelier de réparation mécanique, assorti d'une formation de réparateur, c'est important. Les actions de micro-économie sont essentiellement assurées par les femmes. Les groupements féminins sont très importants. Nous nous appuyons essentiellement sur eux pour le développement du village. On leur fournit des moulins à mil pour alléger leurs tâches quotidiennes et cela leur fait des petits revenus. Le maraîchage permet de diversifier l'alimentation et de manger des légumes. On propose des micro-prêts. On a fourni de l'argent pour des micro-prêts avec un intérêt à 2%. Lorsqu'à la fin de l'année,

le prêt est remboursé, ce sont de nouvelles femmes qui en bénéficient. On essaie de créer une solidarité qui existe déjà dans le village, mais avec ce système, chaque groupe sait que s'il ne rembourse pas son prêt, les autres femmes ne pourront pas en bénéficier. On a donc 100% de remboursement. Les micro-prêts alimentent le maraîchage, le karité, de petits ateliers de couture, l'achat de céréales pour ne pas avoir de problèmes pendant la période de soudure.



Là, vous voyez une photos sur laquelle une centaine de femmes sont réunies. C'était en octobre. Je parlais des préservatifs tout à l'heure parce qu'effectivement c'était dans une optique d'espacement des naissances. Beaucoup de femmes sont épuisées par les grossesses à répétition. Elles disent qu'elles ne peuvent plus travailler parce qu'elles sont trop fatiguées avec les enfants. Il n'y a pas seulement l'aspect protection contre les maladies sexuellement transmissibles, il y a aussi l'aspect espacement des naissances. On parle aussi de l'excision, on parle de tout cela.

→ *Beurre de Karité au marché de Boromo*

Les équipements divers

On fournit des panneaux solaires pour électrifier les salles d'alphabétisation, les salles de classe. Il y a aussi le financement des ambulances moto et du petit matériel sur lequel je passe. Nous fournissons également de la documentation : beaucoup de livres et de dictionnaires, des ballons de foot et des maillots.

Au total, le plan quadriennal que l'on a engagé sur 2005-2008, correspond à 17 projets, représente un coût de 115 000 euros sur 4 ans, et pour nos partenaires, un coût de 20 000 euros sur 4 ans. On assure le suivi de l'activité ce qui est facilité par internet. On a un comptable sur place, ce qui permet plus aisément de rendre des comptes à nos financeurs.

"La chirurgie plastique ethnique : quand la biomédecine et la médecine traditionnelle font corps sans désaccord"

Docteur Patrick KNIPPER, Interplast-France, ONG de chirurgie réparatrice dans les pays en voie de développement [www.Interplast-France.net]



Tout d'abord, bonjour et joyeux anniversaire à l'Uraca. Je représente une association de chirurgie plastique qui travaille dans les pays dit en voie de développement. Je vais vous présenter une expérience particulière et intéressante qu'on a eue notamment avec l'URACA et qui évolue depuis plusieurs années. C'est la rencontre avec l'URACA qui a permis de concrétiser toute cette négociation. Comme le disait Moussa tout à l'heure, chaque fois, il faut négocier, à propos du préservatif entre l'homme et la femme, par exemple. Vous le savez comme moi, en Afrique, il faut beaucoup négocier et on prend du temps. Avant de démarrer une expérience, il faut plusieurs années, et plusieurs missions. Bon anniversaire à l'URACA. On peut lui dire merci ainsi qu'à nos collègues africains parce que c'est eux qui nous ont enseigné beaucoup de choses.



Par rapport aux autres orateurs, je ne travaille pas dans mon quotidien dans la situation du chirurgien humanitaire ; je suis le chirurgien blanc qui fait de la chirurgie esthétique dans le VII^{ème} arrondissement de Paris. Je ne vois pas beaucoup d'Africains dans ma consultation privée. C'est l'Afrique qui m'a tout donné et je suis dans la situation inverse.

La chirurgie plastique ethnique, c'est le titre que l'on a retenu aujourd'hui pour rappeler que l'ethnie est importante, que finalement les gens ont des origines différentes, et que la chirurgie plastique, même si elle est internationale et universelle, peut être adaptée à différents espaces. Interplast-France est une organisation de chirurgie plastique dans les pays en voie de développement.

La chirurgie plastique, c'est cela. C'est aussi de la chirurgie esthétique. Pardon avant le déjeuner de vous présenter des photos aussi violentes. Je crois que ... c'est une chirurgie, c'est quelque chose qui a un visage et souvent dans ce monde invisible de l'Afrique, nous chirurgiens, nous sommes parfois confrontés à la réalité, au visible. Et ça, c'est la réalité. Alors on peut dans les magazines, ou dans les diaporamas, prendre des précautions, pour montrer la réalité. Mais il faut que vous imaginiez que la chirurgie esthétique, c'est cela, ce sont ces enfants brûlés, ce sont ces tumeurs, ce sont toutes ces séquelles que l'on rencontre quotidiennement et qui font partie de quelque chose qui est visible. Nos interventions sont classiques. Elles sont qualifiées de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ; c'est notre spécialité. Quand la chirurgie esthétique est présentée dans une émission télévisée, elle est toujours caricaturée à travers une patiente maquillée à outrance, avec une poitrine énorme et avec des lèvres aquatiques car trop gonflées. Mais en pratique, nous les chirurgiens plastiques, on fait aussi bien de la chirurgie réparatrice que de la chirurgie esthétique et pour nous, il n'y a pas de différence. La patiente dysmorphophobe présentée à la télé relève plus du psychologie et reste exceptionnelle dans notre patientelle.



En mission, on rencontre des lèvres qui sont mal formées et qui sont réparées dans l'ombre de nos dispensaires. La chirurgie esthétique, c'est cela aussi. Vous savez, quand on arrange les seins déformés ou mal formés d'une patiente, quand on met des prothèses mammaires, on fait de la chirurgie esthétique. On peut être très loin dans un dispensaire du sud du Togo et faire une plastie mammaire, non pas pour des raisons esthétiques, vous l'avez bien compris, mais pour assurer une croissance normale des bourgeons mammaires d'une petite patiente qui a été brûlée. On a utilisé une technique de chirurgie esthétique pour lui reconstruire ses seins, pour qu'elle puisse grandir normalement. C'est de la chirurgie réparatrice à travers un geste esthétique. On fait de la chirurgie en situation précaire. On n'aime pas trop le terme de chirurgie humanitaire qui est à la mode et porteur mais qui a souvent la connotation du grand blanc qui va faire de la chirurgie chez le petit noir. On préfère parler de chirurgie en situation précaire parce que les situations sont vraiment difficiles comme elles peuvent aussi être difficiles à 50 km de Paris.

Les situations précaires ne sont pas réservées à l'Afrique ou à l'Inde. Il suffit d'aller en banlieue pour travailler dans des conditions qui sont aussi difficiles. Je vais être méchant et pardon s'il y a un représentant de l'assistance publique des hôpitaux de Paris mais, une urgence, le samedi à 18 heures, c'est aussi une situation précaire, parce qu'il n'y a plus d'aide opératoire, plus d'interne, plus de chirurgien...

Les patients, vous les connaissez, vous les rencontrez dans les consultations, nous, on ne les connaît pas bien. On est surpris parce qu'on est confronté là bas à des cas qui sont au-delà de nos ressources thérapeutiques. Bien souvent, on est complètement incompetents. On nous présente des patients à qui il faut savoir dire non. Et surtout, à force de travailler dans ces pays, on s'est aperçu qu'on faisait des actes médicaux qu'on a appris sur les bancs de nos facultés. On a été confronté à tout une population de gens, des gens qui appartiennent à des ethnies différentes, qui ne comprennent pas ce qu'on vit, qui ne comprennent pas notre logique médicale. On essaie d'être humain, d'être gentil, d'offrir des stylos, finalement, on n'arrive pas à se comprendre.

J'en viens à l'URACA parce qu'on s'est aperçu que la maladie en Afrique était un problème bien particulier et qu'on ne la connaissait pas du tout. Que la maladie, sur le plan plutôt ethnopsychiatrie, a un sens différent et que là bas, pour tous les patients qu'on opéraient, il y existait une dimension invisible au problème médical. On s'est aperçu dans notre cheminement qu'on arrivait à faire de belles techniques chirurgicales, qu'on arrivait à faire une greffe, qu'on arrivait à faire de la médecine très moderne en utilisant le maximum d'instruments mais que finalement on n'avait pas entièrement traité les patients, que les patients étaient traités seulement à 50%. On avait un sentiment d'échec et le sentiment, après plusieurs années, d'être parfois mauvais. On s'est demandé pourquoi on était mauvais, pourquoi on n'arrivait pas à traiter ces patients entièrement, et on a été orienté vers tout ce qui est l'ethnopsychiatrie. On a vu la vidéo d'Eric de Rosny que vous connaissez et nous avons lu les ethnopsychiatres, Tobie Nathan, mon cher Moussa que j'ai connu il y a quelques années. J'étais venu le voir pour un renseignement, et il m'avait gentiment mis dehors, gentiment parce qu'il n'avait pas très bien compris pourquoi un chirurgien plastique venait lui causer. Il avait quand même entrouvert la porte et il avait compris que j'avais un problème. Mon problème était de comprendre pourquoi nos interventions de chirurgie ne suffisaient elles pas à guérir les patients. C'est lui qui m'a enseigné que le problème, pour le patient africain, était de savoir aussi « Pourquoi ? Pourquoi moi ? ».



Quand une intervention répond à une pathologie, nous, on lui explique avec nos termes médicaux, avec nos thérapeutiques, on le soigne et finalement on n'a pas résolu le problème parce que le problème c'est « Pourquoi moi ? Pourquoi, moi j'ai cette maladie ? ». Moussa m'a enseigné tout ce monde de l'invisible. Finalement, on a raisonné différemment. On a commencé à réfléchir il y a trois, quatre ans, à aborder le problème de la guérison. On s'est aperçu qu'il y a une partie visible et une partie invisible quand on faisait un traitement. Que la partie visible, c'était nous, la biomédecine, la greffe au niveau du visage, la microchirurgie. Là, vous voyez, c'est le Noma, une maladie qui touche toute l'Afrique subsaharienne qui détruit le visage des enfants ; au stade des séquelles, il persiste des fentes comme cela, énormes, et nous on va reconstruire par des greffes ou de la microchirurgie.

On prend de la peau, du muscle et on va reconstruire, la lèvre, le visage. Ce sont des greffes de peau prélevées sur le même patient alors que dans d'autres cas que vous voyez, on peut être obligé d'aller chercher des parties de peau sur d'autres parties du corps. Il existe également des techniques de microchirurgie très sophistiquées qui peuvent être faite en dispensaire dans un pays très lointain mais finalement le problème n'est résolu qu'à 50 %. Pourquoi ? Et bien parce que – on a appris avec les ethnopsychiatres, avec Maman Moussa, que le visage de ces gens était déchiré par un génie, par une quelconque étiologie et que finalement en bouchant ce trou, en réparant cette lèvre, certes cette patiente n'était plus l'ennemie du village, elle n'était plus violée, elle n'était plus considérée comme quelqu'un de maléfique mais finalement, elle était toujours la même parce que la patiente n'était pas guérie, parce qu'on n'avait pas traité la partie invisible. Donc on s'est attaché à traiter la partie beaucoup plus traditionnelle et à essayer d'aller vers les tradipraticiens.



On a été au village, c'est-à-dire que nous avons été nous chercher un enseignement auprès de nos collègues africains, pour recevoir l'enseignement auprès des tradipraticiens. On a commencé à comprendre comment ils soignaient leurs patients, comment ils utilisaient leurs thérapeutiques traditionnelles, comment ils utilisaient leurs instruments. A un niveau plus pratique, au niveau orthopédique, beaucoup plus terre à terre, ils nous ont expliqués leurs traitements traditionnels comme vous le voyez sur la photographie.

On a surtout beaucoup appris sur le plan philosophique et sur le plan ethno psychiatrique et là, je remercie Moussa d'avoir fait le trait d'union entre la médecine classique et les tradipraticiens qui sont venus de leur village pour nous enseigner. Là, ce n'est pas le blanc qui enseigne au collègue africains, ce sont eux, ce sont les maîtres qui enseignent aux élèves. Là, j'étais élève et j'ai essayé d'apprendre comment ils traitaient pour pouvoir mieux traiter. Dans le même ordre d'idée, on a été beaucoup plus loin. On a été dans le village de Bello Tounga tout le long du fleuve entre le Niger et le Bénin, On a été compléter cette philosophie pour aller chercher le patient au village mais surtout on a été en contact avec des tradipraticiens pour essayer de comprendre comment était leur traitement, comment eux voyaient la maladie et surtout comment ils la traitaient.



La finalité de tout cela a été d'emmener les tradipraticiens à voir ce qu'était notre biomédecine. Ce qui nous a paru intéressant sur le plan de l'échange c'était de savoir comment eux traitaient une malformation sur le plan de l'invisible et de leur montrer comment nous faisons sur le visible. Il nous a paru intéressant de leur montrer l'exemple d'une fente labiale avant, pendant et juste après notre intervention chirurgicale. C'est pour cela que nous les avons invité dans notre monde pour voir une malformation sur laquelle il y avait la notion de sort.



On savait qu'on pouvait le traiter sur le plan spirituel mais concrètement, cet enfant, cet adolescent avait une fente labiale et avec tout le respect que je dois aux génies de la forêt, ils ne pourront jamais refermer la sangle musculaire ou refaire un joli visage à cet enfant. Et le but a été de faire venir nos collègues tradipraticiens au bloc opératoire pour qu'ils comprennent également ce que nous faisons sur le plan de la chirurgie. Ce qui a été enrichissant, c'était de communiquer, de parler. Finalement, cela a été positif dans les deux sens. D'une part, nous, au lieu de les exclure en disant la médecine traditionnelle ne marche pas, ce n'est pas fait pour la chirurgie, on a essayé de comprendre l'aspect traditionnel du traitement et, paradoxalement, eux ont essayé et ils ont fait l'effort aussi de voir ce que faisaient les blancs sur le plan de la biomédecine. Actuellement, ils nous envoient des patients, on leur envoie également des patients et on travaille ensemble, à la fois sur la partie visible et la partie invisible. La finalité reste la guérison du patient dans sa totalité, dans sa partie visible et invisible. Merci de votre attention.

Discussion avec la salle

Modératrice: **Dr Catherine LELOUTRE-GUIBERT**

C'était très riche, ces trois interventions. Je ne sais pas s'il y a des questions.

Un homme :

C'est une question pour le troisième intervenant qui a évoqué les échanges entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. J'ai cru comprendre que tout ce qui est physique n'est pas du ressort de la médecine traditionnelle et que tout ce qui est du domaine psychothérapeutique est de ce domaine là. Il a montré dans ces images, un patient portant une attelle traditionnelle mais sans la commenter autrement qu'en disant, « voilà l'évaluation qu'on a pu faire et l'effet que ce traitement traditionnel a eu (non pas sur la lèvre qui montre un résultat phénoménal) mais pour la réparation d'une fracture du bras. Je sais que les tradipraticiens spécialisés dans la réparation des bras ont certains résultats et j'ai vu des personnes à l'hôpital qui ont refusé d'être amputé et ont préféré aller voir un médecin traditionnel et qui ont ainsi pu sauver leur membre. Le docteur Knipper pense-t-il, d'après son expérience, qu'on peut opposer un côté physique – pour la médecine moderne - et un côté psychothérapeutique – pour la médecine traditionnelle ou bien est-il d'accord pour nuancer ?

Dr Patrick Knipper :

On n'est pas du tout dans l'opposition du visible et de l'invisible. On n'est pas dans l'opposition du noir, du blanc, du pratique, du philosophique. On fait tous la même chose au même endroit. Par exemple, vous parliez de la fracture : ce qui était intéressant, c'est qu'en parlant avec les tradipraticiens, ils nous ont expliqué comment ils mettent leurs attelles, combien de temps ils les mettent, comment ils les enlèvent. On s'est aperçu que leur procédé n'est pas si éloigné de la médecine moderne et des traitements que l'on utilise ici. Avec l'expérience et surtout par le travail sur le terrain avec la médecine traditionnelle, on s'aperçoit qu'ils ne sont pas très éloignés de notre prise en charge, de nos traitements. Les expériences sont différentes, les traitements sont différents mais vous savez, en France, on a tous des expériences différentes. On va traiter avec des protocoles différents des pathologies identiques. Les tradipraticiens font la même chose. On n'est pas dans l'opposition. Avec l'expérience que nous ont enseignée les tradipraticiens, la médecine est universelle. Les traitements sont les mêmes. Les noms sont différents, les façons de faire sont différentes. Mais plus j'approfondis au village ou dans d'autres pays, comme l'Inde, avec les Chinois aussi, je m'aperçois qu'on fait la même chose. Cela prend des noms différents. Moussa nous avait parlé de la couvade, une pratique spécifique à la région où il habite. Finalement quand il nous l'a présentée – c'est de la thérapie traditionnelle – on retrouve ce qu'on fait dans nos urgences ou dans nos centres de réanimation en France. Cela signifie que l'on entoure les patients. Dans la couvade, je crois, il y a un moment où on le tient avec des cordes. Finalement, ce n'est ni plus, ni moins que le brassard « Attention » ou les perfusions. Quand j'ai vu cette communication, j'ai eu l'impression d'être en réanimation. Ce que je veux vous dire c'est que le langage est peut-être un peu différent – mais que si les termes sont différents, les histoires sont les mêmes, au nord du Bénin, au Togo ou au Nigeria. Il y a une sorte d'universalité de la médecine. Aujourd'hui, on veut mettre des barrières, on veut séparer les choses. Aujourd'hui, le retour à l'ethnie par exemple, aux sources, montre qu'on fait tous un peu la même chose, qu'il suffit d'écouter son voisin, d'écouter le tradipraticien, de l'écouter ; de l'inviter et de travailler avec lui.

Modératrice : Dr Catherine Leloutre-Guibert :

Est-ce qu'on n'est pas plutôt dans la complémentarité ? Je disais tout à l'heure, c'est une formule pour psychiatre, je suis très contente de pouvoir dire cela à un chirurgien parce que je crois qu'il y a autant de différences entre un chirurgien et un psychiatre, qu'entre la médecine traditionnelle et notre médecine. La question est : « comment réunir le tout pour être encore plus efficient ? » C'est-à-dire comment allier des pratiques un peu différentes qui permettent de prendre en compte et le corps et l'esprit ? Les gens ne sont pas qu'un corps. Ils sont culturellement inscrits avec leur corps dans une société qui a des codes et tout le monde est indispensable pour décrypter tout cela et participer à l'efficacité de la médecine. Est-ce qu'on est pas plutôt dans quelque chose de très complémentaire ?

Dr Patrick Knipper :

Cela va au-delà du médecin. Finalement, le patient vient et soumet son problème. Comme on l'a ici chez les migrants, quand ils arrivent, ils ont un problème. Et tout est une question de langage. On ne comprend pas ce qu'ils disent. Quand on va en Afrique, on ne comprend pas ce qu'ils ont. Un patient a un problème. Il est malade. Peu importe le moyen qui permet d'arriver à la solution dans la mesure où la finalité de tous nos actes soignants- pas seulement pour un médecin, cela peut être pour une famille, pour un chef de village, pour un chef de famille, c'est de traiter le patient. Le patient a un problème, il faut le guérir. Dans la guérison, il y a plusieurs chemins, ce qu'on appelle le visible, l'invisible, il y a ce qu'on appelle en France la psychothérapie. Les ethnopsychiatres aussi nous apprennent beaucoup de choses. Il y a le moi, le surmoi. Freud nous a appris beaucoup de choses. Mais finalement quand vous parlez à un chef de village ou à chef haoussa du « moi ou du surmoi », ils n'y comprennent rien comme nous on ne comprend rien au dieu de la forêt et au génie de la forêt. La finalité, c'est la guérison du patient et c'est plus que de la complémentarité, c'est du respect, c'est de l'écoute. Quand vous êtes dans un village et qu'un patient a été « ensorcelé ou qui a reçu un sort » et bien il faut lever ce sort. Au nom de quoi nous, on traiterait avec le bistouri ou de la psychotérapie ou des médicaments, une cause locale ? On écoute, on respecte et on traite avec les instruments locaux.

Mr Alhassane Chérif :

Je suis responsable d'une association d'ethnopsychiatrie. Je voulais tout d'abord remercier Moussa Maman, Agnès, et toute l'équipe des 20 ans. J'espère que nos petites associations iront jusque là. J'ai trois questions qui s'adressent respectivement aux trois intervenants.

Pour le premier intervenant : je vois que lui et son équipe font un travail colossal sur le terrain et si je comprends bien, sans aide, sans appui des élus locaux. Je trouve cela bien, surtout qu'il y a des ONG en face et je ne sais pas comment la collaboration se passe. Je voudrais savoir si les orphelins du sida reçoivent une part dans cette aide là ?



Le deuxième intervenant nous parle de groupements féminins et de la contraception. Je ne sais pas si je comprends grand-chose, d'autant que là-bas, la venue d'un enfant est considérée comme une richesse, un don de dieu ou un esprit venant d'ailleurs. Alors je ne sais pas quelle est

l'opportunité de parler de contraception. Je sais cependant qu'il y a des élus locaux qui en parlent sur place.

Ma dernière question s'adresse au troisième intervenant, le chirurgien plasticien. J'ai vu les images, les deux premières images, très impressionnantes et quand j'ai vu tout le reste, je me suis dit, est-ce qu'il va réussir ? Quand j'ai entendu qu'il disait modestement qu'il n'y avait que 50 % de guérison, je me suis dit « ah, il y a quelque chose ! » C'est vrai que là bas, dans la survenue de la maladie et dans la représentation de la maladie, c'est surtout la recherche du sens qui est importante. Vous savez qu'on soigne le visible et l'invisible, le sacré et le profane aussi. La collaboration de tradipraticiens et de médecins formés à l'europpéenne commence à se faire dans beaucoup de pays africains dans les capitales. Là aussi sur la chirurgie, je me suis interrogé, d'autant que dans l'art de la thérapie en Afrique, aucun corps étranger ne rentre dans le corps en principe. Un corps étranger, une piqûre, c'est difficile dans ce mode de pensée même si cela se pratique. Alors j'aimerais savoir si vous n'avez pas eu de difficultés par rapport à la chirurgie, surtout rapport à tous ces instruments dans le corps ? Et surtout, j'ai admiré le fait que les tradipraticiens soient venus mais je n'ai pas bien suivi quelle a été la finalité de la collaboration avec les tradipraticiens ?

Mr Ibrahim Yacouba :

Je vais essayer de vous apporter un éclaircissement. Vous vous demandez comment on peut travailler sans l'aide des élus locaux. Justement, dans mon intervention, je n'ai pas dit que les élus locaux étaient écartés. Il y a des responsables à un haut niveau – maire – il y a des responsables au niveau du village et quand nous voulons entreprendre une activité dans un village, nous sommes tenus d'aller voir le chef du village pour la mobilisation des gens. Il doit donner son avis. Comme c'est une action de développement, les populations sont obligées de nous soutenir afin que ces activités puissent avoir lieu. Même si ces activités ne plaisent pas à certains élus, ils sont contraints de l'accepter. Nous ne pourrions pas travailler sans ces élus locaux.

En ce qui concerne le problème des élus locaux : habituellement, les ONG vont voir le maire de la localité et ils déposent les vivres en disant « vous allez les distribuer ». Parfois, elles participent à la distribution de vivres au niveau des arrondissements. Elles sont là au niveau des chefs lieux de la commune et on demande au chef de village et au chef d'arrondissement de venir chercher les vivres pour leur population. Que se passe-t-il alors ? Quand le chef d'arrondissement ou le chef de village vient chercher les vivres, il enlève sa part. Si un village a droit à 15 sacs, il en garde 5 pour lui et d'autres chefs et nous refusons cela. On informe le maire qu'on va distribuer à la population tel nombre de sacs. On a même fait venir la direction nationale de la protection civile qui est venue dans la localité et qui a participé à la distribution. Nous avons livré sa part dans chaque village et dans chaque hameau. On a pris le nombre de village, le nombre de hameaux et on a réparti les sacs en fonction du volume de la population. Voilà comment on procède : on passe par les élus locaux mais on refuse que ces élus distribuent eux-mêmes les vivres. Nous sommes la seule ONG qui a refusé cette manière de donner aux élus locaux. Et cela a intéressé le Programme Alimentaire Mondiale (PAM). Ils sont venus nous voir parce que eux, sont passés par les élus locaux et les sacs ont disparu. On a retrouvé des sacs au marché pour être vendus. Le PAM a décidé de s'appuyer sur notre ONG pour faire le travail dans la région.

Nous n'avons pas dans la région d'orphelins du sida.

Dr Agnès Giannotti :

Je pense que tu parles de l'association des orphelins du sida.

Mr Ibrahim Yacouba :

Non il demande s'il y a des orphelins du sida sur place. Oui. Nous avons eu le cas de deux familles. Une famille où le père est mort en laissant trois enfants orphelins. Sur les trois, il y en a deux qui sont touchés mais le premier n'est pas touché. Alors comment cela se passe ? C'est la famille maternelle qui a pris les enfants en charge. Cela s'est vraiment passé à la manière africaine. Ils ont envoyé les enfants à Parakou, au grand centre parce que ils ont une cousine là-bas qui a les moyens de s'occuper de ces enfants. La deuxième famille est venue nous voir dans notre petit centre. C'est la mère qui est décédée. La mère habitait à Lomé, au Togo. Ils sont venus et la famille est touchée par le VIH. C'est une famille nigérienne. Lorsque la mère est décédée, le père a pris les enfants et les a embarqués sur Niamey. Du coup, dans la localité, le problème des orphelins du sida n'est pas encore posé.

Dr Francis Dayre :

Pour répondre à votre question sur la contraception, je peux vous dire que lorsqu'on rencontre les femmes dans les villages africains, ce sont les femmes qui abordent le problème. Ce sont les femmes qui abordent la contraception, ce sont les femmes qui parlent de l'excision. Ce sont elles qui abordent les problèmes, ce n'est pas nous. A partir de là, c'est vrai qu'elles regrettent de ne pas avoir accès plus facilement à ces moyens de contraception et c'est vrai que l'on voit des femmes qui sont épuisées par les grossesses, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent plus travailler et se sentent un peu exclues par rapport à cela. Nous, notre réponse, c'est d'essayer de développer la micro économie locale comme j'ai essayé de le montrer tout à l'heure, de façon qu'effectivement, il n'y ait plus cette « sécurité sociale enfant » telle qu'elle peut exister dans les pays africains. C'est vrai qu'un enfant, c'est un don de dieu. Mais je crois que personne ne peut le contester, même dans les pays occidentaux beaucoup de gens peuvent réagir comme cela. C'est vrai aussi que la vie d'une femme, c'est un don de dieu. C'est important de protéger les femmes par rapport à cela parce qu'elles paient un lourd tribut. Les femmes sont très demandeuses. Il y a cependant des blocages culturels qui viennent souvent du côté des maris. Actuellement, la contraception est accessible au village. Vous avez tout : vous avez des pilules, vous avez des injections trimestrielles d'hormones, vous avez les bâtonnets, les implants, les stérilets, vous avez tout ce que vous voulez. Les femmes sont très demandeuses de cela et nous nous sommes là pour répondre à leur demande. Mais personnellement, je suis très frappé par le fait que les femmes supportent beaucoup de choses au niveau des travaux sachant qu'elles doivent en plus supporter ce que les féministes appelaient dans les années 70 « la fatalité biologique de la grossesse », (terme un peu fort et souvent mal compris). Il est donc important de donner aux femmes les moyens, le droit d'avoir les enfants qu'elles veulent, quand elles veulent. Je crois que c'est important. Mais il y a des femmes africaines dans la salle qui interviendraient mieux que moi là-dessus.

Dr Patrick Knipper :

La question ?

Dr Agnès Giannotti :

Les instruments qui piquent et qui normalement ne doivent rentrer dans le corps, comment tu arrives à gérer cela ? La finalité avec les tradipraticiens.

Dr Patrick Knipper :

La finalité, la vraie finalité, c'est de donner aux gens ce qu'ils veulent. On arrive toujours avec des programmes, avec de l'argent. On arrive toujours avec ce qu'on a envie de donner. D'ailleurs, on ne peut donner que ce qu'on a. On arrive avec nos techniques, et on donne ce qu'on a envie de donner, nos coup de bistouris, nos médicaments, nos pilules, tout ça, sans

jamais demander aux gens ce que réellement ils veulent. La finalité, c'est de donner aux gens ce qu'ils veulent. La dernière mission qu'on a faite était très intéressante pour nous : on est parti avec un dentiste. Vous savez, on fait de la grosse chirurgie très compliquée, on passe à la télé et on a décidé de ne pas prendre un chirurgien mais comme deuxième membre de l'équipe un dentiste. Pourquoi ? Parce qu'on avait besoin de dentisterie. Et finalement, la finalité avec les tradipraticiens, c'est de donner aux gens ce qu'ils veulent. Si un patient en Afrique a envie d'être soigné, on le soigne comme il a envie d'être soigné, en respectant son histoire, les organismes locaux, les médecins locaux. La finalité, c'est de traiter le patient avec sa culture et ses origines.

La finalité que l'on a, nous avec les tradipraticiens, c'est d'apprendre, de comprendre comment ils traitent parce qu'ils arrivent à faire des choses miraculeuses. Ils arrivent à soigner des patients là où on est complètement incompetents. La reconstruction du visage, là-dessus, ils sont moins bons. On a des techniques, on fait un peu mieux les lèvres, on connaît un peu mieux. On leur montre ce qu'on sait faire en gardant notre rôle de docteur chirurgien plasticien. Eux, ils ont leur rôle de psychothérapeute, de tradipraticiens, la finalité, c'est de se parler, de se comprendre... je suis un peu hypocrite parce que vous savez, chez les herboristes par exemple, on apprend beaucoup avec les herbes traditionnelles. (changement de cassette) A vouloir toujours imposer des techniques sur des pathologies, on finit par constater qu'un jour lorsqu'on arrive il n'y a plus de patient. C'est extraordinaire ! Il y a des villages en Afrique où il n'y a pas de maladie. Il n'y a pas de chirurgie. Il n'y a pas de maladies parce qu'on ne nous les montre pas. On ne nous les montre pas parce qu'elles sont prises en charge par les tradipraticiens. Nos contacts avec les tradipraticiens permettent de les rassurer, de reconnaître la part importante qu'il joue dans le traitement de la population mais que nous pouvons apporter des choses en plus, un visage reconstruit, une jambe un peu plus fonctionnelle. Et dans la dernière expérience qu'on a eue, c'est la première fois que j'arrive à faire venir des tradipraticiens à une intervention. Vous voyez, c'est violent et pourtant à la fin du séjour, les amis de Moussa nous ont amené des patients, des gens qui habituellement, n'étaient jamais montrés aux blancs. La réalité, c'est cela.

Une femme :

J'aurai voulu une petite précision de Francis Dayre. Est-ce que vous auriez pu parler davantage de « la mémoire locale du sida », de ce groupement de trois hommes et deux femmes qui sont chargés d'entretenir la mémoire locale. Qu'en est-il par rapport à la connaissance de l'infection VIH dans le village, du partage d'une confidentialité éventuelle ? Pas seulement pour le passé mais pour le présent.



Dr Francis Dayre :

Ce concept de mémoire locale du sida est né d'un voyage fait par le chargé de communication du comité national de lutte contre le sida qui appartient aussi à notre association. Il a passé en 2002 ou 2003, trois semaines à Atlanta, aux USA. Chacun peut en penser ce qu'il veut des USA, mais quand il y a de bonnes choses, on les prend. Atlanta, c'est un grand centre de santé publique. Il a passé trois semaines là-bas avec des gens de tous les pays et c'est là qu'est né ce concept. Ils se sont aperçus que les actions ponctuelles sur le sida telles que j'ai pu en voir au Burkina sont certainement nécessaires mais pas suffisantes. Elles laissent une trace assez

éphémère. L'objectif est de laisser une trace indélébile au sein du village auprès de personnes ressources. Ces personnes ressources doivent être désignées sur un certain nombre de critères et doivent être formées. A Ouagadougou, il y a une association financée par le comité national de lutte contre le sida qui s'appelle AZETE. Ce sont des jeunes de 20 à 30 ans qui sont formés sur le sida et qui ensuite se déplacent dans les villages. Ils négocient avec le comité villageois de lutte contre le sida pour savoir qui former pour que ces gens qui restent au village, puissent transmettre un certain nombre de connaissances, soit lors d'un repas le soir, soit dans une petite réunion dans une salle d'alphabétisation...En tout cas, ce sont des personnes qui doivent être connues et reconnues par le village. Ce sont donc trois hommes et deux femmes qui sont choisis par le village. Pour l'instant, je n'en sais pas plus parce que c'est une chose qui est en train de naître. Le concept est là et il me semble intéressant.

J'ai assisté à une séance de sensibilisation sur le sida où il y avait une télévision, un groupe électrogène, environ trois cent personnes, la moitié de moins de 15 ans. C'était assez intéressant. Il y a même eu des démonstrations de pose de préservatifs. On a montré un préservatif féminin. On a parlé de tout ce qui tournait autour du sida et des maladies sexuellement transmissibles. Il y avait beaucoup de jeunes, de jeunes hommes surtout mais très peu de jeunes filles. C'était intéressant, mais qu'en reste-t-il au bout de 15 jours, au bout d'un mois ? Je n'en sais rien. Ce dont je suis convaincu, c'est que s'il y a des personnes qui restent sur place, des liens vont se tisser, des réunions informelles vont s'organiser et ensuite on a un tissu qui peut donner des bonnes choses.

Modératrice : Dr Catherine Leloutre-Guibert :

Je suis un peu mauvaise langue mais je pense qu'ils ont « piqué » cela aux Africains. Il y a une telle tradition orale en Afrique que je pense que c'était déjà en Afrique, c'est arrivé à Atlanta et que cela retourne en Afrique. Je suis très optimiste par rapport à ce genre de chose.

Dr Francis Dayre :

Elle a tout à fait raison. Je pense que les gens qui font les enseignements à Atlanta ont passé pas mal de temps en Afrique pour proposer ce genre de chose.

Dr Moussa Maman :

Je voudrais dire un mot si vous le voulez bien à propos de la mémoire collective du SIDA dans le village. Nous, on a deux personnages qui représentent le sida dans le village. C'est le griot ou celui qu'on appelle « le journal parlant » qui va à 10 kms, qui voit une scène, qui revient, qui commente la scène et qui en ajoute. C'est lui qu'on appelle le « journal parlant » parce que cela lui plaît de parler. Ce sont ces deux personnages qu'on forme dans tous les petits villages et qui sont porteurs de l'histoire du sida. Ce sont souvent eux qui gardent les préservatifs dans le village.

Dr Patrick Knipper :

Là encore, je vais encore passer pour un féministe convaincu mais encore une fois, il faut des femmes. Une femme n'ira pas.....

Un homme :

Je voudrais savoir s'il y a eu un renforcement de la capacité des tradipraticiens qui entrent dans la collaboration et dans quel sens ce renforcement a-t-il été fait ? Est-ce que vous avez essayé de leur donner plus de moyens pour qu'ils soient plus performants ?

Dr Francis Dayre :

On n'a pu rencontrer les tradipraticiens qu'une fois. Je ne pense pas que le blocage vienne de nous. En tout cas, on ne démolit pas les tradipraticiens et les rares contacts qu'on a avec eux, c'est vrai qu'on les encourage. Les tradipraticiens en Afrique, comme tout médecin, savent aussi très bien s'arrêter à la limite de leurs compétences. Ils savent reconnaître un enfant déshydraté et s'il faut mettre un tuyau, ils mettent un tuyau. Ils savent reconnaître les signes d'une méningite. Tout cela, ils savent le faire très bien et sont capables d'orienter le malade. Maintenant, dans ma propre expérience personnelle, je n'ai pas d'explication particulière, je pense qu'effectivement, il y a le poids de la structure. Il y a le fait que qu'on va dans les villages, on reste trois jours maximum. Il faut aussi qu'ils soient disponibles. On a tellement de travail sur place que bon... Il y a le centre de santé, la maternité et tout cela, c'est lourd. Je ne sais pas s'ils sentent leur place vraiment là dedans. A part la matrone.

Dr Moussa Maman :

Je crois qu'il y a quelques tradipraticiens qui vont intervenir tout à l'heure, on peut peut-être leur poser ces questions. Pour revenir sur le corps qui ne doit pas être piqué, moi, je ne crois pas. On touche le corps, on fait beaucoup de choses sur le corps. Peut-être pas de la même manière qu'un chirurgien qui fait de la chirurgie réparatrice, mais les saignées, on les fait en Afrique, on touche donc le corps ; on fait des scarifications, on touche encore le corps. Ce qui est sûr, c'est que de manière générale, on soigne le corps mais on ne l'ouvre pas. On n'ouvre pas le corps parce qu'il est sacré et qu'il ne faut surtout pas dépasser une certaine limite si on doit l'ouvrir. Tous les guérisseurs traditionnels connaissent le caractère sacré du corps et savent que le corps est un lieu qu'on ne doit pas violer. Je prends l'exemple de femmes à qui il faut faire une césarienne. Pour les Africaines, c'est catastrophique, sauf si on leur dit « il y a un risque de perdre l'enfant », s'il y a une souffrance fœtale. Les femmes acceptent alors de subir une césarienne. Mais s'il n'y a pas une souffrance fœtale et qu'on peut attendre encore quelques heures, les femmes préfèrent attendre. Je crois qu'on aura l'occasion d'en reparler...

Dr Patrick Knipper :

Moussa, tu es en train de me traiter de violeur !

Dr Moussa Maman :

Non...Le problème n'est pas là. Je ne te traite pas de violeur...Non

Dr Patrick Knipper :

Discrètement...

Dr Moussa Maman :

Non ...Non !

Dr Patrick Knipper :

Moi, je veux bien être le violeur...

Dr Moussa Maman :

Non...le corps est sacré. C'est quelque chose qu'on ne doit pas toucher. Mais on le touche quand il y va de la vie de la personne. Et c'est pour cela que je te l'ai dit au village, qu'il y a des choses que nous nous ne pouvons pas accepter de faire tant qu'on ne demande pas à la famille. Et les gens qui sont venus te voir où tu as fait un travail extraordinaire, ont été préparés. Ils ne sont pas venus comme cela par hasard. On a eu le temps de les préparer, de les

informer de la nécessité d'accepter la chirurgie plastique. C'est pour cela qu'on a eu cet engouement là.

Dr Patrick Knipper :

On ne touche pas le corps sans le désaccord.

Dr Moussa Maman :

Voilà ! Il faut qu'il y ait un accord avant de toucher le corps. C'est ce que tu as fait. Tu es passé par les guérisseurs. Tu as très bien vu qu'avant de te laisser faire ce travail, j'ai été obligé d'inviter tous les guérisseurs qui travaillent dans la région et qui ont vu ne, serait-ce qu'une fois ou deux, ces malades là. On a reçu en quelque sorte leur permission, ce qui nous a permis de faire ce travail.

Dr Patrick Knipper :

C'est bien comme cela qu'on l'entend. On travaille avec l'accord complet des tradipraticiens. Je voudrais revenir sur la question de monsieur qui demandait si on les aide. Je crois qu'on ne s'est pas bien compris : ce sont eux qui nous aide. On n'a pas à les aider. Ce sont eux qu'on vient voir pour qu'ils nous aident. Qu'est-ce que vous voulez qu'on leur apporte comme moyens ? Ce sont eux qui nous enseignent la façon de traiter et surtout qui nous donnent leur accord avant de travailler sur le corps.

Dr Agnès Giannotti :

C'est vrai que c'est grâce à Moussa qu'on peut travailler avec les tradipraticiens. Avec lui, on est à la jonction des deux inconscients, au plus extrême des réflexions des deux côtés dans les deux cultures. On a la chance d'avoir un passeur et on l'utilise pour qu'il nous aide à faire ce va-et-vient. D'où notre identité, notre travail, qui est particulier, qui nous permet cela. Mais c'est vrai que dans la région les guérisseurs – c'est une région musulmane, l'islam a une force de pression très importante, la colonisation avait cassé toutes les cases à palabres et au moment où on a fait notre première expérience, en 1994, la pression pour que disparaisse ce savoir faire était extrêmement forte. Je pense que notre action a formé les gens ici mais a aussi servi là-bas à donner une légitimité à ce savoir-faire ancestral sur lequel la pression presque politique, au sens global du terme, allait plutôt dans le sens d'une disparition et d'une méconnaissance. Imaginez des gens comme Koudou et Ali qui reviennent là-bas en disant qu'ils sont allés en France. L'imam de la mosquée qui avait bien envie de les faire taire ne le peut plus. Il y a dans ce partenariat, une reconnaissance aussi et une valorisation de ce savoir-faire. Je crois que c'est cela qui les a le plus aidés, au moins pour qu'ils ne disparaissent pas.

Une femme :

Vous nous avez dit que vous aviez une action au niveau de l'eau potable, vous pouvez nous l'expliquer ?

Dr Francis Dayre :

L'objectif, c'est d'aller chercher l'eau relativement profondément puisque les puits traditionnels sont déjà à 8/10 mètres, voire 15 mètres. Ils sont souvent souillés par les eaux usées, les déjections animales. Il y a là dessus un travail d'hygiène qui doit être fait et on fait des forages de 70 mètres et là, l'eau est potable. Mais il y a le problème de l'entretien des puits sur lequel on a échoué parce qu'on n'avait pas assez travaillé en amont, ou pas assez donné de sens à notre intervention. C'était le début de l'association. On est arrivé bille en tête, en disant il y a 70% des maladies qui sont liées à l'eau souillée, on va résoudre le problème de l'eau et on va faire disparaître 70% des maladies. C'est plus compliqué que cela et là-dessus,

on a échoué. En plus, traditionnellement, là bas, l'eau est pleine de fer, ferrugineuse, elle est un peu rougeâtre. C'est l'eau que les habitants ont toujours consommée. Nous, on leur propose de l'eau transparente. C'est compliqué pour eux de boire de l'eau transparente. On en est là. On a rencontré à Ouagadougou une association qui va dans les villages avec une psychologue et qui travaille sur les problèmes de l'eau, sur les problèmes de latrines et qui font des réunions pour préparer un peu les villageois au fait qu'il faut changer un peu leurs habitudes. Je pense que cela, c'est le préalable. Si j'ai un message à faire passer à propos de l'eau, c'est de ne pas se précipiter à percer partout. Il faut d'abord travailler en amont et donner du sens à ce qu'on fait, que ce soit un sens au sens tradithérapeute du terme, que ce soit un sens au niveau chirurgicale, au niveau médical, au niveau psychiatrique, je crois que si on donne pas un sens à ce qu'on fait, de toute façon, on va échouer.

Un homme :

Je voudrais poser une question à Patrick. Tu nous a montré tes monstruosité, est-ce que les esprits de nos ancêtres pendant que tu étais à Bello-Tounga ne t'ont pas perturbé ?

Dr Patrick Knipper :

Pas perturbé...surpris.



3^{ème} partie : **Troisième table ronde**

Soigner des migrants à l'hôpital

Modératrice: Dr Berthe LOLO, Psychiatre

Lors de la dernière table ronde, le docteur Patrick Knipper a partagé avec nous son regard surpris sur l'universalisme de la maladie et le respect que cela impose au sujet, qu'il soit blanc ou noir. Nous les soignants, sommes prêts à donner ce que nous avons. Ne serait-il pas préférable de ne donner que ce que demande l'autre. Mais que demande l'autre ? Guérir a-t-il dit. Mais guérir de quoi ? Ces questionnements introduisent cette troisième table ronde sur les soins des migrants à l'hôpital. Qui soigne qui ? Et de quoi ?

Je vais donc passer la parole au professeur Daniel Sereni qui va donc introduire cette problématique très complexe que l'on ne peut plus ignorer.

"Un médecin blanc peut-il soigner un malade noir ? "

Professeur Daniel SERENI, Chef de service de Médecin Interne, Hôpital Saint Louis



Ce titre très provocateur est excellent. J'aurais bien voulu l'avoir trouvé mais ce n'est pas moi. Ceci dit quand on me l'a donné, je me suis dit mais c'est presque polémique ! On cherche à opposer ici des cultures, des modes de pensée et je savais bien que dans le contexte de ce colloque, il ne s'agissait pas de ça. Donc on va essayer d'aller un peu plus loin au cours de cette table ronde, grâce à vous et aux questions que vous poserez. Mon but est d'introduire le sujet.

Je pense au moment où j'étais étudiant hospitalier, externe et où je me trouvais à l'hôpital

Claude Bernard, pas celui que vous connaissez aujourd'hui – l'hôpital Bichat Claude Bernard - mais celui qui était sur le boulevard Macdonald, entre le périphérique et les entrepôts de la SNCF et de la SERNAM. Et là, dans une ambiance glacée en hiver – il y a un blizzard qui souffle à cet endroit de Paris - il y avait un vieil hôpital pavillonnaire en briques rouges construit entre les deux guerres. Sur des vieux principes de prévention des maladies contagieuses, il était dévolu, du fait de son caractère pavillonnaire, aux maladies infectieuses et tropicales. Je me suis retrouvé étudiant hospitalier dans le pavillon Laveran. Le responsable du service était le professeur Marc Gentilini. Lorsqu'on arrivait étudiant dans ce service, on était d'abord terrifié, parce qu'on savait qu'on avait tout à craindre du patron. J'avais bien préparé mon observation pour la première visite. Le professeur Gentilini me demande d'exposer le cas. J'explique le cas d'un patient malien. Au bout d'un moment il me demande : « De quel cercle ? ». Alors là, c'était fini. Je n'avais plus rien à dire du tout. Je me suis trouvé confronté à une réalité : c'est que même la géographie a ses particularités et son importance. Tout n'est pas pareil tant au point de vue humain qu'épidémiologique d'un cercle à l'autre dans cette région.



Je montre une photo de l'équipe de l'URACA devant l'hôpital Tenon pour montrer que c'est bien le thème principal aujourd'hui : ils ont besoin de l'hôpital pour la prise en charge des patients et nous à l'hôpital, nous avons besoin d'eux. Cette photo me permet également de montrer le docteur Caroline Lascoux qui devait animer la table ronde suivante mais qui est souffrante et ne pourra pas être avec nous. C'est grâce à elle que je suis aujourd'hui avec vous puisque c'est elle qui ayant d'abord travaillé à Tenon avec URACA a ensuite présenté l'URACA à mon équipe à Saint Louis.

« *Quels sont les problèmes pour nous, médecins, équipe hospitalière, équipe soignante,*

française, parisienne, spécifique à cet environnement, à notre mode de fonctionnement, pour prendre en charge les patients...africains, les patients noirs ? »

D'abord il y a des obstacles extrinsèques. C'est avant tout le problème du statut social. On ne saurait trop insister là-dessus : le statut social et l'isolement sont critiques. La plupart sont migrants et leur situation de migrant les met très souvent en état d'isolement, de coupure par rapport à leur milieu, à leur famille, à leur environnement habituel. Lorsque la situation sociale est précaire, comme chacun sait, la priorité est ailleurs et la prise en charge de la maladie va s'en trouver compliquée à tous les niveaux, diagnostique, thérapeutique, observance du traitement ultérieurement.

La langue est un obstacle. C'est aussi celui qui est le plus facilement surmontable, grâce à un interprète. Je ne dirais pas que pour nous ce soit l'obstacle majeur.

Ensuite, le temps. Nous n'avons pas la même conception du temps. Les médecins hospitaliers, manquent de temps. Ils sont surchargés de travail. Ils organisent donc leur temps de la façon la plus efficace possible. Et il est sûr que le contact très long qu'il faut pour aborder en profondeur les aspects psychologiques et triompher des obstacles culturels est un temps surajouté à la vie normale du médecin hospitalier. Même pour les équipes paramédicales, qui pourtant sont très motivées et font très bien ce genre de travail, ce temps n'est pas évident à trouver. D'autre part, on n'a pas forcément la même conception du temps. Prendre son temps n'est sans doute pas la même chose pour un médecin européen et pour un patient d'Afrique Subsaharienne. Et quelques fois, je me suis bien rendu compte que j'étais jugé abrupte ou en tout cas précipité alors qu'il m'avait semblé prendre mon temps à donner des informations explicites. Il y a là un problème qu'il faut savoir gérer. C'est incontestablement une difficulté.

L'environnement, c'est l'environnement de l'hôpital. C'est cet environnement – certains patients me l'ont dit – qui à la fois fascine et attire par sa technologie, son modernisme, l'impression que tout miracle peut arriver dans un endroit comme cela et en même temps fait peur parce qu'il contient beaucoup de machines, beaucoup de lumière et que beaucoup de choses étranges s'y passent. D'une façon moins dramatique, il y a d'autres aspects dans l'environnement qui peuvent être surprenants pour les patients, voire choquants comme la nourriture. Ce qu'on leur propose ne leur plaît pas en général. Cela a l'air très simpliste mais si on arrive à corriger ce genre de problème, on fait déjà avancer beaucoup les choses. J'insiste sur le cas des patients atteints de tuberculose. Ils sont hospitalisés dans une chambre seule quand ils sont porteurs de bacilles tuberculeux dans les crachats, donc très contagieux. Cet isolement peut durer de quinze jours à trois semaines. Les gens qui viennent les voir portent des masques. Ils n'ont pas le droit de sortir, sauf avec le masque. Déjà, ce masque, c'est difficile, c'est compliqué, cela pose des tas de problèmes dont on pourra reparler. Mais si, en plus, ils refusent de manger, là véritablement, on se trouve dans un état de désespoir terrible qu'il faut absolument rompre. Grâce à des actions comme celles de l'URACA, on peut résoudre ces problèmes de façon matérielle. C'est essentiel.

Je souhaite insister sur un facteur intrinsèque essentiel : l'idée que l'on se fait de la santé, du corps, du soin, de la maladie, etc. Cela me paraît fondamental et peut-être l'obstacle le plus important à vaincre dans les cas difficiles.

Tout d'abord le corps et la santé.

Pour le corps, en apparence, il ne devrait pas y avoir de problème majeur, mais il y en a si on va un peu plus loin, sur l'anatomie, sur la véritable représentation mentale, intellectuelle que l'on se fait de son propre corps. Prenez un français moyen, même sortant du collège, à l'adolescence, et vous lui demandez où sont la rate, le foie, le cœur, les poumons : en gros, il le sait. La majorité des patients africains n'ont pas la même connaissance du corps. Elle ne se découpe pas de cette façon anatomique dans les cultures africaines traditionnellement.

Tout le monde n'a pas la même définition de la santé. Si l'on va plus loin, qu'est-ce qu'on attend de la médecine ? Quel type de santé, veut-on recouvrir ? Là aussi il y a des différences. Je pose plutôt des jalons pour la discussion que je ne tente de répondre à ces questions. Ensuite, il y a la représentation de la maladie. La maladie, donc transgression vis-à-vis de l'état de santé. Etat anormal, état surajouté et qui nuit mais pourquoi, comment ? Quelles causes ? Quelle idée de la physiopathologie ? Chacun sait qu'on peut être tous d'accord, quelle que soient les cultures, pour admettre qu'un virus est responsable du sida – bien qu'encore, il y a eu des contestations, on a vu récemment en Afrique que cela n'était pas évident pour tout le monde. Admettons que tout le monde soit d'accord pour dire que c'est une bactérie qui est responsable de la tuberculose ou que c'est le tabac qui va entraîner le cancer des bronches. Une fois qu'on a dit cela, on n'a pas convaincu tout le monde de la véritable cause de la maladie. C'est un sujet très important et qui est au départ une des causes majeures de l'incompréhension, en tous cas, de notre part, si nous ne nous sommes pas posés la question avant, si nous n'avons pas été éclairés par certains sur le problème qui pouvait se poser. Donc là, un souci majeur et pour lequel nous avons besoin de médiation. Tout cela s'appuie, parfois, pas toujours, sur des convictions religieuses, sur des données tirées de l'atavisme culturel.

Enfin, tout à l'heure, le docteur Lolo citant un intervenant de ce matin parlait effectivement de la relation médecin/malade. Quelle est l'attente de chacun vis-à-vis de l'autre et notamment l'attente du malade vis à vis du médecin ? Le médecin quant à lui souhaite avant tout que le malade adhère et participe au maximum à sa thérapeutique et à la prise en charge. Donc tout ceci aboutit dans toutes les cultures et dans tous les systèmes de soins à un contrat non écrit (contrat moral) entre le médecin et son patient. Il faut donc bien se poser la question : quel type de contrat avec ce malade précis que j'ai devant moi en fonction de ses caractéristiques culturelles et géographiques ? Je termine pour dire que c'est bien la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui et c'est bien la raison pour laquelle nous travaillons avec des équipes de l'URACA. Je n'irai pas plus loin. Mon objectif est de donner des pistes pour la discussion.

"Les consultations d'ethnomédecine : pourquoi, pour qui ?"

Professeur Olivier BOUCHAUD, Service de maladies infectieuses, Hôpital Avicenne



On m'a demandé de contribuer avec vous à répondre à la question, les consultations d'ethnomédecine : pourquoi, pour qui ? Avant d'essayer d'organiser ma réponse en essayant de suivre ce plan qu'on m'a donné. Je crois qu'il y a une question fondamentale qu'il faut qu'on se pose avant, qui est : « qu'est-ce que c'est qu'une consultation d'ethnomédecine ? »

Est-ce qu'une consultation d'ethnomédecine, c'est une consultation spécialisée comme il y a des consultations d'urologie, de gynéco-obstétrique, des consultations de la douleur... à mon avis, non. A mon avis, ce serait – sauf situation particulière – dramatique qu'on aille dans ce sens là. Si tant est qu'un jour, l'institution se dise, il faut absolument qu'on s'empare de ce problème là - quel problème d'ailleurs ? – et qu'on décide de créer des consultations d'ethnomédecine, avec des spécialistes d'ethnomédecine, des anthropo-socio-médico ... je crois que cela serait une grosse erreur, en mettant, encore une fois, à part l'ethnopsychiatrie qui demande là probablement des compétences tellement spécifiques que le médecin tout venant ne serait pas capable de gérer. Pour moi, faire des consultations d'ethnomédecine, c'est intégrer dans sa consultation de tous les jours, dans son activité pratique, des notions ethnoculturelles, des notions culturelles tout court. Tout à l'heure, je souhaiterais revenir sur le fait que j'aimerais que l'on fasse de l'ethnoculturel avec les patients blancs, avec les Français tout venant. Je crois que c'est très important de considérer que l'ethnomédecine est un outil dans notre arsenal médical, pas seulement pour les médecins, pour tous les soignants. C'est un outil au même titre que l'on dispose de la sémiologie, de l'anatomie, de la thérapeutique, etc.

Cela m'amène à une autre question. Qu'est-ce que cela veut donc dire que faire de l'ethnomédecine ou donner dans l'ethnomédecine ? Je pense que cela veut tout simplement dire au patient que l'on a en face de soi, éventuellement à sa famille, qu'on est prêt à accepter

comme un autre dans la totalité de ce qu'il est. Et c'est pour cela que j'aimerais bien que l'on fasse ce parallélisme régulièrement entre l'ethnomédecine vis-à-vis des africains mais aussi vis-à-vis des indiens ou des chinois ou pourquoi pas des auvergnats ou des bretons ? Tout simplement parce qu'à partir du moment où l'on est convaincu que l'autre existe en tant que tel avec ses particularités, avec ses différences et qu'on va le prendre en charge en tant que lui, dans sa globalité, et non pas comme une personne habitée par la maladie dont on veut l'en débarrasser, et bien, à mon avis, on a déjà tout fait et l'ethnomédecine, pour moi, c'est cela.

Pour arriver à cela, notamment pour ce qui nous concerne ici, les migrants africains, est-ce qu'il faut des connaissances spécifiques en anthropologie de la médecine ? Tout à l'heure, le professeur Daniel SERENI disait qu'on a des notions différentes de ce que c'est que l'état de santé, oui probablement, encore que, Certains d'entre vous savent que les ethnologues, les anthropologues, nous disent que l'être, dans la plupart des cultures africaines, est composé de trois entités : le corps, l'âme vitale, l'âme libre et que l'état de santé est que ces trois entités soient en bonne conjonction entre elles. A partir du moment où l'une de ces entités, en général l'âme libre, prend la liberté de se dissocier du reste, c'est l'état de mal être. Et bien la définition de l'état de santé de l'OMS, c'est cela : l'état de bien être physique, mental et social. Vous voyez que l'OMS n'a rien inventé et que les cultures africaines – en tout cas, ce que nous en disent les ethno-anthropologues – se retrouvent complètement dans cette définition bien avant que l'OMS ne l'édicte.

Est-ce qu'il faut être complètement imprégné de toutes les maladies ? Est-ce qu'il faut connaître la maladie de l'oiseau ? Est-ce qu'il faut connaître toutes ces données anthropologiques ? A mon avis, absolument pas. Si on a quelques notions, c'est bien. Mais en général, on les acquiert quand on s'y intéresse petit à petit. Moi, je n'ai jamais appris tout ça. J'ai appris sur le tas. C'est beaucoup mon autre père, à gauche, Maman Moussa, qui m'a appris tout cela quand j'ai commencé. Parce que je ressentais le besoin d'avoir une aide dans les années 93 où je me sentais un peu perdu par rapport à certains patients, il y a un bon esprit qui m'a mis sur le chemin de Maman Moussa. On a commencé à travailler ensemble et j'ai appris comme cela. On n'a absolument pas besoin d'avoir un doctorat d'anthropologie pour faire de l'ethnomédecine, pour s'intéresser et prendre en charge le mieux possible des migrants ou des africains quels qu'ils soient. Au-delà de cela, est-ce qu'on a besoin d'aide extérieure pour faire de l'ethnomédecine ? Oui (*coupure d'enregistrement...*) sensible, qui font vraiment appel aux données profondes de chacun d'entre nous, c'est-à-dire la souffrance, la douleur, la difficulté de dire à l'autre, etc. Je pense que c'est important que cela puisse se faire dans la langue maternelle au même titre que si moi un jour, je me retrouve en Chine, ne parlant comme vous pouvez l'imaginer pas un mot de chinois, que j'ai un problème de santé un petit peu sérieux et que dans un français ou un anglais très approximatif, un médecin chinois essaie de m'expliquer des choses que je ne comprends pas bien. Eh bien oui, j'aspirerais vraiment à ce que l'institution médicale chinoise me procure un traducteur français pour que je puisse vraiment m'exprimer à fond.

Maintenant, je vais essayer de répondre à « Pour qui ». Cela va être simple après ce long préambule. Pour qui ? Pour tout le monde. Pour tous nos patients. Plus spécifiquement, puisqu'on est là pour cela, pour les migrants et les migrants africains mais encore une fois, je crois que c'est pour tous les patients. Peut-être un petit peu plus pour ceux qui sont en difficulté. Quand je dis en difficulté, je veux dire pour certains, la composante culturelle de la maladie. Vous savez tous et là encore une fois, il n'y a pas besoin d'être un grand docteur en anthropologie pour le savoir, que la maladie, que la causalité de la maladie est double. Il y a la cause biologique, ce que l'on appelle, la cause naturelle, et puis il y a cette dimension un peu

surnaturelle. Mais est-ce très spécifique aux africains ? Absolument pas. Moi je suis originaire comme la plupart d'entre vous j'imagine, d'une province profonde, la Vendée. Je ne suis pas extrêmement vieux. J'ai connu, étant plus jeune, les chouettes qu'on clouait sur les portes des granges quand il y avait une vache qui était morte. Eh bien, on est dans cette dimension surnaturelle. Pour vous donnez un exemple beaucoup plus récent, d'une patiente que j'ai vu l'année dernière dans le service à l'hôpital Avicenne où je travaille, une patiente avec qui j'ai eu l'occasion de discuter assez longuement et qui m'avait dit être athée, même être assez farouchement anticléricale, totalement imprégnée de laïcité – elle était enseignante, ce qui ne vous surprendra pas. Cette dame était là pour une encéphalique herpétique. Quand je suis allé lui expliquer la confirmation du diagnostic et qu'elle a compris que c'était quelque chose qui n'était pas anodin et qu'il pouvait y avoir des séquelles, de façon complètement instinctive et un peu comme un boulet de canon est sorti « Mais qu'est-ce que j'ai fait au bon dieu pour avoir cela ? ». Et comme on avait pu discuter avant, je lui ai dit :

- « Mais Madame, je ne comprends pas. Comme vous m'aviez dit il y a quelques jours que vous étiez athée... »
- « Oui, répondit-elle, c'est une expression. »

Je vous laisse juge de la valeur de cette expression. On a tous très profondément enfoui dans notre culture, dans nos cultures européennes, exactement ces mêmes dimensions que les migrants africains. Maintenant, peut-être qu'elles sont très diluées, elles s'expriment moins. Mais elles restent très profondément ancrées au fond de chacun d'entre nous. Je pense que je peux arrêter là-dessus pour les malades et je voudrais juste rajouter quelque chose.

Pour qui, ces consultations d'ethnomédecine ? Ou le fait de faire de l'ethnomédecine. Puisque vous avez compris que le mot consultation ne me convient pas tout à fait. Je crois que c'est aussi beaucoup pour les médecins, pour les soignants de façon générale. Je suis extrêmement conscient que depuis que je m'intéresse à cela, depuis qu'on m'a initié à cela... encore une fois merci Maman Moussa... ce sont les patients qui m'ont aidé à me construire non pas uniquement en tant que médecin mais en tant qu'être vivant. Je pense que tout soignant ici présent devrait être conscient de ce plus que va lui apporter cette ouverture à l'autre. Je pense que c'est également un devoir déontologique, au même titre que on a besoin de connaissances un peu particulières pour prendre en charge certaines maladies. Je voudrais parler par exemple d'un cas qui m'a beaucoup marqué il y a un an. Une femme complètement blanche qui était obèse, qui devait peser au moins 180 ou 200 kg. On ne pouvait pas la peser parce que nos balances ne sont plus adaptées au-delà d'un certain poids. Et je me suis rendu compte que pour l'équipe, cette femme obèse, donc différente par rapport à l'idée qu'on se fait de quelqu'un, posait les mêmes problèmes que ceux qu'on a – rarement – avec certains patients africains qui montrent un peu plus que d'autres, cette différence culturelle avec des notions d'étrangeté vis-à-vis desquelles certains soignants, ne comprenant pas, peuvent être un petit peu inquiets. C'est peut-être cette image là qui m'a le plus raffermi dans l'idée que l'ethnomédecine, c'est aussi vrai pour les blancs. C'est tout simplement notre relation à l'autre qui compte le plus. On a donc une mission déontologique pour n'importe quelle personne qu'on a en face de soi d'adapter son savoir et de le compléter pour pouvoir s'adapter au mieux à la personne qu'on a en face de soi.

Maintenant, la question Pourquoi ? C'est très simple. C'est ce que je disais à l'instant. C'est notre devoir déontologique de créer cette chose pour laquelle on utilise un très joli mot qui s'appelle l'alliance. L'alliance thérapeutique, cette chose qui revient tout simplement à faire en sorte qu'on puisse aller au bout de l'histoire d'une relation entre l'équipe soignante et un patient. Que le bout de cette histoire, ce soit la guérison, que le bout de cette histoire, ce soit l'échec, parce qu'il y en a aussi, que le bout de cette histoire, ce soit la mort, dans les

meilleures conditions possibles. Dans cet accompagnement, dans cette alliance, il y a un mythe sur lequel je voudrais revenir – mais j'imagine que la plupart d'entre vous, puisque vous êtes ici en est déjà convaincu. C'est ce mythe de la mal observance et des migrants. J'en ai de plus en plus ras le bol d'entendre un certain nombre de mes confrères, et pas seulement des gens qui seraient pour être très caricatural, politiquement un petit peu opposés à la prise en charge des migrants ou des étrangers de façon générale. Même des gens de très bonne composition, qui nous disent « Ah vraiment avec les migrants, c'est infernal. On n'y arrive pas. Ils ne reviennent pas aux consultations. On leur donne un traitement, et quand on les revoit, ils l'on arrêté. » C'est totalement du mythe, à partir du moment où on a fait l'effort nécessaire d'expliquer les choses. Et à partir du moment, où on s'est imprégné du fait que certains patients – mais ce serait exactement la même chose pour un blanc qui aurait par exemple et il y en a beaucoup plus qu'on ne l'imagine, oublié ce que c'est que l'écriture et la lecture. Quand vous donnez à un patient une ordonnance un peu rapidement, sans trop lui expliquer les choses et qu'il ne sait pas lire, il va aller à la pharmacie. A la pharmacie va lui expliquer tant bien que mal l'ordonnance. Et comme vous savez, c'est pour un mois, au bout d'un mois, il n'y aura plus de médicaments. Et comme on n'aura pas expliqué au patient qu'il faut prendre un rendez-vous avec le délai suffisant pour faire renouveler l'ordonnance, effectivement, il ne reviendra pas, ou beaucoup plus tard. Si on dit au patient, vous revenez dans un mois et que les consultations sont pleines trois mois à l'avance, parce que c'est trop compliqué de se dire, trois mois à l'avance, je vais le mettre en surnombre, et bien au bout d'un mois, il aura terminé son traitement et ce sera effectivement facile de dire « Ils sont incapables d'avoir la moindre observance ». Je peux vous dire que dans le cadre des maladies chroniques – parce que c'est là que le problème se pose le plus – et notamment dans le cas du VIH SIDA, on a fait l'étude dans le service, avec des critères objectifs de mesure de la charge virale, on a pu mesurer de façon très claire que l'observance des patients africains par rapport aux patients d'origine européenne était exactement la même et d'ailleurs certains d'entre vous savent ici qu'en Afrique, alors qu'on a longtemps cru qu'il serait impossible de donner des antiviraux aux africains, et bien on y arrive tout aussi bien, voir presque mieux qu'en Europe.

Je voudrais enfin arriver sur la conclusion pour ne pas trop monopoliser la parole. Je voudrais juste insister sur trois choses.

Faire de l'ethnomédecine, ce n'est pas une spécialité, c'est un état d'esprit, d'ouverture à l'autre. Cela me paraît très important d'intégrer cela dans sa pratique, parce que le risque de considérer que c'est de la spécialité, est de se défausser de ce problème là sur des structures que les institutions ne créeront jamais ou de façon anecdotique et parcellaire, alors que c'est à nous de le prendre en charge.

La deuxième chose est qu'il ne faut pas – j'insiste là-dessus parce que pour les gens comme nous qui s'y intéressons, on est parfois taxé de faire de l'ethno culturalisme –s'enfermer dans l'ethno culturalisme et réduire les difficultés qu'on peut avoir avec certains patients à des problèmes de « deuxième causalité », c'est-à-dire des problèmes de surnaturel, « on est pas du tout dans le même registre, c'est pour cela que cela ne marche pas » : ce n'est pas vrai. Il faut aussi s'en convaincre. Et encore une fois, par l'exemple que j'ai cité tout à l'heure, toutes ces dimensions anthropologiques sont complètement universelles. Il faut absolument intégrer toute la dimension difficulté sociale des patients. Prenez un bon breton, un bon vendéen de chez nous, mettez-le à la rue, mettez-le dans des conditions où il n'est pas sûr qu'il va manger comme il faut aujourd'hui, mettez-le dans des conditions où il n'est pas sûr qu'il va pouvoir dormir au chaud ce soir, le bon breton ou le bon vendéen, il aura beaucoup de peine à suivre un traitement au long cours s'il en a besoin. Le malien qui est dans cette situation ne va pas

avoir des difficultés à prendre ses traitements pas parce qu'il est malien mais parce qu'il a des difficultés sociales. Pour prendre le contre-pied de ce que je dis à l'instant, je suis étonné de voir nos patients migrants, dont un certain nombre vit dans des conditions – et dieu sait si à Avicenne en Seine Saint Denis, on est confronté à cela au quotidien – je suis étonné de voir ces patients là qui vivent dans la rue, en dormant à droite, à gauche, se débrouiller pour prendre leur traitement tous les jours et avec une efficacité tout à fait remarquable.

Je voudrais terminer sur le troisième point qu'avait abordé Daniel, c'est le temps. Il faut se donner le temps en gardant bien à présent à l'esprit, que se donner le temps, c'est gagner du temps. Alors évidemment, cela demande une organisation. Mais quand en prenant le temps au début, on a gagné la confiance, gagné l'alliance d'un patient, après cela va comme sur des roulettes.

Merci beaucoup.

"Un guérisseur Dendi du fleuve Niger peut-il soigner un malade bamiléké du Cameroun ?"

Docteur Moussa MAMAN, médecin et tradipraticien, fondateur d'URACA



Pourquoi cette question ? C'est vrai, le guérisseur traditionnel a des techniques qu'on lui a apprises. Il a également des savoirs faire qu'il acquiert au fur à mesure. Moi je suis un Djerma- Songhaï. Nos origines sont lointaines, nos ancêtres sont venus du Mali il y a environ 5 siècles. On nous appelle les Dendi, « les gens qui sont venus du début du fleuve et qui ont suivi le courant vers l'aval ». Je suis né dans une île du fleuve Niger. Cette île, on ne savait plus si c'était une île nigérienne ou une île dahoméenne, car le fleuve est une frontière naturelle entre le Niger et l'actuel Bénin. J'étais donc comme un immigré, comme quelqu'un qui n'a pas de terre, comme quelqu'un qui n'a pas d'origine, parce qu'on ne sait pas si on est nigérien ou si on est béninois. Je vais vous dire que c'est avant-hier, il y a à peine deux mois, que la cour internationale de la Hayes a tranché la question, en disant que cette île appartient au Bénin. C'est seulement maintenant que nous sommes devenus béninois.

Je suis né dans cette île. Un jour, un blanc est venu chez moi. Mon grand-père était là, lui que je redoutais : très fort, très intelligent, un omnipotent, un omniscient pour moi. Et je vois un blanc qui débarque avec des militaires et qui fait fuir tous les villageois. Mon grand-père était le seul à n'avoir pas bougé. Il a pris sa hache dans sa main puis il l'a accrochée sur son épaule. Il attendait devant sa case. Ce blanc était là avec des militaires. Moi, je ne savais pas de quoi il s'agissait. Et il criait sur mon grand-père. J'étais surpris : Comment pouvait-il crier sur celui là, un omnipotent, un tout puissant ? Quelques heures plutard, ils sont partis et j'ai demandé à mon grand-père : « *Mais qui sont ceux-là ?* ». Il m'a répondu : « *Ils sont venus chercher des impôts.* » J'ai dit « *mais...il faut m'amener là où ils sont, je veux être comme*

eux parce qu'ils sont très forts. » Il a conclu : « *Tais-toi, je ferai de toi quelqu'un qui sera plus grand que ce blanc* ». Je n'ai rien compris alors.

C'est à partir de ce moment là, j'avais alors 6 ou 7 ans, qu'il a commencé à m'apprendre sa médecine. Il faisait de la médecine traditionnelle, vraiment traditionnelle africaine. Mais mon père, lui était marabout. On lui avait appris à lire et à écrire le coran. Alors il y a eu un problème entre mon père et mon grand-père. Mon grand-père voulait que je sois un médecin traditionnel comme lui, un guérisseur, tandis que mon père voulait que je sois un marabout, quelqu'un qui peut prêcher l'Islam. Alors, deux ans plus tard, mon grand-père m'a dit : « *Je vais t'amener chez ce blanc que tu as vu ici, comme cela tu ne seras pas marabout, tu ne seras pas guérisseur, on va t'arracher du pouvoir de ton père et tu vas avoir le pouvoir des blancs* ». Il m'a amené chez le commandant de cercle qui s'appelait Moroti, et j'ai commencé l'école. Le soir, la nuit, il m'amenait avec lui, il m'apprenait des choses. C'est ainsi qu'au fur à mesure, je suis devenu ce que je suis aujourd'hui. Mais quand je suis allé à la faculté de médecine de Dakar, j'ai occulté tout cela. Tout ce que mon grand-père m'avait appris, j'ai tout occulté car ça ne rimait pas avec ce que j'apprenais. Cependant, quand je revenais en vacances, au village, ma situation culturelle m'obligeait à aller avec les guérisseurs pour faire le travail dans la forêt, pour soigner des gens en cachette tellement la pression de l'Islam était forte car mon grand-père était mort et mon père faisait pression sur moi pour que j'abandonne toutes ces pratiques. Voilà un peu mon parcours...jusqu'ici à Paris, jusqu'à aujourd'hui où je vous parle.

Alors pour répondre à la question « *Un guérisseur dendi du fleuve Niger peut-il soigner un malade bamiléké du Cameroun ?* ». Chez le guérisseur, cette question ne se pose pas. Parce qu'on nous a appris qu'une personne est composée de trois identités ou disons trois entités : le *dia*, le *bia* et le *gaham*. C'est sur ces trois entités que le guérisseur traditionnel travaille. Il travaille d'abord sur le *gaham* qui est le corps physique. Quand on est malade, qu'on a le corps malade, le guérisseur traditionnel travaille d'abord au niveau du corps car les maîtres nous ont enseigné que par la maladie, nous prenons notre corps à témoin et les lésions survenues doivent être soignées en premier lieu. Il ne faut pas imaginer qu'il va d'emblée entrer dans des considérations religieuses ou magico-religieuses. Cela viendra après, si le soin du corps n'a pas soigné le malade, alors il interviendra sur le *bia* c'est à dire l'âme. Pour le guérisseur traditionnel quel que soit, l'individu, qu'il soit noir, blanc, jaune, ces entités le *bia* et le *gaham* sont les mêmes pour toutes les races et toutes les cultures. Si le soin apporté au *gaham* ne suffit pas, alors, on nous dit que c'est la souffrance de l'âme, le *bia* qui s'exprime à travers le *gaham*. Là où le culturel va intervenir pour le guérisseur, c'est pour le *dia*. Le *dia*, c'est ce que vous pouvez peut-être appeler esprit. A ce niveau là, le guérisseur, ne peut intervenir qu'avec les gens de sa culture car le religieux y trouve sa place avec toutes les croyances qui y sont liées. C'est vrai. Prenons un breton, le guérisseur va travailler sur le corps et sur l'âme parce qu'il y a des techniques pour travailler sur ces deux entités. Mais dès l'instant où il y a l'esprit qui intervient, le guérisseur va dire à son malade, il faut aller voir tes grands-parents, tes parents, tes aïeux. Il est également très courant qu'un guérisseur envoie son malade à un praticien de sa religion, ainsi les *zimas* animistes dendis adressent souvent leurs malades aux marabouts musulmans lorsqu'ils sont très croyants. Il faut demander à quelqu'un de chez toi qui connaît ces choses là. Le guérisseur traditionnel connaît la limite de ses responsabilités. Voilà comment nous avons été formés – là je parle en tant que guérisseur traditionnel, je ne parle pas en tant que médecin – voilà comment le médecin traditionnel dans le milieu dendi et même houssa travaille. Au niveau du *gaham* - le corps-, il peut utiliser des plantes, des décoctions de substances végétales, minérales, animales, etc. Mais quand il s'agit de soigner et le corps et l'âme, c'est autre chose : dans notre système, nous pensons qu'il n'y

a que l'âme, le *bia*, que le sorcier peut prendre. Certaines techniques permettent aux guérisseurs, de rentrer en contact avec leur malade – par le rituel du transfert – même s'il est à 10 000 kms. Ce sont des techniques qu'on acquiert, au cours d'un très long apprentissage. Par contre, le *dia*, l'esprit ne peut pas être touché par un sorcier, ce n'est pas possible.

Je vous disais tout à l'heure, qu'être étudiant à Dakar, ne m'empêchait pas une fois en vacances, d'aller en brousse avec mes collègues guérisseurs et de travailler pour les malades. Pendant ce temps, on continuait à m'apprendre les techniques. Il faut que vous sachiez qu'un bon guérisseur n'a pas le droit de soigner s'il n'a pas 42 ans. Cela aussi fait partie de nos techniques de soin. On oblige le soignant à acquérir un certain nombre de qualités avant de commencer à soigner seul, sans la participation des autres. Pourquoi 42 ans ? Ça c'est un autre domaine, lié à la classification de notre panthéon d'esprits. C'est pour cela que le guérisseur ne dit pas à tout malade « *je peux te guérir* ». Il dit : « *Je vais faire ce qu'on m'a appris, je vais te soigner, mais ce sont soit les esprits qui guérissent* » ou bien « *C'est Dieu qui guérit* ». Le guérisseur ne dit jamais : « *J'ai guéri quelqu'un* ». Il dit : « *Je l'ai soigné* ». Alors à la question « Un guérisseur Dendi du fleuve Niger peut-il soigner un malade bamiléké du Cameroun ? » je ne vois pas la pertinence de la question. Le professeur Bouchaud nous a dit, l'ethnomédecine, ce n'est pas une spécialité, c'est simplement un savoir faire, c'est de savoir écouter l'autre et il ajoute que finalement, ce sont ses malades qui l'ont formé. Et le guérisseur ne fait pas plus. Il ne dit pas « *Je connais. Je vais te faire cela et tu seras guéri* ». Non ! Il va dire : « *Je connais ce qu'on m'a appris, je vais le faire pour te soigner, mais je ne guéris pas. La guérison est entre les mains des esprits et les mains de Dieu* ». Toutefois, l'ethnomédecine nécessite un savoir faire dans l'altérité.

En revenant sur les trois entités, le corps, l'âme et l'esprit : le guérisseur n'intervient pas beaucoup. Il évite d'intervenir dans la problématique de l'esprit, parce qu'il n'y a que les ancêtres qui peuvent intervenir à ce niveau. Nous, les Dendi, nous supposons que nous sommes tous quelque part à l'identique de nos ancêtres, nous sommes une sorte de « réincarnation », chaque être humain est un ancêtre revenu. C'est ce que vous appelez l'enfant-ancêtre. C'est pourquoi, au niveau de l'esprit, seuls les ancêtres peuvent intervenir. Mais au niveau de l'âme, on nous apprend des techniques pour faire en sorte que le corps et l'âme soient en harmonie.

Mais au niveau de l'esprit, on dit que « *ce sont les ancêtres qui vont intervenir* ». Mais, comment ? Si c'est un Bamiléké, on va lui dire : voilà ce que j'ai pu faire, mais pour que cela soit concrétisé, il faut aller voir la lignée des ancêtres. C'est à ce niveau là qu'il va trouver la réponse. Si c'est un breton, on va lui dire, qu'il n'a qu'à retourner en Bretagne... C'est comme cela qu'on fait.

Ne confondez pas guérisseur et marabout. Souvent les gens confondent. Certes, les 2 soignent. Mais ce que nous appelons marabout, c'est celui qui a appris à lire et à écrire le Coran et qui utilise les versets du Coran. Quelquefois, il fait un syncrétisme entre les connaissances traditionnelles africaines et les versets du Coran censés apporter un soulagement à telle ou telle maladie. Le guérisseur, pour nous, c'est celui qui a appris les techniques thérapeutiques africaines issues d'une école, ou celui qui a hérité ce patrimoine de son père ou de sa famille. Il y a des écoles de formation, il y a aussi l'héritage familial. Pour pouvoir exploiter l'héritage familial, cela demande sept ans d'apprentissage. La première année, on vous apprend, tout ce qui est substance végétale, animale, minérale. Pendant trois ans, on approfondit cet apprentissage. Pendant les trois années suivantes, on va vous apprendre simplement à observer avec le maître. Par la suite pendant 4 années, on vous demande de participer, mais vous ne serez pas guérisseur à part entière tant que vous n'aurez pas 42 ans, c'est-à-dire 7 ans,

6 fois. Je peux dire pour conclure qu'il ne suffit pas d'être noir pour soigner un noir, on peut être blanc pour soigner un noir, on peut être noir pour soigner un chinois. Il suffit tout simplement de savoir comment soigner. Je vous remercie.

Discussion avec la salle

Modératrice : **Dr Berthe LOLO**

Nous avons 30 minutes pour poser des questions.



Dr Agnès Giannotti :

Avant de lancer les questions, j'avoue que la responsable des deux sujets provocateurs, c'est moi. J'ai écrit cela, car à chaque fois qu'on propose à des nouvelles équipes de travailler avec des guérisseurs traditionnels, on nous répond : « *Oui, mais, est-ce qu'ils sont du même pays que mes patients ?* » C'est la première question qui vient à l'idée des soignants, alors que personne ne s'interroge sur l'universalité du soin de la médecine occidentale. C'est pour cela que j'ai conçu ces deux questions en miroir. Pourquoi se questionner quand c'est un africain, mais pas quand c'est un blanc ? C'est pour cela que j'ai un peu joué la provocation.

Mme Carole Fournèse :

Je travaille pour le journal interne de l'assistance publique dont fait partie le docteur Bouchaud. J'aimerais que vous m'expliquiez comment concrètement se passe une consultation d'ethnomédecine. Un cas concret. Est-ce que vous pourriez nous donner un exemple ?

Pr Olivier Bouchaud :

Cela ne se passe pas parce qu'il n'y a pas de consultation d'ethnomédecine au vrai sens du terme. Je vais quand même répondre à votre question. Une consultation d'ethnomédecine ou plutôt, introduire de l'ethnomédecine dans sa consultation, c'est faire un signe, montrer à ses patients migrants qu'on les accepte tel qu'ils sont et qu'on accepte des dimensions qu'on ne comprend pas forcément. Un petit signe tout simple, même si encore une fois, on n'y connaît rien du tout. Par exemple, c'est, quand le patient arrive, de lui demander d'où il est. Si on peut en faire un tout petit peu plus, c'est de lui demander, de quel groupe ethnique il est, ou quelle

langue il parle. Le seul fait que vous lui demandez tout cela, même si vous ne savez pas ce que c'est qu'un dendi, un bambara ou un bamiléké - induit dans la tête de la personne que vous avez en face de vous que vous allez être réceptif à cette dimension autre que médicale. Cela suffit. Pour répondre plus concrètement à votre question, comme je le disais, réellement, on n'a plus de consultation d'ethnomédecine au vrai sens du terme... Au tout début, en 1993, quand j'ai commencé à travailler avec Moussa Maman à l'hôpital Bichat, comme je me sentais un peu perdu face à certaines situations, j'ai fait appel à Moussa. On se réunissait à l'hôpital avec l'accord de mon chef de service dans la salle de staff, dans un milieu tout à fait hospitalier dans les deux sens du terme. Il y avait le patient, parfois des membres de sa famille. En général, il y avait une ou deux personnes de l'équipe. Il y avait notamment une infirmière très intéressée qui venait régulièrement, Maman et moi... Moussa et moi. Mais, il faut se retirer de la tête qu'une consultation de médecine, pardon, d'ethnomédecine, c'est une consultation avec une espèce de guérisseur qui vient avec plein d'amulettes partout et qui va faire disparaître les chaises et faire apparaître un canard blanc. Ce n'est pas cela. C'est vraiment dire à l'autre, je t'accepte, je vous accepte tel que vous êtes dans toute votre entièreté.

Dr Berthe LOLO :

Est-ce que ce n'est pas dire à l'autre : « Je ne suis pas tout puissant. » Ce qui fait que l'on peut commencer quelque chose.

Professeur Bouchaud :

Certainement

Docteur Moussa Maman :

L'ethnomédecine, c'est l'état d'esprit de l'ouverture à l'autre.

Professeur Daniel SERENI :

Le docteur Bouchaud a beaucoup d'avance sur moi puisqu'il a commencé avant que nous nous y mettions à Saint-Louis. Cela explique pourquoi à Saint-Louis, nous continuons à avoir - non pas des consultations, je vais revenir sur le terme consultation - mais du travail en commun avec Moussa Maman, avec des gens de l'URACA et parfois des tradipraticiens. Je voudrais revenir sur le terme consultation et poser une question sur le mot ethno.

Si on entend le terme consultation comme la description de ce que le malade vient faire à l'hôpital et l'endroit où il est reçu pour exposer ses plaintes et recevoir des soins, non ce n'est pas cela. Mais il y a un autre sens au mot consultation, celui que nous utilisons, nous médecins, entre nous. C'est-à-dire qu'on peut appeler un consultant, quelqu'un qui vient nous aider, un spécialiste, en quelque sorte, un consultant extérieur qui vient nous aider à prendre en charge un malade. Moi n'étant qu'interniste, j'ai souvent besoin d'appeler en consultation un spécialiste d'organe, en hépatologie, ou en cardiologie ou en neurologie, etc. C'est plutôt ce sens là que je donne au terme d'ethnomédecine ou de médecine traditionnelle si vous voulez, on pourrait l'appeler autrement. Alors il nous arrive effectivement dans des situations de blocage, malgré tous nos efforts, de faire appel à Moussa Maman ou à d'autres personnes qui ont les mêmes capacités pour prendre en charge un patient. C'est dans ce sens là que j'emploierai le mot ethnomédecine. La photo que j'ai montrée tout à l'heure, avec tous les gens assis, correspond un peu à cette situation qu'a d'ailleurs décrite Olivier Bouchaud. Cela nous arrive de temps en temps quand même aujourd'hui. Mais c'est nous qui faisons appel à un consultant extérieur.

Juste une petite chose sur le mot ethno. On en a beaucoup parlé tout à l'heure. J'ai beaucoup aimé la façon dont Olivier Bouchaud l'a critiqué. Juste pour dire que, sauf erreur de ma part, dans les milieux universitaires, dans les sciences humaines, le mot ethnologie est très en recul et est remplacé aujourd'hui par anthropologie. Ce qui montre bien la tendance. Il ne s'agit pas de quelque chose d'étrange, d'étranger, mais simplement de science de l'homme.

Une infirmière :

Je suis infirmière et j'aimerais avoir une réponse à trois déclarations qui m'ont toujours ébranlées. Un jour, j'étais avec un malade togolais, épileptique, et pour lui...il avait reçu un sort et tout le temps, il est resté persuadé de la réalité de ce sort. Ensuite, à Nantes, pas loin de la Vendée, je soignais une personne atteinte du zona, elle m'a dit : « *J'ai fini par aller voir le médecin, parce qu'on n'a pas arrêté à temps mon zona, j'aurai dû enfiler plus tôt des clous dans les chênes d'une certaine forêt, pas loin de Nantes, c'est radical pour arrêter le zona* ». On entend très souvent des façons de faire à propos du zona.

Et enfin, j'avais une surveillante à Saint Germain en Laye, ayant fait l'école de cadre d'infirmière, quand il y avait quelqu'un qui avait des verrues, l'infirmière major prenait l'empreinte de la verrue sur du papier carbone, puis recommençait pendant huit jours et la verrue disparaissait. Ces trois choses là prouvent donc l'universalité des interprétations. J'aimerais bien avoir un éclaircissement sur les sorts, sur les moyens traditionnels de lutter contre certaines maladies.

Docteur Moussa Maman :

Bien. Il sera un peu difficile de décrire ce que c'est que le sort, le sort jeté, la sorcellerie, etc. Mais il faut quand même reconnaître que l'Afrique foisonne d'esprits. Et le sort jeté, c'est quelqu'un qui fait quelque chose contre une personne, l'empêchant de réussir dans toutes ses activités jusqu'à atteindre l'intégrité de son corps physique. Dans la pensée traditionnelle africaine, l'envoûtement c'est lorsqu'une personne peut consciemment perturber la conscience d'une autre, induisant des réactions asociales, des comportements incorrects, des persécutions avec des hallucinations auditives, visuelles, etc. Les guérisseurs considèrent que l'âme de l'autre est perturbée et qu'il y a des gens qui ont la capacité de perturber l'âme. Ce n'est pas difficile. On peut perturber l'âme si on connaît les techniques adaptées. Mais un guérisseur, s'il n'est pas bien formé, peut faire des dégâts à son malade lors d'un rituel du transfert. Au lieu de le guérir, il va le rendre fou. C'est pour cela que je vous ai dit tout à l'heure, qu'il fallait vraiment avoir 42 ans avant de commencer à être guérisseur. Mais maintenant, n'importe qui se lève pour dire qu'il est guérisseur. Pour être guérisseur, ce n'est pas si simple que cela.

La sorcellerie, c'est quelqu'un qui est plus fort que l'autre, et qui a la capacité de manipuler l'âme du malade en essayant de perturber un organe quelconque ou en essayant de prendre sa vie, d'envoyer des vibrations négatives sur le corps. Voilà les trois choses que je peux vous dire sur les sorts jetés, les envoûtements et la sorcellerie. Cependant, il y a d'autres choses encore : « travailler » une personne (corté), c'est l'empêcher d'effectuer un acte précis (acte sexuel par exemple) ; « l'enfouissement » (fidjari) entraîne des lésions telles que l'éléphantiasis, l'ulcère de Buruli, des ostéites des membres inférieurs ; les empoisonnements (damari) seraient à l'origine des fibromes, des cancers gynécologiques et intestinaux . On dit par exemple qu'il y a des liquides dans lesquels on peut utiliser des choses et lorsqu'on les verse par terre, si le malade à qui on veut faire du mal le piétine, le lendemain, il y a le pied gonflé. Voilà, il y a plein de choses comme cela. Aujourd'hui, le temps est trop court pour parler de tout. Est-ce que j'ai répondu à la question ?

Par contre, je voudrais dire que même si un malade dit que son épilepsie est causée par quelque chose qu'on lui a fait au village, vous, médecins, vous savez ce que c'est que

l'épilepsie. Alors, faites ce que vous savez pour lui techniquement, médicalement, ce qu'on vous a appris. Pour le reste, vous allez lui dire, « ce côté-là, je ne le connais pas ». C'est ce que fait le guérisseur, un bon guérisseur ; il va jusqu'à la limite de ce qu'il sait faire et quant au reste il dit: « **Ça, ce n'est pas de mon domaine, il faut aller voir les ancêtres, ou les médecins, ou les religieux** ». Donc, je pense que vous aussi, vous pouvez faire de cette manière. L'épilepsie, vous savez comment vous allez vous en occuper, l'autre versant, l'envoûtement ou le sort jeté, vous allez simplement dire au malade que vous savez que ça existe en Afrique, mais que vous ne savez pas comment faire. Vous pouvez ajouter « **Je comprends. En Afrique, c'est comme cela que cela se passe. Mais moi, voilà ce que je sais faire.** »

4^{ème} partie : **Quatrième table ronde**

La démarche interculturelle, un parcours semé d'embûches

Modérateur, Dr olivier TAULERA, Hôpital Saint-Louis

"Le monde des blancs vu par deux guérisseurs traditionnels"

Mr Djibo HAMADOU : tradipraticien du Niger



Je remercie URACA qui nous a accordé cette opportunité de venir en France. Nous remercions tout le monde car, lorsque nous venons, nous sommes bien accueillis et cela nous permet de vivre avec les gens.

Ce voyage nous permet de connaître des médecins, des chirurgiens de Paris. Grâce à ce voyage, nous acquérons de nouvelles connaissances. En Afrique, nous avons reçu des connaissances de nos maîtres. Ces différents voyages que nous effectuons en France où nous travaillons avec des médecins, des hospitaliers nous donnent des connaissances qui s'ajoutent à celles que nous avons hérité de nos parents.

C'est d'ailleurs ce qui nous permet de travailler plus facilement dans les hôpitaux du Bénin et du Niger. Les connaissances que nous acquérons ici en France, auprès des médecins modernes, nous permettent d'aborder n'importe quel malade quelles que soient sa culture et son origine.

Au pays, nous travaillons en collaboration avec les médecins des centres de santé de Karimama, Birni lafia, Bello-Tounga, Kompa. Nos amis, nos collègues médecins du Bénin avec lesquels nous travaillons sont très contents de notre manière de travailler parce que nous avons acquis de nouvelles connaissances et cela nous permet vraiment de changer, de travailler facilement avec ces médecins modernes.

Au départ chez nous, à cause de l'Islam, nous n'étions pas très bien considérés. Mais maintenant, comme nous avons l'opportunité de venir régulièrement en France, nous avons acquis une grande importance là-bas : cela nous donne un grand poids chez nous, en particulier pour travailler avec les hôpitaux modernes.

Nous remercions vraiment tous ceux qui ont travaillé pour la création de cette association, tous ceux qui ont participé pour que nos différents voyages en France se réalisent. Nous vous en remercions.

Je remercie URACA et je remercie tout le monde.

Mr Ali NAMEIWA : tradipraticien du Bénin



On m'appelle Nameiwa Ali. Je souhaite que cette fête du vingtième anniversaire de l'URACA que nous organisons et qui a bien démarré, puisse se terminer dans de bonnes conditions.

Je n'aurais jamais cru que des médecins modernes puissent travailler avec des tradipraticiens, mais j'ai vu que c'était possible au cours de nos différents voyages et les différentes visites dans les hôpitaux que nous avons effectuées. J'ai pu constater alors que des médecins et des guérisseurs peuvent vraiment travailler correctement. D'ailleurs chez nous, quand des médecins ont des difficultés et qu'ils jugent que cela relève de nos interventions, ils nous invitent. Nous allons les voir et nous rencontrons les malades. Je dois dire, que moi, guérisseur traditionnel, je n'aurais jamais pensé que je pouvais travailler avec un médecin moderne.

Comme l'avait dit mon prédécesseur, ce que nous faisons aujourd'hui, nous permet d'aborder n'importe quel malade, quelle que soit sa culture. De même, quand nous allons sur le site, et qu'on nous présente un malade : si nous sommes vraiment persuadés que cela ne relève pas de nos compétences, nous lui disons clairement la vérité : « *Voilà, nous ne pouvons vraiment*

rien faire. » Nous ne dépassons pas nos compétences. Et avec la grâce de Dieu ou bien de nos esprits, nous pouvons traiter, guérir plusieurs malades.

Que l'on soit médecin, marabout ou tradipraticien, pour évoluer, pour avoir plus de connaissances, il faut voyager, être en contact avec les autres. Donc, si l'on reste seul, si l'on est égocentrique, on reste égal à soi-même. Ce que nous avons commencé est donc essentiel. Il faudrait que ça puisse continuer, et que cette action commune puisse être pérennisée.

Avant, en tant que guérisseur traditionnel, je craignais les blancs. Mais, depuis que je suis venu ici, j'ai compris que nous pourrions travailler ensemble. Il n'y a aucun problème, et je peux aussi travailler avec des Guinéens, des Ivoiriens, etc.

Donc, cela nous permet de connaître beaucoup de choses parce que, si j'étais resté dans mon village tout le temps, je n'aurais pas pu avoir ces connaissances.

Donc, vive l'URACA, je vous remercie.

"Séjour au village : l'expérience de la perte des repères, un choc bénéfique pour le soignant"

Mme Jacqueline FAURE, psychologue, hôpital Tenon



Avant de vous parler de mon expérience au village, je souhaite faire un retour en arrière pour expliquer pourquoi et comment je suis arrivée au village.

1992 - 1993, premières rencontres avec des patients migrants :

J'ai connu l'association URACA en 1993, j'étais alors psychologue à l'hôpital Tenon dans le service de médecine interne, en pleine épidémie de l'infection par le vih. C'est à cette époque et dans le contexte de cette maladie grave que je rencontre des patients originaires d'Afrique, des patients noirs. Très rapidement je me sens perdue, à cause de la langue, de difficultés de communication, (et du décalage culturel, ce que je comprendrai bien après). Mais aussi aujourd'hui je peux dire qu'il y avait un sentiment d'étrangeté dans cette rencontre avec l'autre, radicalement différent de moi du fait de la couleur de sa peau : moi, Blanche face à un Noir. Cela a eu une influence, cela parasitait mon écoute. D'une manière un peu primaire, je percevais ce malade forcément différent et étrange parce qu'il avait une couleur de peau différente de la mienne. Pour terminer sur cette introduction, je souhaite préciser que nous tous les soignants, comme les malades et leurs proches, nous étions fortement destabilisés par le caractère mortel, incurable de l'infection par le vih qui, aujourd'hui grâce aux traitements, est devenue une maladie chronique.

J'étais, du fait de ces éléments diffus, en difficulté dans la relation thérapeutique. J'ai alors cherché des solutions pour trouver des repères, une de ces solutions a été l'association URACA que j'ai connue à travers ma rencontre avec le Dr Maman.

1994, première consultation avec le Dr Maman :

En difficulté majeure avec une jeune patiente zaïroise, je l'accompagne – et c'est une première pour moi – à une consultation avec le Dr Maman. Et là, c'est une autre perturbation pour moi, alors que je viens chercher des repères, je viens chercher de l'aide, de la cohérence face à des patients qui me paralysent, qui bloquent ma pensée.

Nous sommes en 1993, la consultation a lieu dans un cabinet médical. Ce jour-là, aucun bureau n'est libre et nous descendons au sous-sol, dans une cave tout à fait bien aménagée, mais quand même une cave, sans ouverture. Très vite, je me rends compte que je ne comprends rien à ce qui se passe... Je me demande à ce moment là où je me suis embarquée et où j'ai embarqué la patiente ... En fait, j'ai l'impression d'être ailleurs, peut-être en Afrique ? L'atmosphère me paraît vraiment étrange. À un moment, le Dr Maman relate un événement de son enfance : Comment , terrifié, il est poussé par son grand-père à entrer dans une grotte (je comprendrai plus tard faire qu'il fait référence à son initiation)... Eh bien à cet instant, on y était presque dans la grotte, la cave c'était presque la grotte.

Je suis donc fortement déconcertée et cette première consultation me laisse perplexe. Je suis troublée par le déroulement, saisie par cette ambiance déroutante, mais en même temps attirée, avec une envie de comprendre, mais méfiante. Je fais là l'épreuve de ma difficulté à accepter une autre manière de travailler, inconnue et qui n'est pas rationnelle pour moi. Je suis face à une logique qui n'est pas conventionnelle, qui n'est pas occidentale, qui n'est pas de mon registre : je suis perdue. Je ne comprends pas mais, en même temps, j'accepte cet état d'étrangeté. Je suis au moins rassurée par le fait que le Dr Maman est médecin de formation occidentale, qu'à l'association il y a le Dr Giannotti, médecin elle aussi : cela me rassure, et puis le Dr Maman m'inspire fondamentalement confiance (peut-être, entre autre, parce qu'il s'appelle « Maman »...).

Ainsi, il va être mon formateur, un guide pendant toutes ces années et il l'est bien sûr encore. Progressivement, avec l'accord du Chef de Service, les consultations d'ethnomédecine se sont mises en place à l'hôpital (si vous consultez le site uraca.org, vous trouverez différents articles sur le déroulement de ces consultations).

En fait, je peux dire qu'il y a toujours eu une alternance entre des moments de stabilité, c'est-à-dire que je comprends, ça me paraît logique, j'adhère finalement à ce qui se passe dans ces consultations et d'autres moments où je m'interroge, je doute. Il y a régulièrement ce balancement entre un sentiment de familiarité et quelque chose de l'ordre de l'irrationnel.

1994, première participation à la cérémonie du culte de danses de possession

Ensuite, il y a eu un autre événement, un autre choc. En 1994, l'association l'URACA organise un colloque « Jour des savants, Nuit des esprits » qui a lieu en province.

A plusieurs reprises dans certaines consultations, le Dr Maman évoque les esprits, le monde de l'invisible. Je ne sais pas ce qu'il en est de ces éléments-là (il faut savoir qu'à l'époque je n'ai aucune formation en ethnopsychiatrie et que je ne connais rien des cultures non-occidentales). Ainsi il est question du monde de l'invisible, de relation avec celui-ci et même d'influence. J'essaie de trouver des équivalents à cette notion d'esprit : les morts, les fantômes, le délire, le spiritisme, et peut-être aussi quelque chose du côté de l'inconscient, du côté de la psychanalyse, d'un fonctionnement psychique avec une logique autre. Ainsi persistent des interrogations, cette alternance de sentiments contradictoires.

« Jour des savants, nuit des esprits », colloque qui dans la journée réunit des professeurs, des psychiatres, des psychanalystes, des anthropologues, des ethnologues qui débattent, échangent des idées. Le soir, ou plutôt la nuit, va commencer une cérémonie. Il y a là une vingtaine de guérisseurs traditionnels et des musiciens pour la cérémonie du culte de danses de possession. Cela se déroule dans une grande salle dont le volume amplifie, me semble-t-il, le son des

tambours, des calebasses retournées sur lesquels les musiciens frappent des tiges de mil. Il y a le violon et des chants et des gens qui dansent en cercle... Spectacle tout à fait étrange et inhabituel. Très vite, je ne me sens pas bien : les sons résonnent physiquement en moi. Mon cœur se met à battre plus vite, je me sens oppressée. Peut-être est-ce un malaise vagal dû à la fatigue ou à mon état de grossesse, car je suis à ce moment-là enceinte d'environ 7 mois, d'où cet état de vulnérabilité ?... Je quitte l'endroit et je rejoins le Dr Maman pour lui dire que je ne vais pas rester, bien qu'il me dise que je ne risque rien.

Ainsi, je n'ai pas assisté à cette cérémonie, par peur, d'autant plus que j'étais enceinte. Et ces esprits, ces transes, ces possessions ? Qui allait être possédé ? Je ne savais pas...J'étais dans l'ignorance et mon imagination allait bon train.

C'était le début en 1993-1994, jusqu'à ce voyage en 1997. Les consultations d'ethnomédecine m'ont peu à peu familiarisée à cet univers grâce à l'enseignement permanent du Dr Maman, petit à petit j'ai eu des repères d'un autre ordre, d'un autre monde, j'ai vu qu'ils étaient fonctionnels, j'ai pu le vérifier auprès des patients tout au long de ma pratique professionnelle et encore aujourd'hui, avec le Dr Maman ou sans lui d'ailleurs car je peux désormais me servir de ces repères pour être à l'écoute des patients.

1997, premier séjour en Afrique noire

J'en arrive à ce voyage qui a eu lieu en 1997, j'en étais encore à mes débuts dans cette formation informelle, non conventionnelle.

C'est pour moi le premier séjour en Afrique noire, je suis déjà allée en Afrique du Nord, mais là c'est la première fois en Afrique noire. Nous sommes un tout petit groupe : le Dr Giannotti, le Dr Maman bien-sûr, leur jeune fils, deux psychologues ainsi que mon mari.

Dès notre arrivée à Bello-Tounga (petit village situé à l'extrême nord du Bénin, au bord du fleuve Niger), nous sommes vraiment bien reçus. Vraiment nous avons fait un voyage et un séjour là-bas dans ce village dans des conditions très privilégiées : bien logés, enfin à peu près, vous verrez pourquoi par la suite, et puis bien nourris. J'étais un peu gênée parce qu'en revenant, je disais, que j'avais bien mangé en Afrique. Gênée parce que dans cette région, des gens ne mangent pas à leur faim... Là-bas, eh bien oui, j'ai bien mangé: de bons légumes, de la bonne viande et souvent cuisinés à la française. Nous étions bien entourés, c'était sécurisant, on avait un guide en permanence, un traducteur, on n'était jamais remis à nous-mêmes. Et puis, nous avions des docteurs avec nous... Cet encadrement médical me rassurait aussi. Et pourtant dès mon arrivée, je me suis sentie vraiment déprimée, triste, tous ces Noirs autour de moi, j'étais perdue, j'avais envie de rentrer chez moi, je n'étais pas bien. Il y a eu donc un moment de marasme qui n'a pas duré car à ma grande surprise, je reconnais un premier guérisseur africain que j'avais vu à Paris, puis un deuxième et Boka, le vieux Boka, qui n'est plus là maintenant, il est décédé. A Paris, nous avons fait beaucoup de choses ensemble. Alors ces retrouvailles ont été pour moi vraiment quelque chose de très fort, une réassurance, je retrouvais des familiers. On ne parlait pas la même langue mais on s'était retrouvés, cette rencontre m'avait fait beaucoup de bien.

Puis après, il y a eu la fameuse cérémonie que je n'avais pas vue quelques années auparavant. Dès le soir de notre arrivée je crois ou le lendemain, une cérémonie, le culte de danses de possession, a lieu au pied de l'arbre sacré pour une patiente atteinte d'une maladie grave. Il y a énormément de monde, le groupe de guérisseurs, des hommes, des femmes, le groupe des musiciens ; une assemblée très importante avec les villageois et la famille du patient.

En fait, j'assiste à cette cérémonie, d'une manière complètement distante: des guérisseurs sont en transe (plus tard je comprendrai que c'est la manifestation des esprits), la musique hyper présente qui vous hypnotise, les danses en cercle, les chants, des guérisseurs qui présentent

des manifestations bizarres. J'ai peur là encore surtout quand des personnes en transe viennent vers nous, vers le public. J'ai l'impression en fait d'être comme lors de mes stages en psychiatrie quand j'étais en présence de malades délirants: la même peur.

A un moment, je me retrouve toute seule comme blanche, mon mari est parti se coucher, Agnès, je ne sais pas où elle est, ma collègue n'est pas là. Là, je pense que je vais perdre la tête... C'est pourquoi je décide d'aller me coucher, il est 4 heures du matin, je ne suis pas du tout fatiguée, mais je me dis que ça suffit comme ça, je préfère rentrer.

J'ai assisté à un spectacle qui n'a pas de sens pour moi, j'ai été complètement à distance, comme au théâtre, comme si les gens jouaient, mais en même temps je suis impressionnée, pas si indifférente que cela. Pendant ce séjour, le Dr Maman nous donne des explications, quelques pistes. Donc, petit à petit ça prend une certaine cohérence, et je comprends mieux.

Il y a un autre moment difficile pour moi. Comme je le disais tout à l'heure, il y a une alternance, des moments de stabilité, de compréhension puis des moments de doutes, d'interrogations. Il y a des moments très agréables, de détente, des visites aux marchés, des balades sur le fleuve Niger, des rencontres. Donc, c'est en même temps des vacances, c'est très agréable, mais aussi avec des moments de rupture, tranchés, très différents.

Je me souviens d'un état d'angoisse que j'ai traversé et qui a duré toute une après-midi et une nuit. En fait l'élément déclenchant c'est le départ de ma collègue psychologue qui est arrivée avant nous et qui repart plus tôt. Au moment des adieux, tout d'un coup le mal du pays revient, l'absence de mes enfants et l'envie de partir. Toute l'après-midi, je vais me sentir très mal, et la nuit je vais particulièrement mal dormir. Une vraie crise d'angoisse avec des visions, les femmes en transe, la trace du serpent vue dans la journée, et puis je n'arrive plus à visualiser le visage de mes enfants, comme si je les avais perdus, un sentiment de rupture. J'ai très peur, je me sens seule et désespérée, pourtant mon mari est là près de moi. Je devrais être rassurée, je ne le suis pas. Je sens une présence, quelque chose d'impalpable. En fait le lendemain quand je me réveille je vais bien et je constate que nous avons un lit dont le sommier est défoncé, que la moustiquaire est trop petite et que, dans la nuit il y a sans doute eu une chauve-souris pas très loin. Autant d'éléments qui ont contribué à aggraver mon état psychique.

Le retour à Niamey sera long et fatigant et j'attends avec impatience d'être dans l'avion. Pour terminer, je vais vous donner en conclusion un extrait du journal que j'avais écrit neuf mois après ce voyage : « En écrivant ce texte neuf mois après ce voyage, il me vient à l'esprit un passage du film E.T. quand l'extraterrestre réclame sa maison « *E.T, maison, E.T maison...* ». Comme ce personnage qui avait vécu une expérience étonnante parmi des humains et noué des sentiments très forts avec des enfants, j'avais moi-même été en quelque sorte une extraterrestre là-bas en Afrique au village. ». Je ferai un deuxième séjour au village en 2001.

"Ce que la médecine traditionnelle a changé dans ma pratique quotidienne"

Dr Frédérique Kirsch-Noir, urologue, Hôpital des Invalides et du Val de Grâce



Je vous remercie de m'avoir invitée. Je suis très touchée parce que le circuit par lequel Uraca m'a retrouvée apparemment n'a pas été si simple que ça, mais peut-être est-ce prédestiné ? Peut-être n'avais-je pas au départ de raison de rencontrer l'Afrique et Uraca ?

Alors je vais essayer de voir ce que ça m'a apporté.

Moi je suis chirurgienne formée à l'organicité la plus pure et la plus étroite par cette formation très rationnelle, les statistiques, etc. J'ai été formée en chirurgie notamment à l'Hôpital Tenon, c'est là que j'ai rencontré Jacqueline Faure, les guérisseurs qui sont parmi nous et Moussa Maman.

A Tenon, dans ma formation chirurgienne, quand j'étais chef de clinique, j'avais comme maître, il n'y a pas d'autres termes pour moi, et comme frère, un béninois qui était

le grand patron, qui n'avait pas le temps de venir aider les jeunes chirurgiens au bloc. Il s'appelait Quessilé. Je pense qu'il était initié par son grand-père comme Moussa, même s'il ne me l'a jamais avoué, mais c'était pour moi un vrai maître, un vrai frère.

Je voyais de temps en temps arriver dans le bureau des objets qu'il me demandait de respecter, de ne pas déranger, des choses comme ça.

C'est donc avec une philosophie que j'ai vécu en côtoyant tranquillement, ces statuette et surtout, j'avais l'aide et le sentiment, quand j'allais opérer avec ce maître, que rien ne pouvait m'arriver.

Effectivement quand on est interne et que c'est le chef qui prend la responsabilité, on se sent libre parce que ce qui est plus lourd en chirurgie c'est le fait d'avoir la responsabilité, ce n'est pas de faire le geste.

Il m'a fait faire des interventions extrêmement lourdes au cours de mon 8^e semestre en tant qu'interne, et ça se passait comme si j'avais opéré de cette façon toute ma vie. Ça a déjà été pour moi une grande bénédiction, une grande protection. Quessilé m'avait aussi ramené un jour du Bénin, de son village un petit bracelet avec 5 cauris cousus sur un bracelet de cuir. Ce n'était pas tout à fait le style de choses que je portais à titre décoratif habituellement, mais c'était le cadeau de cet ami très cher et donc j'ai porté le bracelet de cauris.

Il s'est passé plein de choses dans ma vie à partir du moment où j'ai porté ce bracelet de cauris, avec les patients, dans le métro. Quelques anecdotes : j'étais dans le métro et devant moi un peu plus loin, deux africains, en tenue traditionnelle étaient en train de se disputer avec véhémence dans leur dialecte que je ne comprenais pas ; une dame africaine à coté de moi, en tenue occidentale, cheveux frisés avec une belle mise en plis, une belle couleur occidentale, m'a interpellée, comme ça, m'expliquant ce que se disaient les hommes de l'autre coté, comme si on se connaissait depuis toujours.

Une autre fois, en rentrant à la clinique où je travaillais, j'avais eu très peur ; c'était à Bagnolet, un environnement avec un peu d'insécurité, le soir à partir de 21 heures. J'avais pris le bus, tous les passagers étaient à l'avant et, à l'arrière, il y avait un grand type avec un blouson, un badge de sécurité et un gros chien patibulaire couché à ses pieds, toutes les places autour de lui dans la rotonde étaient libres. Je me suis dit « **Bon, tu es une grande fille, le bus est plein, il n'y a plus d'autres places, tu te prends par la main, tu vas là-bas** ». J'ai bien serré mon sac en regardant droit devant moi et puis, au bout de trente secondes, le type me tape sur l'épaule et me dit : « **T'as fait l'Afrique toi ?** »

« **Non, j'ai pas fait l'Afrique moi.** »

« **Très bien, ton bracelet, il vient d'où ?** »

Et puis il a commencé à me dire que j'avais de la chance et on s'est mis à parler avec décontraction, comme des amis de toujours.

C'était intéressant, je n'avais pas d'explication, mais il y avait quelque chose de très sympathique dans tout ça.

Et puis sur l'aspect purement professionnel, j'ai travaillé 12 ans à l'hôpital Tenon avant de rencontrer Jacqueline Faure et les guérisseurs, ainsi qu'à la clinique de Bagnolet située dans le 9,3 comme on dit maintenant. Dans ma population de patients j'avais beaucoup de patients maghrébins, africains, d'origines très variées sénégalais et maliens essentiellement. En tant qu'urologue, on s'occupe de choses très carrées, de la sexualité, de la fertilité de l'homme, des choses qui symboliquement sont très puissantes et qui mettent en jeu plein de choses. Et, bien souvent, quand j'arrivais à expliquer les choses avec les examens complémentaires, avec une batterie d'examens lourde, je sentais clairement qu'il y avait un fossé entre ce que je racontais et ce que ressentait la personne qui était en face de moi. Clairement nous étions chacun dans notre monde, chacun avec notre langage, ce que je pouvais dire ne représentait pas grand chose pour le patient, et ce qu'il, peut-être, ne me disait pas ou essayait de me dire autrement, visiblement, moi je ne le comprenais pas non plus.

Donc c'est par ce biais qu'à l'Hôpital Tenon, j'ai été amenée à rencontrer Moussa Maman pour essayer de dépasser cette barrière sur le symbole, sur l'aspect psychologique de ces troubles et c'est comme ça que j'ai découvert la consultation multidisciplinaire de Moussa.

Tout comme Jacqueline, la première fois que j'ai assisté à une consultation, je me suis sentie un petit peu perdue en me demandant si vraiment c'était raisonnable d'être là, si vraiment je ne cautionnais pas un truc complètement surréaliste, j'étais paumée, clairement. J'ai accompagné quelques patients, c'étaient des patients avec lesquels j'avais un bon contact et beaucoup de sympathie; et j'ai découvert mes patients, plein de choses sur eux, mais également sur mes patients européens, sur ma pratique.

Je ne peux pas rentrer dans les détails, mais j'ai découvert la prise en charge globale, moi qui étais chirurgienne, qui m'occupais d'un organe, d'un petit bout du monsieur ou de la dame.

Effectivement avec Moussa, les patients sont des humains, face auxquels on prend du recul. Si ce patient, cet organe, cette maladie, pouvait avoir pour moi chirurgienne le sens d'un microbe, d'un virus, de quelque pathologie que ce soit, pour le patient, elle pouvait avoir des explications qui étaient totalement différentes, qui pour moi n'étaient pas rationnelles dans ma

logique de médecin, mais qui, pour lui, dans la mesure où il y croyait, étaient son explication : malédiction, envoûtement, ou autre. A partir du moment où il croyait à ces explications, on ne pouvait pas le guérir si on ne faisait pas une action aussi dans ce sens-là.

Autre chose que j'ai apprise, qui a été très puissante dans cette rencontre avec Moussa, c'était cette notion de la prise en charge, non seulement de l'individu dans sa globalité d'individu, avec son psychisme et son corps, mais une prise en charge qui donnait au patient une réponse à la fois dans le cadre du médical, du mystique, du sacré et du magique. Ça m'avait beaucoup interpellée, et en y réfléchissant bien, dans les consultations que je peux avoir avec des patients occidentaux francophones, j'ai de plus en plus l'impression que cette demande n'est jamais satisfaite et qu'elle existe pour autant de façon très forte, notamment dans tout ce qui est pathologie fonctionnelle, dans tout ce qui est pathologie de la sexualité et de la fertilité, qui est taboue chez nous, parce qu'on n'en parle pas de ces choses-là quand on va voir un docteur qui est ancien chef ou ancien interne, surtout on ne lui parle pas de sa visite chez le guérisseur.

En France, on a aussi des guérisseurs, l'URSSAF en recense 80000 sous toutes leurs formes.

J'ai des patients qui petit à petit, me disent les choses. En effet, si on ne pose pas la question, si on ne s'y intéresse pas, on ne le voit pas.

Maintenant je commence à poser à certains patients une question qui m'a rendu de grands services, c'est « *Qui pourrait avoir intérêt à ce que vous ne guérissiez pas ?* », petite question innocente mais qui permet parfois de débiller tout un tas de choses auxquelles on n'aurait pas pensé.

L'autre chose qui a été un vrai choc pour moi, c'était un jour où j'étais moi-même un peu en état second et où j'écoutais de façon totalement passive, mais témoin et faisant quand même partie de cette thérapie à la fois pour le patient et pour l'équipe. Moussa a commencé à expliquer en français, car les consultations se passaient en bilingue quelquefois, à un patient, qu'il était déraciné, qu'il n'avait pas fait ses rituels avant de partir, qu'il avait quitté son rôle, qu'il devait retravailler là-dessus. Et il dit « *Mais regarde, ici, en France, le culte des anciens, il est fait, et sérieusement, et tous les jours, regarde !* »

Je me demandais ce que je venais d'entendre là parce que pour moi en Europe, le culte des anciens, je ne le connaissais pas...

« *Regarde, la place Charles de Gaulle étoile, l'aéroport Charles de Gaulle étoile, des milliers de gens font le culte aux anciens tous les jours ! Et oui, on ne le sait pas, on le nie, on l'occulte, c'est tabou. Mais nous aussi, sans notre enracinement on est perdus. Et nous aussi, sans nos repères socioculturels on est complètement paumés* ». Et ça a beaucoup joué dans ma façon de travailler avec mes patients.

J'ai changé d'orientation récemment puisque j'ai quitté l'APHP et je suis maintenant chez les militaires et là encore, j'ai croisé l'Afrique autrement, par les médecins militaires qui sont des gens discrets, mais souvent très engagés dans le soin. Cesont des gens qui on fait leurs carrières pour la plupart, compte tenu des événements des dernières années, beaucoup en Afrique et qui connaissent pour certains, bien la vie en Afrique pour y avoir y vécu très longtemps. Ce que je peux entendre de la part de mes collègues c'est quelque chose de très engagé.

Ces rencontres avec Moussa et avec toute l'équipe des guérisseurs m'ont changée aussi un peu. Je ne prétendrais jamais être guérisseur, jamais et j'espère que je pourrai toujours travailler en collaboration avec les guérisseurs et leur envoyer mes patients, mais du coup j'essaie de prendre un peu de recul.

Chirurgienne je suis, mais la conclusion, c'est que cette année je me suis inscrite au diplôme d'hypnose, qui, pour une occidentale, une française, était quelque chose qui se rapprochait un

peu plus, quelque chose qui permettait, pour une occidentale qui ne peut pas avoir accès à la transe telle que Moussa ou l'équipe des guérisseurs la pratiquent, d'accéder à une autre sorte de transe qui laisse un peu libre cours à l'inconscient. Peut-être que c'est ça le cheval ? Peut-être que c'est ça la possession ? Peut-être que c'est autre chose ? Je ne sais pas, mais c'est ce qui me permet de laisser aller, de lâcher prise et avec mes patients, éventuellement aussi, de leur permettre cet espace de lâcher prise.

Pour vous donner une petite expérience pour conclure, récemment un colonel en retraite, âgé de 75 ans, est venu me voir pour ses troubles de sexualité. En fait c'était un monsieur qui avait perdu récemment sa femme dans des conditions atroces, qui refaisait sa vie à ce moment-là avec sa nouvelle compagne et qui développait, je ne veux pas rentrer dans les détails diagnostics, une anéjaculation, une anorgasmie. Il n'était plus capable de prendre de plaisir malgré tout ce désir avec cette compagne. Peut-être un deuil mal fait, un deuil inachevé, mais quand on s'occupe de sexualité, ça c'est une pathologie sur laquelle on butte et on se casse les dents. J'étais bien embarrassée parce que là il n'y avait pas de médicament magique pour le faire avancer, et bien coincée, j'ai laissé un peu aller et j'ai demandé à ce brave homme ce que représentait pour lui ce plaisir, cet éjaculat. Il est parti en transe tout seul, en transe d'hypnose, parce que moi, je ne suis pas guérisseur, et il m'a regardée un moment avec le sourire et il m'a dit « *Des fleurs* ». C'était un cadeau, c'était magnifique. Moi je lui ai demandé « *Où est-ce que vous pourriez trouver des fleurs pour votre nouvelle compagne ?* »

« *Chez le fleuriste* »

« *Non, vous pouvez faire mieux que ça !* ».

Il est parti, il m'a raconté qu'il était dans la montagne, dans la prairie, qu'il cueillait de grands bouquets de narcisses.

J'ai dit « *Des narcisses, vous pouvez en prendre beaucoup. Il y avait plein d'autres gens qui en avaient, il y en avait plein dans la plaine.* »

Donc il a fait deux bouquets de narcisses et il a apporté ces narcisses sur la tombe de sa femme et à sa compagne.

Voilà pour conclure.

Merci aux guérisseurs et merci à Moussa de m'avoir donné cette ouverture d'esprit.

Discussion avec la salle

Modérateur : **Dr Olivier TAULÉRA**, médecin, hôpital Saint Louis

Merci aux intervenants. Maintenant la discussion est ouverte dans la salle.



Mr Francis Comblant :

Merci, je voudrais tout d'abord qu'on se mette d'accord sur une chose, comme avec le Pr Bouchaud qui tout à l'heure a dit qu'on ne voyait pas pourquoi on allait appeler cette sorte de médecins des ethnomédecins. En fait, il parlait d'être plus à l'écoute des patients.

Je pense que le terme d'ethnomédecine est inapproprié. Il faut éviter de le colporter, je pense qu'il faudrait être tous d'accord pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté et de confusion dans l'esprit des gens.

Deuxièmement, j'aurais espéré entendre des deux derniers intervenants que peut-être la pratique qu'ils ont eu, a permis d'améliorer sur un bilan plus objectif des choses nettes. Ce que j'ai reconnu finalement, c'est qu'en étant plus à l'écoute des gens, on soigne mieux, c'est le plus qu'apporte la médecine traditionnelle. Mais le fait de l'avoir un peu enveloppée dans un état d'étrangeté, c'est comme si vraiment la médecine traditionnelle n'était qu'une médecine mystérieuse, ésotérique. Elle est plus pratique, plus à l'écoute des gens.

Tout le discours avant, ça m'a confondu.

Il faut éviter d'emballer, de faire des amalgames, éviter des confusions comme pour le vaudou qui est complètement différent de cette médecine, on peut être en transe et avoir des problèmes.

Il faut éviter les confusions. Merci.

Dr Frédérique Kirsch-Noir :

Si je peux me permettre de répondre, je ne faisais que donner une expérience. Je n'ai aucun jugement à porter. C'est vrai que tout les patients maliens, africains, avec lesquels j'ai pu

travailler ont été vus par Moussa et son équipe. Je vous donne aussi l'expérience de ce que ça m'a apporté vis à vis des patients européens, et donc de ce que j'ai pu acquérir auprès de l'équipe. C'était une précision que je voulais vous donner.

Une personne du public :

Dr Kirsch-Noir, vous avez encore le bracelet ?

Dr Frédérique Kirsch-Noir :

Je l'ai toujours, mais comme il est cassé, je ne peux plus le porter en ce moment, mais je ne veux pas le jeter. Mais ce bracelet, je l'ai déjà donné à des patients qui voulaient me le réparer et le nourrir avec de l'encens. Je vais vous dire que je l'ai même porté un jour pour une intervention chirurgicale, je l'ai mis dans mon soutien-gorge parce que je n'ai pas le droit de le porter au bras. Une intervention où j'avais peut-être la trouille. Et la malade va bien.

Dr Moussa Maman :

Je crois qu'il n'y a pas que les blancs qui ont peur de la culture africaine. Il y a aussi les africains qui ne connaissent pas la culture africaine, qui sont paumés quand ils sont en face de leur propre image. Ça, ça fait peur. On a peur qu'on en parle parce qu'on ne connaît pas son image, on ne connaît pas son identité, on la découvre en même temps que les blancs.

Une personne du public :

Attendez, attendez, Dr. Faure, vous avez encore des visions, s'il vous plait ?

Mme Jacqueline Faure :

Non, non, j'en ai plus.

Une femme :

Alors, ça c'est une question de curiosité mais vraiment purement infantile, mais je veux la satisfaire. Vous allez m'excuser, je suis africaine de peau, mais c'est juste par curiosité. Effectivement je fais partie de ces africains qui découvrent leur culture en même temps que les blancs. C'est juste, si j'ai bien retenu la leçon, pour savoir si les deux tradipraticiens ont dépassé l'âge de 42 ans.

Mr Djibo Hamadou :

Moi, j'ai 47 ans, donc je dépasse les 42 ans.

Mr Ali Nameïwa :

Moi, j'ai 44 ans, je dépasse aussi les 42 ans.

Une personne du public :

Une question à Mme Faure. Vous avez fait une allusion à la psychanalyse à propos de l'entité des esprits. Quelle analogie, quel rapprochement peut-on faire entre cette entité- là et ce qu'on peut appeler en psychanalyse l'inconscient intergénérationnel. Et peut-être même aussi dans la même pratique, une autre question à propos de ce qu'a dit Mme Kirsch-Noir. J'ai beaucoup aimé cette phrase que vous posez à vos patients « *Qu'est-ce qui, en vous, pourrait avoir intérêt à ce que vous ne guérissiez pas ?* »

Dr Frédérique Kirsch-Noir :

Pas en vous. « *Qui pourrait avoir intérêt à ce que vous ne guérissiez pas* ». Ça peut-être en vous, ça peut-être à l'extérieur, une influence.

La même personne :

Mais on peut poser aussi la question « *Qu'est-ce qui, en vous, pourrait avoir besoin....* » Ça existe ?

Dr Frédérique Kirsch-Noir :

C'est nous occidentaux, qui disons ça. Avec l'hystérie, les explications analytiques. Ça existe, mais en général, là on n'a pas beaucoup de réponses de la part du patient.

Quand je le dis, c'est de la provocation, c'est vrai que cette question est totalement ouverte.

Je peux vous donner un exemple de patient qui a besoin d'un suivi psychologique, j'en ai beaucoup, certains vont voir le psy, mais je veux vous dire clairement que les chirurgiens ont plus de demandes de consultation que les « psy ». Ainsi, sur dix lettres que je fais, où je donne trois ou quatre adresses de psychologues ou de psychiatres, en fonction des pathologies, j'envoie un double de ma lettre au psychiatre ou à la psychologue à qui j'ai adressé le patient.

Il y a un patient sur dix qui y va vraiment. Il faut prendre en compte ces chiffres-là.

Même si je ne suis pas psychiatre, je vais dépister ceux qui ont un problème psychiatrique ou psychologique, je vais faire une lettre, je vais conseiller, mais seul un sur dix y va.

C'est pour répondre à la question sur l'aspect de la prise en charge psychologique. Comment ? Ça ne répond pas ? Ah, bon, d'accord !

Parmi les gens qui pensent qu'en eux, une part veut guérir et l'autre ne veut pas, certains ont déjà bien élaboré, bien travaillé sur cet aspect là de leur pathologie et vont y venir facilement, vous en parler éventuellement spontanément.

Ainsi, si l'on prend l'exemple de l'érection psychogène, il y a à peu près 50% des hommes qui admettent volontiers qu'il y a une pression psychologique et 50% qui sont dans le déni complet.

Il s'agit d'exemples de la pratique que j'ai, qui est limitée à certaines pathologies.

Pour ce qui est de l'influence des croyances, je prendrai l'exemple d'un antillais qui, un jour, est arrivé à ma consultation affolé, quasiment en état de panique. Il arrivait de Fort-de-France, en état de fuite, de panique, il quittait la Guadeloupe pour venir à Paris se faire soigner pour des douleurs abdominales.

Il avait été vu pour des coliques néphrétiques à Fort-de-France. Il venait de subir fibroscopie, coloscopie, scanner. Il revenait me voir parce qu'il avait encore des douleurs abdominales. Il ne s'agissait pas d'une colique néphrétique et le gastro-entérologue avait éliminé un problème digestif, il y avait quelque chose d'autre, de non palpable dans cet état de panique qui l'avait poussé à venir jusqu'à Paris, que je ne comprenais pas.

A cette question « *Est-ce que quelqu'un avait intérêt à ce que vous ne guérissiez pas ?* », c'est là, à Paris, qu'il a pu parler de la vieille et du vodou, de son ancienne compagne qui cherchait à lui nuire. Cet homme-là, si je lui parle en lui disant « *Tout ça c'est des salades* », il restera dans sa problématique, parce que lui, il subit une cette pression. Il est venu jusqu'en métropole, on a cherché ensemble la solution pour lui, c'était de retourner voir la vieille du village et son ami pour essayer de régler ces problèmes là.

J'aurais pu lui donner tous les médicaments que je voulais, le faire voir par tous les psychologues parisiens que je voulais, je ne suis pas sûre qu'on serait arrivés à le calmer, à l'apaiser et à répondre à cette demande.

Je crois qu'il y a souvent de tels cas, comme avec les patients africains, comme la notion d'attachement par le cadenas. C'est des choses dont on ne parle pas et qui concernent ces hommes qui sont devenus impuissants, même si j'ai des explications médicales, (diabète, maladies vasculaires, et autres). Si cet homme est persuadé que son ancienne compagne qui lui en veut, qui l'a trompé, a fait l'envoûtement du cadenas, si on ne travaille pas avec le féticheur, le guérisseur de son ethnie, cet homme ne va pas se libérer. Il restera toujours dans son arrière-pensée. Moi, j'appelais ça angoisse de performance avec les outils que j'avais

appris. Lui, il vit ça comme un état d'envoûtement, si je lui parle d'angoisse de performance, ça ne lui va pas du tout.

Une personne du public :

Dr. Faure parle du monde des esprits ?

Modérateur : Dr Olivier Tauléra :

Moussa, tu peut ajouter quelque chose ?

Dr Moussa Maman :

En fait, il est difficile ici de répondre à la question posée. Que sont les esprits pour nous, tradipraticiens ? Esprits, c'est quelque chose qui a des facettes. Vous avez des bons esprits, et des mauvais esprits. Vous avez des esprits qui jouent de bons tours, ou de mauvais tours. L'esprit n'est pas un objet qu'on peut toucher. L'esprit n'est pas un halo. Ce n'est pas une lumière qu'on peut voir comme ça. Si vous voulez, prenez l'esprit comme l'inconscient : vous, vous dites inconscient. Le matin vous vous levez, vous trébuchez, vous vous dites que vous venez de faire un acte manqué, nous, nous dirons que c'est un esprit qui nous qui a fait ça. Ainsi, le mot « esprit » pour nous c'est comme l'inconscient : on ne le touche pas, on ne parle pas avec lui, mais il est là, pas très loin et nous joue de bons comme de sales tours. Imaginez l'esprit comme l'inconscient des psychanalystes.

Quelqu'un a demandé si les guérisseurs avaient 42 ans. Vous, les occidentaux, je suis désolé, vous prenez tout à la lettre. Nous ne sommes pas allés loin dans les explications, j'ai donc dû résumer, quand je vous ai parlé des 42 ans de formation, je n'ai pas eu le temps d'expliquer pourquoi, 42 ans. Voilà, c'est ça les différences culturelles. Les occidentaux ont du mal à supporter quelque chose qui n'a pas de recette. C'est pour cela que les médecines traditionnelles africaines posent des problèmes. Puisque ici, en médecine, on est habitués aux protocoles thérapeutiques, un diabétique voilà, on sait ce qu'il faut faire et on l'applique. Dans la médecine traditionnelle, ce n'est pas comme ça. Certes, il y a des protocoles thérapeutiques. Par exemple, dans le cas du diabète, on peut identifier quelqu'un qui est diabétique. Mon grand-père, qui m'a formé, avait reçu un malade. Je ne sais pas ce qu'ils s'étaient dit, mais il m'a demandé de prendre une calebasse toute neuve avec un couvercle. Le soir, il m'a dit, « *Dis au malade à pisser dans la calebasse.* » J'y suis allé, je lui ai donné la calebasse, il a uriné, je suis retourné voir mon grand-père « *Bon ; voilà. J'ai fini ce que tu m'a commandé* ». Il m'a ensuite demandé de couvrir la calebasse, et de la déposer sous l'arbre sacré. J'y suis allé. J'ai déposé la calebasse. Le matin, il m'a dit d'aller voir. J'y suis allé, j'ai ouvert, j'ai trouvé qu'elle était est pleine de fourmis. Ce malade avait la maladie du sucre, mon grand-père avait posé son diagnostic, il avait un protocole. Je vois que vous êtes contents : dans ce cas il y avait une recette. Mais il y a d'autres choses en dehors des plantes. Vous voyez, ce n'est pas parce qu'on connaît, qu'il y a toujours une recette. Ce sont ces autres choses que la médecine traditionnelle ne donne pas à tout le monde.

Je vous remercie.

Une personne du public :

Il y a une question je voudrais poser qui concerne tous les petits enfants noirs de parents africains qui naissent en France. En fait, ce ne sont pas tellement des africains parce qu'ils ne connaissent pas leur culture. Vont-ils avoir aussi des troubles que les médecins ne vont pas pouvoir traiter ?

En France aussi, il y a des tradipraticiens. Moi, je connais plusieurs guérisseurs. Je voulais savoir quel rapport avaient les tradipraticiens africains avec les tradipraticiens français. En

effet, je pense qu'au bout d'un moment, les patients vont passer des tradipraticiens français aux autres tradipraticiens.

Dr Agnès Giannotti :

Je suis médecin généraliste, et je trouve que je suis purement dans ma tradition culturelle du soin. Actuellement, en occident, la culture rationnelle et scientifique est la culture prégnante. Je considère que la médecine occidentale est devenue la médecine traditionnelle dans nos pays.

Dr Moussa Maman :

Concernant la problématique de la deuxième génération, vous savez ce qu'on dit chez moi ? Un jour, j'ai demandé à mon grand-père ; je fais toujours référence à mon grand-père parce que c'est lui qui m'a fait, mais il parlait beaucoup : « *Mais pourquoi ces malades se sont-ils mis en transe ?* » Il m'a répondu : « *Ecoute mon petit, ce qui se réveille en lui existe depuis 2000 ans. Ne pose pas cette question parce que ce qui a fait l'origine de tes arrières grands parents et de tes arrières arrière grands-parents, sera toujours en toi, même si tu as vécu 2000 ans.* » Donc, quelqu'un de la deuxième, troisième ou quatrième génération a toujours quelque part en lui quelque chose de ses origines. Un autre jour, mon grand père me dit autre chose. Nous étions dans une pirogue, j'étais derrière, on arrive au bord du fleuve. Il y a un grand arbre avec des fruits, un très bel arbre. Je mange, et il me dit, « *C'est bon ?* »

Je lui répond : « *C'est bon.* »

Il ajoute : « *Écoute, regarde mon petit, regarde cet arbre. Tu vois comme il est grand ?* » J'ai dit « *Oui* ».

« *Tu vois comme ce fruit est rouge ?* »

« *Oui.* »

« *Alors, mon petit, je vais te dire une chose, la beauté de l'arbre vient de sa racine...* »

Une personne du public :

En France, beaucoup de gens font appel aux médecines parallèles, aux médecines douces. Et ce qui ressortait au début des différentes interventions, c'est la notion de complémentarité. Cet esprit d'ouverture qui a été apportée par ces rencontre à des médecins occidentaux.

Mr Ali Nameïwa :

Donc, la complémentarité, en ce qui me concerne, entre la médecine traditionnelle et les médecins modernes c'est que certaines maladies nécessitent des analyses, des maladies où il ne faut pas directement s'engager, mais où il faut passer directement par les analyses médicales. Ça, c'est un complément pour nous.

Quand nous allons dans les hôpitaux, les médecins occidentaux nous présentent les malades et nous demandent ce que nous pouvons faire. Nous arrivons à travailler ensemble, le fait de nous permettre de dire quelque chose par rapport à un malade, je trouve que c'est vraiment très bien et c'est un complément. Au départ, je ne croyais pas ça possible.

Ce que nous avons trouvé en arrivant ici, nous l'avons déjà évoqué au départ, c'est l'acceptation des médecins modernes. En ce qui concerne la collaboration avec les médecins modernes, je trouve qu'ils ont le courage de comprendre que telle ou telle maladie dépasse leurs compétences, et en même temps, au lieu de les garder chez eux et de faire des soins qui ne sont pas appropriés, ils amènent ou orientent les malades vers les centres de santé où ils pourront trouver les remèdes.

Le fait de vivre ensemble avec les médecins occidentaux m'a permis, me donne l'audace, la force d'aborder n'importe quel malade (guinéens, français, etc.), je n'ai plus peur d'aller vers les malades. C'est un avantage pour moi. C'est très important.

Conclusion

Synthèse du Colloque-anniversaire des 20 ans d'URACA

Par le **Dr Berthe LOLO**, Psychiatre



URACA nous a conviés à célébrer avec elle son 20^e anniversaire. 20 ans d'expérience en santé communautaire.

C'est une année symbolique. URACA, adulte ? La majorité en France est à 18 ans, en Afrique, elle est encore à 21 ans. Disons donc presque adulte.

Les interventions des quatre tables rondes nous ont permis de réfléchir à nouveau sur la prise en charge des migrants et de la maladie tout court.

Que retenir de ces tables rondes ?

1^{ère} table ronde animée par Mme Bernadette Rwegera, Directrice d'IKAMBERE.

Mme Catherine Chardin, chargée de mission au Ministère de la santé nous a relaté son histoire affective et professionnelle avec l'URACA. 20 ans déjà, des soirées à thème, des expositions, des actions sociales concrètes sur les maladies, souvent assez spécifiques telles que le sida, le saturnisme, l'accompagnement des malades en général et la prévention. L'URACA reste une association qui ne se sclérose pas malgré son âge, présentant toujours des projets nouveaux. C'est une association qui agit, réfléchit et rend compte des connaissances sur la santé des malades et de leur sexualité. C'est un lieu d'échange et d'observation critique, un lieu de convivialité entre professionnels qui résident en France ou en Afrique, un lieu de formation continue pour les médecins et les équipes soignantes.

L'URACA oeuvre par le biais des médiateurs sociaux, Mme Aissatou Gnabaly et Mr Mamadou DIARRA nous ont présenté les défis et les enjeux de la prévention du sida dans les communautés africaines en France.

Mr Diarra nous a rappelé les difficultés rencontrées dans les actions mises en place dans les foyers en 1991 autour du déni de la maladie. Il a fallu la réalité de la maladie par l'apparition des premiers cas de maladie dans les foyers, et surtout la disponibilité des trithérapies pour que l'action de médiation et de prévention prenne tout son sens. Cette action s'est développée dans les foyers et les lieux culturels classiques mais également dans le quartier de la goutte d'or et, depuis 6 mois, au sein des associations féminines et des tontines.

L'action des médiateurs ne va pas sans difficultés dont les principales sont:

- la méfiance des femmes
- la difficulté pour les femmes d'imposer le port du préservatif au conjoint et le dépistage
- la difficulté de parler de sexualité entre parents et enfants

Ces difficultés soulignent le fait que le système traditionnel est souvent dépassé par la maladie et la mort, la trithérapie devient un soutien pour la prévention du sida.

2^{ème} table ronde animée par le Dr Catherine Leloutre-Guibert, Psychiatre au Mans

Cette table ronde a abordé le problème concret du partenariat avec l'Afrique autour des thèmes de la santé et du développement.

Mr Ibrahim Yacouba, coordinateur au Bénin des actions d'URACA a parlé de son travail de prévention du sida notamment au sein des groupes de jeunes et des associations de femmes. Des activités génératrices de revenus sont facilitées, la scolarisation des petites filles est encouragée par l'achat de fournitures scolaires. Les actions d'URACA sont appréciées par la population et elle évoluent malgré quelques difficultés avec l'administration locale.

Le 2^o exposé est présenté par le Dr Francis Dayre, médecin généraliste à Evry. Son diaporama nous a montré les liens entre son association le SAAM et les associations burkinabaises, et surtout les champs d'intervention autour de l'éducation, de la santé avec le problème de l'eau potable, les latrines, l'équipement médical, les IST, etc.

Le dernier intervenant le Dr Knipper, Président d'Interplast France a partagé avec nous son regard surpris sur l'universalisme de la maladie et le respect que cela impose au sujet, qu'il soit blanc ou noir. Nous, les soignants, sommes prêts à donner ce que nous avons, mais ne serait-il pas préférable de ne donner que ce que demande l'autre ? Mais que demande l'autre ? Guérir, mais guérir de quoi ?

La 3^{ème} table ronde a abordé la question des soins aux migrants. Faut-il opposer les cultures ?

Il ne s'agit pas de cela dit le Pr Sereni. Les obstacles existent extrinsèques et intrinsèques, souvent surmontables, mais il faut insister sur l'incidence de la notion de temps. De quel temps s'agit-il ? de quel corps s'agit-il ? et de quelle santé ? Quel type de contrat entre soignant et soigné ?

Le Pr Bouchaud a insisté sur la mise en place de la consultation d'ethnomédecine qui ne devrait pas être considérée comme une consultation spécialisée faite par des spécialistes, mais plutôt un outil qui autorise à rencontrer l'autre, le patient, comme un être à part entière, un tout que je ne connais pas et qui m'aidera à comprendre et à asseoir la médecine que j'ai apprise

pour lutter contre la souffrance, la douleur et la mort. "Les malades m'ont aidé à me construire en tant qu'être vivant". C'est donc un devoir déontologique que regarder le malade comme un autre pour pouvoir adapter son savoir et le compléter.

Le Dr Maman, héritier de plusieurs enseignements a insisté sur le fait que le guérisseur travaille sur les 3 dimensions de l'être. Mais le guérisseur n'est qu'un passeur, un accompagnateur, un peu comme le médecin occidental, mais différemment.

Pendant la 4^e table ronde Mr Djibo Hamadou et Mr Ali Nameïwa, les deux tradipraticiens invités nous ont fait part du retentissement que le fait de participer aux rencontres d'ethnomédecine avait sur leur façon de travailler. Auparavant, ils n'imaginaient pas qu'une coopération avec les médecins était possible, mais après avoir collaboré avec différentes équipes des hôpitaux parisiens, en rentrant au Bénin, ils ont également commencé à travailler avec les équipes médicales locales.

Mme Jacqueline Faure, nous a expliqué la difficulté que l'on peut vivre lorsque l'on va à la rencontre d'une autre culture, en particulier les expériences d'étrangeté qui ne laisse pas indifférent ceux qui s'y aventurent. Le Dr Kirsch-Noir nous a entraîné dans un voyage-aventure par le biais de son bracelet de cauris et de l'association URACA qui lui a permis de découvrir l'autre et surtout la prise en charge globale.

Comme disait le Pr Sereni, c'est important de continuer à réfléchir sur cette prise en charge globale du patient migrant ou pas, et de la place des uns et des autres soignants.

Recherche Documentaire



"La santé communautaire bien comprise"

Article du 09-Jan-2006 par **Serge CANNASSE**

Les 20 ans de l'association Uraca

« Ne confondons surtout pas communautaire et communautarisme : ils sont le contraire l'un de l'autre. Dans la démarche de santé communautaire, chacun fait un pas vers l'autre, avec respect. Respect est le maître mot. » D'emblée, Alexis Sarki a donné le ton pour la journée des 20 ans de l'association qu'il préside, l'Uraca (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines).

DANS LE JARGON de la santé publique, la santé communautaire est une approche populationnelle (ici, les migrants africains), impliquant la participation active de la population concernée, à propos d'un problème majeur de santé (ici, le sida et l'infection par le VIH). Ensuite, les choses se compliquent, parce que rien n'est tracé d'avance. En effet, si l'on tient à prendre « *le patient dans sa globalité* », pour reprendre un autre jargon à la mode, alors il faut s'intéresser à son mode de vie, à sa culture, à ses liens. A plus forte raison si l'on tient à faire de la prévention. De fil en aiguille, on se retrouve à faire beaucoup de choses. Bien entendu, « on » n'est pas quelqu'un, une personne isolée : ce sont des personnes qui, avec le temps, ont appris à travailler ensemble et ne sont pas tous des professionnels de la santé, mais aussi des médiateurs et des bénévoles.

Rassembler les bonnes volontés. L'Uraca, c'est d'abord une formidable force de rassemblement des bonnes volontés autour d'objectifs communs, avec un état d'esprit qui allie convivialité, rire (ici, le travail sociosanitaire n'est pas triste), respect, donc, apprentissage de l'autre avec l'autre, sur des problématiques variées. Les ressources des deux cultures, occidentale et africaine, sont sollicitées. Comme l'a expliqué le Pr Daniel Sereni (hôpital Saint-Louis, Paris) : « *L'essentiel est de guérir. Si, pour cela, il faut aussi lever un sort, eh bien, levons le sort!* » Mais que l'on ne s'y trompe pas : le travail n'a rien de folklorique. Chacun expérimente l'étrangeté de la culture de l'autre : la psychologue (Jacqueline Faure, hôpital Tenon, Paris) raconte son désarroi devant les méthodes africaines, et l'Africain, son étonnement, parce que, en France, les adultes ne se sentent pas responsables de tous les enfants. Chacun expérimente aussi la profonde identité entre les arts de soigner, y compris parfois sur les techniques, comme le rapporte le Dr Patrick Knipper, chirurgien plasticien (hôpital Saint-Antoine, Paris).

« Bien, dit le lecteur impatienté, mais où est la lutte contre le sida dans tout ça ? » Partout. C'est le repas africain apporté par des bénévoles au patient hospitalisé. La consultation avec un tradipraticien ou un médecin africain dans un service de médecine interne. Les médiateurs qui passent inlassablement dans les salons de coiffure pour parler de la maladie, tandis que, en Afrique, leurs collègues passent l'information aux piroguiers, aux griots et aux « journaux parlants », les bavards officiels qui transmettent les nouvelles. Une plaquette expliquant la maladie. Les réunions expliquant l'utilité des préservatifs et combattant l'idée qu'ils sont réservés aux époux infidèles. Le dispensaire ouvert dans un village. Le puits creusé à 60 m de

profondeur, parce que les maladies infectieuses sont quand même les plus fréquentes et se transmettent d'abord par l'eau. La possibilité de garder des liens avec les siens restés en Afrique ou en France. La liste est encore longue.

«La finalité de notre action, c'est de donner aux gens ce qu'ils veulent, et non pas forcément ce que l'on a envie de leur donner», dit le Dr Moussa Maman, fondateur de l'Uraca. «Nous faisons le lien entre les deux cultures. Notre arme, c'est la culture.»«Ce qui ne signifie pas que c'est leur culture qui empêche les gens de se soigner, ajoute le Pr Olivier Bouchaud (hôpital Avicenne, Bobigny). Les conditions sociales passent toujours avant. Le sida accompagne la misère.»

Au terme de cette journée anniversaire, le plus étonnant est ce qu'ont dit tous les professionnels de santé « blancs et Français de souche » : merci. Comme l'a dit le Dr Frédérique Kirch-Noir (hôpital des Invalides, Paris) : «J'ai appris des choses sur moi-même, sur mes patients africains et sur mes patients français, parce que la qualité de mon écoute a changé.» Le Pr Bouchaud a eu cette phrase magnifique et étonnante : «L'Uraca m'a aidé non seulement à être plus efficace, mais aussi à me construire en tant qu'être vivant.»

> Serge CANNASSE

Remerciements

L'URACA remercie :

Les Organismes

suivants sans lesquels nos actions en France n'auraient pu être réalisés :

DASS de PARIS
DGS
INPES
Ville de PARIS
Fondation MARC
Fondation de FRANCE
Préfecture de PARIS
ECS
CRAMIF
DRASS
FAS

Ainsi que la **Ville de PARIS** et la **Fondation MARC**
qui nous ont permis de concrétiser nos actions en Afrique.
La **Fondation AXA « Atout cœur »** qui a participé à la réalisation de cette journée.

Les Intervenants :

Docteur Bernard BASSET
Mme Bernadette RWEGERA
Mme Catherine CHARDIN
Docteur Catherine LELOURE-GUIBERT
Docteur Francis DAYRE
Docteur Patrick KNIPPER
Docteur Berthe LOLO
Professeur Daniel SERENI
Professeur Olivier BOUCHAUD
Docteur Olivier TAULERA
Mr Djibo HAMADOU
Mr Ali NAMEÏWA
Mme Jacqueline FAURE
Docteur Frédérique KIRSCH-NOIR

Mesdemoiselles :

Florence MIROUX (bénévole)
Chiara STRANGIS (stagiaire)
Helena CHOPYAK (stagiaire)
pour la retranscription des interventions et débats,
sans qui cette publication n'aurait pas vu le jour...

Et toute l'Équipe de l'URACA.

Crédits photos :

Serge CANNASSE
Agnès GIANNOTTI

→ **Les publications URACA** sont disponibles à :

URACA

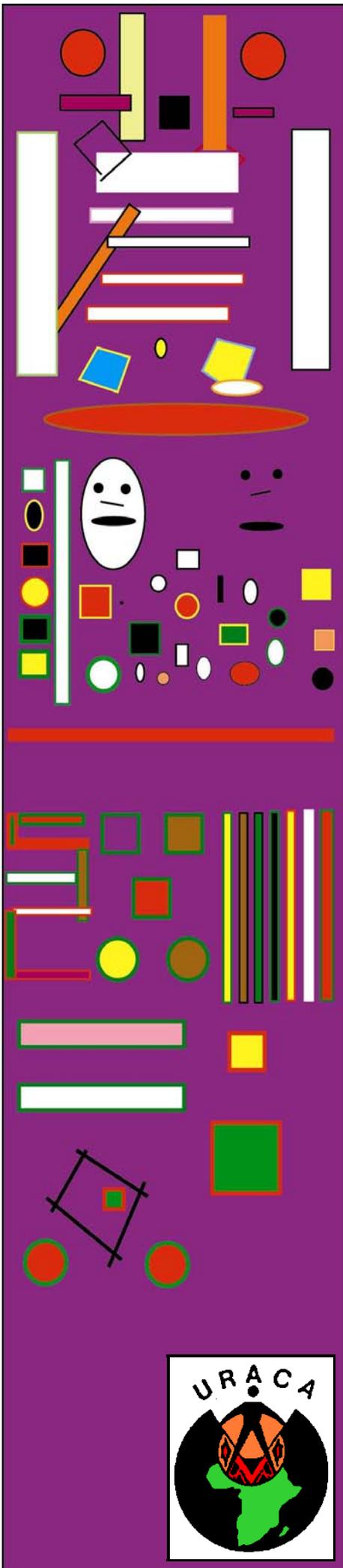
33 rue Polonceau
75018 Paris

Email: association.uraca@wanadoo.fr
Site: www.uraca.org



CAHIER N° 13

URACA : 20 ans d'expérience en santé communautaire
Cultures africaines et santé publique en France et en Afrique
Décembre 2005



URACA - Unité de Réflexion et d'Action des Communautés Africaines
33 rue Polonceau - 75018 Paris
Tél. 01 42 52 50 13 - Fax 01 44 92 95 35
Email : association.uraca@wanadoo.org
Site : www.uraca.org

Édition : URACA - version web