



RAPPORT D'ACTIVITE 2004



Action en France

Action en Afrique



Sommaire

- p 3 I Introduction : Bilan et files actives

Nos actions en France

- p 15 II Action de prévention sanitaire et sociale globale
Dans le quartier de la Goutte d'Or
- p 31 III L'assemblée des femmes solidaires contre le sida
- p 43 IV Groupes de parents-relais originaires d'Afrique sub-saharienne
- p 55 V Prévention primaire du sida en Ile de France, ateliers itinérants de
Prévention dans les communautés africaines
- p 71 VI Prévention du sida au niveau national
- p 79 VII Soutien des personnes touchées par le VIH
- p 93 VIII Action de solidarité communautaire aux malades hospitalisés
- p 105 IX Action de prévention globale dans les foyers de travailleurs migrants
À Paris
- p 139 X Rencontres d'ethnomédecine pour la formation des professionnels au
counselling des malades du sida originaires d'Afrique sub-saharienne
- p 155 XI Mission de lutte contre le saturnisme
- P161 XII Action de prévention collective contre le saturnisme

Nos actions en Afrique

- P 167 XIII Actions de prévention au Bénin et au Niger
- P 197 XIV Micro-projets générateurs de revenus

I. INTRODUCTION

L'URACA aura 20 ans en 2005. Les projets se sont diversifiés au fil des ans et intensifiés aussi bien en France qu'en Afrique.

L'URACA continue à innover et à mettre en place de nouvelles actions comme la prévention au niveau national ou la prévention collective dans le cadre du saturnisme. Le travail réalisé est de grande ampleur compte-tenu de la taille de notre équipe.

➤ En France :

11 projets différents ont été réalisés en 2004 qui ont concerné plus de **12 500 personnes**. Parmi celles ci 1484 intervenants médico-sociaux.

L'analyse des files actives touchées par nos actions donne des indications sur la composition du public de notre association.

	Nombre de personnes
Public africain non lié au HIV	1 361
Personnes touchées par le HIV	614
Professionnels non liés au HIV	644
Professionnels liés au HIV	840
Actions de prévention	9 056
File active totale	12 515

➤ En Afrique :

Suivant la même méthodologie et s'appuyant sur une dynamique communautaire L'URACA innove aussi en Afrique. Partant d'un petit village il y a 15 ans, les actions se sont progressivement étendues sur les deux rives du fleuve Niger, au Niger et au Bénin, et intensifiées.

Les interventions comprennent des soins de santé primaire, des actions très intensives de prévention du sida et des actions de lutte contre la pauvreté sous la forme de micro-projets générateurs de revenus. Début 2005 une évaluation approfondie de ces actions a été réalisée, elle est reproduite dans ce rapport d'activité.

Tableau récapitulatif des actions de développement menées en 2004

	Total
Nb de groupements	106
Nb de femmes	1427
Banque céréalière 2003	53
Banque céréalière 2004	51
Jardins 2003	14
Jardins 2004	11
Moulins 2004	17
Trous à Poissons 2004	16

Plus de 1400 femmes ont été directement aidées par les actions de développement, sans compter, celles qui en auront bénéficié sans faire partie des groupements gestionnaires des projets.

Tableau récapitulatif des actions de prévention menées en 2004

Activité	Nombre de personnes
Consultations au centre de soins et de santé de Bello Tounga	1423
Evacuations sanitaires	88
Maison de prévention	1500
Ateliers de prévention itinérants dans l'arrondissement de Karimama	1332
Ateliers de prévention itinérants dans les villages riverains	4000
Ateliers de prévention dans les marchés	2800
Ateliers de prévention dans les marchés de bétail	2500
Animations publiques dans les villages	5305
Prévention au Niger	6922
Prévention par les femmes de Karimama	1200
Réunion des marabouts	63
Réunion des guérisseurs traditionnels	57
Soro	2000
Lutte traditionnelle	3800
Réunion des femmes	450
Konkomba	234
Total	33674

Si l'on imagine que certaines personnes ont pu être incluses dans l'action à plusieurs reprises c'est en tout cas certainement plus de 10 000 personnes différentes qui auront été sensibilisées au cours de l'année 2004.

L'ensemble de ce travail a pu être mené à bien grâce au soutien des organismes suivants :

DASS de Paris

Ville de Paris

Fondation Marc, Fondation de France

Préfecture de Paris

INPES

ECS

CRAMIF

DRASS

FAS

A. Les activités d'URACA en France entre 2000 et 2004

		200 0		200 1		200 2		200 3		200 4	
		nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.
Accueil global	Accueil social	611	2385	659	2270	921	3416	497	1491	315	560
	accompagnants	76	110	81	114	56	191	87	218		
	téléphone	862	4157	979	4420	1239	3131	1465	3324	1480	4211
	Médiations	105	204	84	166	126	127	41	43	72	80
	Cons ethnopsy	78	267	58	190	92	341	67	216	95	290
	Cycle/conf	181	5	146	3	2	87	247	3	160	2
	Partenariat	63	34	328	83	157	64	170	72	75	66
	Formations	4	4	162	17	23	10	156	6	141	12
	Total	1980	7166	2497	7263	2616	7367	2730	5373	2338	5221
Aide à l'intégration des jeunes de la 2^e génération	Suivis familles	13	60	26	67						
	Suivis ados	17	59	9	42						
	Médiations	68	124	62	103						
	Ateliers										
	Aide/devoirs	40	34	60	35						
	Partenariat										
	Total	138	277	157	247						
L'assemblée des femmes	Samedi	42	39	95	52	164	49	143	50	127	50
	Couture	38	180	46	192	65	198	63	192	76	176
	Initi. français			11	26	10	21	12	24		
	Informatique	5	30	6	21	19	57	4	23	12	28
	Poésie	5	5	7	8	17	12	15	7	10	5
	Enfants	110	39					14	48		
	Défilé de mode					35	15	25	36	30	48
	Chorégraphie									12	24
	Théâtre			32	12	43	10	32	16	35	48
	Total	200	293	197	311	353	362	308	396	302	379
Réseau parents-relais	Supervision	18	6	20	4	10	3	10	4	3	7
	parents et jeunes	79	22	97	21	60	9	47	8	62	13
	Total	97	28	117	25	70	12	57	12	65	20
Prévention HIV, IST	Supervision	17	4	23	4	25	2			27	192
	Ateliers	1094	157	1383	241	867	140	764	177	2803	317
	1 ^{er} décembre					200	1	220	1	152	1
	Public précaire	2500	450	2550	447	2095	247	2230	350	686	686
	national							50	20	310	46
	Total	3611	611	3956	745	3187	390	3264	548	3978	1242

		200 0		200 1		200 2		200 3		200 4	
		nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.	nb pers	nb int.
Counsel- ling et soutien aux personnes touchées par le VIH	Accueil social	41	155	76	284	101	334	55	554	227	1102
	accompts.	21	63	72	142	49	170	47	140	47	141
	téléphone	214	947	332	1030	295	929	360	1523	690	3125
	Médiations	44	99	41	83	39	46	36	21	102	174
	Cons. Ethopsy	31	85	28	71	41	78	21	62	39	63
	Partenariat	82	24	93	33	108	26	138	34	205	19
	Formations	108	17	153	24	202	9	401	10	103	5
	Informatique	41	120	30	41	45	53	5	25	5	34
	Total	582	1510	825	1708	880	1645	1063	2369	1418	4663
Soutien	repas hopital	107	325	194	1222	311	1114	240	1129	211	1086
Communa- litaire	Total	107	325	194	1222	311	1114	240	1129	211	1086
Rencon- tres d'ethno- médecine	Professionnels	108	100	169	110	29	130			164	10
	Colloque Bénin			16	20						
	Malades	80	139	68	149	68	158			22	44
	Total	188	239	253	279	97	288			186	54
Préven- tion globale foyers	Marc Seguin			250	53	350	1183	413	492	592	318
	Professionnels			21	31	19	5	21	25	19	19
	Fontaine au Roi			169	40	250	1060	180	235	515	227
	Professionnels			17	33	22	12	7	3	3	3
	Total			457	157	641	2260	621	755	1129	567
Mission	Familles					299	322	4102	872	4323	2360
Saturnisme	Professionnels					70	320	102	212	105	156
	Total					369	642	4204	1084	4428	2516
Saturnisme	Familles									45	3
Prévention	Professionnels									99	5
Collective	Total									144	8
Total Général		6903	10449	8653	11957	8524	14080	12487	11666	14370	15612

Ce tableau récapitulatif donne un reflet global de l'activité de l'association. Les totaux du nombre de personnes n'indiquent pas une file active réelle, cette analyse étant faite dans le chapitre suivant, mais ils permettent de comparer l'évolution de l'action.

B. Le public d'URACA en France en 2004

L'analyse de la file active du public ayant bénéficié des interventions de l'URACA consiste pour nous à déterminer le nombre réel de personnes différentes (étant donné qu'une personne peut être comptabilisée dans les différentes actions). Elle se décompose en 5 catégories de public distinct: le public africain concerné par le VIH ou non, les professionnels spécialisés dans le VIH ou non, et le public touché par les actions de prévention.

1. File active de l'ensemble du public africain reçu à URACA en 2004 pour des actions non liées au HIV :

Tableau récapitulatif du nombre de personnes ayant bénéficié de chacun des services offerts, et nombre de services différents auxquels elles ont fait appel

	1 service	2 services	3 services	4 services	Total
médiations	25	29			54
accueil social		310	4	1	315
ethnopsychiatrie		92	3		95
téléphone	720	520	7	1	1248
assemblée des femmes	32	37	4	1	74
soutien communautaire	11	5	3	1	20
cycle de conférences	20	97			117
Total	808	1090	21	4	1923
File active	808	545	7	1	1361

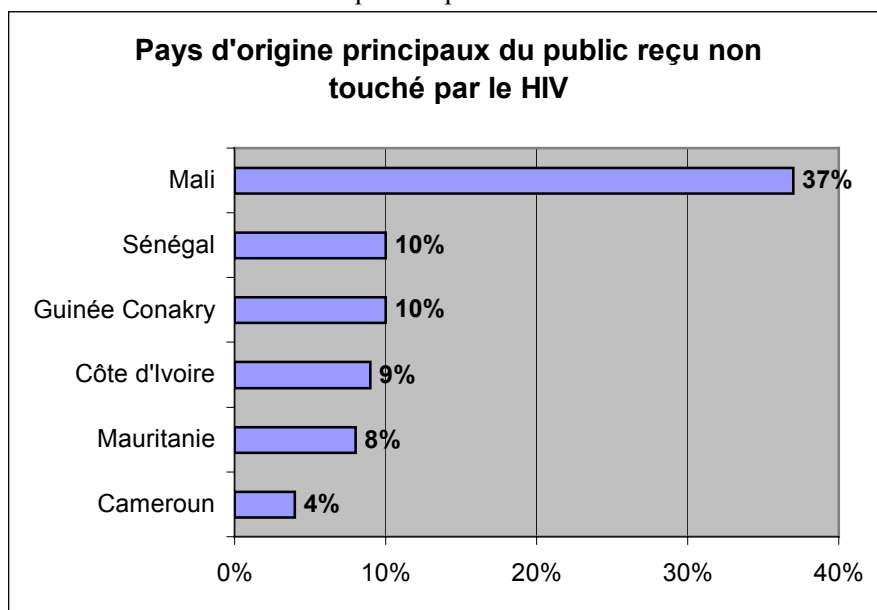
En 2004, 1361 personnes africaines différentes non touchées par le VIH ont fait appel à nous. En général, elles sont utilisatrices de l'un des services et de la permanence téléphonique. Dans les années antérieures, nos moyens humains nous permettaient de faire des accompagnements des personnes les plus en difficulté, ce qui n'est plus le cas en 2004 pour le public n'ayant pas de problème de santé. Cela a contribué à diminuer le nombre de services différents auxquels le public a accès.

Nous avons reçu à peu près autant de femmes (52%) que d'hommes (48%).

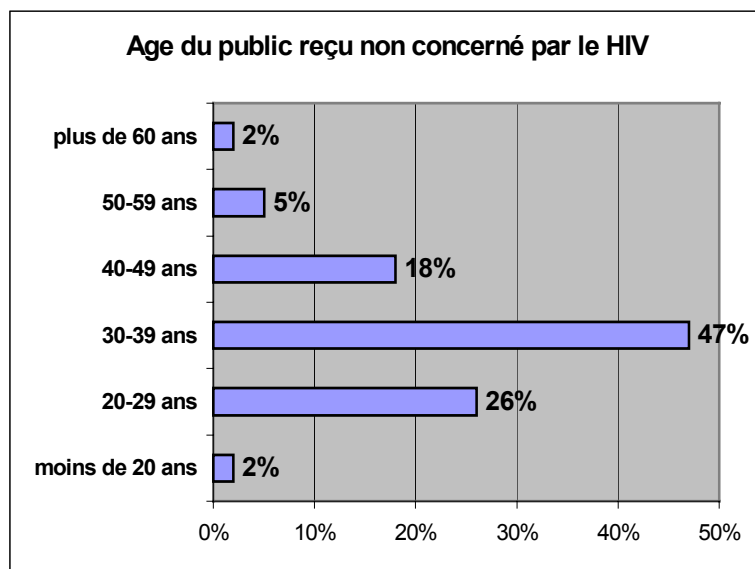
La plupart des personnes qui viennent à URACA ont entre 25 et 45 ans.

Le public dans son ensemble est originaire de 33 pays. 78% des personnes sont originaires de 6 pays: le Mali, le Sénégal, la Guinée Conakry, la Côte d'Ivoire, la Mauritanie et le Cameroun.

Ensuite viennent par ordre décroissant: la France 2.4%, l'Algérie 2.4%, La RDC 2.2%, Haïti 1.4%, le Bénin 1%, la RCA 1%, le Niger 1%. Puis quelques personnes isolées viennent de: Nigéria, Togo,



Maroc, Guinée Bissau, Comores, Angola, Sierra Léone, Gambie, Burkina Fasso, Tunisie, Ghana, Gabon, Cambodge, USA, Géorgie, Libéria, Madagascar, Inde, Congo Brazzaville, Antilles françaises.



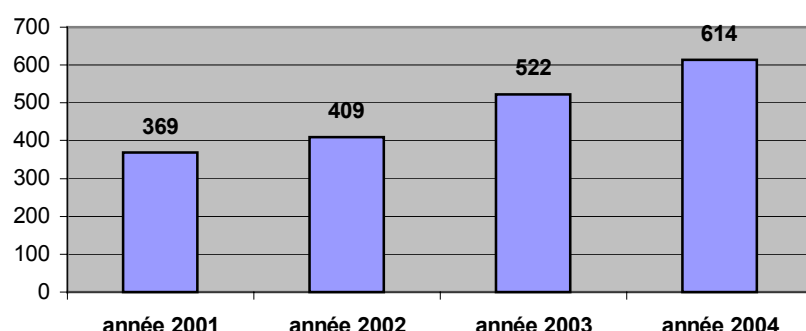
La majorité du public reçu 91% a entre 20 et 50 ans.

2. File active des patients HIV + ayant bénéficié d'une ou de plusieurs actions mises en place par URACA

Tableau récapitulatif

	1 service	2 services	3 services	4 services	5 services	6 services	Total
médiation	14	37				1	52
téléphone	56	313	56	22	4	1	452
accueil social		166	45	10	4	2	227
Ethno-psychiatrie	10	9	7	8	3	2	39
Ethno médecine	7	6	5	1	1	2	22
repas hôpital	82	108	13	3	3	2	211
assemblée des femmes	8	28	6	11			53
Informatique			2		3		5
accompagnement			35	9	2	1	47
cycle de conférences	13	15	8	8		1	45
Total	190	682	177	72	20	12	1153
File active	190	341	59	18	4	2	614

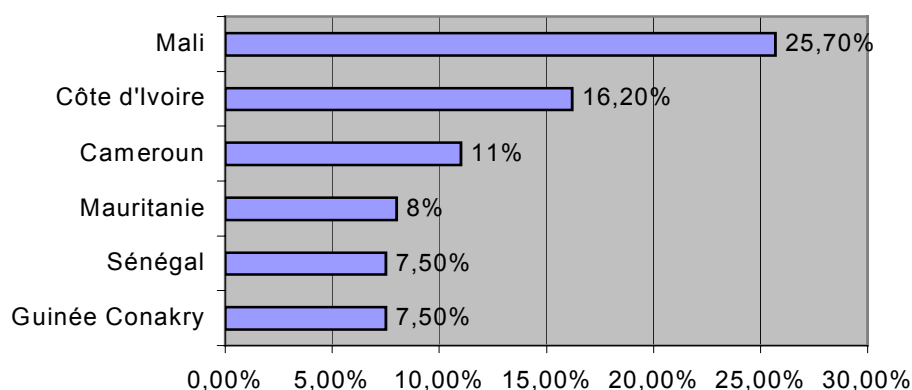
Evolution de la file active des personnes touchées par le HIV ayant bénéficié des services d'URACA



La file active des personnes touchées par le HIV bénéficiant des services d'URACA croît régulièrement depuis 2001 témoignant de l'augmentation de l'incidence de cette épidémie au sein des communautés africaines.

Les patients viennent de 28 pays différents. 75% de ces personnes viennent de 5 pays : Mali, Côte d'Ivoire, Cameroun, Mauritanie, Sénégal et Guinée Conakry.

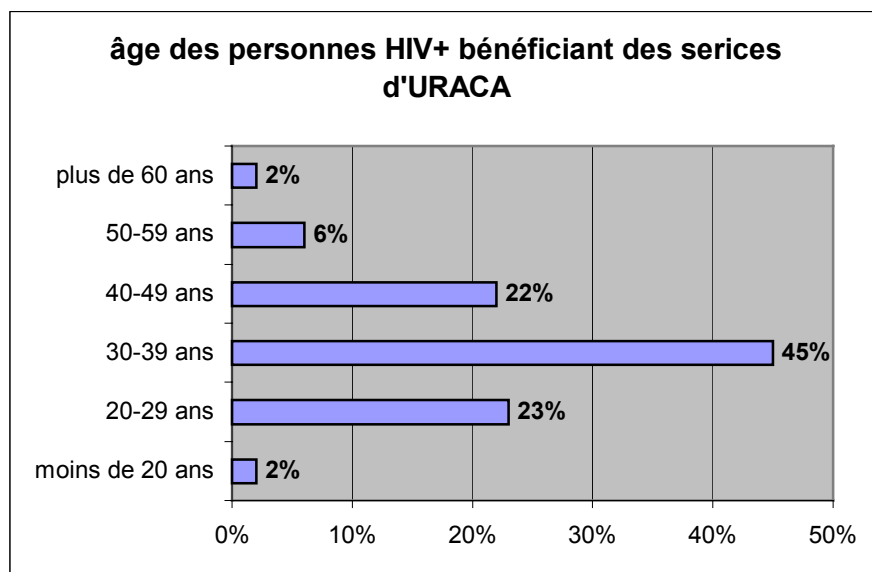
Principaux pays d'origine des personnes HIV + suivies à URACA



Cette donnée s'est modifiée depuis 2003, les congolais passant de 13% à 5.5%, alors qu'au contraire, les Mauritaniens sont passés de 2.70% à 8%, et les Guinéens de 5% à 7.5%.

Viennent ensuite par ordre décroissant: RDC 5.5%, Congo Brazzaville 3.4%, Antilles françaises 3%, Burkina Faso 2%, Bénin 1.5%, Haïti 1%, Ghana 1%, Algérie 1%, Angola 0.6%, Maroc 0.5%, Gambie, 0.5%, Egypte 0.5%, Togo 0.4%, Niger 0.4%, Gabon 0.4%, France 0.4%, RCA 0.4%, Cap vert 0.4%, Guinée Bissau 0.4%, Tunisie 0.2%, Portugal 0.2%, Madagascar 0.2% et Comores 0.2%.

En 2004, nous avons reçu à URACA 48% de femmes et 52% d'hommes concernés par le HIV.



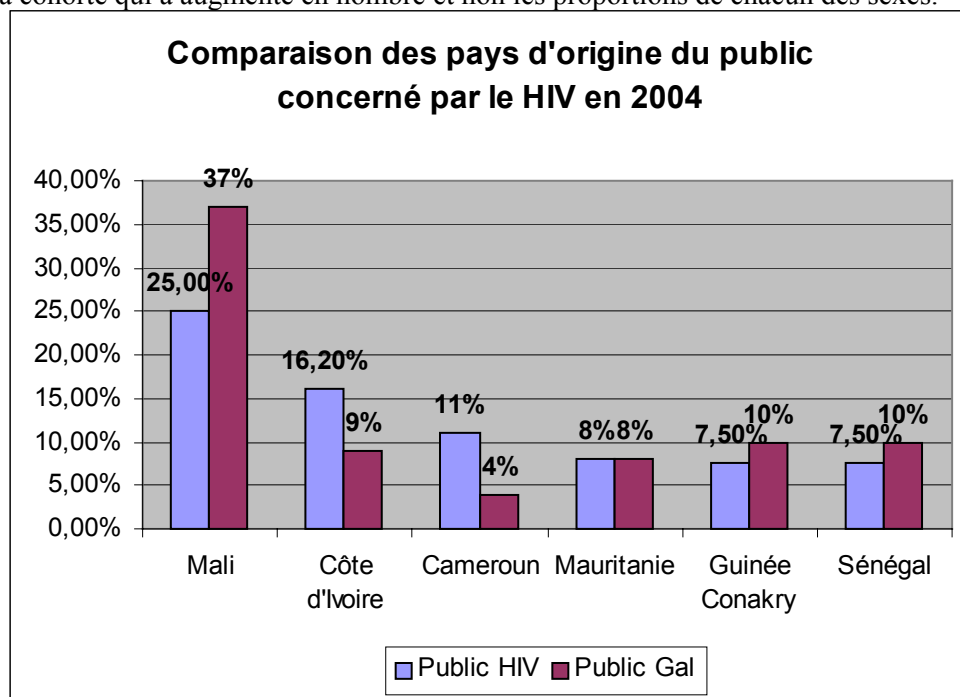
Comme pour le public général, la majorité du public reçu a entre 20 et 50 ans, 90%.

3. Comparaison du public général reçu à URACA et du public touché par le HIV

La proportion d'hommes et de femmes est comparable dans les deux groupes reçus approximativement moitié/moitié. Le nombre d'hommes touchés par le HIV ayant bénéficié des services de l'association a rejoint celui des femmes puisqu'en 2003 nous avons reçu 61% de femmes HIV+ et en 2004 48%. C'est l'ensemble de la cohorte qui a augmenté en nombre et non les proportions de chacun des sexes.

Le profil par tranche d'âge est également identique entre les deux groupes.

Plus intéressante est l'évolution comparaison du public reçu par pays d'origine. En effet, les différences étaient très grandes dans les années antérieures et on voit celles-ci s'amenuiser au fil

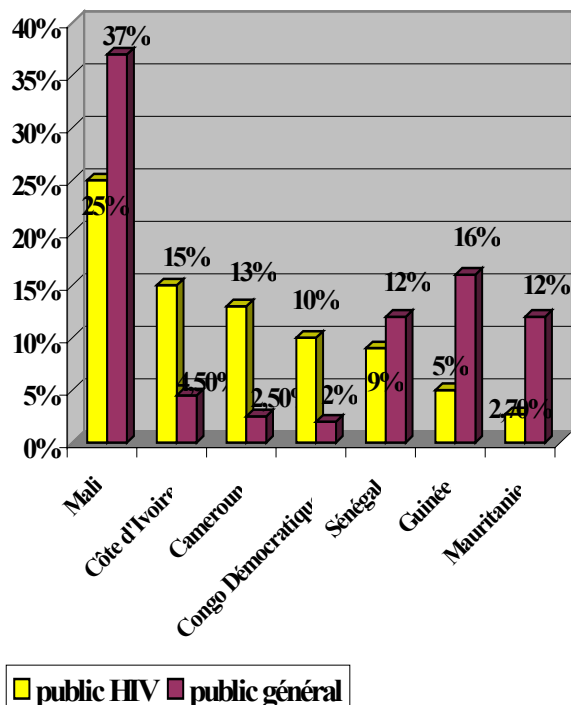


du temps. Cela témoigne de la progression de l'épidémie dans l'ensemble des communautés africaines. Les personnes touchées ne sont plus originaires de quelques pays à forte endémie, mais se retrouvent dans tous les pays africains.

La file active des personnes touchées se rapproche ainsi progressivement de celle de l'ensemble de notre public.

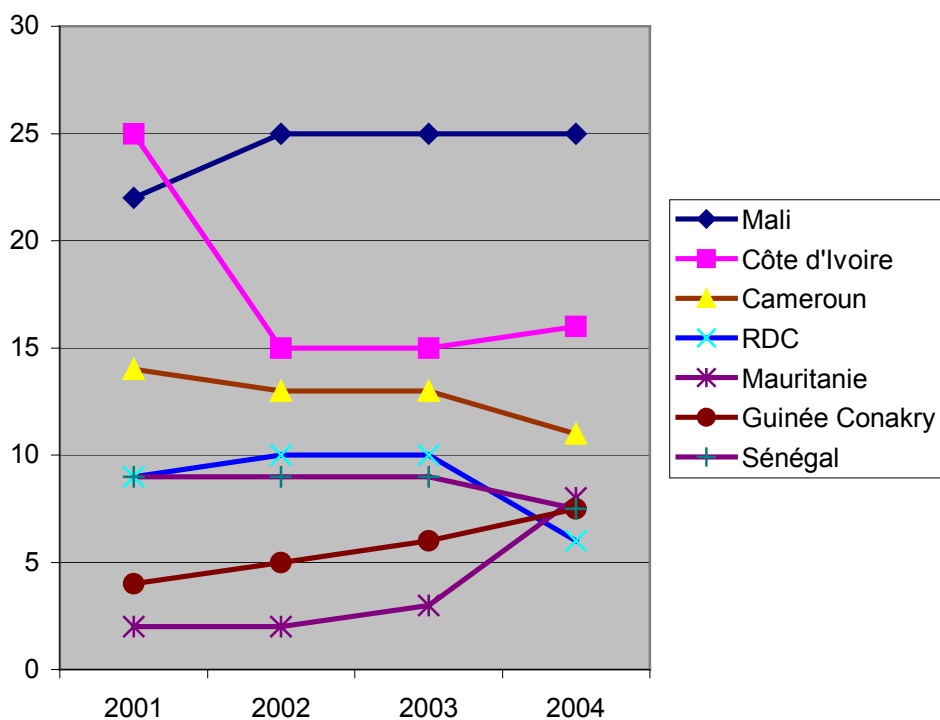
La proportion de personnes reçues en provenance du Mali, de Guinée et du Sénégal croît, celle de la RDC, de la Côte d'Ivoire et du Cameroun décroît.

Comparaison des pays d'origine du public d'URACA en 2004



Mais il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit que de proportions et que le nombre croît chaque année, c'est donc qu'il n'y a pas moins de patients dans les premiers pays touchés, mais que le nombre augmente plus rapidement dans les autres.

Evolution des pays d'origine du public touché par le HIV reçu à URACA entre 2001 et 2004



4. File active des professionnels non spécialisés dans la prise en charge du VIH ayant fait appel à URACA en 2004

644 professionnels différents ont fait appel à nous ou ont travaillé avec nous en 2004. Pour la majorité ce sont des travailleurs sociaux (ASE, SSE, Hôpitaux, DASES, CAS, etc.), des psychologues (écoles, hôpitaux, etc.), des médecins, des acteurs associatifs.

Tableau récapitulatif des professionnels non spécialisés dans la prise en charge du VIH suivant l'action à laquelle ils ont participé et le nombre de services différents auxquels ils ont fait appel

	1 service	2 services	3 services	Total
Permanence téléphonique	147	78	7	232
Participation aux consultations d'ethnopsychiatrie	2	13		15
Formations	131	5	5	141
Prévention foyers	21			21
Partenariat	25	50		75
Médiations	6	10	2	18
Cycle de conférences	23	20	7	50
Saturnisme	184	20		204
Total	539	196	21	756
File active professionnels	539	98	7	644

La grande majorité de ces professionnels tout venant travaillent avec nous pour une action spécifique qui concerne directement leur secteur d'activité, par exemple suivi d'un jeune ou d'une famille pour lequel ils ont besoin de l'appui d'une équipe spécialisée comme la notre, conseils pour aider à démêler une situation (téléphone) ou un conflit.

5. File active des professionnels spécialisés dans la prise en charge du HIV ayant fait appel à URACA en 2004

	1 service	2 services	3 services	4 services	5 services	Total
Permanence téléphonique	3	71	26	15	5	120
Consultations d'ethnopsychiatrie	1	6	3	10	5	25
Rencontres d'ethnomédecine	124	10	10	15	5	164
Prévention nationale	282	15	13			310
Formations	99	4				103
Partenariat	176	14	10	5		205
Médiations	27	15	3		5	50
Cycle de conférences/1 ^{er} Décembre	12	5	13	15	5	50
Total	724	140	78	60	25	1027
File active professionnels	724	70	26	15	5	840

Au total, **840** professionnels différents ont fait appel à nous ou ont travaillé avec nous dans le cadre du VIH en 2004. Ce nombre est plus important qu'en 2003 (603) car nous avons pu réaliser deux projets supplémentaires: les rencontres d'ethnomédecine et la prévention à un niveau national.

Un partenariat plus approfondi a été mis en place avec les professionnels spécialisés dans le VIH qui travaillent au quotidien avec nous dans tous les aspects abordés par l'association.

6. File active des actions de prévention

Action	Nombre de personnes
Prévention du sida	3516
Réseaux de parents relais	65
Prévention globale dans les foyers	1107
Lutte contre le saturnisme	4368
File active des actions de prévention	9056

Ces actions de prévention nous conduisent auprès de personnes qui, au départ, ne sont pas demandeuses de services. Leur public n'est donc comptabilisé que dans le compte-rendu de leur action spécifique

II. ACTION DE PRÉVENTION SANITAIRE SOCIALE GLOBALE DANS LE QUARTIER DE LA GOUTTE D'OR

A. Introduction :

L'action de prévention sanitaire et sociale globale est véritablement le pilier de l'ensemble de notre programme de travail. En effet, elle nous permet de répondre à tous et d'accueillir tous ceux qui se sentent en difficulté et font appel à nous ; qu'il s'agisse des professionnels médico-sociaux ou du public africain. Comme le montre l'analyse des files actives cette action nous permet de répondre dans l'année aux demandes d'intervention de plus de **1300 personnes du public migrant africain et de plus de 600 professionnels médico-sociaux.**

Cela permet d'œuvrer pour la *santé* au sens que l'OMS donne à ce mot, pour des communautés très précarisées qui rencontrent de grandes difficultés à vivre et survivre en France. L'accueil social offre un ensemble de services qui s'articulent autour d'un accueil téléphonique et d'un lieu d'accueil ouvert en permanence de 9h à 17 heures du lundi au vendredi.

Cet accueil ouvert à tous constitue le socle du dispositif global mis en place par URACA. Malheureusement, les soutiens financiers nous permettant de réaliser cet accueil dans de bonnes conditions se sont considérablement amenuisés. Nous avons donc été contraints de diminuer cet accueil afin de préserver ce qui nous paraissait essentiel. C'est pourquoi, nous avons privilégié l'accueil social dans tous les volets concernant la santé, et nous refusons maintenant de traiter les demandes d'asiles qui sont extrêmement nombreuses et très lourdes à instruire. Nous orientons donc ce public vers des associations spécialisées. De même nous avons réservé les accompagnements aux personnes séropositives (chapitre counselling), car nous n'avions plus les moyens humains d'accompagner le reste du public.

Tableau récapitulatif de l'ensemble de l'action de prévention sanitaire et sociale dans le quartier de la Goutte d'Or

	Nombre de personnes	Nombre d'interventions ou d'entretiens
Accueil social	315	560
Permanence téléphonique	1480	4211
Médiation	72	80
Consultation d'ethnopsychiatrie	95	290
Cycle de conférence	160	3
Partenariat	66	75
Formation	141	12
Total	2338	5221

B.L'accueil social

1. Cadre mis en place

Les personnes que nous recevons à l'association viennent nous voir pour différents problèmes. Cela peut aller des problèmes administratifs, aux problèmes de santé, en passant par le logement, l'emploi, les différends familiaux. Elles nous sont adressées par des services hospitaliers, des services sociaux, par d'autres associations, mais l'essentiel de ces personnes arrive par le bouche à oreille.

Lors de cet accueil, elles nous exposent leur demande, et nous essayons de voir comment nous pouvons les aider. Si nous ne pouvons pas y répondre, nous les orientons alors vers d'autres structures ou vers des associations spécialisées. Nous tentons, dans la mesure du possible, de diminuer le nombre d'interlocuteurs et de structures auxquelles elles doivent s'adresser.

En effet, plus le public est précarisé, plus le nombre d'organismes différents par lesquels il doit passer pour sortir de l'exclusion est élevé. Or, ces personnes ont de grandes difficultés à se repérer, à comprendre les logiques administratives et à se faire comprendre d'elles.

L'accès aux soins n'est pas une demande spontanée dans la majorité des cas. Notre public est originaire de pays où la santé n'est pas un droit et où ils ne vont consulter que lorsqu'ils sont gravement malades. Ils n'imaginent pas avoir droit aux soins, d'autant plus si leur statut administratif est précaire. Il convient donc d'entendre leur demande mais également d'aller plus loin et de proposer une aide à l'obtention de l'accès aux soins pour ceux qui n'en ont pas.

Depuis quelques années l'association "droits d'urgence" nous aide à assurer cette permanence sociale en venant 2 demi journées par semaine tenir un accueil social et juridique.

En 2004, 315 personnes ont été reçues à notre accueil social au cours de 560 rendez-vous.

2. Public reçu à l'accueil social :

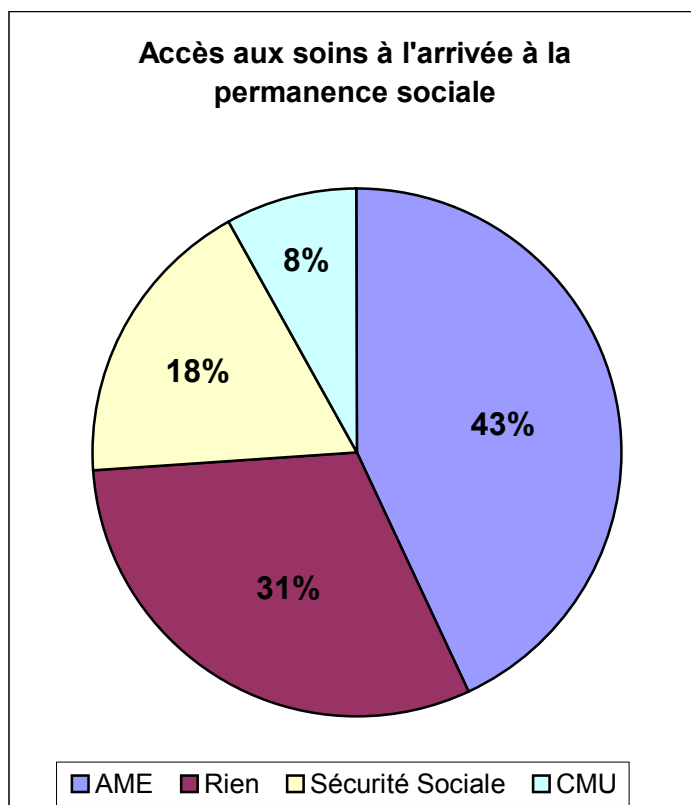
112 femmes (36%) et **203 hommes** (64%) sont venus demander notre appui à la permanence sociale. Ils ont entre 25 et 45 ans pour la plupart d'entre eux (82%). Ils viennent de 29 pays différents, majoritairement du Mali, du Sénégal, de Guinée, de Côte d'Ivoire, de Mauritanie et du Cameroun.

3. Nature des suivis sociaux et administratifs réalisés

a) Démarches d'accès aux soins

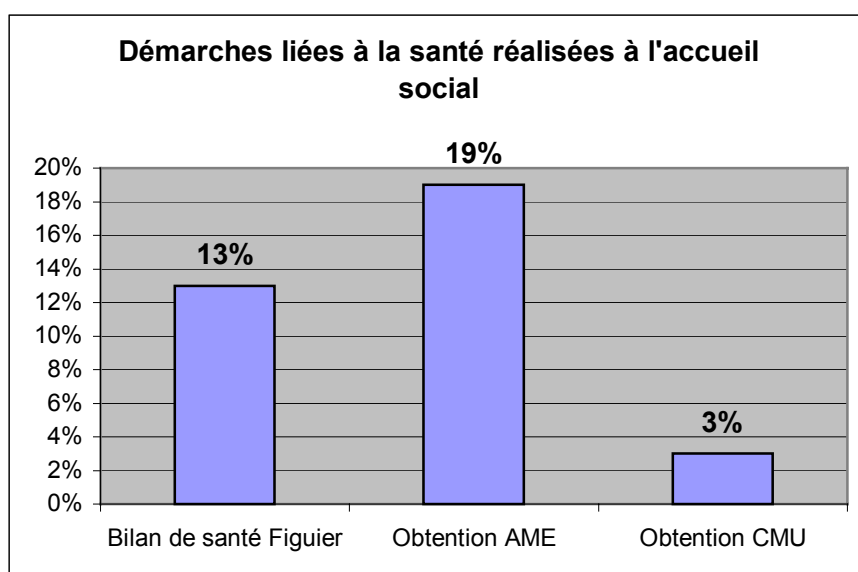
Lorsque les personnes arrivent, nous leur demandons systématiquement quel accès aux soins elles ont afin de les aider à faire les démarches nécessaires.

96 personnes n'avaient aucune couverture sociale à leur arrivée soit 31% de ce public. 43% avaient l'AME et nous les avons aidés à obtenir le renouvellement ce qui n'a pas été sans problèmes compte-tenu des complications administratives introduites en 2004 afin de limiter le nombre de bénéficiaires de l'AME. Ainsi, il faut maintenant à chaque renouvellement fournir la preuve de sa présence sur le territoire français pour chacun des 3 mois précédant la date limite de validité (ordonnances, factures, etc.), certains lieux de domiciliation (associations) ne sont plus acceptés, l'ouverture des droits se fait en général au bout d'un ou deux mois après instruction du dossier, ce qui aboutit au fait que la personne reste sans accès aux soins chaque année pendant cette période d'instruction.



L'année 2004 a été une année très difficile pour l'obtention des aides médicales et des CMU.

Nous avons effectué des démarches liées à la santé pour 110 personnes soit 35% du public. Mais pour 39 personnes nos démarches se sont soldées par un échec de la tentative d'ouverture de l'accès aux soins. Ce qui n'était pas le cas en 2003.



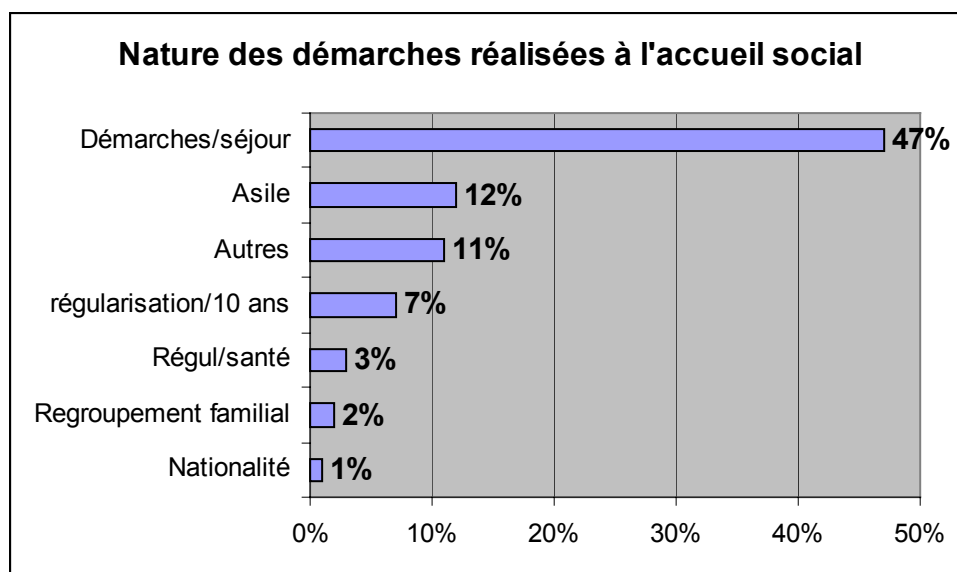
L'accueil dans les bureaux dépendant de la CPAM qui gèrent l'aide médicale d'état s'est considérablement dégradé. En effet, face aux complications administratives introduites le public se voit souvent refuser l'AME ce qui suscite colère et mécontentement. Les accueillant font souvent appel à la sécurité pour chasser les récalcitrants, ce qui fait que de nombreuses personnes hésitent à s'y rendre de peur d'être arrêtées par la police.

➤ **Partenariat avec le centre médico-social du Figuier**

Du fait des difficultés croissantes dans l'accès aux soins, nous avons beaucoup travaillé avec le centre médico-social du Figuier en 2004. Nous y avons orienté 41 personnes qui n'avaient pas accès aux soins pour leur bilan de santé soit 13% des personnes reçues.

b) Autres démarches sociales et administratives :

Les principales démarches concernent l'obtention d'un titre de séjour et les informations qui y sont liées.



Les autres demandes sont plus diversifiées :

Les demandes de CV, dossiers CAF, lecture et rédaction de courriers autres que ceux de la préfecture, de renseignements ne sont pas mentionnées, ils ont été rédigés le jour même. C'est une demande quotidienne très importante et indispensable.

D.La permanence téléphonique :

La permanence téléphonique est primordiale car elle est le préalable à de nombreux suivis, et elle permet d'initier la relation soit avec un partenaire soit avec une personne demandant un soutien. Ce sont toujours des situations difficiles porteuses d'angoisse et de souffrance. Il est donc indispensable de consacrer une écoute attentive aux demandes afin d'y répondre de la façon la plus adaptée possible.

Cela demande une grande disponibilité de la part de toute l'équipe car chacun participe selon son rôle à cette permanence.

Au total, en 2004, nous avons répondu à 4211 appels de 1480 personnes différentes.

	Nb pers	Nb appels
Public	1248	3745
Professionnels	232	466
Total	1480	4211

4. Appels venants des professionnels

Chaque jour, nous recevons des appels venant des professionnels de la santé ou de l'action sociale, nous demandant de l'aide dans leur prise en charge des populations africaines.

Cela nous a permis de répondre aux questionnements de ces professionnels, de les orienter quand la situation le nécessitait et surtout d'accueillir au sein de notre association les gens que nous pouvons aider dans le cadre de nos actions. De nombreuses prises en charges engagées suites aux demandes d'équipes partenaires se font ensuite en commun.

Au cours de l'année 2004, nous avons répondu à plus de **232** professionnels différents, correspondants à **466** appels. Un partenariat soutenu existe avec des structures de prévention socio-sanitaires tels que le service social de secteur, le SSAE, les PMI, les CMP, le SAMU social, plusieurs hôpitaux parisiens ; et différentes associations. Un certain nombre d'étudiants et de journalistes nous contactent également pour rencontrer notre équipe et connaître nos actions.

5. Appels venant du public africain :

Les appels venant de la communauté africaine sont incessants. Nous répondons chaque jour à d'innombrables appels pour des problèmes socio-sanitaires et administratifs, pour les suivis des dossiers en cours, pour des suivis psychologiques, des demandes de rendez-vous, des conseils, etc.

En raison de la grande précarité et de la détresse de notre public, certains appels sont en fait de véritables appels au secours.

Les appels émanent des personnes qui sont suivies à l'accueil social, (évolution des dossiers, rendez-vous avec les institutions, conseils) ; des personnes accompagnées (rendez-vous, réassurance), des personnes pour lesquelles une médiation est réalisée (suivi de l'évolution, conseils), des patients suivis en consultation (rendez-vous, entretiens téléphoniques en cas de crise, etc.)

Nous avons répondu à 3745 appels venant de 1248 personnes de notre public.

E. Les médiations :

Les incompréhensions entre le public africain et les institutions entraînent souvent des situations conflictuelles dans lesquelles chacun se fige sur sa position. La situation ne peut alors trouver un dénouement que lorsqu'un médiateur vient peu à peu faire comprendre et accepter à chacun la logique de l'autre. Une fois la compréhension possible, un terrain d'entente peut être trouvé.

Ces médiations sont demandées dans la plupart des cas par les institutions qui se heurtent à des situations leur paraissant inextricables. Mais, ce sont parfois les Africains qui nous appellent directement pour que nous les aidions à se faire comprendre des services avec lesquels ils sont en conflit.

Des médiations familiales sont également organisées dans le cas de conflits pour tenter de trouver des compromis dans des situations opposant en général hommes et femmes mais aussi différents membres d'une famille.

Les principales institutions concernées sont les services hospitaliers et les services sociaux. Parfois ces demandes émanent des services judiciaires.

11 médiations ont été réalisées en 2004 pour 54 personnes concernées et 18 professionnels médico-sociaux. Elles ont nécessité 41 entrevues et 39 appels téléphoniques soit 80 interventions.

Cette année toutes ces médiations ont concerné des adultes.

Tableau récapitulatif des médiations

sexe	âge	Pays d'origine	Organisme	Problématique	Intervention	Nb de personnes concernées	Nb professionnels	Nb Interventions	Nb d'appels
M	62	Sénégal	le patient	Conflit entre deux amis	Travail sur la notion de respect réciproque	2	0	3	0
F	35	Mali	centre d'action social de 19	Conflit dans un couple à propos des vacances de l'enfant	Elaboration d'une solution acceptable par les 2 parties	3	2	3	0
F	33	Sénégal	centre d'action social 18	Conflit entre la mère et l'assistante sociale à propos du départ en vacances d'un enfant	Explicitation aux deux parties des logiques de chacune, et des réalités administratives, adoption d'une solution acceptée par les 2	2	2	4	0
F	43	Mali	centre d'action social 18	Jeune fille de 13 ans voulant rester avec son père lorsque c'est la mère qui en a la garde	La jeune fille reste avec sa mère et celle-ci accepte qu'elle rende visite à son père lorsqu'elle le souhaite	3	3	4	0
M	66	Mali	PMI 18	Conflit entre un couple qui vit avec 7 enfants dans un 2 pièces et l'équipe de PMI qui ne peut pas comprendre que Mme soit encore enceinte	Médiation en cours, Mme accepte l'IVG tentative de convaincre le mari	3	2	3	0
M/F et 29	48	Sénégal	assistance sociale 19ème	Conflit dans un couple autour de l'argent	Redistribution des rôles dans le couple, et classification des dépenses pour chacun	8	3	5	0
M	42	Guinée	famille	Violences et injures de la part du mari	Explications de la loi en France et acceptation par le mari de cesser les violences physiques et verbales	5	0	3	0
M		Sénégal	Famille	Conflit conjugal étendu à la famille élargie	Médiation entre les 2 familles pour trouver un terrain d'entente	12	1 juge	4	0
F	33	Mali	centre d'action social 18	Fugue d'une jeune fille de peur qu'on la renvoie en Afrique	Promesse des parents de ne pas renvoyer la jeune fille en Afrique contre son gré, retour de celle-ci à la maison	4	2	4	16
M	56	Sénégal	centre d'action social 18	Fille placée à 16 ans, arrive à sa majorité, retour dans la maison familiale	Acceptation et retour dans des conditions satisfaisantes	4	2	4	11
M	47		centre d'action social 18	Conflit dans un couple polygame	Elaboration d'un terrain d'entente avec la 2° épouse	8	2	4	12
				Total		54	18	41	39

F. Les consultations d'ethnopsychiatrie :

Les consultations sont assurées au 1 rue Léon 75018 Paris. Ce lieu médicalisé permet de séparer l'accueil global et les ateliers, des consultations. En effet, celles-ci nécessitent des repères plus précis et surtout une totale confidentialité.

Dans ce cadre sont réalisées :

- Soit des consultations avec un groupe de thérapeutes (médecins, psychologues, médiateurs culturels...). Ce dispositif est central avec des patients qui disent leur mal-être sous une forme culturelle, en s'appuyant sur les étiologies traditionnelles. De plus, le dispositif groupal rappelle aux patients le cadre de soins traditionnels africains. C'est à partir du groupe que peuvent se travailler les représentations culturelles de la maladie (somatique ou psychique).
- Soit de mener des entretiens individuels : certains patients, le plus souvent après des événements traumatiques majeurs, sont dans l'incapacité de s'exprimer devant un groupe. Parfois, même les mots semblent leur manquer et c'est cette mise en images et en mots qui va être peu à peu retrouvée dans le cadre d'une relation individuelle. Dans quelques cas, c'est un travail psychothérapique qui s'engage pour des jeunes de la seconde génération ou dans le cadre d'un travail conjoint mère-enfant.

1. Modalités des consultations:

A notre demande, la plupart des consultations ont lieu en présence du travailleur social qui a initié la consultation. Ce partenariat est important et permet un meilleur suivi pour le patient.

- Parce qu'il est un référent, le travailleur social à l'origine de la consultation, va aider le patient à faire cette démarche. Sans une réelle préparation au préalable, le risque est grand que la consultation soit un échec : le patient n'ayant pas vraiment compris l'objectif et le type de travail qui lui était proposé et n'en était aucunement demandeur.
- L'accompagnateur est un relais entre les deux institutions et peut ainsi assurer la cohérence du suivi du patient de telle sorte que ce dernier ne se sente pas tiraillé entre plusieurs institutions.
- Une telle démarche permet à la fois – que l'institution reste partie prenante de l'accompagnement du patient et ne s'inscrive pas dans une relation de rivalité avec URACA.
- C'est aussi une façon pour le professionnel de se former et d'apprendre à mieux comprendre les problématiques soulevées par le public migrant. Ainsi, les professionnels peuvent-ils peu à peu affronter seuls certaines situations et ne demandent du soutien que dans des cas plus complexes.

Chaque consultation dure environ une heure et est suivie d'un temps d'échange et de réflexion en équipe, ce qui permet de progresser dans le déroulement du travail avec chaque patient.

Les consultations en groupe ont lieu de manière privilégiée le mardi matin et le vendredi matin. Le groupe est multi culturel, associant ethnopsychiatre, médecin, psychologue, médiateurs culturels. La diversité du groupe, associant Français et Africains aide à rompre les clivages dans lesquels sont souvent emprisonnés les patients.

- Certains patients peuvent ainsi retrouver le fil de leur histoire entre leur pays d'origine et la terre d'accueil. En effet certains, devant les multiples difficultés qu'ils rencontrent, en sont venus à idéaliser leur pays de naissance ; sans doute en partie pour masquer leur souffrance et conserver l'idée que quelque part existe un lieu paradisiaque ; idéal auquel ils seraient sinon contraints de renoncer.
- Dans d'autres situations, c'est le pays d'accueil qui a été idéalisé et investi comme une mère adoptive. Idéalisation qui cache évidemment son lot d'ambivalence et qui entraîne, pour certains, une tentative de reniement de leurs origines.

Dans les deux cas, c'est en travaillant sur la globalité de leur histoire, de leurs choix, sur les modifications qu'a entraîné leur émigration que ces clivages peuvent peu à peu s'atténuer.

En 2004, nous avons reçu 95 personnes et assuré 290 consultations.

2. Public reçu

a) Patients ayant des maladies graves ou des plaintes somatiques sans cause organique identifiée.

Depuis que notre partenariat s'est développé avec différentes structures hospitalières, les équipes médicales nous sollicitent lorsqu'ils estiment qu'une consultation à URACA peut aider leur patient (autre que HIV).

Il s'agit en général

- Soit de pathologies graves : drépanocytose, cancer, insuffisance rénale, hépatite...
- Soit de patients venant consulter pour des plaintes somatiques et qui errent de service en service hospitalier sans trouver réponse à leurs questions.

Certains de ces services ont également pu bénéficier des consultations d'ethnomédecine.

b) Patients souffrant de troubles psychiques :

Les patients qui nous sont adressés par d'autres institutions présentent des tableaux cliniques très divers. Certains sont dirigés vers URACA parce qu'ils présentent un tableau dépressif, d'autres après un vécu traumatique (guerre, torture, viol...). Certains services hospitaliers (Ste Anne) nous ont également sollicités pour un avis concernant un patient, afin de dégager dans des propos à thématique culturelle, un processus délirant. On peut remarquer que chaque institution nous repère pour un type de problématique et fait ensuite appel à nous régulièrement. Ainsi, une association du 17^e nous sollicite régulièrement pour mettre en œuvre un travail conjoint mère-enfant.

Tableau détaillé des patients vus en consultation d'ethnopsychiatrie :

Age	Sexe	Pays	Problématique	Nb de consult.
54	F	Bénin	Refus d'une intervention chirurgicale gynécologique	3
48	M	Togo	Diabète, conflits relationnels dans une multiplicité de partenaires	1
33	F	Togo	Stérilité secondaire, non résolue par la médecine, pense qu'il s'agit d'une maladie « africaine ».	3
46	M	Nigeria	Délire paranoïde	5
24	F	Cameroun	Etat traumatique suite à des sévices dans son pays d'origine	18
42	M	Côte d'Ivoire	Difficultés relationnelles dans son couple et son travail	5
22	F	Côte d'Ivoire	Difficultés à quitter le domicile familial	3
28	F	Mali	Etat dépressif	1
30	F	Mali	Hépatite C non active: difficultés à admettre et comprendre le diagnostic et la démarche médicale	2
32	F	France	Problème de couple ; mariage mixte	2
28	F	Mali	Frère au pays souffrant de psychose	2
66	F	France	Pense être ensorcelée depuis un voyage en Afrique	3
50	F	France	Inquiétude par rapport à une fille issue d'un mariage mixte ; fille qui présente des problèmes psychiatriques	1

39	F	Sénégal	Délire de persécution (envoûtement)	2
25	M	Mauritanie	Plaintes somatiques sans substrat organique, vécu de torture dans son pays d'origine	1
34	M	Sénégal	Violence conjugale dans un couple mixte	1
46	F	Cameroun	Perte d'identité entraînant des difficultés relationnelles	1
27	F	Togo	Stérilité primaire sur fond de problématique gémellaire	1
31	F	Mali	Difficultés familiales majeures	2
44	M	Guinée	Problèmes d'impuissance interprétés culturellement	3
26	F	Mali	Femme abandonnée par son mari ; distorsion de la relation mère/enfant	1
38	F	Sénégal	Conflit familial	3
38	F	Sénégal	Femme isolée avec deux enfants en bas âge	3
28	M	Mali	Impuissance psychogène	2
24	F	Côte d'Ivoire	Problèmes dans l'établissement de la relation mère-enfant	1
34	F	Côte d'Ivoire	Souffrance et culpabilité d'être en France en ayant laissé un jeune enfant au pays	1
37	M	Sénégal	Hallucinations auditives depuis un décès parmi ses proches	1
27	F	Sénégal	Tentative de suicide après la mort d'un enfant en bas âge.	1
36	F	Guinée C.	Travail sur la relation mère – enfant	17
2	M	Guinée C.	Enfant atteint d'un handicap moteur	9
41	F	Mali	Difficultés de prise en charge d'un enfant handicapé moteur	3
25	F	Sierra Leone	Etat traumatique après la perte de sa famille durant la guerre	8
26	F	Côte d'Ivoire	Relation mère-enfant perturbée	1
31	F	Rép. Dém. du Congo	Femme venant d'avoir un bébé dont tous les examens laissent penser qu'il a de graves lésions cérébrales	2
19	F	Sénégal	Jeune fille Drépanocytaire	2
39	F	Mali	Conflit familial	1
36	M	Sénégal	Souffrance dépressive liée à un divorce	14
28	F	Comores	Deuil pathologique	3
25	F	Mali	Relation douloureuse, conflictuelle avec la famille	6
35	M	Côte d'Ivoire	Douleurs invalidantes non soulagées par la médecine	1
34	F	Côte d'Ivoire	Sentiment d'être persécutée au travail	3
20	F	RDC	A fui son pays pour des problèmes politiques, emprisonnement	1
34	F	Mali	Précarité, femme seule avec un enfant ici et 2 au pays	1
55	M	Guinée Bissau	Divorce passé impossible à surmonter	3
38	F	France	Femme issue de la seconde génération (Maroc) problématique autour de la sorcellerie	2
37.	F	Côte d'Ivoire	Délire de persécution	1
28	F	Mauritanie	Douleurs somatiques, stérilité sans explication organique	2
27	F	Sénégal	Seule avec un enfant en France : difficultés à se situer comme mère	3
33	M	Congo	Victime de torture	2
22	F	Sénégal	Problèmes de couple	2
27	M	Mali	Impuissance	3
48	F	Martinique	Délire de persécution	1

23	F	Ghana	Etat de mutisme suite à des violences dans son pays d'origine	1
32	F	Cameroun	Jeune femme drépanocytaire ayant des relations difficiles avec son ami anglais	3
42/35	F/M	Cameroun	Conflit entre les deux familles et discours d'ensorcellement	5
22	M	Mali	Etat dépressif marqué par de multiples plaintes somatiques	1
43	M	Mali	Dépression consécutive à un divorce	2
38	F	Mali	Difficultés de prise en charge d'un enfant handicapé moteur	3
17	F	Mali	Relation avec le père conflictuelle	3
43	F	France	Pense être envoûtée depuis son divorce	2
54	F	Comores	Angoisse de mort liée à un conflit avec un enfant	2
46	F	Mali	Maladie psychosomatique	3
	F	Sénégal	Angoisses de mort +++	3
25	F	Cameroun	Relation mère – enfant difficile ; enfant vu comme « sorcier »	8
11	F	Mali	Psychothérapie avec une enfant souffrant de troubles du comportement	20
39	M	Guinée	Somatisations et dépression	1
34	F	Mali	Tableau délirant	1
31	F	Côte d'Ivoire	Femme seule avec 3 enfants ; état délirant	1
24	F	Mauritanie	Multiples traumatismes infantiles	14
22	M	France	Problèmes relationnels avec sa mère	2
37	F	Cameroun	Tableau dépressif	3
28	F	USA	Jeune femme noire américaine pensant avoir été envoûtée par ses pairs	3
26	F	Côte d'Ivoire	Annonce d'un handicap chez un nouveau né	3
38	M F	Cambodge	Couple avec délire mégalomane	2
35	F	Bénin	Cristallisation d'un conflit autour de la prise en charge d'un enfant	1
23	M	Bénin	Jeune homme avec handicap moteur	1
52/56	F/M	Cambodge	Conflit familial suite au mariage	3
53	F	Cameroun	Dépression suite au décès de son mari et la pression familiale pour qu'elle retourne au pays	6
35	F	Centre Afrique	Mort de son époux difficulté à gérer la solitude	1
45	M	Congo	Préparation d'un voyage thérapeutique au pays	1
34/29	F/M	Côte d'Ivoire	Dépression suite à un divorce	2
19	F	Côte d'Ivoire	Recherche identitaire	1
29	F	Côte d'Ivoire	Inquiétude par rapport à un nouvel emploi, aux relations avec les collègues	1
18	M	Côte d'Ivoire	Jeune homme souffrant d'un délire de persécution	1
38	F	Côte d'Ivoire	Conflit dans son service, soupçons de sorcellerie suite à 3 accidents inexplicables	3
42	M	Côte d'Ivoire	Deuil du père dont le décès est récent	2
46	F	France	difficultés relationnelles avec son ami	2
21	F	Guinée C.	A fui son pays pour des problèmes politiques	4
39	F	Mali	Stérilité secondaire	2
	F	Niger	Perturbation de l'équilibre familial suite au décès du père	3
29	F	Niger	2 sœurs ayant des pb d'identité	3

32	F	Sénégal	Névrose hystérique	1
32	M	Sénégal	Deuil pathologique dans le cadre d'une rupture affective	1
49	M	Guinée Bissau	difficultés entre père et enfants	1
43/52	M/F	Cameroun	conflit conjugal	1

3. Contenu des consultations

Selon la problématique des patients reçus, les thématiques culturelles apparaissent de façon différente. Certains viennent (de leur propre initiative ou sur proposition d'un travailleur social) à URACA parce qu'ils savent que l'interprétation culturelle qu'ils se donnent de leur souffrance (psychique, somatique) y sera entendue et comprise.

C'est alors que le groupe de thérapeutes est le plus efficient : la présence de médiateurs culturels permet (pour les personnes originaires d'Afrique de l'ouest) un va-et-vient entre la langue maternelle et celle du pays d'accueil. Ces allers-retours permettent une expression différente : souvent les affects ne peuvent être verbalisés que dans la langue du pays d'origine. Mais la présence d'une psychologue française rappelle l'exil et la vie dans un pays différent. Ainsi peuvent être questionnés puis élaborés les inévitables changements opérés par une vie dans un pays culturellement si différent. A travers les deux langues, la présence de thérapeutes africains et français, peuvent également s'exprimer les difficultés à maintenir un lien vivant avec la famille restée au pays.

Mais dans d'autres situations, il en va tout autrement. Lorsqu'un sujet a fui son pays dans des conditions d'urgence vitale, le travail qui s'engage est très différent, dans lequel une relation individuelle est indispensable. Ce sont des personnes qui ont été pendant des mois, voire plus en danger de mort permanent, qui ont été livrées aux pulsions de mort de groupes ou d'individus. Il ne s'agit donc pas d'un désarroi, d'un bouleversement identitaire à vivre loin de chez soi, à être parent africain en France, à être malade en exil... Ces personnes arrivent, anéanties et c'est un travail de reconstruction psychique qui doit peu à peu s'engager. Leur rapport à la parole est différent et semble en-deça de la culture. Ce n'est que bien après, lorsque cette reconstruction est bien avancée qu'à nouveau des thématiques culturelles surgissent. Elles marquent pour ces patients la récupération d'une enveloppe psychique et la capacité à mettre en images et en mots un vécu d'effroi. Vécu qui se caractérise par sa crudité et provoque le silence ou des mots-décharge qui n'ont pas la capacité de faire naître un travail de transformation, d'élaboration psychique.

Selon les patients le dispositif varie :

- Les consultations en groupe peuvent être espacées dans le temps. Parfois, il peut s'agir d'une consultation unique à partir de laquelle les patients se tournent vers la famille, restée au pays, pour « faire les choses ». Souvent, après un premier temps de travail régulier, les consultations se font moins fréquentes mais conservent le lien.
- Les consultations individuelles sont souvent régulières dans un premier temps avant de peu à peu s'espacer lorsque les patients reprennent pied dans le monde des vivants. Parfois, il est cependant nécessaire que les entretiens soient d'emblée éloignés dans le temps lorsque les patients ne se sentent pas tout à fait prêts ou que leurs défenses précaires ne peuvent être approchées qu'avec une grande prudence.

Exemple de suivi: cas de Mme Z

Mme Z est originaire de Centre Afrique, elle a un enfant de 7 ans ; le père, originaire de la même ethnie, les a abandonnés lorsque l'enfant avait 4 ans. Elle vient à la consultation sur proposition d'un travailleur social.

D'emblée, la relation mère-enfant apparaît discordante. L'enfant est logorrhéique, sans doute en réponse au silence maternel. C'est d'ailleurs le comportement de l'enfant, en particulier son agitation, son agressivité, qui incite la maman à faire cette démarche en plus de la pression exercée par l'école. Après quelques entretiens, il apparaît que, en lien avec sa propre histoire, elle s'interroge sur la nature sorcière de son fils, qui lui aurait été transmise par le père dont elle est divorcée.

Peu à peu, les entretiens vont faire surgir le questionnement maternel et vont révéler à quel point l'enfant s'identifie au personnage sorcier ainsi défini par sa mère : il se montre asocial, se fait rejeter de tous... Regardé comme dangereux, l'enfant suscite la peur chez sa mère qui réagit par la violence, ce qui fait craindre l'installation d'une relation dans laquelle l'enfant ne serait plus ressenti que comme persécuteur.

Toutefois, si la maman a confié ses craintes que l'enfant soit sorcier à sa propre famille qui s'est occupée de « faire les choses » (faire en sorte qu'il ne devienne un sorcier, celui « qui mange » l'âme de ses victimes...), elle se montre très ambivalente, jamais certaine que cela suffira.

C'est sans doute ce qui a permis de questionner la relation mère – enfant. Ainsi, issue d'une lignée de femmes dans laquelle les hommes n'ont pas vraiment de place possible, elle n'a pu accueillir ce fils. « Comment être la mère d'un garçon ? » semblait être au cœur des hésitations maternelles. De son côté, l'enfant a profondément investi cet espace de parole. Il a montré, par le biais de ses jeux, sa véritable inquiétude : a-t-il un père ou sa mère l'a-t-elle conçu seule ?

Ainsi, se sont révélées les injonctions paradoxales dans lesquelles il se trouvait enfermé, d'avoir à nier l'existence de son père alors même qu'il en a des souvenirs. Le refus maternel de nommer le père de l'enfant est venu renforcer l'idée d'un père inexistant, avec le poids du secret en plus. En effet, comment penser l'existence de quelqu'un qui n'a pas de nom ?

C'est d'ailleurs peut-être ce secret que l'enfant cherchait à maintenir en parlant de façon logorrhéique mais descriptive, sans véritable visée communicative. Au fur et à mesure que ce questionnement (sur l'impossibilité pour elle d'accueillir ce fils et ce, pour différentes raisons) a pris place dans nos entretiens, la maman a cessé de regarder son fils comme un sorcier, comme un être potentiellement dangereux et donc effrayant. Dès lors, l'enfant a repris sa place et un comportement de petit garçon qu'il est.

Peu à peu, les symptômes (agitation, logorrhée) de l'enfant se sont apaisés tandis que sa mère et lui semblaient se découvrir, nouer une relation plus paisible, avec des échanges possibles et sans cette violence qui submergeait parfois la maman.

La question du père de l'enfant continue à être travaillée mais nécessite que la maman puisse encore s'interroger sur son histoire à elle et cette lignée de femmes qui a exclu tous les hommes. Le travail continue donc et laisse penser à une évolution tout à fait positive de l'enfant et de sa maman.

G. Organisation d'un cycle de conférences :

Date	Nb de pers	Thèmes et intervenants
04-juin	110	Conférence: Les sources des conflits actuels en Afrique noire Mr Daniel Ewande , écrivain. Mr Mabiola Thathi chercheur en histoire
08-oct	50	Atelier de discussion: Arbre à palabre du manioc au coca-cola (l'obésité des enfants)
04-déc	152 (Nb compté dans le chapitre prévention)	Mères et filles d'ailleurs face au sida Témoignages-discussions : petites histoires entre mères et filles ou comment parler à sa fille? modératrice : Christine ETCHEPARE, Arcat Te WEI LIN, Chargée de prévention en milieu asiatique, ARCAT : "Chao Mei s'informe en cachette" Fousseyni BAGAYOKO, bénévole, URACA : Médiation à Bamako Estéphanie DIAKITE, Coordinatrice de l'Assemblée des femmes, Uraca "Maman, alors c'est vrai que les bébés naissent dans une calebasse, " Aissatou GNABALY, animatrice, Association URACA : "Mais maman je connais déjà!" Quel dialogue entre mères et filles face à la maladie? Modératrice : Bernadette RWEGERA, Association IKAMBERE Marie et Lisa DIANGANA, bénévole, URACA : " Maman je voudrai un bébé!" Miguel Ange GARZO : chargé de prévention en milieu hispanophone, ARCAT: "Maria décide de parler à sa mère" Albertine PABINGUI, AISFASS : "Je ne veux pas faire de souci à ma mère" Jacqueline FAURE, Psychologue, Hôpital Tenon : " Mère séropositive, comment parler prévention à ses enfants ?"

Au cour de l'année 2004, nous avons organisé 3 réunions, qui ont rassemblé 312 personnes dont 152 autour du HIV.

H. Partenariat :

En 2004, nous avons assisté à 66 réunions avec 75 professionnels partenaires.

Cette année, nous avons renforcé le partenariat avec les autres structures présentes dans le quartier. Ce travail nous permet de participer activement et efficacement à d'autres actions et d'échanger avec de nombreux partenaires.

Partenaire	Nb de réunions	Nb de professionnels concernés	Problématique
Collectif interassociatif de la Goutte d'Or	32	25	Actions en commun, fête de la Goutte d'Or Noël, participation solidays, associations en danger, etc.
Agence Micro-projets	1	1	Dotations des solidarités Nord-Sud
Arble BLEU	1	1	Invitation : Portes ouvertes
Ardeva	2	2	Réunions d'information pour les adultes relais
Association La Maison verte	1	4	Rencontre/partenariat
Association les amies du Bus des femmes	1	1	Invitation 10è anniversaire
Association "Ouvre la porte"	1	2	Partenariat/Rencontre
Chrétiens et Sida	1	3	journées nationales
DASES, équipe du secteur	1	3	Rencontre
DASES	1	3	Les différents dispositifs du logement
EDL	6	5	Travail en commun sur le quartier notamment sur la problématique de l'habitat
Espace culture santé	1	1	L'enfant drépanocytaire en famille
Fabienne Cossin ssb	1	1	Rencontre
Pôle santé Goutte d'Or	4	5	Partenariat
Mairie de Paris	2	2	Atelier sur les diverses subventions
Maison de Sciences de l'Homme	1	3	Rencontre
Bibliothèque Goutte d'Or	1	1	Réunion
Monja Conti	1	2	Rencontre: étude des services sociaux publics et privés d'aide aux immigrés
PMI rue Marcadet	1	3	Rencontre
Point d'Accès aux droits 18e	1	1	Présentation du PAD et discussion avec les acteurs de l'accès aux droits dans le 18e
Pref de Paris	1	1	Femmes citoyennes et actives
SSB	4	5	Fonctionnement de la SSB

H. Formations :

En 2004, Nous avons assuré **5 formations** portant généralement sur la migration et l'interculturalité. Elles ont été données à la demande par l'ensemble de l'équipe à **134 professionnels médico-sociaux**.

Organisateur	cadre	Thème	date	Participant URACA	Nbre prof
Centre d'hébergement et de réinsertion	Foyer la Clairière	accès aux droits, problèmes culturels, Prévention sida, etc..	11 mars 2004	Femmes en difficultés	11
Céline Romain, EDL 19e	Uraca	Rencontre: actions de prévention	26-janv-04	Groupe de stagiaires	8
Hôpital Saint Antoine	DIU de chirurgie plastique et de reconstruction dans les PVD	Tatouages, scarifications, marques corporelles et culture	01-nov	Chirurgiens souhaitant aller en mission dans les PVD	15
Porto Novo Bénin	2° congrès international du réseau francophone de lutte contre la drépanocytose	Drépanocytose et ethnomédecine	25-janv	Professionnels médico-sociaux et associatifs	100

Nous avons également accueilli 7 stagiaires au cours de l'année.

Nom	Nature du stage	Niveau de formation	Dates
REGNAUT Julie	Psychologie	Maîtrise de psychologie	10/10/03 au 31/05/03
KRYNEN Clara	Psychologie	Maîtrise de psychologie	30/09/03 au 16/06/04
KONATE Hamadi	Secrétariat Comptabilité	2nde	26/05 au 12/06/04
DAKOUI Diane	Comptabilité	1ère	19/01 au 13/02/04
COULIBALY Aïssatou	Santé publique études d'infirmière	2° année élève infirmière	Novembre 2004
HAMADI Assiatou	Réinsertion dans le monde du travail	Réinsertion	Novembre 2004
ELVINGER Zoé	Psychologie transculturelle	Maîtrise de psychologie	07/03 au 06/04

III. L'ASSEMBLEE DES FEMMES SOLIDAIRES CONTRE LE SIDA

A. Introduction

L'assemblée des femmes solidaires contre le SIDA existe depuis neuf ans, elle a été créée en 1995 pour apporter aux femmes africaines un recours à leur isolement, à leurs difficultés, qu'elles soient liées au déracinement, à la maladie (VIH) ou à leurs conditions de vie.

Cette action repose sur la dynamique des membres et sur l'entraide communautaire. Dès la première année de sa mise en place, un groupe de femmes s'est constitué et a commencé à investir cet espace. Ce lieu rappelle la concession familiale qui est gérée uniquement par les femmes. URACA offre ainsi un espace de parole et d'activité aux femmes isolées. C'est un lieu d'accueil, d'information, d'orientation et de réflexion mutuelle entre les participantes.

La confidentialité est un élément essentiel pour que le groupe puisse fonctionner et perdurer. Cette confidentialité est d'autant plus importante que la plupart des femmes intègrent cette assemblée dans un moment de grande souffrance, quelle qu'en soit la nature. Le désir d'y revenir repose sur la confiance que la nouvelle adhérente lui accordera. Des femmes aux parcours très divers se rencontrent et échangent. Chacune vient à URACA pour des motifs qui lui sont propres, et sont inconnus des autres (maladie, isolement, difficultés sociales, souffrance psychologique...) ce qui évite tout étiquetage. Le groupe constitue alors pour ces femmes un étayage, c'est à dire un espace sur lequel elles peuvent s'appuyer, qui se révèle rassurant, contenant pour chacune d'elle. Beaucoup de ces femmes sont arrivées en France avant la naissance de leur premier enfant. Elles n'ont donc pas pu être guidées dans leur vie de femmes, de mères par le groupe des mamans du pays d'origine. Aussi, la communauté qu'elles retrouvent à URACA apparaît-elle comme un substitut maternel.

Dans les sociétés africaines l'individu n'est considéré que dans son appartenance à une communauté, c'est une valeur essentielle. Donc, chaque membre de l'assemblée peut trouver une place culturellement identifiée et reconnue. Cela permet aux femmes d'émerger peu à peu du marasme dans lequel elles se trouvaient, d'entrer dans une démarche thérapeutique puis, dans un deuxième temps certaines de ces femmes peuvent envisager la recherche d'une formation, d'un travail et aboutir dans leur projet.

Les rencontres sont favorisées et organisées autour d'un repas ; l'alimentation est un fait culturel, donc social. En effet, chaque samedi une femme du groupe prépare une spécialité de sa région et partage ce repas avec les autres membres. Dans les sociétés africaines, les repas sont pris en groupe, au même moment, et dans un espace familial commun. Ce fait permet d'établir des liens de confiance et d'entraide. Ainsi, chaque membre est responsable du renforcement de la cohésion du groupe et de son épanouissement. Les repas pris ensemble à l'association favorisent le rapprochement entre les membres. Ces rencontres permettent l'éveil de leurs émotions, de leurs souvenirs et de leurs histoires personnelles.

A l'assemblée des femmes, elles retrouvent la coutume qui veut que les femmes vaquent ensemble à leurs occupations quotidiennes. En effet, un des changements importants dans l'émigration est le fait qu'en Afrique, les hommes et les femmes vivent, pour l'essentiel, dans des espaces séparés. Les hommes parviennent à reconstituer cet usage dans le pays d'accueil : ils se rencontrent dans les foyers, les lieux publics... Les femmes, elles, en arrivant en France ne disposent que de l'espace domestique, ce qui les voue à une solitude majeure, non sans conséquences psychologiques.

Depuis sa création, l'assemblée des femmes a accueilli un nombre croissant de femmes au cours des premières années, puis ce nombre s'est stabilisé depuis 2002. Cela est dû à l'insertion professionnelle

des femmes qui fréquentaient le groupe depuis plusieurs années et qui n'ont maintenant plus besoin de cet appui, mais également au fait que nos locaux ne permettent pas d'accueillir un plus grand nombre de femmes dans des conditions satisfaisantes. **En 2004 127 femmes ont fréquenté l'Assemblée des femmes.**

Après plusieurs années d'animation et de suivi de l'assemblée des femmes, nous avons remarqué qu'au bout de deux ans de présence dans le groupe, les femmes arrivent à réaliser leur projet. Il faut en moyenne 4 ans de prise en charge et de suivi pour qu'une femme en grande détresse réussisse à mettre en œuvre son projet personnel et acquière une autonomie sociale et financière.

En 2004, les espaces de rencontres d'URACA se sont centrés autour d'activités comme la couture, la poésie, le théâtre, la chorégraphie, le défilé de mode et l'initiation à l'informatique. L'assemblée des femmes a pris une grande part dans l'organisation de la fête du quartier de la « Goutte d'Or » ; c'est un moment de festivité et de joie réelle pour toutes les femmes de l'assemblée qu'elle soit du quartier ou pas.

Ce n'est pas forcément les mêmes femmes qui participent à toutes les activités ; chacune intègre telle ou telle activité en fonction de son parcours, de sa problématique et de ses projets. La prise en compte de la spécificité de chacune permet de mieux cibler l'aide à lui apporter, de la moduler en fonction des nouvelles demandes faites par les femmes, en lien avec leur évolution.

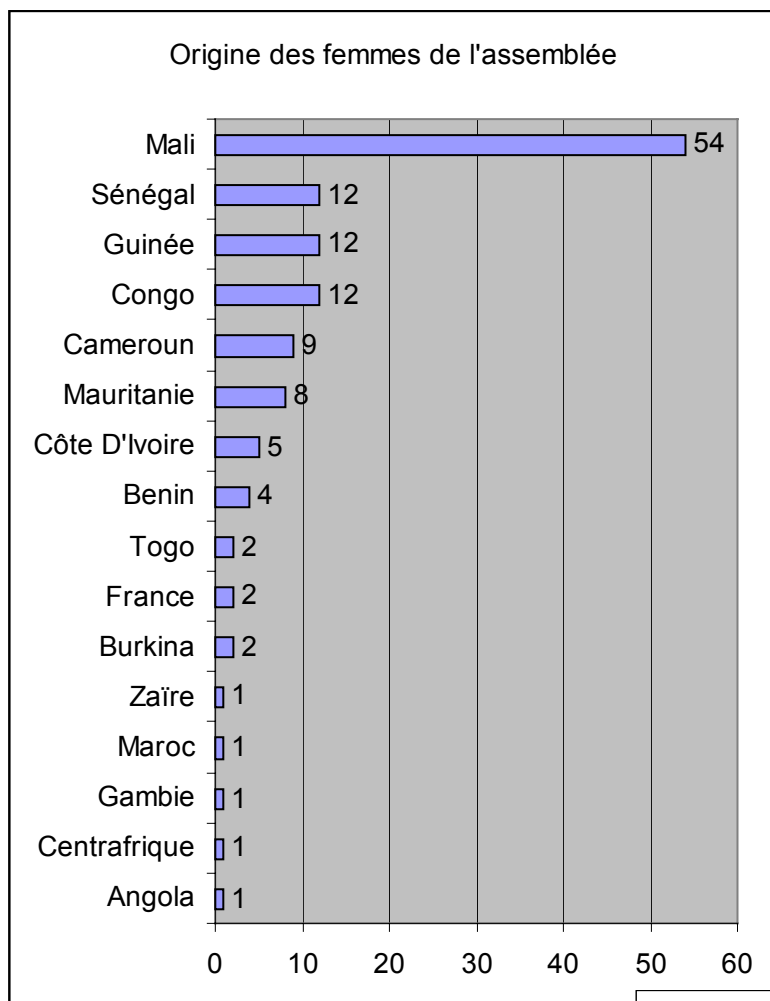
En 2003 et 2004, cette action a été récompensée, en effet, elle a été lauréate d'un mouvement de femmes appelée « V-days », ce qui remplit de fierté le groupe des femmes et a permis à une quinzaine d'entre elles d'assister au spectacle "Les monologues du vagin" afin de recevoir le prix.

Tableau récapitulatif des activités de l'assemblée des femmes en 2004

Activité	Nombre de femmes	Nombre d'ateliers
Rencontres du samedi	127	50
Ateliers couture	76	176
Ateliers informatique	12	28
Poésie	10	5
Défilé de mode	30	48
Chorégraphie	12	24
Tabaski	53	1
Théâtre	35	48
Noël	54	1
Total	409	381

B. Qui sont les femmes qui ont fréquenté l'Assemblée des femmes en 2004 ?

L'espace de l'assemblée des femmes a été investi par **127** femmes en 2004. Parmi elles, **53** femmes ont une pathologie grave soit **42%** de l'effectif du groupe (contre **40%** en 2003). Les autres femmes sont soit des femmes en grande souffrance psychologique et en situation de précarité, soit des femmes africaines habitant dans le quartier de la Goutte d'Or. Ces dernières contribuent à recréer l'atmosphère d'une communauté villageoise, où celles qui vont bien peuvent épauler celles qui ont besoin d'aide par un système de tutorat informel. Au fil des ans, le pourcentage de femmes séropositives dans le groupe est toujours en augmentation ; cela est dû à l'amélioration du partenariat mis en place entre l'association URACA et les hôpitaux de la région parisienne.



La diversité qui caractérise d'habitude le groupe (ethnie d'origine, trajet personnel, attentes...) s'est renforcée ; les femmes sont originaires de 16 pays différents. Les années précédentes des femmes d'Afrique de l'ouest prédominaient dans le groupe ; mais ces trois dernières années il était également composé de femmes originaires de l'est et du centre de l'Afrique.

La caractéristique principale du groupe est l'existence de deux noyaux différents :

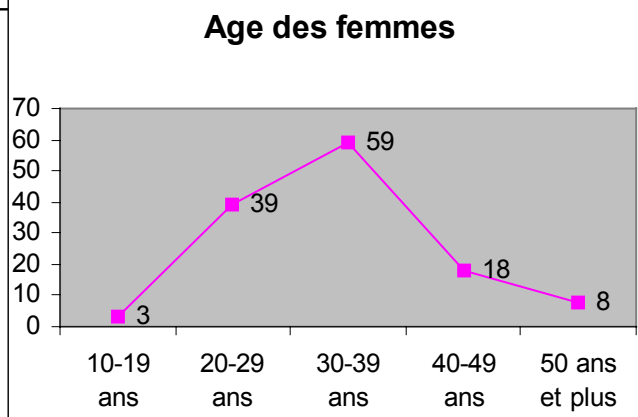
- Un groupe de femmes analphabètes parlant très peu le français, originaires des villages d'Afrique de l'ouest (Mali, Sénégal, Mauritanie, Gambie, Guinée).
- Un groupe de femmes citadines ayant été scolarisées, originaires d'Afrique de l'ouest ou d'Afrique centrale.

Les adhérentes sont en majeure partie en situation de grande précarité : à l'arrivée près de **85%** n'ont pas d'hébergement, **95%** n'ont pas de titre

de séjour, et parmi celles-ci **80%** n'ont pas de couverture sociale, ni d'aide médicale.

Les femmes de **20 à 39 ans** sont plus représentées dans le groupe (**77%**). C'est cette tranche d'âge qu'on rencontre en majorité dans l'immigration.

Cette année, un travail d'insertion professionnelle et sociale a été fait pour les 22 femmes qui avaient obtenu leur titre de séjour en 2003.



Le nombre de femmes ayant obtenu leur titre de séjour a été élevé en 2004 (27 femmes au total soit **21%**) ; cela est dû à leur date d'entrée dans le groupe depuis deux ans en moyenne et à l'obtention du titre de séjour pour soins auprès de la préfecture de Paris.

Les femmes susceptibles de bénéficier du soutien de l'Assemblée des femmes sont dépistées et adressées soit par la permanence sociale, soit par les consultations d'ethnopsychiatrie ou d'ethnomédecine, soit par des professionnels médico-sociaux, ou encore rencontrées lors des visites à l'hôpital dans l'action de soutien communautaire aux malades hospitalisés. L'ensemble de ces modalités d'arrivée, correspondant aux femmes en plus grande souffrance, concerne plus de la moitié du groupe. Les hôpitaux ont été le principal vecteur de l'arrivée des nouvelles femmes (**95%**) dans le groupe.

Le groupe anciennement constitué permet l'intégration des nouvelles arrivantes ; le taux des très anciennes participantes (plus de 4 ans), qui continuent à venir, est de **25%** cette année. Celles qui connaissent le groupe et l'apprécient amènent leurs sœurs sociales, leurs cousines, leurs amies rencontrées dans les foyers d'urgences, etc. Ces différentes modalités d'arrivée dans le groupe sont la preuve que cette assemblée des femmes correspond bien à des attentes et à un fonctionnement psychologique, social et culturel des femmes accueillies.

C. Réalisation de l'action

1. Une aide globale

Au-delà des différentes activités proposées aux femmes, c'est bien d'un authentique soutien global dont il est question. La responsable du groupe pouvant tout à la fois :

- Faire connaissance avec les femmes en souffrance soit lors d'une hospitalisation lorsqu'elle participe à l'action de soutien communautaire aux malades hospitalisés, soit lors d'une consultation d'ethnopsychiatrie ou d'ethnomédecine.
- Accueillir les primo arrivantes dans le groupe.
- Accompagner psychologiquement les femmes en détresse puisqu'elle a une formation de médiatrice ethno-clinicienne et qu'elle poursuit cette formation au sein de la consultation d'URACA.
- Aider les femmes dans leurs projets (appels téléphoniques, recherches d'adresses, contacts avec les autres intervenants médico-sociaux, etc.)
- Accompagner physiquement les femmes dans leurs démarches lorsque la situation l'exige.
- Coordonner les actions et inciter les femmes à y participer, mobiliser individuellement les participantes pour qu'elles prennent un rôle de plus en plus actif.

En effet, un jour elle a accompagné l'une des femmes chez son médecin traitant à l'hôpital alors que celle-ci ne faisait pas confiance au dispositif de traitement proposé puisqu'elle avait refusé de suivre une thérapie. Mais quand elle a été avec la coordinatrice, qui avait un rôle de grand-mère pour elle, la prise en charge thérapeutique a été mise en place sans difficulté. Au retour, la femme a confié à la coordonnatrice : *«Je pensais que les médecins sont racistes ; qu'ils proposent des mauvais médicaments pour les noirs et des bons médicaments qui guérissent pour les blancs. C'est mieux de mourir tout de suite que de prendre des médicaments qui rendent plus malade. Mais quand je suis partie avec toi, j'ai compris que c'est le même traitement pour tout le monde qui a cette maladie. Je sais que je peux avoir confiance à URACA, je vois beaucoup de femmes qui ont des problèmes comme moi, mais qui se battent pour réussir alors pourquoi pas moi aussi? Je vais écouter mon médecin et prendre maintenant mon médicament pour me soigner.»*

Une autre, à l'annonce de sa séropositivité était en grande souffrance et voulait tout de suite prendre des médicaments alors que son médecin lui disait « ce n'est pas nécessaire pour le moment parce que

vos défenses sont bonnes ». Après de long mois de suivi et de prise en charge dans l'assemblée des femmes, un jour elle annonce à la coordinatrice *« j'ai vu mon médecin aujourd'hui, il m'a dit que j'ai pas besoin de médicaments, que mes défenses sont encore bonnes. Je suis très contente, maintenant j'ai compris, tant que je ne prends pas de médicaments, cela veut dire que mon corps résiste et je suis bien dans ma tête »*

2. La dynamique du groupe de l'Assemblée des femmes

Les nouvelles adhérentes sont reçues par la coordinatrice qui leur explique le fonctionnement du groupe et ensuite les présente aux autres membres. Immédiatement et spontanément, les règles africaines qui régissent les relations sociales sont de mise. En fonction de leur âge, de leur statut, de leur langue, des relations à plaisanterie sont instaurées entre les femmes. Par exemple, les plus âgées sont appelées « **maman** » ou « **tantie** » par les autres ; et l'animatrice du groupe est appelée « **grand-mère** ». La reconnaissance de la place de l'animatrice en tant que grand-mère (responsable de la gestion de la concession africaine) permet d'introduire dans le groupe une hiérarchie sans connotation de dominance qui serait considérée comme agressive.

La cohésion du groupe, grâce à l'utilisation des mœurs et des coutumes (relation à plaisanterie, accueil des nouvelles arrivantes selon les habitudes du pays d'origine...) a favorisé l'intégration des nouvelles adhérentes qui ont pu s'appuyer sur l'existence de sous-groupes diversifiés.

Le groupe continue à être très mobile, mais un noyau de femmes leaders participant à l'action depuis plus de trois ans, c'est spontanément formé et prend en charge l'assemblée.

La mixité du groupe associant personnes touchées par le HIV et personnes non touchées, dans des démarches communes où le secret est préservé, permet d'aider à établir un dialogue non stigmatisant entre les unes et les autres. Chacune peut se confier ou non, elle a le choix de son interlocuteur et la possibilité de retrouver dans le groupe les codes structurant les échanges tels que : à qui parle-t-on, quel code utiliser ? Comment faire passer un message ?

La fréquentation de l'assemblée des femmes est très variable : les femmes peuvent être très assidues pendant une période puis, du fait d'autres occupations, cessent de venir pendant quelques mois avant de revenir à nouveau. Ainsi, tout au long de l'année, la dynamique du groupe n'a cessé de croître. En effet, depuis quatre ans une entraide sans relâche s'est spontanément organisée. Lorsqu'une femme trouve une place culturellement identifiée et reconnue dans le groupe ; cela lui permet d'émerger peu à peu du marasme dans lequel elle se trouvait. Elle peut alors entrer dans une démarche thérapeutique puis dans un deuxième temps envisager la recherche d'une formation, d'un travail et aboutir dans ses projets personnels.

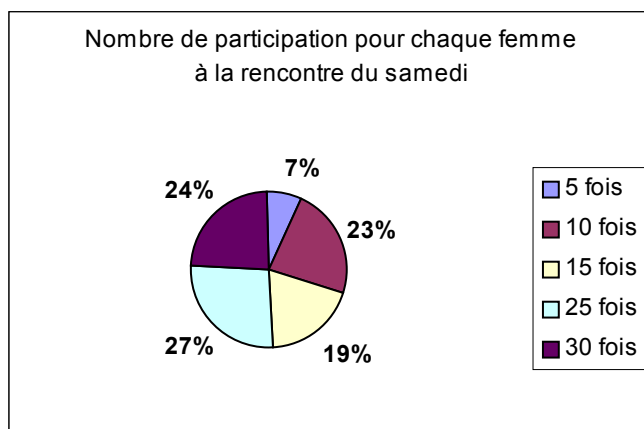
3. Descriptif des activités

a) Les rencontres du Samedi

Une volontaire aidée par d'autres, prépare une spécialité culinaire de sa région et la partage avec les autres femmes. Les **127** femmes qui ont fréquenté le groupe cette année ont participé plus ou moins régulièrement aux rencontres hebdomadaires du samedi.

- 7% des femmes sont revenues au moins cinq fois après une première participation aux rencontres du samedi.
- Le plus souvent, elles y participent le temps de trouver une réassurance et de se réinvestir dans une vie sociale, familiale et dans des activités professionnelles. Un groupe de **29 femmes (24%)** y viennent entre **6 et 10 fois** sur une période s'étalant entre 2 et 6 mois.

- La majorité des femmes (30% des participantes), qui s'étaient investies dans les activités de l'assemblée en 2003, a retrouvé une vie sociale et professionnelle stable en 2004.
- Une moyenne de **34 femmes** participent aux divers ateliers et viennent le samedi quand elles le peuvent (sauf en cas de mariage, d'arrivée d'un membre de la famille, de réunion familiale ou communautaire, etc.) tout au long de l'année elles participent entre **16 et 25 fois** aux différentes rencontres.
- Vient enfin le noyau moteur du groupe constitué par **une trentaine de femmes** participant régulièrement à l'ensemble des activités de l'assemblée des femmes. Elles sont venues plus de **30 fois** aux rencontres du samedi.



Une vingtaine de femmes vient se retrouver le samedi à l'espace d'URACA ; mais parfois ce nombre peut atteindre plus d'une trentaine. Certaines viennent accompagnées de leurs plus jeunes enfants. Mais l'une des évolutions qui a marqué ces deux dernières années est le fait que les femmes se débrouillent pour faire garder les grands. Elles peuvent ainsi profiter pleinement du fait de se retrouver entre elles, d'avoir un moment où elles se font plaisir. Elles ont investi l'espace offert et veulent en profiter au maximum sans obligation de responsabilité maternelle.

L'assemblée des femmes se rencontre tous les samedi mais aussi pendant les ateliers qui leur sont proposés. Lors de ces ateliers les femmes discutent, s'entraident et se donnent des conseils comme au village entre sœurs ou entre nièces et tantes. Les échanges spontanés sont diversifiés avec cependant des thèmes récurrents tels que : les relations conjugales, l'éducation des enfants, les informations sur le pays d'accueil et les institutions (écoles, hôpitaux, PMI...), la prévention.

Tout au long de l'année des discussions individuelles se font auprès des femmes pour permettre un suivi adapté à chaque adhérente, mais aussi pour avoir un accès plus facile aux services offerts par d'autres associations du quartier (suivi social, alphabétisation, aide médicale...) et au soutien individuel dans leurs démarches d'intégration (sociale, logement, administrative, psychologique, insertion ...).

Les ateliers préférés des femmes sont la cuisine et la couture, qui permettent à chacune de montrer ses savoir-faire et de valoriser sa culture.

b) L'atelier couture

L'atelier couture est toujours massivement investi par les femmes. C'est pour elles un temps privilégié auquel elles renoncent rarement. Les ateliers ont lieu les mercredi et vendredi après-midi en quatre groupes. Chaque atelier dure deux heures (de 13 à 15 heures et de 15 heures à 17 heures). Ces séances permettent aux femmes de confectionner des vêtements traditionnels qu'on ne trouve pas dans les commerces. Elles sont aidées dans cette tâche par un couturier africain qui réalise les coupes. Les vêtements passent de mains en mains et sont accompagnés de critiques jusqu'à la réussite de l'œuvre. Chaque réalisation est un travail collectif admiré avec fierté par les participantes.

Nos locaux permettent de faire fonctionner 8 postes de travail en même temps, l'association met à disposition 6 machines à coudre. Mais certaines femmes inscrites apportent leur machine à coudre à l'association. Actuellement il nous manque 4 machines à coudre pour satisfaire tous les postes de travail.

C'est un temps d'autant plus investi qu'il leur permet de se faire plaisir tout en ayant une activité «utile». La possibilité de réaliser un vêtement désiré, avec l'aide d'un professionnel, contribue à les valoriser dans l'apprentissage d'un savoir-faire étroitement lié cependant à leur culture. Chacune est fière de porter un vêtement qu'elle a elle-même confectionné. Aussi, la présence d'un maître tailleur permet à chacune de mener à bien ce qu'elle a entrepris, de ne pas céder au découragement face à la difficulté.

En 2004, **76** femmes ont participé à l'atelier couture en **176** séances. Un fait très important s'est dégagé au cours des deux dernières années : les femmes ne rejoignent l'atelier de couture qu'une fois qu'elles se sont bien intégrées au sein de l'assemblée des femmes. Elles ont alors déjà établi des relations préférentielles avec d'autres femmes qu'elles viennent retrouver en s'inscrivant le même jour qu'elles. Les participantes à l'atelier couture y viennent surtout retrouver les autres femmes pour continuer la discussion du samedi.

c) L'atelier poésie

Cet atelier a permis aux femmes de s'exprimer à l'occasion de la journée mondiale du Sida dont le thème cette année était «**Mère et fille face au sida** ». Les femmes se sont réunies pour écrire des poèmes qui ont été exposés lors de la journée.

Une dizaine de femmes de l'Assemblée ont participé à cet atelier. Cette année ce sont uniquement les femmes qui pouvaient lire et écrire qui se sont investies. Cet atelier a suscité beaucoup d'émotion au sein du groupe.

MERES ET FILLES D'ICI ET D'AILLEURS FACE AU SIDA

*Que m'arrive t'il ?
Maman où es-tu ?
Pourquoi ne m'as- tu pas mise en garde ?
Pourquoi la parole a toujours été si difficile chez nous ?
On m'apprend que je suis atteinte d'une certaine maladie
Une maladie qui se transmet de l'homme à la femme.
Une maladie incurable.
Que j'ai mal !
Maman où es-tu ?
Mariée à un age où je me sentais si jeune
J'ai du remplir mon devoir de femme
Envers un homme pour qui je n'éprouvais rien.
Cela me paraissait normal
Me voilà confrontée à une réalité à laquelle je ne m'attendais pas
Maman où es-tu ?
Voilà déjà 5 ans que tu es partie
Seule me voilà
Seule face à cette tragédie !*



Aissata.

Une exposition de photos mères et filles ici et là-bas a été réalisée. Les femmes y ont participé en acceptant de se faire photographier dans leurs activités quotidiennes avec leurs filles.



d) L'atelier théâtre

A l'occasion de la journée mondiale du Sida, une pièce de théâtre intitulée : *Maman où es-tu ?* a été écrite et mise en scène par les femmes elles-mêmes. Un travail en commun entre femmes touchées et non, s'est spontanément mis en place et les discussions ont pu se faire sans préjugé.

Elles y ont travaillé de septembre à décembre de façon assidue. Le thème choisi a permis au groupe de discuter de la prévention du sida ici et là-bas ; surtout sur les relations entre les mères et les filles. Dans la discussion se sont mêlées toutes les représentations et les doutes, les peurs, les croyances de toutes ont pu être exprimées ; qu'elles soient touchées ou non par la maladie. Elles ont construit ensemble dans le rire et la plaisanterie une pièce qui a reçu les ovations du public.

Le groupe s'est beaucoup investi dans les répétitions ; les femmes ont été aidées dans cette tâche par une association du quartier de la Goutte d'or (Compagnie Graine de Soleil). En effet des critiques et des interrogations n'ont pas manqué tout au long des trois mois de répétition. Cela a permis à chacune de faire appel à ses repères culturels et de se questionner au plus profond de son âme. En ces moments, chacune a dominé les souffrances de l'exil qui se lisaient en elle pour apporter sa contribution à l'œuvre commune.

Ce travail a renforcé le groupe et a permis un travail de prévention en profondeur puisqu'il s'agissait de discussions à la fois collectives et individuelles où tout a pu être dit et pris en considération sans jugement.



e) Atelier informatique

L'une des femmes de l'assemblée malgré son insertion professionnelle cette année, a pris un rôle dans le travail de secrétariat de l'association. Elle est aussi devenue la formatrice en informatique des autres. Cette année, 12 femmes ont participé à cet atelier (28 séances dans l'année). Les autres ont surtout demandé qu'on les aide à mettre en forme et à valoriser leurs documents (lettre de motivation, CV, etc.)

Concernant cette action, beaucoup de femmes sont intéressées et désirent y participer ; mais nous avons du mal à former un groupe régulier puisque la formatrice a trouvé une activité professionnelle.

f) La fête de la Tabaski

Chaque année URACA organise une fête de tabaski pour l'assemblée des femmes. A cette occasion les femmes invitent d'autres femmes du quartier de la goutte d'or et des partenaires d'association de femmes, telles que le Bus des femmes, V-Days pour fêter ensemble. Les femmes participent pleinement à cette organisation ; elles cotisent pour l'achat des tenues, la location des musiciens et s'investissent beaucoup pour la préparation d'un repas festif. Cela leur rappelle le village d'origine où toutes les familles du village se rassemblent pour faire la fête du « mouton ».

Cette année, 53 femmes ont participé à l'organisation de cette fête, URACA a mis à leur disposition la salle saint Bruno.

g) La fête de Noël

Les adhérentes de l'Assemblée des femmes sont en majorité en situation de grande précarité : certaines sont sans domicile fixe et fréquentent le SAMU social. Toutes vivent à la marge et sont étrangères à la culture française. Ce qu'elles connaissent de la société d'accueil se limite aux images de la télévision et de la rue. Elles ne sont jamais invitées à partager les fêtes de famille française, c'est pourquoi, cette année, URACA a préparé et organisé, avec le soutien financier de la Fondation de France, une fête de Noël afin de favoriser les échanges interculturels et de rompre l'isolement social des femmes et de leurs familles.



Cette fête a réuni les femmes du groupe, leurs enfants, l'équipe d'URACA et des familles françaises. Au départ il était prévu de réunir une trentaine de femmes, 50 enfants environ et une dizaine de personnes habitant le quartier de la Goutte d'Or.

La fête a eu beaucoup de succès et a été massivement investie :

- **54 femmes** de l'assemblée et **79 enfants** étaient présents,
- **17 personnes** de l'équipe d'URACA et **12 enfants**,

- **2 représentants** de la Fondation de France,
- **2 représentants** de l'association V-DAY,
- **5 représentants** des associations du quartier de la Goutte d'Or.

Au total, **80 adultes** et **91 enfants** ont participé à la fête de Noël ; la mixité du groupe associant les femmes africaines et les familles françaises a permis aux adhérentes de l'assemblée d'accéder à la signification de la tradition de la fête de Noël pour les familles françaises.

Les femmes ont participé à toutes les étapes de l'organisation de la fête (sapin, repas, contes). Elles étaient très contentes et ont parlé de Noël pendant tout le mois de janvier ; elles souhaiteraient pouvoir renouveler cette fête chaque année. Un repas de fête et des cadeaux ont été offerts; des contes européens ont été contés par un conteur français.

h) Participation des femmes aux autres activités de l'association :

L'objectif principal étant la dynamisation des femmes, nous tenons à les faire participer au maximum aux autres actions organisées au sein de l'association ; mais ce travail est très difficile et demande une énergie considérable. Dès que les femmes se sentent mieux elles s'envolent et ne réapparaissent que pendant les cycles de conférence organisés par URACA.

- **Participation au cycle de conférences**

Toutes les femmes du groupe ont participé au moins une fois à l'une des réunions organisées dans le cadre du cycle de conférence. Elles ont pris la parole dans les débats et le groupe dans son ensemble a constitué le clou du spectacle le jour de la manifestation à l'occasion de la journée mondiale du sida, le 1^{er} décembre, où elles étaient 32 pour jouer leur pièce de théâtre.

- **Participation au soutien communautaire aux malades hospitalisés**

Quatre femmes ont participé à cette action au cours de l'année. Deux d'entre elles sont particulièrement investies et secondent la coordinatrice de l'action.

- **Participation à l'accueil et à l'accompagnement physique du public**

Les femmes venant en semaine se sont spontanément investies dans l'accueil du public qui passent la porte de l'association pour les accueillir et les orienter.

4. Difficultés rencontrées

Cette action existant depuis plusieurs années, l'une des difficultés majeures avait été de trouver l'encadrement adéquat pour l'Assemblée des femmes. Ainsi, en 2001, les difficultés principales ont été surmontées avec l'embauche d'une médiatrice animatrice et la création d'un poste transversal sur les différentes actions de l'association. Le lien ainsi créé avec les femmes lui a permis ensuite de les intégrer facilement dans le groupe.

La dynamique et la cohésion du groupe étaient tellement fortes qu'il n'y a pas eu de difficultés majeures. Cependant, des remarques sont à signaler :

- Les activités sociales (baptêmes, mariages, décès ...) se font généralement les samedi et cela a empêché certaines femmes de fréquenter régulièrement les réunions.
- Le coût du transport a empêché certaines femmes habitant en lointaine banlieue de venir à toutes les réunions du Samedi malgré leur isolement et leur désir de retrouver le groupe.
- L'hébergement de certaines femmes hors zone Ile de France n'a pas facilité le suivi de ces femmes.
- Chaque atelier, mis à part les rencontres du samedi et la couture, demande de nombreuses médiations auprès des familles et des femmes elles-mêmes.

D. Evaluation

1. Evaluation quantitative

127 femmes ont participé à l'assemblée des femmes. Parmi elles, **42%** des femmes avaient une pathologie grave, aussi une prise en charge thérapeutique a été mise place pour ces femmes.

La fréquentation des ateliers détaillée dans les chapitres précédents a été très importante et la participation aux autres actions de l'URACA également.

Le soutien global apporté aux femmes peut se mesurer à certains résultats tels que :

- 40% des femmes arrivées sans titre de séjour ont réussi à en obtenir un au cours de l'année grâce à notre appui.
- 5% des femmes sans domicile fixe ont réussi à trouver un hébergement en foyer, ce chiffre a diminué cette année à cause de la nouvelle réglementation.
- Toutes les femmes qui n'avaient pas d'accès aux soins en ont obtenu un.
- 23 femmes (18%) de l'effectif du groupe ont réussi à s'insérer dans une activité professionnelle.

2. Evaluation qualitative

Le projet initial qui était de créer un espace de partage, de lieu de rencontre comme la concession d'où elles viennent, c'est réalisé.

Des femmes viennent témoigner de leur satisfaction tous les jours. Voici les paroles de certaines d'entre elles :

«Quand j'ai des problèmes, je pense toujours à courir vers URACA : parce que je peux parler avec les autres femmes et elles m'aident également à résoudre mes problèmes On trouve toujours un soutien auprès des autres»

«L'Assemblée des femmes me réconforte beaucoup. J'ai été envoyée à URACA par une assistante sociale en 2000. Quand je suis arrivée, j'étais très contente en voyant le groupe des femmes, on partage des idées, on se donne des informations. J'étais intéressée pour faire du bénévolat. Depuis 2000, je viens à URACA avec beaucoup de joie»

«Depuis mon insertion professionnelle, je n'arrive plus à fréquenter l'Assemblée des femmes. Cela me manque beaucoup, surtout la convivialité, les repas du groupe...D'ailleurs tout me manque, tout ! »

E. Conclusion

Cette action s'est appuyée sur la participation individuelle de chaque membre de l'Assemblée. En effet, cette activité est considérablement renforcée d'année en année permettant d'accueillir les nouvelles dans un groupe structuré et dynamique. Les efforts seront poursuivis en 2005, pour que l'Assemblée continue à s'ouvrir à d'autres femmes en détresse, tout en poursuivant la mobilisation des anciennes.

Comme les autres années, en 2005 les efforts de l'action porteront autour des axes suivants :

- Continuer à dynamiser le noyau de femmes leaders qui s'est formé spontanément.
- Mobiliser les femmes autour de la santé communautaire et de différents thèmes les concernant tels que : l'éducation des enfants en France, la prévention du sida, la diététique, la contraception, etc.
- Renforcer la capacité du groupe à accueillir et à prendre en charge les nouvelles adhérentes. Un système de tutorat informel entre les anciennes et les nouvelles.
- Développer et assurer le suivi des projets de groupe (théâtre, défilé de mode, etc.) et/ou individuels.
- Dynamiser la participation des femmes à la fête du quartier de la Goutte d'Or.
- Former quelques femmes à la pratique des coupes de vêtements, au théâtre, à la danse ou des séances de chorégraphie.

IV. GROUPES DE PARENTS RELAIS ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

A. Introduction

Parler de parentalité : qu'est-ce à dire ? Ce néologisme n'est-il pas souvent réduit au seul exercice de la fonction parentale ? Or, ce n'est qu'en réintroduisant les processus intra psychiques mobilisés ou entravés par le fait d'être parents que ce terme retrouve à la fois sa complexité mais aussi sa globalité. Avec un public migrant, la question de la parentalité se doit d'être pensée dans le double registre du fonctionnement inconscient et des représentations culturelles.

L'important dans ce travail entrepris auprès de deux groupes est justement de pouvoir dépasser la seule visibilité des comportements (échec scolaire...) pour peu à peu interroger le sens de ce qui se joue entre parents et enfants. En reproduisant à l'identique un schéma traditionnel, souvent inadapté à la vie en France, ces familles se sont recroquevillées sur elles-mêmes dans un mouvement défensif. Se protéger des autres n'a pu se faire pour certains qu'en niant l'existence de ces autres, d'une société étrange qui fait surgir l'image de soi – étranger.

Mais avec le temps ce sont, bien souvent, les enfants qui en viennent à incarner cette étrangeté. Etranger à eux-mêmes ces enfants qui n'ont été reconnus ni par leurs parents ni par la société d'accueil, peinent à se construire. Pour beaucoup, reste une question lancinante « *qui suis-je ?* » Question qui vient interpeller une transmission défailante en particulier par ce qu'elle porte d'injonctions paradoxales :

- ❖ devoir de s'intégrer et réussir là où les parents ont échoué
- ❖ poursuivre à l'identique des traditions venues d'un monde dans lequel ils n'ont jamais mis pied.

La question du même et du différent ne peut souvent être élaborée : toujours trop autre pour l'un ou effacé dans la réponse à « être identique à ». Identique qui parfois n'est qu'un rôle joué aussi bien que possible pour exister dans le regard parental. S'effacer, s'oublier dans sa différence pour satisfaire le désir parental ou effacer, nier en soi la présence de cette histoire familiale, de cette autre culture pour satisfaire les attentes d'une partie de la société d'accueil ... Le résultat est le même : l'impossibilité à exister en tant que même et autre.

Le travail avec ces parents nous amène à penser ces situations à la fois par rapport au vécu de parents migrants et par rapport au vécu des enfants nés en France. C'est bien ce questionnement concernant la nécessité pour tout enfant de se situer vis-à-vis de ses parents dans une continuité et dans une différence, que nous essayons de mener. Car cette exigence vaut pour tout enfant mais se trouve renforcée dans la migration par le vécu de certains parents qui se fondent dans la masse d'une communauté rassurante dans laquelle n'existent que des semblables et nient les changements qui ont pu se faire en eux. Cette identité rassurante n'est qu'illusion mais une illusion à laquelle certains se sont accrochés depuis des dizaines d'années pour survivre dans un monde incompréhensible.

Cette année, la mise en place d'un temps systématique de réflexion entre les deux animateurs et la psychologue coordonnatrice de l'action a permis d'explorer de façon plus précise les différentes significations des propos recueillis. Ce temps permet ainsi aux animateurs de

mener une double réflexion – sur leur groupe – sur le second groupe, les paroles, les fonctionnements différents.

Double réflexion qui devrait permettre une plus grande distanciation : d'autres parents africains pensent autrement, évoluent autrement. Cette dynamique de va-et-vient entre temps de l'action et temps de réflexion, entre groupe des mères et groupes des pères s'est d'ailleurs également concrétisée dans l'initiative de l'animateur du groupe des pères, d'aller à la rencontre de jeunes (adolescents, jeunes adultes) dans le square Léon pour entendre leur parole. C'est donc un travail croisé que nous allons présenter après avoir exposé – les difficultés, les spécificités de chacun des groupes.

Tableau récapitulatif de l'action en 2004

	Nombre de personnes	Nombre de réunions
Groupes de mères	33	5
Groupe de pères	14	5
Groupe de jeunes	15	3
Supervision	3	7
Total	65	20

B. Difficultés rencontrées

Une des difficultés posée par cette action réside dans la nécessité de trouver un équilibre entre – agir et trouver des réponses concrètes – penser la souffrance des uns et des autres. En effet, la tentation est grande de vouloir se limiter à apporter une solution immédiate et en cela rassurante. Pour autant, se limiter à cela pose le risque de réduire la solution à une « recette ». C'est pourquoi il est essentiel que ces réponses, ces initiatives prises par les parents s'intègrent dans un mouvement de pensée – abstrait, source de remise en questions, de doutes, de souffrance -. C'est là la lourde tâche des animateurs de veiller à maintenir en éveil une dynamique de réflexion et c'est cette dimension en particulier que le temps de supervision vise à étayer.

L'expérience et la finesse des animateurs n'empêchent pas la difficulté à être exposés à la souffrance de parents auxquels il est difficile de ne pas s'identifier. Qui est jamais assuré que ses propres enfants grandiront sans problèmes, que l'équilibre sera trouvé entre écoute, compréhension de ses enfants et règles de vie, contraintes, interdits.... ? C'est bien évidemment ce type de questions qui complexifie l'action mais c'est aussi parce que les parents ne se sentent pas stigmatisés dans une « défaillance » mais perçoivent que leurs doutes sont partagés, qu'ils avancent dans leur réflexion.

C. Réalisation de l'action

1. Public touché

- public visé : Nous avons pensé continuer le groupe de mères mandingue, soit 33 femmes et le groupe de pères soit 14 hommes. Nous souhaitons mettre en place un second groupe de pères, ayant des enfants en âge d'aller à l'école maternelle. Nous avons estimé l'ensemble à 50.
- public atteint : En fait, le second groupe de pères n'a pu voir le jour, faute de participants réellement intéressés et prêts à s'investir. Nous avons par contre engagé un travail auprès d'un groupe de 15 jeunes – adolescents et jeunes adultes -. Nous avons donc mené un travail régulier auprès de 47 personnes et de 15 jeunes hommes, issus de la seconde génération.

2. Constitution des groupes

a) Un groupe de mères originaires d'un village sénégalais :

5 réunions ont rassemblé 33 femmes dans le cadre d'une association villageoise sénégalaise. Ce groupe a été constitué et animé par Mme Gnabaly Aïssatou.

b) Un groupe de pères mandingues

Ce sont des pères de famille polygames. Ils sont originaires du Mali et du Sénégal. Ce sont des Soninké, des Diaranké et Peul. 5 réunions ont rassemblé 14 pères. Ces réunions ont été animées par Mr Diarra Mamadou.

c) Un groupe de jeunes

Deux réunions ont eu lieu réunissant 15 adolescents et jeunes adultes de la deuxième génération dont les parents sont originaires d'Afrique sub-saharienne dans le quartier de la Goutte d'Or.

D. Objectifs de l'action

1. Objectif principal

Aider les parents originaires d'Afrique sub-saharienne dans leurs relations avec leurs enfants et avec les institutions liées à l'éducation.

2. Objectifs spécifiques

- ❖ Aider les parents africains à appréhender les réalités du pays d'accueil
- ❖ Travailler à faire comprendre aux familles les logiques des institutions scolaires et du mode éducatif français.
- ❖ Faire réaliser aux parents les différences dans le mode d'éducation entre la France et l'Afrique.
- ❖ Revaloriser à leurs yeux le patrimoine culturel dont ils sont les dépositaires.
- ❖ Leur faire comprendre l'importance de la transmission de l'histoire familiale aux enfants (histoire des générations antérieures, histoire de la migration et de la vie en France, histoire parallèle de la vie du reste de la famille en Afrique).
- ❖ Permettre aux parents d'appréhender la souffrance de leurs enfants à être ainsi tiraillés entre deux modèles, avec ce qu'ils comportent d'injonctions paradoxales.
- ❖ Aider les parents à créer un lien nouveau avec leurs enfants, à pouvoir évoluer dans leurs attentes et dans le regard qu'ils portent sur les jeunes générations.
- ❖ Etablir pour les parents et les enfants des liens entre les deux cultures et leurs systèmes éducatifs, leur permettant de passer de l'un à l'autre en s'enrichissant de l'un et de l'autre.

3. Objectifs intermédiaires

- ❖ Mettre en place un réseau de groupes de parents pour la réalisation de cette action.
- ❖ Faire des réunions régulières de réflexion, de supervision et d'évaluation.
- ❖ Organiser des ateliers de discussions sur l'éducation, les relations famille / institutions scolaires.

E. Elaboration des stratégies et supervision du groupe :

A la suite du mouvement qui s'était engagé dans le dernier trimestre 2003, nous avons poursuivi et intensifié les réunions de travail rassemblant les deux animateurs et la psychologue. Ces temps de réflexion ont été à la hauteur de nos espérances, permettant d'élargir notre compréhension des deux groupes. Il est d'ailleurs intéressant de constater que contrairement aux années passées au cours desquelles les thèmes abordés par chacun des groupes gardaient une spécificité, cette année des thèmes communs se sont dégagés (sans qu'ils aient été pour autant définis par avance).

Ces temps ont permis aux animateurs de se questionner autrement, de se décaler par rapport à des « évidences ». La possibilité de s'extraire d'une pensée trop certaine a ainsi permis d'amener, dans un second temps, les groupes à se questionner, à remettre en cause des évidences comme « les enfants ont honte de leurs parents ».

Ce regard croisé initié dans ces échanges a ainsi orienté l'action par la mise en place de rencontres avec des jeunes de la seconde génération (16 – 25 ans). La richesse des propos tenus par ces jeunes gens sera utilisée au sein de chacun des groupes pour que ce regard croisé permette aux parents d'avancer dans leur réflexion.

Au cours de l'année, nous nous sommes retrouvés à 7 reprises afin de mener à bien cette réflexion. Si en début d'année, chaque réunion était consacrée à l'un des deux groupes, très vite notre fonctionnement s'est modifié : le temps consacré est passé d'une heure environ à deux heures (au minimum), tant les échanges étaient fertiles et suscitaient des réflexions de part et d'autres. Nous avons donc systématiquement traité des deux groupes, de ce que la réflexion de l'un évoquait pour l'autre...

F. Contenu des ateliers de discussion au sein du réseau de parents :

1. Le groupe de pères :

Quelques pères se sont interrogés sur les apprentissages que font les enfants en classe maternelle, contestant les méthodes scolaires. Un des pères, en particulier, considère que les enfants jouent, dessinent au lieu d'apprendre à lire et à écrire (son enfant est en dernière section).

Que peut-on penser de cette interrogation ? D'une part, elle semble exprimer les méconnaissances des parents vis-à-vis des objectifs de l'école maternelle : un éveil intellectuel, l'apprentissage de la vie sociale, et l'acquisition des pré – requis qui seront nécessaires en CP. On assiste en effet à un processus contradictoire : à la fois, ces pères réduisent les missions de l'école aux apprentissages mais à l'inverse ils attendent des enseignants qu'ils leur inculquent des règles de vie (ce qui est habituellement dévolu aux parents).

On peut se demander si au travers de cette exigence de « mise au travail » du jeune enfant, ne transparait pas un certain type de représentations, lié au modèle africain. Alors que l'école maternelle se constitue comme transition entre le monde familial et le temps des apprentissages, les phases qui régissent l'enfance en Afrique se constituent comme des ruptures successives.

Ainsi, l'enfant qui est « descendu » du dos, l'est d'une façon qui peut apparaître brutale. C'est aussi le principe des initiations qui représentent des moments de passage, de changement d'état, de statut social. Il semble donc difficile à ces pères de penser un temps « entre deux » phases. Elément que l'on peut peut-être élargir à la situation des enfants qui sont bel et bien entre deux mondes.

Le jugement porté sur les enseignants est aussi source d'interrogation et traduit peut-être la difficulté des parents à trouver un équilibre entre : - s'impliquer dans la vie scolaire des enfants – faire confiance aux compétences des professeurs – pouvoir s'interroger, chercher à comprendre. En effet, cette mise en accusation peut aussi bien s'entendre comme une tentative de se réapproprier une place de parents que comme une impossibilité à envisager les problèmes autrement que sous la forme d'une mise en accusation d'autrui.

La suite des échanges dans ce groupe de pères témoigne en effet de la difficulté à s'interroger.

Ainsi, évoquant l'échec scolaire de nombre des grands enfants, leur orientation dans des filières spécialisées, ces pères se donnent des explications qui, toutes sont une recherche de « coupables ».

L'école est jugée responsable (racisme, incompétence, manque de sévérité...)

Les parents ont été négligents et n'ont pas assumé leur rôle

Les enfants n'ont pas fait les efforts nécessaires pour saisir la chance qui leur était offerte d'étudier dans des conditions bien meilleures qu'en Afrique.

On retrouve les mêmes paradoxes des pères dans leurs attentes vis-à-vis de l'Etat que vis-à-vis de l'école dans d'autres propos tenus tout au long de l'année. Ainsi, quand ils mettent en cause l'intervention de l'Etat ou de ses institutions, on voit ces pères se positionner dans une attente passive, infantile : c'est la faute de l'Etat, et c'est ce même Etat qui doit trouver des solutions... (Par exemple, concernant des attentes d'allocations, résoudre un problème de transport entre le logement et l'école après un déménagement de la famille...). Ce fonctionnement évoque la relation d'un enfant vis-à-vis de ses parents, pensés tout-puissants, censés détenir toutes les solutions. Or, il ne faut pas oublier que ces parents vivent leur vie d'adulte en France, éloignés de leurs propres parents, alors que le modèle traditionnel en Afrique, est de rester dans une proximité avec les parents, quel que soit l'âge. On assiste alors à un comportement chargé d'ambivalence à l'égard de cet Etat – parent.

Ils reprochent à l'Etat de leur voler leurs enfants, d'usurper leur place de père et plus largement de parent.

Ils font preuve d'une attente infantile d'un Etat qui subviendrait, comme un père traditionnel, à tous les besoins de la famille.

A la fois, ils disent ne pas pouvoir refuser les enfants que leur envoie Dieu et soutiennent aussi que « ce ne sont pas leurs enfants mais les enfants de leur femme ou de l'Etat français ».

On peut se demander si l'impossibilité à contrôler les naissances ne se constitue pas aussi comme un processus de répétition : être enfin pères d'un enfant qui les reconnaîtrait pères ? Se trouve mis en exergue la différence entre être un géniteur et être un père.

Un autre point, tout à fait important, a été abordé par ces pères : la langue maternelle. En effet, beaucoup de ces pères constatent que leurs enfants, s'ils comprennent la langue de leurs parents, ne la parlent pas. S'ils perçoivent ce qu'il y a de potentiellement handicapant pour leurs enfants de ne pas parler la langue maternelle, ils sont cependant persuadés que leurs enfants parlent le français couramment.

Or, l'expérience montre que tel n'est pas le cas. On sait bien que les enfants qui n'ont pas réussi à intégrer la structure de leur langue maternelle auront beaucoup de difficultés à acquérir la langue du pays d'accueil. Et nombreux sont les enfants qui, bien qu'ayant toujours vécu en France, parlent un français très mal construit, et disposent d'un vocabulaire particulièrement pauvre.

Si dans certaines familles la difficulté à transmettre la langue maternelle est directement liée au fait que les parents n'appartiennent pas à la même ethnie et ont donc comme seule langue commune le français, la plupart du temps, le problème est ailleurs. Des parents de même ethnie n'ont pu transmettre leur langue, pourquoi ? L'échange au sein de notre groupe de réflexion nous a conduit à quelques pistes de réflexion.

Y a-t-il un lien avec le modèle éducatif africain qui veut qu'un enfant apprenne en écoutant et non en posant des questions ? En effet, c'est bien au travers d'échanges spontanés et curieux qu'un enfant apprend à parler sa langue. Mais si en Afrique l'enfant écoute les adultes, il communique avec ceux de

son âge, avec les grands-parents... Dans l'émigration, les deux pôles sont confondus. Or, peu de parents discutent avec leurs enfants, au sens où on l'entend en France. Devant un discours centré sur le quotidien « fais ceci... », comment l'enfant peut-il avoir envie de s'exprimer dans cette langue ? Car on sait bien l'importance du plaisir dans les apprentissages, quels qu'ils soient. Pour trouver plaisir à parler, il faut sortir du domaine strictement utilitaire « je veux, j'ai besoin... ». C'est le registre des pensées, des affects qui sont les premiers vecteurs d'un plaisir de parler. Et c'est sans doute un élément qui fait profondément défaut à de nombreux enfants d'origine africaine pour qui cela ne fait pas sens de parler la langue de leurs parents. Une enfant de 12 ans a, dans le cadre des consultations, évoqué cette dimension, en l'associant aux festivités traditionnelles : ayant ressenti depuis toujours le fossé existant entre elle et ses parents, elle dit ceci « je ne danse pas ma langue », signifiant ainsi la non transmission de la langue, des danses et en conséquence son étrangeté vécue au sein de sa famille.

Un autre élément de réponse apparaît dans le registre de la honte. En effet, beaucoup de parents interprètent le fait que leurs enfants ne parlent pas la langue maternelle comme le signe qu'ils ont honte de leurs parents. Une fois encore, surgit la dimension projective pour des parents qui ont honte de ne pas s'exprimer couramment en français alors qu'ils vivent ici depuis 20 – 30 ans.

De plus, on peut se demander si certains n'ont pas encouragé leurs enfants dans ce sens en parlant eux-mêmes un mélange de français et de soninké, bambara... dans l'idée qu'ils favoriseraient ainsi l'intégration de leurs enfants. Intégration qu'ils n'ont pas réussi à réaliser et qu'ils espèrent par l'entremise de leurs enfants.

La question de la honte s'est trouvée éclairée par l'exemple d'un enfant de 6 ans, relaté par l'animatrice du groupe des femmes, dont les parents, mandingues, lui parlent essentiellement cette langue. Alors qu'il comprend et parle cette langue, sa maman note que lorsqu'ils sont au dehors du domicile, il ne lui répond pas, jusqu'à ce qu'elle s'adresse à lui en français. La première pensée de cette maman a été « que se passe-t-il ? Il a honte de moi ? » Mais heureusement, elle n'en est pas restée à cette hypothèse et lui a posé la question. L'enfant lui a alors répondu « mais maman, c'est privé, ça ! »

Ainsi cet enfant montre-t-il l'écart qui surgit entre les deux générations : la langue maternelle, évidente pour les parents, devient pour les enfants langue privée, langue des affects... Si honte il y a, ce n'est pas de ce que sont ses parents mais du fait que quelque chose d'intime se trouve révélé sur la place publique. On peut d'ailleurs faire la comparaison avec ce que disent les enfants, en grandissant, à leurs parents concernant les petits noms « maman tu ne m'appelles plus comme ça devant les copains, sinon c'est la honte ! »

Nous souhaitons utiliser cet exemple édifiant dans les deux groupes pour aborder autrement la question de la honte et permettre à ces parents de la travailler. Toutefois, la honte semble bien plus complexe à aborder dans le groupe des pères que dans le groupe des mères. Ces pères semblent, pour la plupart, être dans une souffrance telle qu'il leur est extrêmement difficile de reconnaître l'existence d'un tel sentiment. Bien évidemment, cela rend bien plus difficile la possibilité d'aborder ce thème et d'amener ces hommes à l'élaborer.

Garder la face vis-à-vis de ses semblables, éviter à tout prix que la prestance, la fierté ne soient atteintes semble être le dernier bastion auquel s'accrochent ces pères. Cette situation témoigne du mal être majeur qui les habite. Reconnaître sa honte risquerait de faire surgir l'angoisse de n'être plus rien, l'angoisse de disparaître dans un flou identitaire qui prendrait le pas sur les différenciations habituellement très marquées : caste, ethnie, sexe, génération, chef de famille... Ces différenciations structurent l'organisation de la vie quotidienne, des relations sociales. Or, dans la migration ces repères n'ont plus cours (non reconnus par une société au fonctionnement autre) et les bouleversements qui s'y associent entraînent un questionnement identitaire source d'une grande souffrance qui émerge dans les réactions vis-à-vis de la honte.

Mais cet exemple qui questionne le sens de la honte nous ramène à la dimension symbolique de ce sujet : parents et enfants ne parlent pas la même langue !

Et c'est bien cela l'image la plus éloquente du fossé qui se creuse dans certaines familles entre des parents figés dans un mode de vie – n'ayant déjà plus cours en Afrique – et des enfants qui cherchent à

s'inscrire dans le pays où ils sont nés et doivent jongler entre ce monde et celui auquel appartiennent leurs parents. Cette question du « pays » qui a considérablement changé commence à pouvoir être parlée mais cela reste éminemment douloureux.

On retrouve dans ce fossé qui s'est installé entre parents et enfants toute l'idée de perte que ressentent ces parents d'avoir fait des enfants qui leur sont étrangers. Ils attendent de leurs enfants qu'ils répondent au modèle de « vrais Africains ». Mais cela est impossible à des enfants qui, le plus souvent, n'ont jamais été en Afrique et sont malgré tout imprégnés de la culture française, même s'ils en ignorent les fondements. Les traditions auxquelles se réfèrent les parents ne font, pour certaines, pas sens pour les enfants qui, de fait en grandissant, parlent de moins en moins la langue de leurs parents.

C'est donc cette dimension symbolique de ce « ils ne parlent pas la langue de leurs parents » que nous souhaitons aborder lors des prochaines réunions pour dépasser le constat terrible que des enfants ne parviennent pas à parler leur langue maternelle.

Cette question revient sous plusieurs formes dans les échanges de ces pères. Ainsi plusieurs d'entre eux ont-ils souligné le fait que leurs enfants fonctionnent avec un modèle occidental de la famille : dire que le frère du père (ou de la mère) est un oncle au lieu de dire que c'est un papa est vécu difficilement par certains parents alors que leurs enfants ont appris, à l'école, les différents mots qualifiant les diverses places tenues au sein d'une famille. Mais pour certains parents, cela renforce leur sentiment d'avoir conçu des étrangers.

Aussi, beaucoup de pères continuent-ils à se demander s'il ne faudrait pas envoyer les enfants qui posent problèmes dans leur scolarité (échec scolaire, troubles du comportement...) en Afrique. Toutefois, ce projet semble lui-même poser question : « envoyer l'enfant en Afrique, mais pour quoi faire là-bas ? » « A qui confier l'enfant au pays ? »

Ces questions semblent récentes dans leur contenu et témoignent, me semble-t-il d'un changement qui s'est opéré chez ces pères. En effet, l'idée quasi magique qu'au pays il n'y aurait plus de problèmes, co-existante d'une représentation idéalisée de la terre-mère semble s'effacer au profit d'une ambivalence, née peut-être de désillusions : tout n'est pas merveilleux au pays !

On peut se demander si ces hésitations ne viennent pas exprimer les doutes de ces pères vis-à-vis de leur propre retour au pays, après la retraite, qui pour beaucoup, approche.

Leurs retours, pour des vacances de plusieurs mois, les ont amenés à réaliser combien leur est difficile d'envisager un retour définitif : ils ne sont plus en totale adéquation avec leur environnement. Des changements ont eu lieu au pays qu'ils n'ont pas suivis. Eux-mêmes ont changé dans cette vie en France, et ils ont fini par se sentir un peu étrange dans ce pays qui était le leur.

Cette interrogation « à qui confier l'enfant ? » ne témoigne-t-elle pas de la dislocation des liens familiaux. C'est en effet une parole surprenante chez des parents habituellement inscrits dans un réseau très élargi. Or, soudain le réseau semble ne plus fonctionner, la famille semble s'être « nucléarisée » sans toutefois avoir pu organiser ce nouveau fonctionnement : le groupe n'a pas trouvé de remplaçant et leur fait cruellement défaut mais il est désormais perçu comme non fiable, incertain. Sans doute y a-t-il là la crainte d'une jalousie à leur égard – eux qui sont partis chercher la fortune. Peut-être l'idée de susciter une telle envie est-elle paradoxalement et inconsciemment rassurante : s'ils sont jalouxés, c'est bien parce qu'ils ont gagné un plus en partant. Vision apaisante contrairement à celle d'être parti pour rien, non seulement de n'avoir rien gagné mais d'avoir tout perdu.

Peut-être cette dislocation des liens a-t-elle participé à l'évolution de ces pères concernant le mariage de leurs filles, nées en France. De plus en plus, ceux des pères qui ont refusé le mariage de leur fille, selon son choix, expriment-ils leurs regrets : ils ne connaissent pas leurs petits-enfants. Surgit là la constatation que le fil des générations, tellement essentiel à chacun et mis en avant dans les sociétés africaines a été rompu et que c'est leur rigidité qui en est à l'origine. Ainsi, l'ensemble de ces pères a-t-il entamé une réflexion sur les changements inévitables et sur ce qui constitue aujourd'hui leur priorité : s'ils ne peuvent plus se reposer sur la famille du pays, ils se doivent de conserver les liens

avec leurs enfants sans quoi, ils seraient confrontés au risque de se trouver seuls, sans la famille qui les contient.

2. Le groupe de mères

Cette question d'un retour en Afrique des enfants « à problèmes » a aussi été présente dans le groupe des mamans sénégalaises, réuni autour d'une situation aiguë. Une maman a décidé d'envoyer son fils en Afrique (17 ans) : il ne va plus à l'école, a fugué à plusieurs reprises, a commis différents actes délictueux qui lui ont valu plusieurs jugements.

Pour ces raisons, elle a entamé diverses démarches pour lui trouver une école, et trouver à qui le confier. En effet, du fait des multiples problèmes posés par cet adolescent, la famille au Sénégal, ne souhaite pas le prendre en charge. La seule solution semble alors être un internat mais après renseignement, le coût est apparu exorbitant et a remis en question ce projet.

Le groupe a donc décidé d'une stratégie afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par cette famille. Les mamans ont sollicité leurs fils aînés pour qu'ils discutent avec cet adolescent. A la fin de cet échange, il a pu dire son désir contrarié d'aller en apprentissage ; sa maman souhaitant à tous prix qu'il intègre un cycle secondaire général.

Les jeunes, après avoir rapporté à leurs mères, le contenu de l'échange, sont allés voir les parents de l'adolescent pour leur expliquer la valeur du projet d'apprentissage. La maman est revenue en parler dans le groupe qui a poursuivi l'échange, montrant qu'aller en apprentissage n'est en rien dévalorisant, signe d'échec scolaire. L'adolescent a donc été inscrit selon son choix, pour devenir électricien : il montre depuis son enthousiasme, l'envie d'étudier qui est la sienne.

De façon générale, tout au long de l'année, ces mamans ont mis en place des temps d'informations sur le sens, les conséquences etc... d'une orientation (filière générale, professionnelle, CAP, BEP...), les plus âgés des enfants (bacheliers, étudiants à l'université...) ont été conviés, sont venus répondre aux questions des mamans.

En effet, beaucoup de mamans soulignent que l'institution scolaire ne leur demande pas leur avis et prend seule la décision de l'orientation. En même temps, elles disent ne rien y comprendre, ne pas savoir ce que font vraiment leurs enfants (nature des études, quel niveau...). Des précisions ont donc été données sur les éléments déterminant l'orientation :

L'intérêt manifesté par l'enfant pour telle ou telle filière

Ses capacités

Les étudiants se sont, en outre, proposés pour donner des cours de soutien aux élèves qui, malgré leur niveau un peu faible, ont souhaité s'inscrire en seconde générale. En effet, il y a déjà eu un précédent tout à fait positif : les élèves de terminale qui ont été admis à la session de rattrapage, en juin, ont été aidés pendant les trois jours de révision : ils ont tous été reçus.

Deux des mamans du groupe dont la fille a été orientée vers un apprentissage (couture, esthétique) ont fait part de leurs satisfactions et ont encouragé les mamans qui hésitaient, doutant du bien-fondé d'une telle orientation. Aujourd'hui, de nombreuses mamans du groupe se montrent plus souples concernant le projet d'orientation de leurs enfants et celles qui doutent encore prennent conseil auprès du groupe, évitant ainsi une rupture de la communication avec leurs enfants.

Le discours de certaines mamans reste, cependant, très ambivalent vis-à-vis des études. Certains considèrent encore que cela ne sert à rien, en particulier pour les filles qui vont se marier et doivent surtout être de bonnes ménagères. Certaines expriment également le souhait de voir leurs enfants travailler le plus tôt possible afin qu'ils participent aux frais de la famille. Cela n'est d'ailleurs pas sans poser problème puisque, contrairement au modèle traditionnel africain, les enfants nés en France considèrent que cet argent leur appartient et qu'ils n'ont pas à le donner à leurs parents. A cela s'ajoute la difficulté, pour certains jeunes, de voir leur souhait d'orientation refusé par leurs parents parce qu'ils ne correspondent pas à la catégorisation traditionnelle des métiers en fonction du sexe :

ainsi une maman refusait-elle que sa fille devienne laborantine, considérant que c'était un métier d'homme. En effet, certaines professions, absentes des représentations traditionnelles, sont associées d'emblée au sexe masculin.

Les échanges au sein du groupe ont ensuite porté sur la honte. En effet, beaucoup de mamans se plaignent du regard que les enfants semblent porter sur elles et sur leurs maris. « Ils ont honte de nous ». Selon elles, leurs enfants ont honte de leurs parents qui ne savent ni lire ni écrire... qui sont africains... Cela nous a amenés à nous interroger : sont-ce vraiment les enfants qui ont honte de leurs parents ou sont-ce d'abord les parents qui ont honte de ce qu'ils sont, dans un monde dans lequel il se ressentent hors norme ?

Ainsi, il a été possible de différencier la question d'un savoir lire et écrire et celle d'être porteur de l'envie d'étudier. L'exemple a été donné de familles françaises, il y a quelques décennies dont les parents (générations des 75-80 ans aujourd'hui) n'étaient allés à l'école que jusqu'à 10 ans environ avant de partir travailler dans la famille, mais qui, malgré leur incapacité à aider leurs enfants, ont été porteurs du projet scolaire, de la réussite scolaire.

La honte est également apparue liée à l'inversion qui se produit entre parents et enfants : ce sont les enfants qui doivent aider leurs parents à faire les démarches administratives, les retraits d'argent... ce qui leur laisse le sentiment obscur d'être dessaisis de leur fonction parentale.

Mais on note une grande disparité entre les hommes et les femmes vis-à-vis de cette thématique. Comme nous l'avons souligné dans le volet concernant le groupe des hommes, la honte, qui semble bien davantage, être celle des parents, intériorisée dans un second temps par les enfants, peut être beaucoup plus facilement abordée dans le groupe des femmes que dans celui des hommes. L'ouverture dynamique dans laquelle se sont inscrites ces mamans génère une capacité de remise en question et une possibilité d'aborder un sentiment tellement douloureux, bien plus grandes.

Le thème de la honte a également été abordé en présence de jeunes. Ces derniers ont souligné qu'ils perçoivent un sentiment de honte chez leurs parents. Ainsi un jeune a-t-il réussi à convaincre sa mère d'aller aux réunions de l'école à la prochaine rentrée (pour ses frères et sœurs). Jusqu'à présent, c'était à l'aîné qu'elle confiait cette tâche, arguant qu'elle-même ne connaissait pas l'école, ne comprenait pas assez le français...)

Il sera certainement intéressant, dans une prochaine réunion, de reprendre l'exemple de la parole de l'enfant concernant l'intime de la langue qui fait honte lorsqu'elle est exposée au dehors, pour amener ces mamans à réfléchir à la place qu'elles donnent ainsi aux aînés. En déléguant de la sorte leurs responsabilités, c'est de leur place de parents qu'elles se dessaisissent. Cette inversion des générations est malheureusement fréquente et il conviendra d'aider ces parents à penser la façon dont ils l'ont peu à peu organisée (premier rôle de traducteur, de lecteur... dès que l'enfant a eu une dizaine d'années...)

Ainsi la question de la honte des enfants a-t-elle ouvert celle de la honte des parents, d'une auto-dévalorisation. Combien de fois n'avons-nous pas entendu des parents (des mamans en particulier) dire « moi, je ne sais rien, je ne connais rien... » ? Dans l'incapacité de faire la différence entre un non savoir sur la société d'accueil, ses règles, ses soubassements, ses modalités de communication (écrit)... et une connaissance autre, fondée sur un modèle différent, ces parents développent et entretiennent l'idée d'une ignorance totale. Dès lors, la question de la transmission, essentielle dans toute relation parents- enfants, est éjectée : il n'y aurait rien à transmettre.

Ce discours de certains parents témoigne de leur souffrance, de leur sentiment de n'être plus rien que peu à peu, à force de répétition, ils ont transmis à leurs enfants. Dans ces conditions, les enfants ont dû intégrer le monde « étrange du pays d'accueil » seuls, s'en sont donnés une compréhension plus ou moins bonne. Evidemment, plus ils ont grandi, plus ils ont acquis la conviction de leur autonomie et n'ont plus référé leurs décisions à l'avis de leurs parents.

Les mamans qui ont évolué dans leurs représentations et encouragent leurs filles à faire des études mettent en avant l'acquisition d'une autonomie. Beaucoup de ces mamans considèrent que les hommes étant peu fiables, il est nécessaire qu'une fille travaille, ait un bon métier, pour pouvoir se débrouiller

seule, quoi qu'il arrive. Certaines pensent également qu'une fille ayant fait de bonnes études trouvera un meilleur mari : cette idée rencontre de nombreuses difficultés lorsque le mariage se fait avec un homme ayant grandi au pays. De nombreuses questions vont alors opposer l'homme et la femme qui ont grandi dans des modèles différents. En effet, bien que née dans une famille africaine, la jeune fille s'est imprégnée de valeurs sur l'égalité dans le couple, le mode de communication au sein du couple, la répartition des rôles qui bien souvent diffèrent totalement de celles du mari.... C'est en définitive un couple mixte qui s'ignore.

Revenant sur les difficultés au sein des couples, ces femmes disent « ici, ce sont les femmes qui ont des problèmes. Les hommes, eux, n'ont pas de problèmes ». Ces propos se réfèrent à l'intégration d'une femme dans sa belle-famille. En effet, si les deux familles ne sont pas apparentées, la femme doit intégrer une famille étrangère. Or, dans l'émigration, les difficultés que pose cette dimension du mariage sont majorées et non contrôlées par l'ensemble du système. Au pays, le groupe est là qui peut intervenir, faire médiation.

Les relations homme-femme semblent particulièrement modifiées par la vie dans une société occidentale. En effet, par rapport au modèle africain, différents points sont inversés :

En cas de problèmes dans le couple, c'est le plus souvent l'homme qui doit quitter le domicile alors qu'en Afrique, si une femme décide de rompre le mariage, c'est elle qui repart dans sa famille.

Les femmes se sentent soutenues par la législation française et ont pris une place inédite au sein du couple.

On s'aperçoit, cependant, que c'est toujours un système dominant-dominé qui marque les relations dans le couple. Mais, dans l'émigration, c'est l'homme qui prend parfois la place de dominé ; situation invraisemblable en Afrique et qui accentue la perte de repères de ces hommes.

Si beaucoup de femmes mettent en avant le comportement irresponsable de leur mari (épouser une autre femme avec l'argent destiné à acheter une maison au pays...), pour justifier leur prise d'autonomie et de pouvoir, on assiste à un cercle vicieux : les hommes n'ayant plus de place définie, « abandonnent » la lutte et se disent non concernés par la vie familiale ce qui renforce la position de leur femme.

Ainsi, personne ne sait à quelle place se tenir pour que s'établisse un équilibre. De fait, beaucoup d'hommes considèrent qu'en cas de divorce le père n'existe plus. Le père se sent renié et s'auto-exclut de sa position de père tandis que certaines femmes font un amalgame entre leur mari (dont elles divorcent) et le père de leurs enfants.

L'échange a également porté dans ce groupe sur l'impossibilité de certains enfants à parler la langue de leurs parents. A travers les propos de ces parents qui disent combien les enfants nés en France sont différents, têtus..., il serait intéressant d'essayer de questionner la façon dont ces parents ont investi leurs enfants : n'ont-ils pas été d'emblée investis comme des étrangers ?

Ainsi dans le groupe des mamans, serait-il précieux d'interroger leurs souvenirs sur leur première maternité en France : comment imaginaient-elles cet enfant à venir ? Parvenaient-elles à l'imaginer ? Sans entourage maternel, quelles étaient leurs peurs ?...

Cela pourrait permettre à ces mamans de faire des liens entre leur état psychique pendant et après la grossesse et le type de relation qui s'est établi avec l'enfant.

Il serait aussi important d'amener ces parents à entendre que pour un enfant, parler la langue de ses parents sans pour autant se comprendre, remet en question l'intérêt et l'envie de naviguer entre plusieurs langues. Communiquer perd de son sens dans une telle incompréhension et entrave toute possibilité d'un apprentissage qui devient sans intérêt.

Les échanges au sein du groupe des mères montrent une évolution dans leur relation avec leurs enfants, centrée sur une meilleure communication, la volonté de garder des échanges et surtout un lien de confiance. Certaines des mamans peuvent maintenant penser la spécificité de ces enfants, entre deux mondes, et la souffrance qui peut en jaillir. Aussi certaines ont-elles pu penser et se laisser aller à

un changement, poussées par leurs enfants qui ont apporté de l'extérieur des représentations nouvelles, un mode de pensée différent.

C'est cette possibilité à se laisser transformer par le nouveau monde et la volonté de ne pas rompre la relation avec leurs enfants qui a permis à certaines mères d'accepter que leurs filles choisissent leur mari, sans l'intervention de la famille. Certaines ont aussi été frappées par les paroles de ces adolescentes « je ne veux pas vivre ce que toi tu as connu » ; propos conduisant ces femmes à questionner leur propre existence, les choix de leurs propres parents...

Quelques unes apportent à ces discussions leur expérience et leurs regrets : elles ont refusé le choix de leur fille et n'ont plus de contact avec elles. Elles savent que depuis elles ont eu des petits enfants mais elles ne peuvent que constater qu'elles ne les connaissent pas. Ces regrets, associés à l'idée que rien ne vaut de rompre avec ses enfants, permet d'approfondir ces échanges et de permettent à celles qui n'ont pas encore été confrontées à ces questions d'y réfléchir et de s'y préparer.

3. Groupe de jeunes

En premier lieu, ces jeunes ont amené la question de la langue « leurs pères devraient apprendre à parler français ». Il faut, bien entendu, entendre derrière cette phrase toute la dimension symbolique. Sans maîtriser la langue du pays d'accueil, ces pères ne peuvent, n'ont pu occuper leur place de père. C'est aussi dépendre de ses enfants pour de nombreuses démarches, ce qui engendre une sorte d'inversion des générations.

Parler la langue du pays d'accueil c'est avoir une place dans la société, se reconnaître dans une appartenance à cette société là, malgré les différences, c'est-à-dire être vraiment là. Or, combien de pères, en plus de leurs séjours réguliers de plusieurs mois par an en Afrique, disent par leur langue et leur parole qu'ils ne sont pas là. Mais cette absence « psychique » dans une présence matérielle entraîne une sorte de transparence. L'alliance des mères avec leurs enfants, souvent « contre le père » conduit à une situation où le père s'est rendu absent autant qu'il est annulé par le regard et la parole des autres membres de la famille.

Parler français c'est habiter psychiquement un lieu et pouvoir s'y déplacer dans l'espace sous toutes ses formes (topographique autant qu'à un niveau plus abstrait : ses faire comprendre, comprendre les institutions, les règles...). C'est pouvoir traduire à l'enfant en devenir cette compréhension de soi, des autres et du monde environnant. C'est bien cette dimension qui fait défaut et que semblent signifier ces jeunes.

Présents par l'argent qu'ils gagnent, ces pères ont perdu une sorte de droit à la parole pour n'avoir pas pu, su acquérir une langue et donc une autre place. Or, c'est bien un des drames qui traversent ces familles : parents et enfants ne parlent pas la même langue. La parole de chacun, quelle que soit la langue dans laquelle elle est énoncée (français plus ou moins déformé, langue d'origine) ne fait pas sens pour l'autre : la rencontre semble à chaque fois manquée !

De plus, on a vu combien l'argent est source de problème dans de nombreux couples. Il est bien sûr illusoire de vouloir être père par l'argent ! Ce n'est pas seulement le fait de payer des factures, des frais divers... qui permet de se sentir père et d'être reconnu comme tel par l'autre : l'enfant. Alors, là encore se répète la rencontre ratée entre la tentative de se donner l'illusion d'être père parce que l'on verse de l'argent et cet autre, l'enfant, qui peut-être se saisit du cadeau ou de l'argent mais se refuse à voir dans ce geste la mise en acte d'une paternité. Il s'agit bien plus souvent d'un « faire payer » qui met en avant la rancœur, la tristesse de n'avoir pas obtenu la réponse attendue : une parole, une attention, une écoute...

D'ailleurs, un échange entre deux garçons de 6 ans, reprend l'attente exprimée par les jeunes plus âgés, a été ramené par l'animatrice du groupe des mères. Cet échange est, à cet égard, éloquent. L'un des deux enfants est premier de la classe à la fin du premier trimestre 2004. Son copain, lui, a un très mauvais carnet. Alors, il demande à son ami comment il fait, comment se passent ses devoirs à la maison. L'autre enfant lui répond que s'il ne fait pas d'abord ses leçons en rentrant à la maison, « son père lui interdit de regarder la télévision ». Cet échange n'est pas resté lettre morte : l'enfant qui a eu

de mauvais résultats a interpellé son père le jour même en lui reprochant de ne pas être là, de ne pas s'intéresser à ses devoirs. Ce père, confronté soudain à une attente non imaginée, à un « qu'est-ce que c'est qu'être un père ? » s'est rendu chez les parents de l'autre enfant pour savoir quoi faire.

Il est intéressant de voir que c'est bien la fonction paternelle qui se trouve ici investie et interpellée. Si la priorité du père, chômeur, était de trouver un travail, celle de son fils était d'avoir un père qui puisse assumer une fonction cadrante, interdictrice au besoin. Cette petite histoire est tout à fait révélatrice du fait que l'argent apporté par un père ne suffit pas à faire un père.

La paternité, tout comme la maternité, ne va pas de soi ; si chaque culture fournit des repères concernant les devoirs impartis aux uns et aux autres, on oublie bien souvent la transformation psychique nécessaire. Or, cette dernière, en lien avec l'histoire de chacun, n'est pas toujours possible. Parfois même, elle avorte et l'on voit par exemple un des parents décompenser. Dans ce cas, c'est l'accrochage rigide à des agirs qui vient exprimer ce qui n'a pu se faire psychiquement. Si ce travail auprès des jeunes peut se poursuivre, il serait intéressant de pouvoir questionner la façon dont ils se projettent dans une future paternité. Eux, qui pour beaucoup ont rencontré l'échec scolaire vont-ils pouvoir élaborer quelque chose d'un « être père » différent ? Cette question, essentielle, pourrait donner lieu à des échanges fertiles d'autant qu'ils pourront être croisés avec ceux de la génération précédente.

G. Conclusion

En conclusion, nous pouvons souligner quelques uns des fils qui ont accompagné ces groupes tout au long de l'année 2004 :

La langue parlée entre parents et enfants ou « comment se comprendre ? »

Le choix par les jeunes filles de leur mari : comment accompagner le devenir adulte de son enfant en lui faisant confiance et sans lui imposer ses propres choix.

La honte qui laisse entrevoir que ce sentiment n'est pas porté par les seuls enfants mais bien plus par leurs parents.

Nous avons vus combien le dispositif adopté qui permet la rencontre des 3 groupes – pères, mères, jeunes – reprenant à la fois la différence des sexes et des générations nous ont permis de mettre en lien les propos de chacun, déterminés par des places différentes et un vécu spécifique.

A partir de ce mouvement fertile et dynamique, nous pensons poursuivre en reprenant certains de ces thèmes, associés à de nouveaux questionnements tels que les souvenirs de ces parents de leur première maternité, paternité en France : qu'est-ce qui s'est trouvé mobilisé par cet événement après la migration ? Quels affects ont été suscités ? Quels rêves ou déceptions ont-ils fait porter à leurs enfants ?...

Nous souhaitons conserver cette dynamique qui permet la rencontre des deux mondes, de leurs systèmes de pensée pour qu'au sein des groupes la réflexion puisse se poursuivre et aboutir à de nouvelles initiatives, à une nouvelle appréhension de l'être parent africain en France.

V. PREVENTION PRIMAIRE DU SIDA EN ILE DE FRANCE, ATELIERS ITINERANTS DE PREVENTION DANS LES COMMUNAUTES AFRICAINES

A. Introduction

A l'heure où l'épidémie du sida touche les communautés africaines de plein fouet, comme le montrent les dernières données de l'Institut de Veille Sanitaire montrant qu'ils constituent 50% des nouveaux cas diagnostiqués en France, la prévention reste une priorité absolue.

L'heure est donc plus que jamais à la mobilisation de tous avec comme objectif la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de ces patients qui ne se soignent qu'une fois gravement atteints.

Selon les données de l'ORS la proportion de personnes d'origine étrangère touchée par le HIV est passée de **30.6% en 1997 à 56.2% en 2002**.

De plus, la proportion des femmes touchées est passée de **20% en 1998 à 42% en 2002**, quant aux hommes, les chiffres sont passés de **9% à 16%**.

Comme l'avait montré l'enquête réalisée en 1998, les femmes ont un accès plus limité à l'information. Par contre, elles intègrent de façon très efficace les messages lorsqu'elles les reçoivent. Elles constituent ainsi une cible de choix sur laquelle s'appuyer. C'est pourquoi nous avons particulièrement axé nos actions en direction des femmes.

La lutte contre l'épidémie du Sida reste donc l'objectif central de notre association.

Ainsi, en 2004, un total de 3833 personnes (2656 femmes et 1058 hommes) ont participé à 1031 séances de prévention.

	Nb d'interventions	Nb de personnes	Hommes	Femmes
Accueil social	686	686	412	270
Groupes d'animateurs	87	922	219	578
Prévention Goutte d'or	215	1588	266	1332
Groupes formels	15	293	42	251
Coordination	6	112	61	51
Partenariat	21	80	8	72
1 ^{er} décembre	1	152	50	102
Totaux	1031	3833	1058	2656

B. Modalités d'intervention et moyens utilisés pour la mise en œuvre de l'action

1. Méthodologie

Notre méthodologie est communautaire. Cela signifie que les acteurs engagés dans cette action le font au sein de leur propre groupe communautaire. Ils en connaissent donc les codes, les modes de fonctionnement et savent utiliser les ressorts culturels pour faire passer le message de prévention.

Ils sont donc partis prenante du réseau des associations villageoises et des différents groupes formels ou informels qui organisent la mosaïque des africains immigrés en région parisienne.

L'outil primordial est l'utilisation de la parole, de la palabre à l'africaine. Les techniques d'intervention reposent sur les éléments culturels et les dynamiques propres à chaque lieu et à chaque groupe rencontré. Nous adaptons aussi notre discours en fonction de l'âge et du statut de la personne que nous avons en face de nous.

L'expérience de prévention du sida nous a fait privilégier cette approche, avec l'utilisation des palabres à l'africaines et des relations à plaisanterie (véritable système de communication en Afrique de l'ouest), qui nous permet d'approcher un large public, d'aborder de multiples sujets et de faire émerger des problématiques qui resteraient inapparentes dans le cadre d'échanges trop formels.

Le but est de faire parler un maximum les gens afin de prendre connaissance de leurs représentations de la maladie. Ensuite, nous pouvons orienter le dialogue et préparer des réponses plus appropriées aux situations.

Faire partager son expérience est aussi un des éléments importants de la prévention : régulièrement, les intervenants s'appuient sur un exemple pour faire démarrer la discussion.

2. Supports d'intervention

L'outil primordial est l'utilisation de la parole, de la palabre à l'africaine.

Dans certains cas, outre la palabre, les membres de l'équipe utilisent des vidéos (réalisées en Afrique, ou en France comme « Moussa le taximan », Pour une prévention au féminin 1 et 2) ou des supports différents pour faire démarrer les discussions et orienteront peu à peu les débats sur les points laissés en suspend.

Les préservatifs masculins et féminins restent des supports privilégiés (malgré le peu de succès du préservatif féminin au cours des années précédentes, celui-ci suscite curiosité, intérêt et discussion).

Au mois de décembre, nous avons pu utiliser également notre nouvelle brochure: "Le sida c'est quoi ?" qui a eu un excellent accueil (cf. chapitre prévention nationale).

2. L'équipe de prévention

Le responsable de la prévention Mr Mamadou Diarra réalise lui-même la prévention dans le quartier de la Goutte d'or et il coordonne l'équipe d'animateurs de prévention qui interviennent au sein de leur sphère de socialisation.

En 2004, 12 animateurs ont ainsi participé à la prévention du sida. Des réunions de discussion, et de supervision ont été réalisées tout au long de l'année.

Groupe d'animateurs	Pays d'origine
Ibrahim Fofana	Guinée
Cheikna Macalou	Sénégal
Estéphanie Diakhité	Mali
Awa Coulibaly	Mali
Aissatou Gnabaly	Sénégal
Géraldine Charlet	France
Marie Jeane Tsala	Congo
Mama Bamba	Côte d'Ivoire
Joséphine Traore	Côte d'Ivoire
Marie Diangana	Congo
Melle Tieido	Sénégal
Fousseyni Bagayoko	Mali

3. Les réunions de coordination et de supervision

Celles-ci ont été tenues à URACA associant souvent d'autres personnes présentes ce jour là.

Coordination

Nb total de participants Nb d'hommes Nb de femmes

03/03/2004	Regroupement à URACA	16	9	7
29/03/2004	Regroupement à URACA	22	13	9
23/06/2004	Regroupement à URACA	18	10	8
27/10/2004	Regroupement à URACA	21	10	11
22/11/2004	Regroupement à URACA	16	7	9
15/12/2004	Regroupement à URACA	19	12	7

6 réunions ont été tenues au cours de l'année.

Les animateurs ont ainsi pu exposer les difficultés qu'ils rencontraient, les problématiques soulevées au cours des discussions et la pertinence des argumentaires de chacun.

Par exemple, les propres difficultés des animateurs vis à vis de la prévention sont exprimées et discutées en commun. Lors d'une réunion, l'un des participants dit :

"Moi j'ai plus de plaisir quand il n'y a pas de préservatif que quand il y en a. Seulement comme j'ai peur d'attraper le sida, je suis obligé d'en prendre."

Un autre rajoute:

"C'est vrai, moi non plus je n'aime pas le préservatif parce que je n'ai pas beaucoup de plaisir avec, mais je le prends pour protéger ma santé et ma famille."

C. Difficultés rencontrées

En 2004, nous avons rencontrée d'extrême difficulté d'approvisionnement en préservatifs. En effet, malgré d'incessantes demandes auprès des diverses administrations, nous avons été en rupture de stock pendant plusieurs mois, même au 1er décembre.

Chaque année, nous avons besoin au minimum de 5 000 préservatifs masculins et 1 000 préservatifs féminins. A l'heure où la prévention au sein des communautés africaines est une priorité aux dires de tous, il est impensable que les associations manquent de préservatifs pour faire de la prévention.

Une autre difficulté réside dans la mobilité et la précarité de la vie en France pour la majorité des personnes issues de l'Afrique sub-saharienne, ce qui fait que les bénévoles une fois formés disparaissent car il sont hébergés dans un autre endroit, ou trouvent un emploi plus éloigné et à d'autres horaires qui ne leur laisse plus la possibilité de faire du bénévolat. C'est ainsi que certains animateurs de prévention qui se sont bien investis dans l'action au premier semestre n'ont pas pu continuer le reste de l'année.

Les animateurs ont pour leur part rencontré les difficultés suivantes:

La difficulté à utiliser le préservatif féminin est un témoignage souvent rapporté au cours des séances.

La négociation de l'utilisation du préservatif dans le couple est également souvent débattue, en particulier dans le cas où la femme doute de la fidélité de son conjoint.

Il est parfois difficile de parler de préservatif lors d'une séance lorsque la femme et le mari sont tous deux présents.

Lorsque plusieurs générations sont présentes en même temps, il est également délicat d'aborder certains aspects de la prévention.

L'âge de l'animateur de prévention peut ainsi poser problème s'il intervient auprès de personnes plus âgées.

Lors des réunions de coordination, la discussion collective permet d'aborder les différents aspects des problématiques et de surmonter les questions difficiles.

D. DEROULEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION :

1. La prévention à l'accueil social d'URACA

C'est Mr Fofana, chargé de l'accueil social qui fait de la prévention auprès des personnes reçues dans ce cadre. Mr Mamadou Diarra fait également des entretiens individuels de prévention auprès des très nombreuses personnes qui le connaissent et viennent lui demander conseil. Mr Mohamed Bello participe également à ce volet de l'action lorsqu'il s'agit de jeunes. Nous avons regroupé ces interventions car leur méthodologie est similaire puisqu'il s'agit d'entretiens individuels.

		Nb d'interven-tions	Nb de personnes	Contenu	Nb d'hommes	Nb de femmes
Accueil social	Ibrahim Fofana	258	258	Entretiens individuels	125	129
	Mohamed Bello	10	10	Entretiens individuels	6	4
	Mamadou Diarra	418	418	Entretiens individuels	281	137
Total		686	686		412	270

Nous avons réalisé que le public reçu dans notre association dans le cadre de l'accueil social, est fortement concerné par cette maladie.

Dans le bureau où nous recevons les personnes une calebasse remplie de préservatifs est posée sur la table. Les gens se servent souvent en cachette, rarement au vu de l'accueillant. Le contenu de la calebasse disparaît toujours. La présence de cette calebasse permet à la personne reçue d'évoquer facilement la maladie. Contrairement aux rencontres effectuées dans les foyers de migrants par exemple, nous bénéficions à URACA d'une pièce calme qui nous assure une confidentialité et facilite la parole.

A l'origine, ces personnes viennent pour une demande d'aide sociale ou sanitaire (papiers, accès aux soins) mais pas pour communiquer autour de la maladie. Nous introduisons ce sujet au cours des discussions. Selon l'âge et le statut de la personne rencontrée, nous adaptons notre discours. Si c'est un jeune garçon ou une fille de mon âge, la parole se passe plus facilement que si j'étais avec une personne plus âgée.

Nous demandons toujours à la personne de se servir dans la calebasse avant de partir, elle répond souvent qu'elle est mariée ou qu'elle n'en a pas besoin. Les personnes infectées répondent souvent. **« Depuis que j'ai connu mon état de santé, j'ai tout arrêté pour le moment ».**

Voici un exemple d'échange autour de la maladie et de la prévention :

- **« Cette maladie me fait peur car je sais ce que je fais, mais je ne sais pas ce que mon partenaire fait ».**

- **« Est ce que tu as fait tes tests ? »**

- **« Non »**

- **« Pourquoi ? »**

- **« Parce que j'ai peur de le faire et en même temps je ne sais pas où le faire. »**

« Si tu veux faire le test, je peux te donner l'adresse pour faire le test gratuitement. »

Certains sont d'accord avec cette idée et nous les orientons vers divers organismes, mais d'autres refusent cette aide car ils ne veulent pas de problème supplémentaire. En réalité, ils sont angoissés à l'annonce des résultats des tests médicaux.

Nous évoquons aussi le cas où une personne de la famille serait atteinte par cette maladie ; nous leur demandons quelle serait leur réaction.

Les réponses sont diverses :

- **« Dans la vie, il ne faut jamais rejeter une personne à cause de la maladie à plus forte raison un parent ».**

- **« Je ne sais pas, parce qu'elle l'a cherché et elle a refusé de suivre des conseils qu'on lui donne! »**

- « *Tout le monde connaît cette maladie.* »
- « *Le problème le plus important, c'est que nous ne savons pas ce que vous les hommes faites dans le lit. C'est pourquoi il faut accepter de se préserver.* »
- « *J'ai peur de la femme maintenant et aussi le mariage, parce que je ne sais pas ce que l'autre a comme problème de santé* ».

Quant on parle avec les personnes séropositives du contenu de la calebasse, les commentaires fusent:
"Je vis avec une fille qui n'est pas atteinte, mais je ne veux pas la rendre malade, c'est pourquoi je veux la quitter."

"Il y a un monsieur que j'accompagne toujours à l'hôpital Lariboisière car il a peur de son résultat."

"Moi je ne peux plus rester avec un homme parce que la vie amoureuse n'a plus de sens et je préfère rester seule dans ma vie."

"J'ai un homme qui veut de moi en mariage mais j'ai très peur de lui dire que je suis malade. Toutes les filles qui sont comme moi m'ont toujours dit de ne pas dire la vérité, parce qu'il risque de partir et de dire aux proches que je suis malade."

Les personnes qui sont infectées se sentent plus coupables dans ce genre de discussion parce qu'elles se sentent différentes. Elles cherchent toujours à s'éloigner de la communauté et finalement elle se trouve dans une situation d'isolement total.

Lorsque l'on demande aux hommes s'ils connaissent des personnes atteintes, les réponses sont de ce type :

« Cette maladie a tué beaucoup de mes parents et amis, c'est pourquoi je ne veux même plus discuter sur cette maladie ».

« Moi, une fille qui n'est pas ma femme et dont je connais pas sa situation de santé, il ne faut même pas penser que je peux partir avec elle sans préservatifs ».

« Aujourd'hui les filles n'acceptent pas de partir avec un homme sans préservatifs. Pour partir avec une fille sans préservatif, c'est la recherche d'une mort assurée ».

Quant aux femmes, elles disent généralement qu'elles ont fait leur test et que tout va bien. Par contre, d'autres reviennent avec un résultat positif, envoyé par une institution hospitalière.

15 personnes ont refusé de parler du sida en arguant du trop jeune âge de l'accueillant social.

Par contre ce cadre spécifique permet d'accompagner les personnes au plus près de leur réalité et de leurs préoccupations comme en témoigne ces deux épisodes:

- Un homme ivoirien porteur du virus de l'hépatite B, suivi à l'hôpital Fernand Widal est venu très inquiet parce qu'il avait eu une relation avec une femme durant laquelle le préservatif avait craqué.

« Lorsque la femme a quitté chez moi, elle m'a appelé en me disant de partir à l'hôpital parce qu'elle est séropositive, mais je n'ai pas considéré cette information. C'est pourquoi je suis venu vous voir parce que je suis très inquiet ».

Par ailleurs, il n'avait pas pu partir chez le médecin à temps, il était très inquiet car il y avait eu du sang pendant cette relation sexuelle. Le médecin lui a donné un traitement d'un mois.

"Est-ce que je ne serai pas contaminé par cette femme après la prise de médicament ? Si je suis contaminé, c'est de ma faute parce qu'elle m'a informé. Mais pourquoi la femme ne m'avait-elle pas dit qu'elle était séropositive ?"

Il a vécu dans la peur et dans l'angoisse en attendant le résultat. Il est venu dans notre association avec des maux de tête incessants, sans couverture sociale et avec une angoisse permanente. De plus il était sans papiers, donc exposé à tout moment à l'expulsion. Malade, sans ressources, sans papiers, il n'avait aucune issue pour s'en sortir. Il a été orienté vers Figuier le jour même. Après le rendez-vous, il a appelé pour dire qu'il n'avait plus mal à la tête.

- Un jour, une femme camerounaise qui était allée se faire dépister revient dans les locaux de notre association avec des maux de tête très violents. Elle vient d'être informée de la maladie par son médecin. Elle me dit qu'elle ne comprend comment elle a eu cette maladie.

Elle me demande pourquoi son médecin ne lui donne pas de médicament alors qu'elle est malade.

« Le médecin ne veut pas me donner de médicaments parce que je suis noire ». Elle ajoute encore qu'elle était en Allemagne et qu'elle a vu une femme mourir comme ça sans médicament par qu'elle était noire. Elle dit que si la France est comme l'Allemagne, elle préfère rentrer dans son pays mourir tranquillement à côté de sa famille.

2. La prévention dans le quartier de la Goutte d'Or

Ce volet est assuré par Mr Mamadou Diarra. Les relations à plaisanteries traditionnelles en Afrique sont un outil essentiel pour engager la conversation sur la sexualité, particulièrement en public. Ainsi, un jour, M Diarra est passé avec deux jeunes femmes dans l'atelier. Quand il est revenu une autre fois, un des couturiers avec lequel il a des liens plaisanteries lui dit :

"Diarra, toi tu nous emmènes toujours les petits bonnets, mais nous ne savons pas où les mettre. Puisque toi tu connais ces jolies femmes, pourquoi ne pas m'en passer une pour que j'ai un endroit où mettre mon petit bonnet?"

Diarra a répondu:

"Mais pourtant, je pensais que tu étais un marabout!"

Le couturier se mit à rire:

"C'est ce qui est bien pour un marabout! Je te jure que cela va faire un grand bien. En tout cas quand tu viens faire ta prévention il faudra venir aussi avec des porteuses des seins. Cela peut mettre la discussion à l'aise."

Dans les ateliers de couture

C'est une clientèle féminine à laquelle s'ajoute les couturiers et des visiteurs de passage. Ce sont des endroits où les gens viennent, restent et bavardent pendant plusieurs heures en attendant que le couturier ait fini et parfois jusqu'à la fermeture. Les propos s'échangent librement entre les hommes et les femmes, les couturiers ayant une place à part dans les sociétés africaines. Ils sont considérés comme étant très proches des femmes.

Dans les restaurants et les bars

Ce sont des clientèles mixtes associant hommes et femmes et en particulier certaines femmes prostituées occasionnelles dans certains restaurants du quartier. Ces bars sont alors un endroit de fréquentation privilégié des hommes venant à leur rencontre. Les échanges sont faciles car l'atmosphère est détendue. Ce public est très demandeur de préservatifs.

Dans les magasins: bijoux, tissus, poisson

Ce sont également des endroits où les clients et les amis viennent et restent pour bavarder. Le quartier de la Goutte d'Gr permet ainsi aux communautés africaines de toute l'île de France de venir se retrouver entre frères sociaux au moment d'aller ses courses. C'est un bain d'Afrique que vient surtout rechercher la clientèle.

Dans les salons de coiffure et les laveries

Lieux privilégiés de rencontre des femmes, elles y passent de nombreuses heures à bavarder en attendant que le travail soit terminé.

Prévention Goutte d'or						
Diarra	Atelier de couture rue Cave	31	221		65	156
	Atelier de couture rue Jean Robert	26	157		67	90
	Atelier de couture rue Doudeauville	12	90		5	85
	Atelier de couture rue Stéphenson	20	156		16	140
	Atelier de couture rue Myrha	16	135		15	120
	Atelier de couture rue Affre	29	80		12	68
	Restaurant rue Myrha	19	115		12	103
	Restaurant rue Polonceau	22	68		10	58
	Bar café rue des poissonniers	5	65		13	52
	Bar café rue Polonceau	3	33		13	30
	Bar café rue Affre	4	23		3	20
	Magasin de tissus rue des Poissonniers	3	53		2	51
	Magasin de tissus rue Polonceau	3	31			31
	Bijouterie rue Myrha	5	80		2	80
	Bijouterie rue Des poissonniers	4	68		2	64
	Salon de coiffure rue des Poissonniers	5	81			81
	Laverie rue Stéphenson	3	20		1	19
	Poissonnerie rue de Panama	2	39		5	34
	Association LAGO	3	73		23	50
Total		215	1588		266	1332

Dans l'un des magasins, les deux vendeuses parlent facilement du préservatif, mais elles disent que le préservatif féminin est d'utilisation difficile. L'une d'elles dit ***qu'elle a essayé une fois mais qu'elle préfère que l'homme tienne le parapluie qui protège tous les deux.***

Un autre jour, Mr Diarra a parlé du préservatif féminin dans un salon de coiffure et il a déballé pour faire la démonstration et expliquer l'utilisation. En voyant ça l'une des filles s'exclama :

"C'est comme un sac poubelle, moi je préfère le masculin qui va nous protéger. C'est à l'homme de protéger la femme."

3. La prévention auprès des divers groupes communautaires

a) Contenu des ateliers de discussion

Chaque animateur de prévention est intervenu au sein de son groupe communautaire pour faire de la prévention. Les prétextes sont multiples: réunion familiale, mariage, baptême, fête, regroupement autour de matchs de football, réunions de femmes, etc...

Un jour, lors d'un repas pris en commun par un groupe de femmes dans un centre d'hébergement, l'animatrice aborde la prévention du sida.

Aucune des 7 femmes présentes ne connaissait l'existence du préservatif féminin. Mais elles étaient curieuses de savoir comment l'utiliser. Elles ont demandé une autre séance de prévention et surtout la démonstration de l'utilisation du préservatif féminin.

Certains groupes réunissent des personnes de diverses origines, la question de la stigmatisation est alors abordée :

Un jour, lors d'un échange à bâtons rompus dans un groupe, une animatrice aborde le sida et le préservatif. Une Française présente dit: ***"C'est pour vous les africains et autres, pas pour nous les français ; en particulier moi, je n'ai pas besoin de me préserver. J'ai confiance en mon mari, il n'a pas de maîtresse, et il a confiance en moi. Je ne vois pas la nécessité de me préserver. Si vous attrapez cette maladie c'est parce que les africains ont des femmes par ci par-là : polygamie, maîtresses, etc... Vous pouvez vous préserver mais pas moi. Excusez moi de cette conversation."*** Après discussion du groupe, le conseil final de l'animatrice a été de lui dire : ***"Quand il pleut, il faut se protéger, sinon on sera mouillé."***

Lors d'une réunion familiale, une discussion commence autour du problème de sida dans la famille. Il s'agit d'une femme qui trouve un mari par l'intermédiaire de son cousin et qui se rend en France avant de le rejoindre au Pays bas. Compte-tenu des difficultés de logement, la femme reste en France avec la grande sœur du mari. Puis elle tombe malade. Le résultat arrive, elle est séropositive. La grande sœur pense aussitôt que son frère aussi est malade. Elle lui téléphone tout de suite lui demande de se rendre à paris. A son arrivée, le mari est informé de la situation et il décide de faire le test le lendemain. Lorsque le résultat arrive, il n'a rien et sa grande sœur lui demande de divorcer car elle ne veut pas que son frère attrape une maladie aussi honteuse. Les familles sont informées au pays. La mécontente s'installe et le divorce est prononcé. La femme est confiée à son demi frère qui vit en France.

b) Détail des interventions

Groupe d'animateurs		Nb d'interven- tions	Nb de person- -nes	Contenu	Nb d'hom- -mes	Nb fem mes
Ibrahim Fofana	Café Boulevard de Ménilmontant 75011	2	35	Prétexte du football pour animer la prévention	29	6
	Café Boulevard Jean Jaurès 75019	4	28	Prétexte du football pour animer la prévention	6	22
	Café Gare du Nord 75010	3	25	Discussion aisée dans une population assez jeune Maghreb/Afrique	6	19
	Famille Côte d'Ivoire 75012	1	24	Discussion au sein de la famille à la suite d'un cas de HIV, problématique du lévirat	6	18
Total		10	112		47	65
Cheikna Macalou	Association villageoise du Kaarta, Mali	2	21	Les hommes mariés qui vivent en France sans les épouses	19	2
	Ressortissants de Ouagadougou	1	30	Maladies inconnues, évocation du décès d'un ami en vacance au pays	30	
Total		3	51		49	2
Estéphanie Diakhité						
	Fête avec réunion famille élargie	1	56			56
	Famille guinéenne	2	7	Préservatifs masculins et féminins	5	2
	Famille sénégalaise	1	8	IST et Sida	7	1
	Association des femmes de Bougouni, Mali	1	30	Dépistage anonyme et gratuit		30
	Association de femmes ouest africaines	1	29	Préservatifs masculins et féminins		29
	Famille	1	12	Dépistage anonyme et gratuit	6	4
	Réunion de femmes à l'occasion de fiançailles	1	18	Préservatif féminin		18
	Association de jeunes	3	25	Prévention, dépistage, modes de transmission et traitements	6	6
	Mariage dans une famille malienne	1	15	Les couples sérodiscordants		15
Total		12	200		24	161
Awa Coulibaly						
	Association villageoise	3	37	Prévention, dépistage traitements	24	13
		3	37		24	13
Aissatou Gnabaly						
	Association des femmes de Marssasoum (Casamance)	3	25	Difficultés de l'utilisation du préservatif dans le couple		25
	Groupe d'adolescentes	1	13	Relations filles/garçons préservatif		13
	Famille guinéenne	2	7	Discussion autour d'une personne touchée au sein de la famille	4	3
	Famille gambienne	3	9	Préservatifs féminins et masculins	3	6
	Association des femmes de Ziguinchor	2	45	Démonstration préservatif féminin, modes de contamination		45
	Mariage dans une famille	1	20	Démonstration des préservatifs		20

	sénégalaise			masculins et féminins et discussion	
	Famille Sénégalaise	10	6	Prévention auprès de jeunes filles, que faire dans le cas d'une personne touchée	6
Total		22	125		118
Géraldine Charlet					
	Solidays tenue de stand	1	6	Prévention auprès de jeunes de la goutte d'or membres d'autres associations	6
	Entretien individuel avec une femme de Guinée Bissau	1	1	Comportement d'une hébergeante face à une personne séropositive	1
Total		2	7		7
Marie Jeane Tsala					
	Retrouvailles familiales	1	8	Dépistage, préservatifs difficultés d'utilisation du préservatif féminin	3 5
Total		1	8		3 5
Mama Bamba					
	Rencontre square 75015	1	9	Démonstration préservatif féminin	9
	Rencontre avec des nourrices	1	15	Démonstration préservatif féminin	15
	Ressortissants de Man Montreuil	1	37	Augmentation de la maladie dans la communauté	17 20
	Association de femmes, groupe éléphant	1	50	Démonstration préservatif féminin	50
Total		4	111		17 94
Joséphine Traore					
	Baptême	1	25	Démonstration préservatif féminin	25
	Association villageoise	2	35	Préservatif et traitement	35
	Famille	1	7	Dépistage	4 3
Total		4	67		4 63
Marie Diangana					
	Femmes de diverses origines CAFDA	2	11	Démonstration préservatif féminin	11
	Groupe alternatif 75020	1	3	Informations générales et préservatifs masculins et féminins	3
	Centre de formation caravansérail 75013	6	20	Démonstration préservatif féminin	20
Total		9	34		34
Mr Fousseyni Bagayoko					
	Association villageoise malienne 93	8	32	Mariage et sida, rejet du préservatif	12 20
	Association de jeunes maliens 75011	5	31	Prévention avant le mariage et dépistage	26 5
	Collège 93	1	8	Relations garçons/filles et proposition du préservatif	5 3
	Université paris VII	1	26	Préservatif, difficultés du préservatif féminin, augmentation de l'épidémie	8 18
Total		15	97		51 46
Melle Tieido					
	Famille malienne et française	1	20	Prévention et place de la femme dans la société malienne	20
	soirée africaine	1	50	Choix du partenaire et prévention	50
Total		2	70		70

4. La prévention au sein des groupes formels et le partenariat

Groupes formels		Nb d'interventions	Nb de personnes	Contenu	Nb d'hommes	Nb de femmes
	Groupe de prévention URACA	6	45	Sida, sexualité dépistage prévention traitement	25	20
	Foyer d'hébergement Pauline Roland 75020	2	83	Modes de contamination, dépistage, prévention et traitements		83
	Association des jeunes africaines Chambre économique de Créteil	1	47	Modes de contamination, dépistage, prévention et traitements		47
	Foyer CAFDA	1	18	Modes de contamination, dépistage, prévention et traitements		18
	Armée du Salut	1	22	Sida, sexualité dépistage prévention traitement		22
	Centre maternel	1	25	Sida, sexualité dépistage prévention traitement		25
	Groupe de jeunes femmes en formation	1	19	Sida, sexualité dépistage prévention traitement		19
	Groupe de femmes vivant en foyer	1	17	Sida, sexualité dépistage prévention traitement		17
	Ressortissants de Bakel	1	17	IST Sida et traitements	17	
Total		15	293		42	251
		16	353		50	303
Partenariat		Nb d'interventions	Nb de personnes	Contenu	Nb d'hommes	Nb de femmes
Ville de Paris	Ateliers de prévention organisés pour la journée de la femme			08/03/2004		
	Service social polyvalent du XIX ^e arrondissement	1	60	Beaucoup de questions autour du préservatif féminin	8	52
	Service social polyvalent du XVIII ^e arrondissement	1	20	Projection "pour une prévention au féminin"		20
		2	80		8	72
Ville de Paris	Paris plage	15				
Solidarité sida	Solidays	2				
Total		17	80		8	72

5. La journée mondiale du sida: journée organisée par URACA

Journée mondiale du sida						
URACA	Rencontre:Mères et filles d'ici et d'ailleurs face au sida	1	152	04/12/2004	50	102

Sida Info Service	Tenue de stand à l'UNESCO lors du colloque de Sida Info service	1 jour				
Ensemble Contre le Sida	Tenue de stand à Beaubourg avec ECS	2 jours				
Hôpital Bichat	Tenue de stand à Bichat	1 jour				
Hôpital Saint Louis	Tenue de stand à Saint Louis	1 jour				
Total		4				

E. Evaluation

Evaluation quantitative

Nous voulions atteindre 3000 personnes et privilégier les femmes qui sont particulièrement exclues de la prévention et touchées par l'épidémie. Cet objectif a été atteint puisque c'est un total de 3833 personnes dont 2656 femmes africaines qui ont été touchées par l'action.

Evaluation qualitative

En 2003, nous avons réalisé une évaluation approfondie grâce au travail de Melle Géraldine CHARLET, anthropologue de formation. Nous n'avons pas recommencé cette année étant donné que notre méthodologie d'intervention est restée inchangée. Cette évaluation reste à la disposition des personnes intéressées.

Notre objectif est de favoriser l'incitation au dépistage du Sida. C'est un objectif très difficile à évaluer, mais nous avons tout de même tenté de le faire.

Cela s'est avéré possible pour la prévention au sein de l'accueil social. En effet, ce cadre spécifique permet de revoir les personnes si celles-ci le souhaitent. Systématiquement, après avoir parlé du dépistage et orienté la personne, la proposition lui était faite de revenir nous voir si les résultats n'étaient pas bons afin que nous l'aidions dans sa prise en charge thérapeutique. Par contre les personnes dont les tests étaient négatifs et qui n'avaient plus besoin d'un appui social, ne sont pas revenues nous faire part de leur démarche de dépistage.

Ainsi, sur les 248 personnes venues pour des problèmes de papiers ou afin d'obtenir l'accès aux soins, auxquelles Mr Ibrahim Fofana a pu parler de façon approfondie de prévention du sida et des IST, 10 sont revenues avec des résultats négatifs et 48 sont revenues nous faire part de résultats positifs pour le HIV, l'hépatite C, l'hépatite B ou la tuberculose.

En ce qui concerne la mobilisation des membres de la communauté à prendre un rôle actif dans la prévention : 12 animateurs ont ainsi été associés à l'action en 2004.

Plusieurs associations ou organismes partenaires nous ont également écrit pour nous remercier de la qualité de nos interventions.

L'association Uraca

De l'usage de la palabre en prévention sida

L'association Uraca (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines) offre un accueil et un accompagnement sociaux aux populations africaines d'Île-de-France, principalement à la Goutte d'or, et dans ce cadre, elle fait de la prévention contre le sida. Elle s'appuie sur la « palabre », moyen d'expression et de communication favori de ces populations.

En Afrique, on badine avec l'amour et c'est en badinant que l'on évoque les choses importantes de la vie, comme s'il fallait toujours leur part de légèreté aux pesanteurs. Cette parole informelle et foisonnante s'appelle la palabre. C'est un mode d'expression culturel. A l'Urac (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines) (1), la prévention sida a tout naturellement été conçue en tenant compte des habitudes de communication de ce public. L'association se repose sur les réseaux communautaires informels de ses salariés et bénévoles, afin que chaque intervenant en prévention s'adresse dans sa langue à des populations dont il connaît les codes et les ressorts culturels.

Mamadou Diarra s'occupe à temps plein de ce travail de prévention et forme les intervenants de l'association. Il pratique de nombreuses langues d'Afrique de l'Ouest, dont les ressource-



L'Urac est aussi un espace de dialogue et d'activités, comme l'Assemblée des femmes solidaires contre le sida.

tissants sont majoritaires dans l'association (72 % des Africains accueillis viennent du Mali, de Côte d'Ivoire, du Cameroun, du Congo démocratique et du Sénégal), ce qui lui permet de développer un vaste champ d'action. Tous les publics sont concernés, avec un accent sur les femmes, les hommes analphabètes et les personnes en situation précaire. Il intervient à la permanence sociale de l'Urac et dans les lieux de sociabilité africains : ateliers de couture, bijouteries, tailleurs, coiffeurs, restaurants, cafés, etc. Les mariages, baptêmes et réunions d'associations villageoises (associations regroupant des personnes originaires d'un même village africain) constituent autant d'occasions de faire de la prévention. Un important travail est également réalisé dans les foyers de migrants.

Le « lien à plaisanterie »

Les interventions commencent presque systématiquement de la même façon : d'abord les salutations d'usage, avec présentation et échange des noms de famille ; puis des plaisanteries autour de l'appartenance de l'interlocuteur à une famille, une ethnie, une région

ou un pays. « Ces relations de plaisanteries sont une coutume d'Afrique de l'Ouest. Elles sont destinées à faire réagir son interlocuteur et à le pousser à entrer en discussion », explique Mamadou Diarra. Ce véritable système de communication s'avère paradoxalement à la fois très codifié (certaines plaisanteries sont autorisées uniquement s'il y a « *cousinage des noms de famille* » ; un jeune ne peut pas en user avec un plus âgé), et très souple, car il est presque toujours possible de trouver une astuce pour l'utiliser. Prenons un exemple. En raison du « *lien à plaisanterie* » existant entre les Sérères et les Peuls, l'intervenant peut débiter sa prévention auprès des femmes d'un atelier de couture par une attaque des Sérères. Il dira : « *Vous, les Sérères, vous avez gâté le Sénégal. Depuis toujours, c'est vous qui l'avez gouverné. Si vous n'êtes pas capables de donner du travail aux gens, il faut au moins leur donner à manger et leur donner des soins, d'autant plus qu'il existe maintenant une grande maladie, et qu'on sait que les Sérères ne peuvent pas résister devant une belle fille...* » Débute alors une palabre animée.



Autre exemple. L'intervenant s'adresse à un homme : « *Quand tu es avec une fille, si tu peux t'abstenir, fais-le, mais si ce n'est pas le cas – et je connais des familles dans lesquelles on est incapable d'abstinence* [clin d'œil qui fait rire l'assemblée] – *il faut mettre le chapeau.* » Le chapeau, la chaussette ou tout autre mot utilisé habituellement par l'ethnie à laquelle il s'adresse, pour



Mamadou Diarra.

désigner le préservatif. La conversation ainsi ouverte sur de l'humour, les langues se délient et des questions jaillissent, désordonnées mais non moins profondes, sur la maladie, les traitements, le dépistage. Au cœur de ces échanges, le

travail de prévention bat son plein. « *Nous travaillons, à l'Urac, pour que les gens comprennent vraiment ce qu'est le sida dans leur propre langue, et selon les modalités d'expression qui leur sont familières. C'est le meilleur moyen que nous ayons trouvé pour leur faire comprendre que le préservatif est nécessaire, que des médicaments existent, qu'ils y ont droit et que, plus ils se font dépister tôt, plus ils ont de chances de survie.* » L'un des problèmes majeurs de cette population reste en effet qu'une majorité de séropositifs découvrent leur contamination à un stade de sida avancé.

Les séances de prévention reposent donc principalement sur la parole, même s'il arrive que des cassettes soient diffusées (mais jamais lors de la première rencontre). Par ailleurs, l'intervenant apporte toujours des préservatifs qu'il laisse bien en vue, mais sans en proposer directement à qui-conque. Ainsi, à la permanence sociale

d'Urac, les responsables de l'accueil – qui abordent systématiquement le thème du sida lorsqu'ils reçoivent une personne en demande d'aide sociale ou sanitaire – s'organisent toujours pour s'écarter à un moment ou un autre, de façon à laisser chacun se servir incognito en préservatifs, dans une calebasse à la disposition de tous.

Une écoute individuelle

En 2003, 3 214 personnes ont bénéficié de 528 interventions de prévention menées par l'équipe de l'Urac. Une partie d'entre elles y ont assisté plusieurs fois, notamment dans le foyer Marc-Seguin, qui accueille des travailleurs migrants. Hors des foyers, la population est extrêmement mobile. Les équipes de prévention ne croisent pas souvent les mêmes personnes d'une visite à l'autre, ce qui rend impossible une évaluation précise de la portée des messages de prévention. Mamadou Diarra estime cependant que l'acceptation des messages de prévention s'est considérablement améliorée ces dix dernières années : « *Avant, il était très difficile de parler du préservatif – surtout dans les foyers. Puis les premiers cas de maladie sont arrivés dans la population africaine de France et les gens ont commencé à mieux comprendre la portée de nos interventions.* » Aujourd'hui, les publics rencontrés témoignent de leur intérêt pour la prévention à travers les nombreuses questions qu'ils posent. Les préservatifs disparaissent rapidement et beaucoup disent le mettre – ce qui, toutefois, ne permet pas de conclure qu'ils le font réellement. En outre, les conséquences de la séropositivité pour l'entourage familial sont très vivement perçues. « *Même les plus illettrés sont extrêmement sensibles à ce thème* », constate Mamadou Diarra. La séropositivité renvoie à de profondes angoisses : celle de ne pas pouvoir avoir d'enfants (on considère en Afrique qu'un

homme sans enfant est semblable à un arbre mort) et celle d'être responsable de la mort de sa famille. En outre, la coutume du lévrat – qui veut que la femme qui perd son mari épouse le frère de ce dernier – accroît considérablement le risque de la contamination au sein d'une même famille. « *Notre public perçoit qu'il ne s'agit pas seulement d'un malheur individuel mais d'une problématique qui les renvoie à leur responsabilité vis-à-vis de leurs proches.* »

Au cours des palabres, une même question revient ainsi sans cesse dans la bouche des hommes (notamment celle des travailleurs des foyers) : que faire lorsqu'on est séropositif et que sa femme est au pays ? « *Beaucoup expliquent qu'ils ne veulent pas rentrer dans leur pays, parce qu'ils ont peur qu'on ne comprenne pas pourquoi ils n'ont pas de rapports avec leur épouse. Ils redoutent ce qui pourrait advenir s'ils essaient d'expliquer leur situation* », rapporte Mamadou Diarra. La plupart décide, lorsqu'ils se découvrent séropositifs, de demander à leur femme restée en Afrique d'aller se faire dépister. En cas de séropositivité, ils s'organisent pour la faire venir en France, afin qu'elle puisse bénéficier d'une trithérapie.

Une autre problématique récurrente dans les discussions est liée, elle aussi, à ce sentiment de responsabilité à l'égard de la famille : celle des hommes célibataires qui ne savent pas comment annoncer à leur famille qu'ils ne souhaitent pas se marier. « *C'est une question difficile à laquelle nous n'avons pas de réponse toute prête à offrir* », explique Mamadou Diarra. Lorsque le questionnement individuel devient trop pénible, l'Urac propose aux personnes touchées de recourir à une consultation d'ethnopsychiatrie (cf. encadré), afin de les aider à découvrir en elles-mêmes la solution qui leur convient le mieux (2).

L'Uracu mène ces actions de prévention en Île-de-France avec le soutien financier de la DASS, de la Ville de Paris (DASS), de la Cramif et d'Ensemble contre le sida. Depuis 2003, et grâce à l'INPES, elle commence à élargir son action au niveau national, pour répondre à la demande de nombreuses structures de bénéficier de son expérience. Une personne a été recrutée en octobre 2003 pour coordonner la mise en place d'antennes de l'Uracu dans d'autres villes de France. Pour le moment, un document destiné aux acteurs de la prévention a été réalisé, afin de les aider à apporter des réponses adaptées aux communautés africaines vivant en France. Des réunions d'échange de pratiques ont été organisées. Les participants y redécouvrent sans cesse combien la lutte contre le sida ne fonctionne qu'à considérer ceux auxquels elle s'adresse non comme des individus abstraits, mais comme des êtres incarnés dans une histoire et une culture. ■

Laetitia Darmon

Uracu, 33, rue Polonceau, 75018 Paris
(M^o Barbès ou Château Rouge).
Tél. : 01 42 52 50 13 - www.uracu.org

(1) Née en 1985, l'Uracu se consacre à l'accueil social et sanitaire des personnes issues d'Afrique subsaharienne : accompagnement administratif, prévention sanitaire, aide à l'intégration, développement d'espaces conviviaux, lutte contre le saturnisme, rencontres d'ethnomédecine... Son champ d'action dépasse le cadre de la lutte contre le sida, bien que celle-ci y occupe une place fondamentale et se décline dans l'ensemble des activités.

(2) Mamadou Diarra se rappelle le cas d'un jeune séropositif qui s'était fiancé dans son pays avec la fille de son oncle. Terrifié à l'idée de la contamination, il refuse de l'épouser. Le mariage est annulé. Sa mère continue cependant à le pousser à se marier. Persuadé qu'elle ne le croira pas s'il lui annonce qu'il est malade, alors qu'il paraît en pleine santé, le jeune homme trouve au cours de ses séances d'ethnopsychiatrie une solution qui lui convient : celle de rester en France jusqu'à ce qu'il ait rencontré une femme qui accepte d'avoir des rapports protégés avec lui, et de mettre sa famille devant le fait accompli de son mariage.

Sida : une démarche globale

L'action de l'Uracu en terme de lutte contre le sida ne se limite pas aux sessions de prévention. Voici quelques autres activités essentielles :

> ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET SANITAIRE

Le public de l'association étant presque toujours très précaire, l'Uracu est d'abord sollicitée pour de l'aide sociale. Beaucoup de migrants africains n'imaginent pas avoir droit à une couverture médicale, aussi le premier rôle de l'association est-il de leur en parler et de leur proposer de les aider à obtenir cet accès aux soins (AME, CMU). Ils sont aussi orientés vers le centre médico-social du Figuier pour réaliser un bilan médical gratuit, dans lequel la sérologie HIV est systématiquement suggérée.



Spectacle organisé par Uracu.

> ESPACE DE DIALOGUE ET DE SOCIABILITÉ

L'Uracu est aussi un lieu d'accueil convivial pour des personnes que la contamination au VIH isole considérablement. L'un des pôles les plus caractéristiques de cet accueil est sans doute « l'Assemblée des femmes solidaires contre le sida ». Né en 1995, cet espace de parole et d'activité (couture, initiation au français, théâtre, poésie, danse, etc.) permet à des femmes, séropositives ou non, de sortir de leur solitude et de participer à un groupe sans être jugée. La confidentialité des motifs pour lesquels une femme décide d'intégrer « l'Assemblée » (VIH, difficultés sociales, souffrance psychologique) est préservée. Le groupe aborde à travers des palabres les sujets les plus divers, parmi lesquels le sida n'est pas en reste. A l'occasion de la journée mondiale contre le sida 2003, les femmes ont créé elles-mêmes une pièce de théâtre intitulée *Pour le meilleur, et le pire alors ?...*, qui a permis au groupe de discuter de la prévention sida en France et en Afrique, et notamment de l'utilisation des préservatifs. Beaucoup de croyances, de représentations et de peurs ont pu être exprimées par les femmes (qu'elles soient atteintes ou non par le virus) au cours de la préparation de la pièce, qui a été l'occasion d'un travail de prévention sur la durée et en profondeur.

> LES CONSULTATIONS D'ETHNOPSYSCHIATRIE

Il s'agit d'une démarche psychologique qui considère le patient dans sa globalité et notamment à travers les représentations culturelles qui l'habitent (1). L'Uracu recourt à ces consultations pour aider des personnes en détresse psychologique et qui ont besoin d'être entendues au plus près de ce qu'elles sont. En explorant son histoire personnelle et familiale, le patient découvre qu'il peut mieux appréhender ce qui lui arrive et essaie de trouver des solutions le plus satisfaisantes possible à ses difficultés. Autour du VIH, une consultation en ethnopsychiatrie s'impose par exemple lorsqu'une personne séropositive refuse de prendre ses traitements (2).

> LE SOUTIEN AUX MALADES HOSPITALISÉS

L'Uracu organise des visites aux malades hospitalisés : par équipes de deux, des bénévoles apportent un plat africain préparé par une des femmes de l'association. En 2003, 240 patients des hôpitaux Saint-Louis, Bichat, Tenon et Avicenne ont bénéficié de 1 123 repas. D'autres repas leur seront servis à l'association à leur sortie de l'hôpital. Ce temps de convivialité les aide à rompre un peu avec leur isolement et leur détresse. Ils découvrent que d'autres Africains restent solidaires en dépit de leur maladie. Le sentiment de reconnaissance conduit certains de ces malades à s'impliquer à leur tour dans l'association.

(1) Les séances peuvent avoir lieu en face-à-face individuel ou avec un groupe de thérapeutes. Dans ce cas, le groupe associe ethnopsychiatrie, médecin, psychologues et médiateurs culturels. « La diversité du groupe, associant Français et Africains, aide à rompre les clivages dans lesquels sont souvent emprisonnés les patients », Rapport d'activité 2003, p. 22.

(2) Cf. JDS n°166, supplément « Sida et spiritualité » p. IX-X.

VI. PREVENTION DU SIDA AU NIVEAU NATIONAL

A. Introduction

Depuis 1990, l'URACA mène des actions de prévention primaire du sida dans les communautés africaines en Ile de France avec le soutien de divers financeurs: la DASS, la Ville de Paris (DASES), la CRAMIF et Ensemble Contre le Sida.

En 2003, le soutien de l'INPES nous a permis d'élargir notre action au niveau national. Si la plupart des immigrés africains résident en Ile de France, certains d'entre eux vivent dans d'autres parties du territoire français.

Le 25 septembre 2003, l'INPES nous a accordé le financement du projet de prévention nationale que nous avions proposé et nous avons ainsi pu recruter la coordinatrice qui a commencé à travailler le 23 octobre. Ainsi, cette action financée pour un an a été mise en route sur une période de deux mois en 2003, 10 mois en 2004; l'objectif principal étant de travailler à la prévention primaire du sida et des IST au sein des communautés africaines en France.

Malheureusement, lorsque nous avons soumis la poursuite de l'action pour 2004-2005, l'INPES a décidé de ne pas retenir cette action et d'interrompre le financement. Nous l'avons appris au cours de l'été 2004, ce qui a démobilisé l'équipe, certains aspects de l'action n'ayant de sens que dans la durée comme la mise en place d'une newsletter portant sur la prévention dans les communautés africaines. Nos recherches de financements ayant été vaines jusqu'à la fin de l'année, nous avons été contraints de licencier la salariée qui avait été recrutée pour coordonner l'action, le 23 octobre 2004.

B. Description de l'action menée en 2004

Le projet était de mettre en place une stratégie d'intervention portant sur trois axes principaux :

- ❖ la publication d'un document support pour les acteurs de prévention,
- ❖ l'utilisation de l'informatique communicante,
- ❖ le travail en partenariat avec d'autres structures en France.

1. Coordination, encadrement, supervision

La coordinatrice a eu pour tâche de mobiliser des bénévoles, de les encadrer dans l'action et de mettre en place des réunions de travail régulières. En 2004, 6 réunions d'équipe ont été réalisées, avec 15 participants: salariés et bénévoles.

Les thèmes abordés ont porté sur:

- Un brain-storming de l'ensemble des participants sur le contenu des messages de prévention sur le Sida et les IST
- La coordination des actions collectives de prévention avec nos partenaires
- La publication et la diffusion du document "le sida c'est quoi"
- L'évaluation des visites sur le site et le projet de newsletter
- Le contenu des formations auxquelles les salariés ont participé et la mise à jour des connaissances sur le sida et les IST
- L'épidémiologie du sida dans les communautés africaines en France, les derniers chiffres de l'ORS et de l'INVS
- L'implication de l'ensemble de l'équipe dans la prévention du sida.

2. La publication d'un document support pour les acteurs de prévention

Le document "Le sida c'est quoi, ou comment répondre aux communautés africaines" a été tiré à 2000 exemplaires et diffusé à l'occasion du 1^{er} décembre 2004.

a) Mobilisation du réseau de partenaires pour une relecture du document

L'action a débuté par des corrections et des relectures multiples du document afin de l'améliorer.

Plusieurs professionnels ont été sollicités pour ce projet :

-Catherine CHARDIN, la DGS

-Dr Caroline LASCAUX –COMBES, Dr Claire PINTADO et Dr Olivier TAULERA, Hôpital Saint-Louis

-Dr Agnès GIANNOTTI, médecin à la Goutte d'Or et directrice d'Uraca

-Valérie BOURDIN, de l'Association de Lutte contre le Sida (ALS) à Lyon

-Albertine PABINGUI, directrice de l'Association Interculturelle de Lutte contre le Sida entre la France et l'Afrique Subsaharienne (l'AISFAS) à Lyon.

Nous avons tenu compte des commentaires et des propositions de chacun avant de publier le document ce qui a demandé un certain temps.

Néanmoins, après publication, d'autres commentaires et suggestions nous ont été faits dont nous tiendrons compte au moment du retraitage.

b) Réflexion sur la conception graphique et la présentation

D'autre part, une réflexion a débutée sur la conception graphique et la présentation du document en vue de sa publication et de sa diffusion. Cinq réunions ont été organisées à ce sujet avec la coordinatrice de l'action, Agnès Giannotti, Philippe Gouttas, informaticien, Fati Abdou Seyni, et Zoé Elwinger. Nous avons beaucoup insisté pour que la présentation soit attractive afin que la brochure soit lue. A chaque rencontre, nous avons donc discuté des diverses propositions graphiques, des illustrations, et de la mise en page.

c) Publication et lancement de la brochure

Après avoir établi un devis par l'imprimeur, nous avons décidé de tirer 2000 exemplaires et non 1000 compte-tenu du faible surcoût en pensant que ce tirage serait largement suffisant.

A l'occasion du 1^{er} décembre nous l'avons présenté sur les différents stands et dans les réunions auxquelles nous avons participé et nous avons tout de suite été frappés par le succès de notre brochure. Ainsi à la fin 2004 soit 1 mois après le lancement notre stock commençait déjà à s'amenuiser, nous faisant immédiatement envisager un retraitage. Nous avons donc contacté la DGS et l'INPES pour savoir s'ils pouvaient organiser le retraitage et la diffusion du document, mais ils nous ont fait savoir que cela leur était impossible et que c'était à nous de l'assurer. Cela sera donc inclus dans nos actions en 2005.

Nous avons également eu une très bonne surprise. En effet, l'idée de départ était que ce document devait servir d'appui aux professionnels et aux associatifs intervenant auprès des communautés africaines, car nous avions toujours constaté que les supports écrits n'avaient que peu de succès auprès des communautés africaines.

Mais ces communautés sont diverses et parmi elles se trouvent des étudiants, des gens ayant été scolarisés suffisamment pour avoir accès à l'écrit, et nous nous sommes aperçus que ce document laissé en accès libre dans notre local d'accueil était lu d'un bout à l'autre par une partie de notre public. De même nous avons vu que des personnes n'étant pas originaires d'Afrique le trouvaient attrayant et que lorsqu'ils en commençaient la lecture, ils la lisaient jusqu'au bout.

Cette brochure a été également appréciée par les médecins hospitaliers prenant en charge des personnes séropositives auxquelles ils ont commencé à la donner.

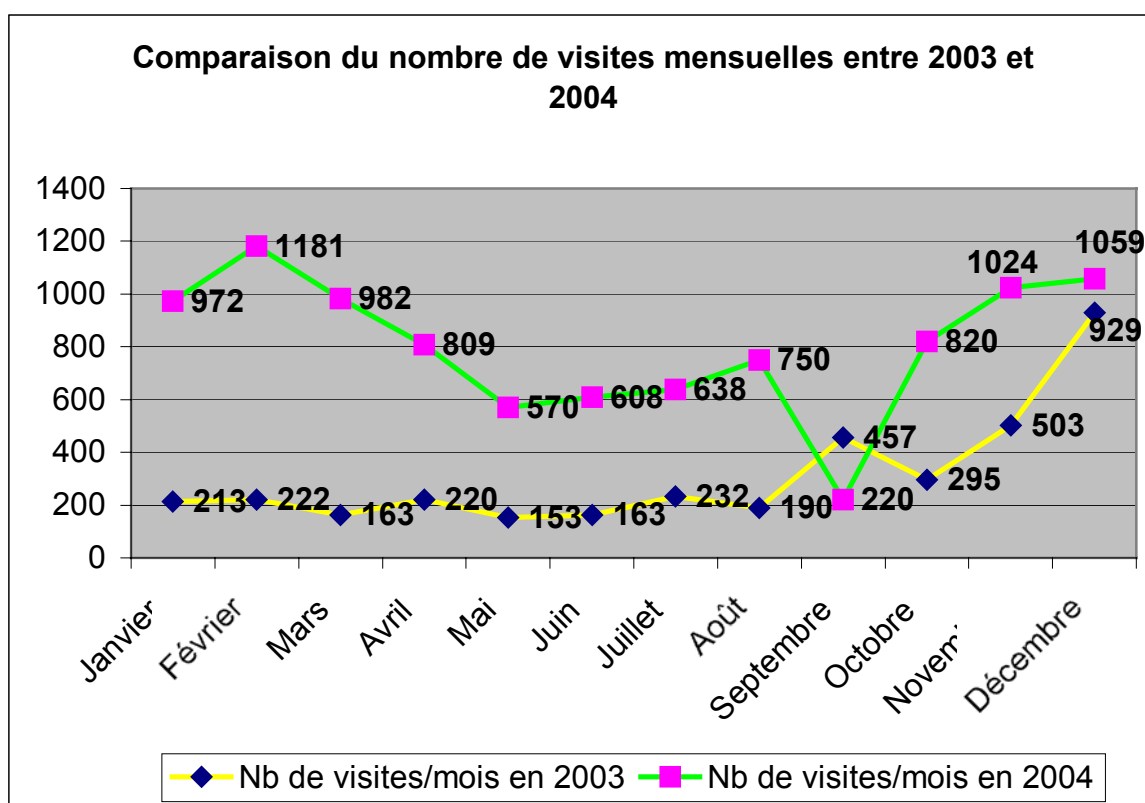
3. Utilisation de l'informatique communicante

Internet est devenu un outil primordial pour faire circuler l'information et communiquer sur un sujet. Nous avons toujours pensé que les communautés africaines ne devaient pas être exclues de nouveau mode de communication, c'est pourquoi, en 2001, nous avons lancé notre site : www.uraca.org. Malheureusement, faute de temps, depuis lors, nous n'avions pas remis à jour le site, et surtout, nous ne l'avions pas référencé sur les moteurs de recherche.

a) La gestion du site URACA

Depuis la fin de l'année 2003, nous avons commencé la mise à jour du site, et un référencement sur les moteurs de recherche a été fait.

Ce travail a abouti à une augmentation des visites sur le site, très visible lorsque l'on compare les courbes des statistiques des visites mensuelles sur le site URACA.org. En effet la moyenne des visites était de 243/mois, elle est passée à 500 en Novembre et à 900 en décembre 2003. En 2004, la moyenne mensuelle a été de 1000 visites. Le référencement a donc permis de multiplier par 4 le nombre de visites sur le site.



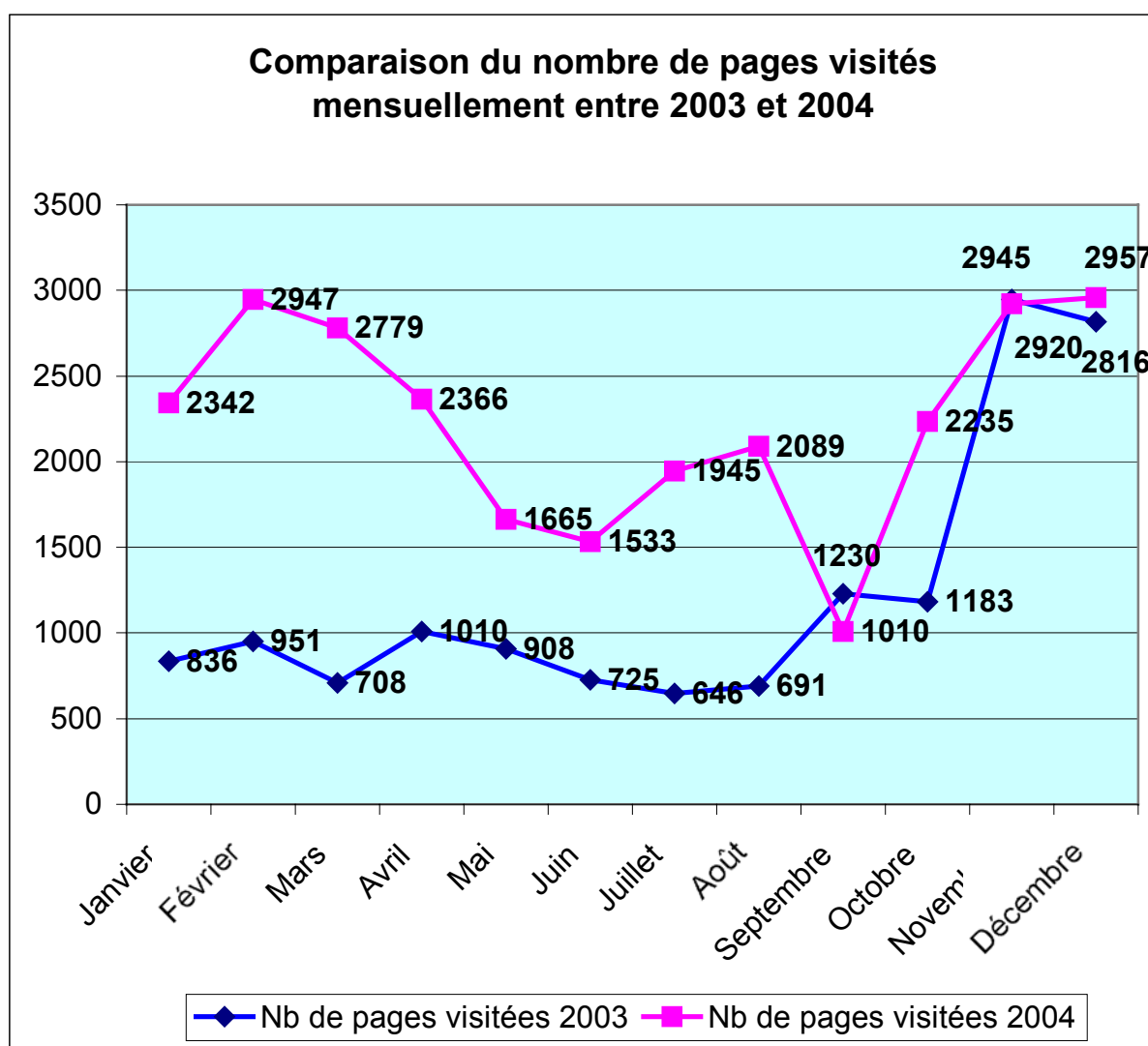
Au cours de l'année 2004, le travail de correction et de mise à jour du site s'est poursuivi. Une personne a consacré un jour par semaine tout au long de l'année pour répertorier les corrections à faire et les problèmes informatiques. Etant donné la richesse de ce site, c'est un très long travail. Ces corrections ont ensuite abouti à un travail de groupe avec notre graphiste qui s'occupe des aspects techniques.

Cette réflexion a abouti:

- A la réalisation de l'évaluation du fonctionnement du site
- A une réflexion sur les modifications à faire
- A des propositions pour améliorer encore son fonctionnement et sa promotion.

De la même façon, le nombre de pages visitées s'est accru puisque entre novembre 2002 et décembre 2003 il était en moyenne de 791 pages chaque mois, et ce nombre est passé à 2220 entre novembre 2003 et octobre 2004.

Par contre le nombre de pages à chaque visite a diminué passant de 3 pages à 2 en moyenne pour chaque visite. Après analyse de ce résultat, il apparaît que l'affichage de la page trouvée dans Google par exemple ne permet pas toujours de remonter dans l'arborescence du site. Par conséquent une modification va être apportée avec l'insertion d'un lien "retour à la page d'accueil" va être inséré sur chaque page.



Les résultats obtenus sont néanmoins très encourageants et nous poussent à améliorer ce site et à le promouvoir de telle façon que son utilisation puisse être encore plus utile à ceux qui y feront appel.

Une analyse approfondie de la fréquentation du site en novembre 2004 nous donne les renseignements suivants:

L'analyse du top 10 des pages visitées montre que le chapitre le plus lu est celui qui porte sur nos actions 10%.

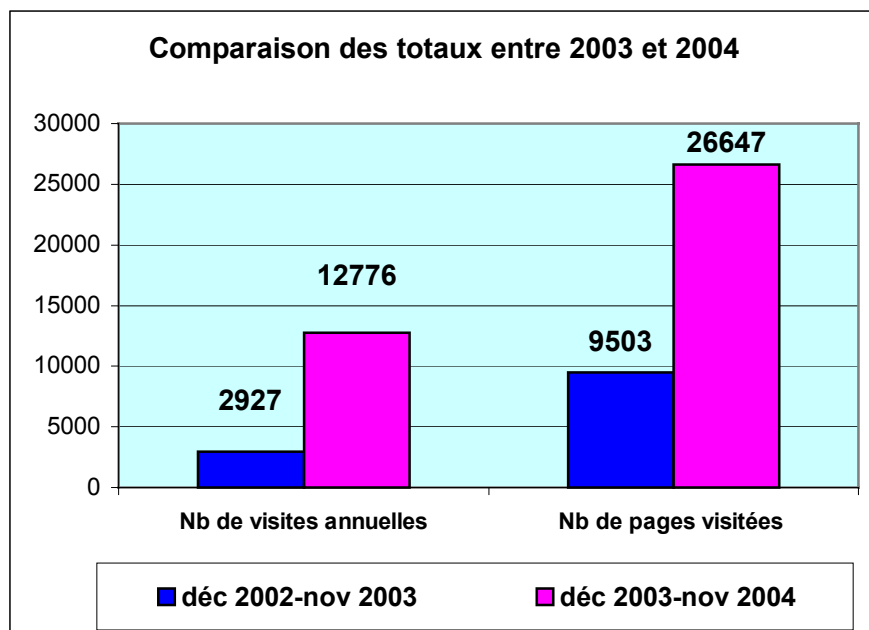
L'entrée sur le site se fait principalement par la page d'accueil: 15% des visites. C'est une bonne chose étant donné l'impossibilité de naviguer sur le site lorsqu'on y arrive par un autre endroit.

7% entrent par le début du chapitre: le sida c'est quoi ? et 6% par la page sur l'Afrique. 5% par l'expo sur "les vacances au pays" portant sur les prophylaxies, vaccins et hygiène lors des voyages.

5% arrivent par la nouvelle du mois.

74% des visites arrivent directement par uraca.org.

uraca	13 450
google	460
Forum aceboard	18
arcat sida	12
AOL	7
Yahoo	4
Club internet	3
Chrétiens et sida	2
Yboo.net	2
ref asso	1
wanadoo	1
Voilà	2
afromix	1
AGO	1
Alta vista	1
Assos en danger	1
France 5	1
Goutte d'ordinateur	1
groupe SOS	1
la goutte d'or.net	1
CRIPS	1
Solidarité sida	1



c) Projet de rédaction régulière d'une newsletter

Trois réunions de réflexion se sont tenues autour de cette idée ; le but étant d'informer les différents partenaires sur l'actualité de notre association et de celle des associations partenaires, de partager des éléments de réflexion concernant les actions de lutte contre le sida dans les communautés africaines et de renforcer le travail en commun.

Un recensement des adresses emails des partenaires actifs dans la prévention du sida auprès des communautés africaines a débuté.

Cette idée était le pilier de la deuxième année de réalisation du projet de prévention au niveau national. Malheureusement, nous avons appris en juillet que l'INPES n'avait pas retenu notre projet et que nous n'aurions donc pas les moyens d'assurer ce volet de l'action. Il a donc été temporairement suspendu jusqu'à ce que l'on trouve des soutiens suffisants. En effet, une rédaction régulière demande un gros travail de rédaction et de coordination avec les partenaires impossible à réaliser dans la durée sans un salarié chargé de l'action.

4. Travail en partenariat avec d'autres structures en France

La coordinatrice, ainsi que l'équipe de prévention d'Uraca, se sont mobilisés afin de développer et de consolider un réseau de partenaires sur l'ensemble du territoire français.

Au cours de l'année 2004, nous avons collaboré avec divers organismes ou associations. La plupart étaient en Ile de France car la majorité des migrants originaires d'Afrique sub-saharienne y vivent. Néanmoins, le partenariat a concerné des actions ayant un impact plus général, comme la formation de professionnels venus de tous horizons.

Tableau récapitulatif du partenariat réalisé en 2004

Partenaire	Adresse	Nature du partenariat	date	Intervention
Association Perma	Fécamp	Semaine de la solidarité:	dec 04	Conférence: L'interculturel, une dynamique de cohésion sociale et de co-développement
La maison du Bénin	Grenoble	Rencontre avec l'équipe	02 07 04	discussion sur la méthodologie et appui à l'organisation des actions de prévention
Crips, ALS formation	Villeurbanne, Lyon	Colloque Parentalité et Vih	30-mars	Atelier: Familles africaines
AISFAS	Lyon	Discussions méthodologiques	30-mars	Atelier de discussion: Familles africaines
Migration santé et une assoc algérienne	Uraca	Actions de prévention	22-avr	Présentation des actions de prévention
Solidays	Longchamp	Village associatif solidarité sida	9, 10 et 11 juillet	Préparation et tenue de stands de prévention
CRIPS	Tour Montparnasse 12e étage	Communiquer avec des migrants sur l' infection à VIH/Sida pour les professionnels de la santé et du secteur socio-éducatif	10-mai	demo journée de formation
IFSI St-Anne	Paris	Santé et migration	14-juin	demo journée de formation
Réseau Ville Hôpital	Hôpital Berclere, Clamart	Double prise en charge des patients africains	14-janv-04	demo journée de formation
Aides	Paris	Colloque	22-janv-04	Participation

		Prévention/migrants		
INPES	INPES	Action de prévention auprès des migrants originaires d'Afrique subsaharienne	03-juin	Participation à la réunion d'experts
Migrations santé	Uracu	Présentation et discussion sur les actions d'Uracu avec 6 médecins algériens	22-avr	Accueil des stagiaires et présentation
CRIPS	Paris	Communiquer avec des migrants sur l'infection à VIH/Sida pour les professionnels de la santé et du secteur socio-éducatif	10-mai	demi journée de formation
Réseau de santé Nord	Mairie du 10e Paris 72, rue Faubourg ST-Martin M° château d'eau	Migrants et VIH Comment améliorer l'accompagnement et la prise en charge..	24-juin	Participation et intervention sur la prise en charge des migrants africains
CRIPS	Paris	Formation l'infection à VIH/SIDA: cycle d'approfondissement	18-oct	demi journée de formation
CRIPS	Créteil	Formation à la prévention de l'infection à VIH/SIDA auprès des migrants	23-nov	demi journée de formation
Ecole d'infirmière Cochin	Uracu	Rencontre avec des étudiants et présentation des actions de prévention	29-oct	Accueil des stagiaires et présentation
INPES	Saint Denis	Réunion Experts Migrants	09-sept	Participation
Association Transaide	Yerres	Conférence sur le thème de la santé et des africains	20-nov-04	Conférence
AISFAS	Lyon	Invitation pour la journée du 4/12	04/12/2004	Mère et fille face au sida
Chrétien et Sida	Grenoble	Partenariat pour une réflexion autour de la problématique des migrants		Organisation d'une rencontre et d'une réflexion autour des représentations traditionnelles de la maladie
Journal de la Démocratie sanitaire	Marseille	Collaboration avec un journaliste pour 2 articles portant sur la problématique des migrants	juin 2004 et oct 2004	Sida et spiritualité, De l'usage de la palabre en prévention sida
Sida Info Service	Paris	Participation à la rencontre du 1° décembre sur le thème sida et migrants africains	01/12/2004	Animation d'un stand

C. CONCLUSION

L'année 2004 a permis d'obtenir des premiers résultats intéressants. En effet, l'équipe d'URACA a une expérience ancienne et approfondie de la prévention et de la prise en charge des communautés africaines, mais n'a jamais vraiment eu les moyens suffisants pour communiquer et faire partager son savoir-faire. Malheureusement, le fait de savoir que le projet n'était validé que pour un an et qu'il s'interrompait fin octobre a entraîné une démotivation certaine et une interruption de certaines activités. Pour 2005, nous tenterons de trouver des soutiens financiers afin de poursuivre ce travail qui nous paraît essentiel.

VII. SOUTIEN DES PERSONNES TOUCHEES PAR LE VIH

A. Introduction :

L'action de counselling et de soutien aux malades du Sida et à leur famille est la base de nos actions de lutte contre le Sida. En effet, la mise en place d'une aide globale, adaptée aux besoins de chaque malade est le premier point à assurer si l'on veut soutenir les personnes atteintes.

Après 1999, grâce à l'évolution de la législation, les soutiens psycho-sociaux se sont grandement améliorés du fait des changements législatifs notamment de l'obtention des titres de séjour pour soins et de l'AME. Malheureusement, les décisions politiques prises récemment ont fait marche arrière et nous nous retrouvons peu à peu dans une situation proche de celle de 1999 avec des patients perdant leur titre de séjour, des démarches administratives plus tortueuses pour accéder à l'AME.

Les équipes hospitalières, même si les progrès thérapeutiques sont évidents et incessants doivent toujours faire face à des refus ou des arrêts de traitements, à des dénis de diagnostic, à des intrications de problématiques somatiques et psychiques, à des accompagnements en fin de vie. De ce fait les médiations et les consultations ethnopsychiatriques sont toujours aussi nécessaires.

**Tableau récapitulatif de l'ensemble de l'action de soutien
aux personnes touchées par le VIH**

	Nombre de personnes	Nombre d'interventions ou d'entretiens
Accueil social	227	1102
Accompagnement	47	141
Permanence téléphonique	690	3125
Médiation	102	174
Consultation d'ethnopsychiatrie	39	63
Partenariat	205	19
Formation	103	5
Atelier informatique	5	34
Total	1418	4663

B. Accueil orientation et soutien :

1. Cadre

Chaque jour, du lundi au samedi, nous accueillons les personnes séropositives dans les mêmes conditions et aux mêmes horaires que le reste de notre public, à l'accueil social de l'association, ce qui est primordial pour éviter toute stigmatisation. Lors de l'accueil, nous les écoutons avant tout. Leurs demandes sont généralement d'ordre social (aide médicale) ou administratif (régularisation de leur situation), mais peut parfois aboutir à d'autres ouvertures.

Depuis que nous avons mis en place le soutien communautaire dans les hôpitaux, nous rencontrons des malades qui par curiosité (*pour rencontrer les gens qui n'ont pas hésité à me rendre visite à l'hôpital*, comme ils le disent eux mêmes), ou pour rompre leur isolement et participer aux activités que nous leur proposons (informatique, Assemblée des femmes, alphabétisation, cycle de conférence...) viennent à l'association. Certains en deviennent même membres actifs et participent aux réunions....

Cet accueil permet à beaucoup de sortir de leur solitude et de se réinsérer dans la vie. Il concerne aussi bien les hommes que les femmes. L'accueil progressivement devient moins strictement « social » et plus « communautaire » avec thé, café et échange convivial.

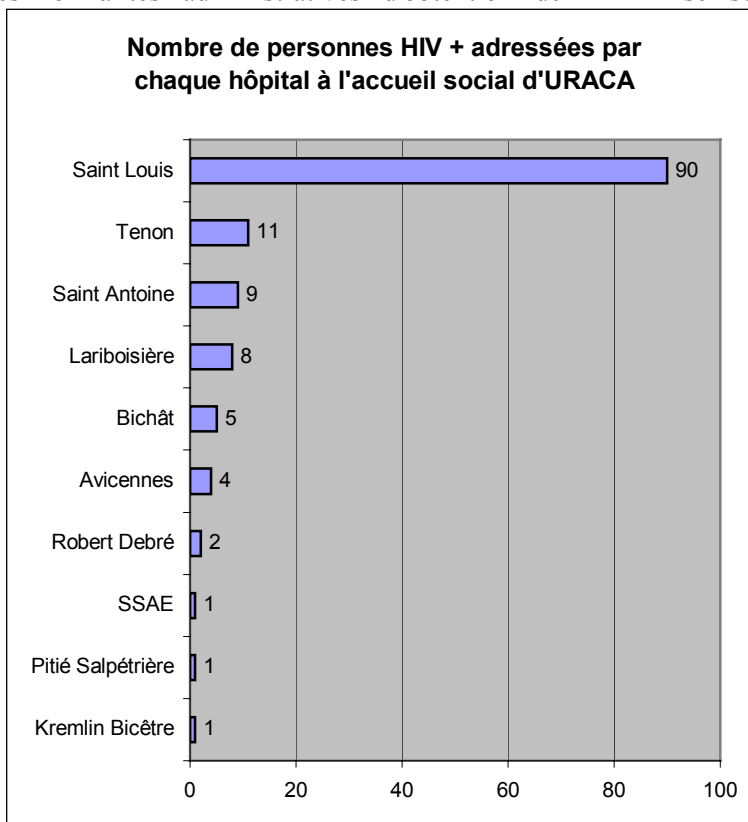
Les suivis sociaux qui avaient été allégés au cours des années antérieures grâce à l'obtention quasi systématique de l'accès aux soins AME dans un premier temps, puis d'un titre de séjour pour soins dans un deuxième temps ouvrant droit à la CMU dans un troisième temps se sont considérablement compliqués en 2004.

En effet, les renouvellement des titres de séjour pour soins sont presque tous refusés, de même que les nouvelles demandes instruites. Les formalités administratives d'obtention de l'AME se sont compliquées afin d'en freiner l'accès. Ainsi le problème de la domiciliation est devenu souvent insoluble.

Par contre le travail nécessaire pour la constitution des dossiers est moins important car dans de nombreux cas les dossiers ont déjà été constitués au cours des années précédentes, et les procédures bien que complexifiées sont très bien connues par les accueillants. Néanmoins il faut une moyenne de 5 rendez-vous par personne pour traiter chacun des dossiers.

2. Public reçu

En 2004, 227 personnes souffrant d'IST ou de HIV ont été reçues à l'accueil social. 72% d'entre elles nous étaient adressées par un service hospitalier.



Ces 227 personnes ont été reçues au cours de 1102 entretiens.

3. Problématiques traitées

Les demandes portent essentiellement sur l'obtention ou le renouvellement d'un titre de séjour pour soins (qui n'est en général délivré que pour 1 an), sésame indispensable à la survie en France. Ces démarches qui étaient jusqu'en 2003 toujours couronnées de succès au bout de quelques mois, se soldent maintenant par des refus et nécessitent des recours pour pouvoir aboutir.

Les difficultés d'accès aux soins sont les mêmes que pour le public qui n'est pas touché par le HIV. L'AME nécessite une domiciliation et de nombreuses associations qui avaient reçu l'agrément l'ont perdu, de plus même s'il s'agit d'un renouvellement la personne doit amener une preuve par mois pendant les 3 mois précédant l'échéance de son renouvellement attestant de sa présence sur le territoire français, ce qui n'est pas si évident à obtenir, les gens n'allant pas chaque mois voir un médecin ou une assistante sociale...

C. Permanence téléphonique :

Comme pour l'accueil social global, nous assurons une permanence téléphonique de 9h à 17h, au local d'accueil, 33 rue Polonceau, 75018 Paris.

Au total, en 2004, 360 personnes ont bénéficié de la permanence téléphonique et nous avons répondu à 1523 appels.

	Nb pers	Nb appels
Public	570	2565
Professionnels	120	560
total	690	3125

1. Appels téléphoniques du public :

Les appels proviennent :

D'une part, des patients ou de leurs familles qui nous appellent soit dans le cadre de leur suivi, soit après avoir eu nos coordonnées par leur médecin, par un travailleur social ou par une autre association.

La majorité des patients qui nous appellent sont suivis, soit dans le cadre de la consultation d'ethnopsychiatrie, soit dans celui de l'accueil social ou nous les avons rencontrés dans l'action de soutien communautaire aux malades hospitalisés. Ils utilisent la permanence téléphonique pour prendre rendez-vous, dire bonjour, donner ou demander des nouvelles de démarches en cours, demander un conseil, une orientation, etc.

Au total, **570** personnes touchées par le VIH ont appelé l'association en 2004. Le nombre d'appels reçus est de **2565** correspondant à une moyenne de 4,5 appels par personne.

Ces appels émanent de 391 personnes bénéficiant de l'une des actions au moins de l'association (soutien communautaire, consultations, accueil social, accompagnement, assemblée des femmes, etc.), mais également de 179 personnes téléphonant pour prendre divers renseignements notamment sur la

législation et le droit au séjour, demandant des adresses et des correspondants, appelant pour un membre de leur famille malade au pays, etc.

Au delà de la demande immédiate, cela correspond à un besoin de soutien et de réassurance. La fréquence du nombre d'appels téléphoniques a augmenté de manière significative en raison de la qualité de la relation établie avec les patients. Ce fait est dû en grande partie à l'amélioration qualitative du partenariat avec les services hospitaliers, ce qui se ressent sur l'ensemble des actions.

2. Appels téléphoniques des professionnels :

D'autre part, nous recevons des appels de nos partenaires ou d'organismes sociaux qui ont en charge des patients africains VIH. Ils souhaitent obtenir des conseils, des informations, ou des orientations pour les aider à surmonter des difficultés. Nous recevons également des appels venant d'équipes mettant en place des actions de lutte contre le sida en direction des communautés africaines.

En 2004, **120** professionnels impliqués dans le VIH nous ont contactés au cours de **560** appels, ce qui témoigne de l'intensité du partenariat mis en place et du travail en commun avec certaines structures.

Une étroite collaboration se renforce d'année en année avec trois médecins hospitaliers de l'hôpital St-Louis, le Dr TAULERA Olivier, le Dr LASCoux-COMBES Caroline, et le Dr PINTADO Claire ; et une psychologue de l'hôpital Tenon, Jacqueline FAURE, qui font appel très régulièrement à l'association pour réaliser le suivi des patients (soutien communautaire, médiations, et consultations) ; et pour nous orienter des personnes à la permanence sociale.

D. Accompagnements :

En 2004, nous avons accompagné 47 personnes touchées par le VIH au cours de 141 accompagnements.

L'accompagnement physique est destiné aux personnes se trouvant en grande difficulté, et donc dans l'incapacité d'effectuer leurs démarches seules. En effet, l'accueil qui leur est réservé est souvent meilleur lorsqu'elles sont accompagnées, que lorsqu'elles se présentent seules.

Certaines personnes malades du sida ou séropositives ont davantage besoin d'accompagnement que les autres. Car, outre la méconnaissance de leurs droits (ils sont rejetés dans certains services quand ils n'ont pas de couverture sociale ou ne parlent pas le français...), il y a une peur réelle des institutions (et plus précisément de la préfecture), du regard de l'autre, ... Ces difficultés se sont considérablement accrues en 2004 du fait des rejets de demandes de titre de séjour pour soins au prétexte que des trithérapies sont disponibles dans les pays d'origine en Afrique. C'est un argumentaire fallacieux, car chacun sait que c'est une petite minorité de patients qui y a accès. Refuser un titre de séjour à ces personnes est l'équivalent d'une condamnation à mort.

Les refus nous obligent donc à nous appuyer sur la DGS pour faire des recours. En effet des patients avec des défenses immunitaires quasiment à 0 ont vu leur titre de séjour refusé en 2004...

Les personnes séropositives vivent de façon très douloureuse le durcissement des services de la Préfecture.

Voici quelques témoignages:

Mme X a été accompagnée à la préfecture dans le cadre d'une demande d'un titre de séjour pour soins. Elle témoigne de ses inquiétudes concernant l'aboutissement de sa requête et explique les difficultés liées à la multitude de rendez-vous dans les hôpitaux et à la préfecture.

Lors de la présentation du dossier, le chef de centre est venu leur dire : « *Nous ne pouvons rien faire pour elle car elle a été refusée par le médecin de la préfecture et elle peut se traiter ailleurs ; la France n'est pas un pays où on peut tout avoir !* »

L'accompagnant lui demande alors : « Que faut-il faire pour cette dame »

Il faut écrire à la préfecture et au médecin de la préfecture.. »

Après avoir accompagné Mme X à la préfecture, celle-ci dit : *"Je suis fatiguée d'entendre les paroles dures dans les services à cause de la maladie. J'ai honte de moi à cause de ma situation."*

Mr Z demande également: *"Pourquoi nous les Africains, sommes-nous traités comme ça dans les services? Non seulement je suis malade et je ne sais pas quand je vais mourir, et encore je ne fais que de recevoir des mauvaises paroles."*

Mr Y dit: *"Je suis fatigué, j'ai toujours des rendez vous à l'hôpital, à la préfecture et partout où je vais, on me parle mal. Est-ce qu'on ne voit pas en moi que j'ai la maladie?"*

E. Médiations :

Parfois surgissent des conflits entre les équipes et leurs patients, dans le couple, avec les hébergeants, la famille. Certaines de ces situations requièrent un cadre de consultation, d'autres relèvent d'une médiation. Qu'est-ce qu'une médiation interculturelle ? Elle consiste à aider à résoudre un conflit né d'une incompréhension ou d'un malentendu entre deux personnes de cultures différentes. Dans le cas du VIH/Sida, ces conflits opposent les patients d'origine africaine aux équipes soignantes. Ce sont les professionnels qui font appel à nous lorsqu'ils n'arrivent pas à surmonter seuls les difficultés avec leurs patients.

Certaines problématiques sont récurrentes :

1. Des notions différentes du respect et de la politesse :

Ainsi, nous sommes souvent appelés pour des conflits qui opposent des patients ayant dépassé la quarantaine à de jeunes infirmières ou des aides soignantes. En effet, il est inconcevable en Afrique, de rentrer dans une chambre et de faire quoi que ce soit avant d'avoir salué la personne. Les patients vivent comme un profond manque de respect l'intrusion de professionnels qui viennent, posent des comprimés sur la table, ou un repas et repartent sans avoir dit bonjour. Cette situation est encore plus mal vécue s'il s'agit d'un jeune professionnel et d'un patient âgé, à qui l'on doit plus de respect. La médiation consiste alors à discuter avec l'équipe soignante afin de leur faire comprendre cette réalité et de faire prendre conscience au patient de la lourdeur des tâches demandées aux équipes.

2. Des annonces de séropositivité brutales ou irrespectueuses entraînent ensuite de grosses difficultés dans le suivi et la prise en charge. L'un des aspects les plus fréquemment rencontrés est l'absence de respect de la confidentialité, le médecin annonçant à l'entourage, au partenaire, ou même dans la salle d'attente...

Parfois il s'agit de manque de respect : un médecin un jour me dit «tu vas lui dire qu'il a le sida pour qu'il n'aille pas sauter toutes les filles du coin». Parfois la brutalité extrême de l'annonce est aggravée par le fait qu'un patient ne sait pas que l'on a fait le test de dépistage du VIH dans la prise de sang, sa demande initiale n'ayant rien à voir avec cela.

3. Le refus du patient d'effectuer une prise de sang :

Bien souvent les patients trouvent qu'on leur retire trop de sang et un jour ils se rebellent et refusent le prélèvement. Il faut savoir qu'en Afrique, le sang est chargé de sens. Il peut être bon ou mauvais, agréable ou désagréable. Le sang c'est la vie, l'énergie, la force. Que peut donc penser un malade qui se sent affaibli à qui l'on retire encore de sa force ? L'intervention consistera à sortir du conflit en expliquant au médecin les représentations de son patient et en lui demandant de réduire au maximum les prélèvements, et en expliquant au malade, que les

quantités prélevées ne sont pas si importantes malgré le nombre de tubes, en lui précisant à quoi servira chacun des prélèvements et leur utilité, et en lui expliquant que le sang se régénère chaque jour comme l'eau que l'on puise.

4. Le défaut d'observance est actuellement le motif le plus fréquemment rencontré. Les problématiques sont diverses : précarité socio-économique, prise des traitements devant d'autres personnes (en foyer par exemple), de simples incompréhensions existent, ou une lassitude à prendre des traitements à vie lorsque la médecine coloniale a habitué les Africains à des traitements rapides souvent sous forme d'injections. Les notions de maladie chronique sont difficiles à faire admettre. Il existe une problématique plus en profondeur : le patient refuse le traitement parce qu'il refuse le diagnostic même s'il dit le contraire, ce diagnostic n'a pas de sens pour lui. La solution dans ce cas n'est pas du ressort de la médiation, mais il faudra faire comprendre à l'équipe qu'une prise en charge ethnopsychiatrique est nécessaire.
5. Des situations d'incompréhension et d'arrêt de traitement existent lorsque le patient se sent mieux surtout si le médecin lui annonce que la charge virale est indétectable. Si l'explication de ce que représente la charge virale n'a pas été faite avant même la mise sous traitement, le malade comprend souvent qu'il est guéri et pense qu'il n'a plus le virus, d'autant que le médecin ajoute « vous allez très bien ». Il arrête donc de se soigner. Il convient alors de lui expliquer en détail la logique médicale.
6. Il arrive de plus en plus que des patients ne soient pas mis sous traitement au moment de la découverte de leur séropositivité car leur état ne le nécessite pas. Cela peut être vécu comme un racisme de la part des médecins qui refusent de soigner les Africains, ou cela peut aussi être interprété comme : « le médecin a vu ma mort, et a pensé que ce n'était pas la peine de me soigner car je suis finie ».
7. Les femmes désirant avoir un enfant peuvent se heurter à l'opposition des équipes. Les femmes africaines surmontent cette difficulté en mettant les médecins devant le fait accompli et il n'est pas rare, encore maintenant, que le médecin leur conseille d'avorter. Il s'agit alors de faire comprendre au médecin que c'est peine perdue de s'opposer à ce désir chez une femme africaine, par contre qu'il est intéressant de négocier avec la femme le meilleur moment pour elle d'avoir un enfant.
8. L'interdiction d'allaiter peut également poser des problèmes. Le lait maternel comme le sang étant un véhicule chargé de symboles entre la mère et l'enfant, le visible et l'invisible. Il convient alors d'expliquer à la mère le danger pour son enfant et de l'aider à trouver des solutions culturellement acceptables.

Ces quelques exemples aident à comprendre pourquoi il est important que les prises en charges soient globales et tiennent compte des cultures de chacun. Les médiateurs interculturels sont pour cela au service des équipes soignantes.

En 2004, 24 médiations ont été réalisées, elles ont concerné 52 patients et personnes de leur entourage et 50 professionnels.

Tableau récapitulatif des médiations réalisées en 2004

sexe	âge	Pays d'origine	Organisme	Problématique	Intervention	Nb de personnes concernées	Nb professionnels	Nb Entretiens	Nb Appels
M	26	senegal	saint louis	annonce d'une fin de vie	Médiation avec l'équipe médicale et la famille pour l'annonce	5	2	1	0
M	32	Mali	Tenon	Annonce d'une séropositivité et proposition d'entrée dans un protocole thérapeutique	Explications des explications médicales et des implications de l'essai	1	3	4	3
M	29	Guinée	Saint louis	Conflit avec l'équipe infirmière autour de la prise de sang et du respect	Discussion avec l'équipe infirmière et le patient	1	2	3	0
F	26	Mauritanie	Bichat	Incompréhension de la différence entre sida et séropositivité, refus de traitement	Explication approfondie et travail sur les représentations de la patiente	1	2	3	0
M	36	Côte d'Ivoire	Saint Antoine	Refus de traitement lié au refus du diagnostic	Discussions, médiation en cours, acceptation de débiter le traitement	1	2	4	0
M	35	Mali	Saint Louis	Conflit avec l'équipe infirmière à propos des prélèvements sanguins et des défauts d'observance	Explications de la nécessité de faire des prélèvements et des implications des arrêts de traitement	1	3	2	0
F	26	RDC	Saint Antoine	Découverte d'une séropositivité à l'occasion d'une grossesse. L'ami voulait une IVG refusée par la femme	Discussions dans le couple, explication des données thérapeutiques acceptation par l'homme de conserver la grossesse	3	3	3	6
F	54	Côte d'Ivoire	saint louis	Découverte d'une séropositivité à l'occasion d'un diagnostic de tuberculose	Annonce des résultats, explications sur les traitements et travail autour de l'annonce à ses filles	4	1	2	6
M	51	Côte d'Ivoire	Tenon	Couple sérodiscordant dans lequel la femme séronégative refuse le préservatif	négociation avec la femme pour qu'elle accepte le préservatif	2	2	4	12
M	28	Mali	Tenon	Violences conjugales	Discussions dans le couple, explication des causes du conflit et promesse par le mari de cesser les violences	2	3	5	12
F	33	RDC	saint louis	Refus des prélèvements sanguins	Explications de la logique des suivis médicaux	1	2	3	0
M	32	Mali	Tenon	Mauvaise observance	Mise à jour du refus de la maladie sous-jacent, discussions	1	2	4	0
M	55	Guinée	saint louis	Patient HIV+ et présentant une tuberculose ayant interrompu tout traitement après guérison de sa tuberculose	Discussion sur les deux pathologies et leurs différences, ainsi que sur la nécessité des traitements	1	1	5	8
F	46	Côte d'Ivoire	Tenon	Rejet d'une patients par sa belle-fille en raison de sa séro+	Médiation entre mari et femme, belle-mère et belle fille, terrain d'entente trouvé	6	2	6	13
M	36	Mali	Tenon	Patient séro+ devenu aveugle	négociation pour les traitements et l'hébergement dans une structure spécialisée	1	3	5	10
F	34	Mali	Saint	Dépistage du HIV+ mais	Explications au patient sur le fait	2	2	2	6

			Louid	institution d'un traitement inutile pour l'instant	qu'on ne lui propose pas de traitement pour le moment				
M	28	Guinée	Saint Antoine	Mauvaise observance	Explications et discussions	3	2	3	5
M	31	Mali	Tenon	Nécessité d'une intervention chirurgicale refusée par le patient	Explications des arguments du médecin et répondre aux craintes du patient	3	2	2	3
F	27	Mali	Tenon	Somatisations avec douleurs	Origine psychologique, discussion et orientation vers la consultation d'ethnomédecine	4	2	1	4
M	23	Guinée	hôpital Saint Louis	Refus du diagnostic de séropositivité	Explications des possibilités thérapeutiques et des suivis	2	2	4	2
F	25	Mali	Tenon	Mauvaise observance	Explications et restitution aux médecins de la parole de la patiente	2	2	2	3
F	35	Guinée	hôpital Saint Louis	Son fils de 16 ans est menacé de renvoi par l'école	Médiation avec l'école pour obtenir une dernière chance pour le jeune	2	2	2	2
M	58	Guinée Bissau	Tenon	Disparition du patient après quelques mois de traitements	Explications dur le mot "virus indétectable"	1	2	2	3
M	42	Guinée	Saint Louis	Problèmes d'observance	Discussions approfondies sur le virus et es traitements	2	1	2	2
					TOTAL	52	50	74	100

F. Consultation d'ethnopsychiatrie :

1. Cadre de la consultation :

La maladie, quelle qu'elle soit, fait bien souvent surgir la question d'un corps étranger (virus...) en soi. Mais d'où vient-il ? Si dans quelques cas, il semble produit par le corps lui-même, le plus souvent la maladie est pensée comme venue de l'extérieur tel un parasite qui s'incruste.

C'est donc bien la question du dedans et du dehors du sujet qui se pose et vient réveiller le sentiment d'une intégrité psycho-corporelle fragile. Comment faire face à un virus en soi quand on vit dans un environnement étranger, dans lequel n'a pas pu se reconstruire un véritable sentiment de sécurité. Avec le déclenchement d'une maladie, le danger semble tout envahir, être aussi bien dedans que dehors.

Si l'on peut essayer de se protéger des dangers provenant de l'extérieur, que faire face à une menace qui se développe dans la première possession de l'être humain : son corps ?

Les étiologies traditionnelles permettent de contenir l'angoisse qui surgit devant cette menace intérieure en déterminant une cause extérieure – c'est un esprit – c'est quelqu'un qui cherche à détruire...

En redonnant une extériorité aux sources du mal, les étiologies traditionnelles apportent leur lot de solution : il y a forcément quelque chose à faire pour déjouer les intentions maléfiques, pour lutter contre l'envahisseur. Suivant la logique des soins traditionnels africains, c'est alors la représentation d'un combat dans l'invisible qui s'impose dont l'issue doit faire triompher la victime. A cela s'ajoute l'univers des protections destinées à se rendre invulnérable, à rétablir l'ordre, l'unité perdue.

La prise en compte de ces étiologies traditionnelles, de la logique des soins dans la pensée africaine permet une réassurance pour le patient : le monde visible des médecins hospitaliers et le monde

invisible africain sont questionnés de conserve et s'associent pour rétablir des limites psycho-corporelles mal définies, précaires et donc source d'une insécurité majeure.

En effet, sans la prise en considération de la dimension invisible, le patient reste dans la crainte que seule une face du mal soit traitée, enrayée. Pouvoir livrer ses craintes, le sens qu'ils donnent à leur maladie permet aux patients de retrouver une cohérence dans leur façon de penser leur maladie (dire à la fois la version médicale et la version traditionnelle). Cela leur permet de ressentir à nouveau la globalité de leur être et surtout il est essentiel, comme pour tout patient, qu'ils se sentent regardés, écoutés dans cette globalité et non morcelés en fonction de leurs interlocuteurs.

La consultation permet de recevoir, selon leur demande, les patients seuls, en famille ou avec des membres de l'équipe spécialisée qui a initié le rendez-vous.

Le patient est, selon la situation, reçu en groupe ou en entretien individuel : face à la maladie aussi, nous nous attachons à nous adapter au mieux à la problématique de chaque patient afin de lui proposer le dispositif thérapeutique le plus à même d'être aidant.

Ces consultations ont lieu sur rendez-vous au 1 rue Léon, 75018 Paris ou dans les services hospitaliers qui le demandent.

2. Public reçu :

En 2004, nous avons reçu 39 patients séropositifs et assuré 63 entretiens.

Tableau récapitulatif

Age	sexe	Pays	Problématique	Nb de consultations	Lieu
42	F	Mali	Somatisations	1	URACA
43	M	Côte d'Ivoire	Diabétique + HIV, en conflit familial sur un fond de polygamie	1	URACA
41	F	France	Infection HIV + recherche d'autres moyens thérapeutiques	1	URACA
36	F / M	Mali	Différence de gestion de la maladie entre le mari et sa femme	1	URACA
42	F	Mauritanie	Difficultés à admettre sa sérologie	1	URACA
48	M	Mali	HIV+, observance difficile	1	St Louis
37	F	Côte d'Ivoire	Ablation du sein suite à un cancer, hépatite B, HIV+.	1	St Louis
29	F	Côte d'Ivoire	HIV+, interrogations / traitement / annonce à son mari	1	St Louis
47	F	Cap Vert	Diabète, HIV +, désir de maternité	1	St Louis
36	F	Côte d'Ivoire	Non observance	1	St Louis
42	F	Guinée	Anxiété et somatisations	1	St Louis
28	M	Mali	Infection HIV+ et dilemme dans le choix d'une épouse au pays	1	St Louis
25	F		Difficultés d'observance et somatisations	1	St Louis
28	M	Côte d'Ivoire	Difficultés d'observance	1	St Louis
27	F	Mali	Difficultés à accepter le diagnostic	1	St Louis
31	M	Mali	Difficultés d'observance	1	St Louis
25	F	Sénégal	Mise en sens de la maladie	1	St Louis
48	M	Côte d'Ivoire	Conflit conjugal suite à l'annonce de la séropositivité	1	Tenon
56	M	Mali	Famille polygame, mari et femmes HIV+	1	Tenon et Saint Louis

31	M	Côte d'Ivoire	Questionnement sur l'annonce à son amie de sa séro positivité	1	URACA
31	F	Côte d'Ivoire	difficultés d'une grossesse chez une femme séro+	1	URACA
40	M	France	HIV+ couple mixte	2	URACA
34	F	Cameroun	HIV + questionnement sur la maternité, sort jeté sur le fœtus	2	URACA
36	M	Niger	Problèmes relationnels avec sa famille au pays, difficultés à se situer dans son histoire familiale renforcée par la maladie.	2	Saint Louis /URACA
39	M	Mauritanie	Mauvaise observance	2	St Louis
34	M	Côte d'Ivoire	Pb d'observance	2	Tenon
40	M	RDC	Conflit familial autour d'un héritage, difficultés d'observance	2	Tenon
40	F	Mali	Difficultés d'observance	2	Tenon
47	F	Sénégal	Pb d'observance	2	Tenon
40	M	RDC	Deuils multiples intriqués à la découverte de sa séropositivité.	2	URACA
39	F	Comores	Accusée par sa belle famille d'avoir tué son mari par le HIV	2	URACA
37	F	Mali	Infection HIV+	2	URACA
43	F	RDC	difficultés relationnelles	3	Dr Taulera/URACA
38	F/M	Mali	HIV+, refus du traitement	3	Tenon
50	F	RCA	Difficultés avec ses enfants en échec scolaire	3	Tenon
37	M	Côte d'Ivoire	Succession d'événements traumatiques : accident, annonce du diagnostic HIV +	3	URACA
35	M	Cameroun	Etiologie traditionnelle, travail psychologique pour faire cohabiter les deux systèmes interprétatifs de la maladie	4	Tenon
24	M	Côte d'Ivoire	Etat dépressif lié à l'annonce du diagnostic, associé à une précarité sociale.	4	URACA

3. Problématiques abordées :

Les difficultés auxquelles se heurtent les équipes hospitalières restent les mêmes :

- l'acceptation du diagnostic
- la compliance aux traitements

L'annonce d'une séropositivité demeure, malgré l'existence de traitement, synonyme de mort. Immédiatement, c'est l'avenir tout entier qui semble compromis. En effet, cette maladie semble mettre en péril la possibilité de nouer une relation de couple durable (comment et quand annoncer sa séropositivité ?), de fonder une famille. Eléments qui sont au centre de la vie de tout adulte mais qui prennent une signification toute particulière dans les sociétés africaines où être adulte est totalement lié à la possibilité d'être parents.

Dans ces conditions, l'angoisse ne peut que difficilement être élaborée. Surgi de l'ombre, le virus marque un arrêt, une rupture dans la vie des patients. Les étiologies traditionnelles leur permettent de peu à peu se réinscrire dans une continuité. Parce que se trouve questionné l'ensemble de leur histoire, ainsi que celle de leur famille (et non seulement l'instant de l'infection), les patients renouent avec la durée.

C'est dans ce cadre, qui s'attache à donner du sens à la maladie et non à en limiter, à en contenir les effets physiologiques, que le patient va pouvoir intégrer la présence en lui de ce corps étranger et menaçant.

Peu à peu, vont pouvoir se travailler, s'élaborer des limites psycho-corporelles fragilisées, vécues comme perméables avec le risque de nouvelles effractions psychiques et corporelles.

Ce n'est qu'après avoir accepté le diagnostic que la prise d'un traitement peut être envisagée. Comment, sans cela, se soumettre aux exigences d'un traitement aussi contraignant ?

Les liens qui peuvent se faire avec la prise d'un traitement traditionnel africain permettent de donner une autre réalité aux trithérapies.

C'est aussi l'annonce de la charge virale indétectable qui entraîne la suspension des traitements, souvent entendue comme disparition du virus. C'est donc dans un travail en étroite partenariat entre la consultation psychologique d'URACA et les médecins que peuvent être limités, voire évités ces écueils.

4. Exemple de prise en charge : cas de Mr X

Mr X nous est adressé par son médecin (d'un des hôpitaux parisiens) après l'annonce d'une séropositivité. Ce jeune homme, âgé de 16 ans est originaire du Sénégal. Venu en France pour accompagner un grand frère malade, il vient de découvrir sa séropositivité. Ce jeune homme est accablé, il ne peut que pleurer, interminablement. Dans un premier temps, nous le recevons en groupe. Mais il se révèle incapable de parler. Il nous confie l'insupportable de cette annonce. De lui, nous n'apprenons que quelques éléments : sénégalais, son père est wolof tandis que sa mère est sérère, ce qui d'emblée laisse penser à des difficultés : en effet, l'ethnie patrilinéaire et celle de la mère matrilinéaire : ce qui laisse entrevoir des difficultés dans l'affiliation des enfants.

Devant la difficulté de ce jeune homme à s'exprimer devant le groupe, nous lui proposons un autre rendez-vous mais, cette fois-ci, individuel. Très ponctuel, il peut davantage se confier. Il parle alors de son histoire qui apparaît comme une longue suite d'épreuves. En définitive, l'annonce d'une séropositivité semble être l'ultime « goutte d'eau » qui achève d'ébranler le fonctionnement de cet adolescent. Alors que son passé lui est douloureux, son avenir devient à ses yeux, avec la survenue de la maladie, totalement hypothéquée. L'espoir d'une vie future différente de son passé de malheurs (décès multiples, maltraitance...) disparaît avec l'annonce du diagnostic.

Ainsi, a-t-il reçu cette annonce comme le signe d'une sorte de malédiction portée contre lui, qui le condamnerait à une vie de malheur. Après plusieurs entretiens au cours desquels il peut confier sa souffrance, ses espoirs déçus, il peut aborder plus précisément le sens qu'il se donne de sa maladie et plus largement de la suite d'épreuves qu'il a traversée. C'est alors une thématique de sorcellerie qui se dégage. Reprenant l'histoire familiale, il intègre sa souffrance dans une lignée et interprète tous ces éléments comme un vœu de destruction d'un membre de sa famille.

Ayant ainsi pu exprimer l'interprétation qu'il se donne de sa maladie et de tous les drames familiaux, c'est une consultation d'ethnomédecine qui lui sera proposée et qui sera organisée conjointement avec le médecin de ce patient.

G. L'atelier informatique :

Comme l'Assemblée des femmes, ces ateliers sont ouverts à tous dans un but de non stigmatisation, mais nous y inscrivons les personnes VIH+ de façon prioritaire. A leur sortie d'hôpital, plusieurs patients dont nous avons fait la connaissance saisissent la main que nous leur avons tendue et viennent à l'association pour rompre leur isolement et participer aux activités qui leur sont proposées (couture, alphabétisation, cycle de conférence, et surtout informatique...).

Pouvoir apprendre l'informatique, c'est comme réaliser un rêve inaccessible. En effet, bien que l'informatique soit devenue l'outil de travail, d'apprentissage et de divertissement du siècle, il n'est pas souvent accessible à la population migrante africaine et surtout à ceux qui sont malades et qui passent beaucoup de temps à l'hôpital. Acquérir cette connaissance est un moyen de favoriser l'insertion. Comme toutes nos actions, ces ateliers accueillent en même temps des personnes touchées par le VIH et d'autres qui ne le sont pas, mais toutes sont dans une recherche commune de progression dans la société d'accueil.

Notre travail consiste dans un premier temps, pour certains, à les familiariser avec le clavier et la souris, pour d'autres (les analphabètes, les anglophones...) à leur apprendre les 26 lettres de l'alphabet français. Dans un deuxième temps il s'agit de leur apprendre à taper correctement de petits textes, à enregistrer et à mettre en forme un document... Au bout de 6 mois en général, ils se débrouillent pour avoir acquis ce dont ils ont besoin, faire leur CV, écrire des lettres, etc. Cela les aide souvent à accéder à un travail.

En 2004, nous avons reçu 5 personnes et organisé 34 ateliers.

H. Volet formation et partenariat :

1. Formations de professionnels

Au cours de l'année nous avons eu l'occasion de participer en tant que formateurs à des formations ou des réunions organisées par certains de nos partenaires. Nous tentons dans ces cas de proposer les interventions les plus susceptibles de s'adapter aux différents cadres et aux différentes demandes.

Tableau récapitulatif des formations de professionnels

Partenaire	Lieu	Thème	Date	Nb prof
Réseau Ville Hôpital	Hôpital Bécclère	Double prise en charge des patients africains	14-janv-04	12
Aides	Bd de Charonne	Colloque Prévention/migrants	22-janv-04	34
Résidence Pauline Roland	Résidence	Prévention chez les femmes en précarité	24-mars	16
Résidence Pauline Roland	Résidence	Prévention chez les femmes en précarité	31-mars	16
Formation d'étudiants en médecine	Lariboisière	la pris en charge des patients africains	oct-04	25

Au total 103 personnes ont bénéficié de ces 5 réunions de formation en 2004.

2. Réunions et participations diverses

Le travail en commun passe entre autres par un certain nombre de réunions où chacun peut bénéficier de l'apport des autres. C'est souvent pour nous l'occasion d'aborder les spécificités du public africain.

Nous avons assisté en 2004 à 19 réunions dans le domaine de la lutte contre le HIV aussi bien institutionnelles qu'associatives. Elles ont concerné 205 partenaires de nos actions.

Partenaire	Lieu	Thème	Date
Service du Pr Sérén	Hôpital Saint-Louis	Rencontre dans le service	13-janv-04
DDASS 75 et 93	DDASS 93	Prévention et information du VIH chez les migrants	15-janv-04
GRDR	GRDR	Les outils de prévention	27-janv-04
GRDR	GRDR	Santé/migrants	30-janv-04
Hôpital Bichat	Hôpital Bichat	Rencontre	04-févr-04
DRASS	l'ASIEM Paris 7e	SREPS	04-févr-04
Sidaction	Hôtel de ville 4e	Convention nationale de lutte contre le sida	11 et 12 mars 2004
Médecins du monde	62, rue Marcadet Paris 18e	L'accès aux soins pour les plus démunis en 2004: quelles perspectives?	01-avr
Act Up	Centre Wallonie Bruxelles	Observance et qualité de vie	07-avr
Mairie de Paris	Mairie de Paris	Organisation des stands de prévention pour Paris plage	29-avr
DDASS	DDASS 93	Atelier : Dépistage, accès aux droits et au soins	30-avr
CRIPS	Cité des sciences et de l'industrie	IST: Quel risques ? Quelle prévention?..	30-avr
Aide ARC EN Ciel	rue du fg poissonnière	La souffrance psychologique: comment se soigner ? A qui parler ? :	04-mai
DASS	75 rue de tocqueville	Dépistage, accès aux soins et aux droits	14-mai
INPES	INPES	Réunion d'experts sur les thèmes: action de prévention auprès des migrants originaires d'Afrique subsaharienne	03-juin
DGS	Ministère	Prévention VIH et IST	25-juin
Coordination inter Associative	AGO	Préparation Solidays	06-juil
Paris plage	Figuier	Formation des équipes	10, 12, 15 et 17 juillet
DASS	75 rue de tocqueville	Prévention, médiation et interprétariat	05-juil

VIII. ACTION DE SOLIDARITE COMMUNAUTAIRE AUX MALADES HOSPITALISES

A. Introduction et résumé de l'action

L'action de solidarité communautaire aux malades hospitalisés consiste à rendre visite à des patients africains et à leur apporter un plat pour rompre leur solitude, créer un lien avec l'équipe d'URACA et les aider à mieux vivre leur hospitalisation. Il s'agit de les soutenir tout au long de leur séjour et de les aider à la sortie en leur permettant de venir nous rencontrer à l'association.

En général les patients africains se retrouvent dans une grande détresse après l'annonce d'une séropositivité ou de la maladie sida. Le fait qu'ils cumulent souvent une précarité sociale, des difficultés à parler la langue française et donc à se repérer dans le monde d'ici, accentue le désarroi qu'ils ressentent lors de l'annonce du diagnostic. Ils s'isolent de leur famille ou se renferment encore plus sur eux-mêmes, se sentant condamnés par avance. Les peurs du rejet par l'entourage que continue de susciter l'annonce, d'une telle pathologie participent grandement à ce sentiment de solitude. La peur que soit découverte leur sérologie les conduit à éviter leur groupe ou en tout cas à se trouver privé du soutien communautaire, auquel on fait traditionnellement appel face à une difficulté.

Grâce à cette action, nous avons accueilli à l'association des patients vus à l'hôpital pour une prise en charge sociale globale et un soutien communautaire durable. Certains patients, connus les années précédentes lors des visites à l'hôpital, ont également continué à bénéficier de l'action car même s'ils sont sortis de l'isolement et d'un état dépressif réactionnel, la prise en charge psycho-sociale, administrative, l'hébergement... s'inscrivent dans le long terme.

Le soutien communautaire aux malades africains a concerné en 2004 l'hôpital Tenon, l'hôpital Saint-Louis, l'hôpital Bichat, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, et la Maison sur Seine.

**Tableau récapitulatif du soutien communautaire aux malades hospitalisés
Du 1/01/2004 au 31/12/2004**

	Nombre de patients	Nombre de repas
Tenon	27	53
Saint-Louis	81	246
Bichat	35	149
Pitié Salpêtrière	2	30
La maison sur seine	2	38
URACA	62	570
Total	211	1086

B. Le cadre de l'action

1. Les services hospitaliers

Ont bénéficié de l'action en 2004, les services hospitaliers suivants :

- **Hôpital Tenon** : le service de médecine interne, le service de gynécologie-obstétrique, le service de néphrologie, le service de pneumologie, l'hôpital de jour pluridisciplinaire, le service de réanimation, le service des maladies infectieuses.
- **Hôpital Saint-Louis** : le service de médecine interne du Pr Sereni,
- **Hôpital Bichat** : le service des maladies infectieuses du Pr Yeni et le service des maladies infectieuses du Pr Vildé.
- **Hôpital Salpêtrière** : le service de rhumatologie du Pr Saillant, le service des maladies infectieuses.
- **La Maison sur Seine** : le service de soins palliatifs

2. L'équipe d'URACA

C'est une action qui mobilise toute l'équipe. Les plats sont préparés par une femme tous les mardi, et mercredi matin. Deux ou trois équipes de deux personnes font ces visites et se répartissent les hôpitaux. Quand les patients viennent nous voir à l'association, ils sont accueillis par l'ensemble de l'équipe. Chacun apporte son soutien et sa compétence au service du nouveau venu qui parfois ne fait que passer ou demander un service, mais qui peut également devenir peu à peu un membre actif de l'association.

L'équipe qui porte les repas s'est agrandie avec l'arrivée de deux nouveaux bénévoles en 2004, soucieux de venir en aide à leur communauté, d'être solidaires. Une des bénévoles de l'équipe a dit : *« l'idée qui m'a poussée à faire du bénévolat dans l'action communautaire, c'est de vouloir aider les malades hospitalisés à sortir de l'isolement ; parce que moi et ma fille étions isolées à l'hôpital. Grâce à cette action qui m'a soutenue, je suis sortie de l'isolement »*. Cela a permis de répondre à plus de services et surtout aux situations urgentes. Les repas n'étant disponibles que deux fois par semaine, il a été nécessaire, de servir jusqu'à 3 hôpitaux un même après-midi. Cela n'aurait pas été possible sans l'aide de ces bénévoles. Nous avons pu ainsi éviter que l'action se trouve réduite à un « service repas », et prendre le temps pour rencontrer les patients, d'être suffisamment présents à leurs côtés. Outre l'accompagnement de leur souffrance, cette action se donne aussi pour but d'être préventive, d'éviter que l'exclusion et la solitude s'installent. Pour les salariés, cette action est transversale car elle sert de lien entre les différentes actions de l'association ; les mêmes personnes peuvent être vues à l'hôpital puis intégrer le groupe des femmes, ou bien venir à l'accueil social, etc.

Au fil des années, un réel partenariat s'est mis en place entre l'ensemble de l'équipe d'URACA et les services dans lesquels nous avons des référents. La coordinatrice de l'action est en contact très régulier avec eux.

La présence, depuis plusieurs années, de la médiatrice animatrice continue d'apporter à cette action une dimension supplémentaire qui faisait auparavant défaut : les femmes rencontrées jusqu'alors à l'hôpital avaient des difficultés à s'intégrer dans notre « assemblée des femmes » car elles n'y retrouvaient pas de « tête connue ». Maintenant, sa présence, par les liens qui se créent, favorise aussi bien l'insertion des femmes hospitalisées dans le groupe des femmes, que l'orientation de certains patients au niveau de la consultation. En effet, certaines médiations se révèlent parfois insuffisantes et il apparaît nécessaire de proposer un cadre thérapeutique pour que soit abordée la problématique du

patient et que les difficultés de communication, présentées par lui prennent sens par rapport à l'histoire de vie globale

Notre équipe se mobilise ainsi pour créer et renforcer les liens entre le patient et les soignants, et entre le patient et le monde extérieur après sa sortie de l'hôpital.

C. Réalisation de l'action

Les repas sont portés dans les hôpitaux le mardi et le mercredi après midi par une équipe de deux, parfois même de trois personnes. Ces mêmes jours, une partie des repas est servie à l'association, aux patients qui viennent nous voir après leur sortie.

En cours d'année, des modifications ont été apportées dans l'organisation, afin de mieux ajuster la préparation des repas au nombre de patients rencontrés. En effet, jusqu'alors comme nous n'avions connaissance de ce nombre qu'au dernier moment (quelques heures avant d'aller dans les hôpitaux), la cuisinière préparait une quantité suffisamment large pour pouvoir répondre aux demandes quelles qu'elles soient (jusqu'à douze personnes). Toutefois, les jours où nous n'avions que trois ou quatre patients à rencontrer, la quantité était donc inadaptée. Vu le coût d'une telle action, l'association ne pouvait continuer sur ce principe. Nous avons donc demandé à nos partenaires hospitaliers de nous indiquer la veille le nombre de patients présents. Ainsi, la cuisinière peut désormais s'organiser en conséquence. Cela n'empêche pas, évidemment, de compter une ou deux parts supplémentaires pour l'hôpital si nécessaire, ou nous permettant d'accueillir sur place des personnes après leur hospitalisation.

Durant l'année 2004, nous avons porté des plats dans 13 services hospitaliers différents.

Des repas ont également été servis à URACA, à **33 patients de l'hôpital après leur sortie**, à **45 nouveaux patients non hospitalisés** mais orientés par les services hospitaliers de jour : (Tenon, Saint-Louis, Lariboisière, Bichat...) et par les travailleurs sociaux.

19 anciens patients de l'année dernière ont continué à prendre leur repas à URACA car certains ont toujours besoin d'un soutien communautaire pour rompre leur isolement et leur exclusion, d'autres ont encore besoin d'un accompagnement (social mais aussi une présence) et d'autres n'ont toujours pas d'hébergement fixe.

Quelques patients connus l'an dernier ont pu peu à peu se sentir mieux, trouver du travail et ne viennent plus nous voir, sauf pour nous dire bonjour et nous témoigner de leur reconnaissance.

1. Les visites repas à l'hôpital Tenon

Elles se font à la demande de la psychologue Mme Jacqueline FAURE. Les repas sont portés le mardi après-midi. L'action est particulièrement bien organisée dans cet hôpital en raison de l'investissement de Mme Faure qui connaît bien l'action. Sa présence et son implication font que les patients sont bien informés et que les liens établis entre les soignants et Uraca sont tout à fait opérants.

Elle reste en contact régulier avec l'association et fait lien avec l'équipe d'URACA pour coordonner le suivi des patients. Dès le lundi, elle nous appelle ou nous envoie des mails pour nous parler des patients à voir, nous donner tous les renseignements nécessaires (les noms, les numéros de chambre, les services...).

Elle leur demande toujours s'ils désirent nous voir et bénéficier de l'action de soutien avant notre arrivée. Cela améliore énormément notre travail ; les patients sont toujours très confiants.

Certains ne souhaitent pas de plats mais demandent quand même notre visite.

Nous discutons toujours longtemps avec ces personnes. Elles nous parlent plus facilement de leurs problèmes, et beaucoup viennent nous voir à l'association après leur sortie de l'hôpital. Nous

devenons pour certains une vraie famille de substitution : un lieu de confiance où ils peuvent dire sans crainte leur souffrance. Parole qui leur est souvent impossible à l'extérieur, avec un environnement familial, communautaire vécu comme potentiellement rejetant. Ce temps réservé à la parole, à la palabre est important pour les patients : il s'agit de pouvoir parler de tout et de rien, de n'être plus seulement « un malade » ; de pouvoir recréer un lien social pour ensuite, dans un lieu de confiance, évoquer une souffrance.

Le lendemain des visites, Mme Faure nous appelle toujours pour échanger sur cette rencontre, pour connaître nos impressions sur le patient, et peut-être pour les intégrer au projet de soins (idée de médiation...) Elle-même nous fait retour des propos des patients, de l'équipe par rapport à notre venue. Le soutien et la prise en charge qui suit se font donc réellement en partenariat avec l'hôpital.

En 2004, nous avons vu 27 patients à l'hôpital Tenon, pour lesquels nous avons porté 53 repas.

2. Les visites repas à l'hôpital St-Louis

Les repas sont portés à l'hôpital St-Louis le mardi après-midi. Dès notre arrivée, une infirmière reçoit les plats qu'elle met immédiatement au réfrigérateur, elle s'occupera ensuite de les distribuer aux patients concernés.

En plus, le Dr Lascoux est en contact régulier avec nous pour la prise en charge socio- sanitaire des patients.

Cependant, il arrive que la première visite ne soit pas assez préparée. En effet, parfois l'aide- soignante qui nous communique les noms des patients omet de leur parler de notre passage. Nous sommes alors obligés de leur expliquer nous-mêmes notre démarche et cela peut être vécu comme une intrusion du côté du patient. Cette situation entrave la démarche de l'équipe et crée une gêne. Certains sont d'ailleurs très méfiants au début, c'est seulement à la deuxième visite que la confiance commence à s'instaurer.

Ainsi, nous sommes allés voir une patiente mutique alors qu'elle avait exprimé à son médecin son refus de notre venue. Mais nous n'en avons pas été informés. Pendant les quelques instants de notre présence, nous nous sommes présentés, puis nous lui avons signifié que nous pouvions revenir une autre fois si elle le souhaitait et que nous comprenions son envie de ne pas parler. Elle nous a remercié du repas que nous lui avons apporté et nous sommes sortis. Après un court échange avec son médecin qui nous a fait part de son refus initial, nous sommes retournés (à la demande du médecin) dans la chambre de cette patiente afin que soit précisé le malentendu. La patiente nous a alors confié « *tu sais, je ne comprends pas ma maladie* ». Nous lui avons fait part de notre présence, pour discuter, pour l'écouter. Elle nous a raconté l'histoire de sa maladie, sa survenue et son désarroi « *cette maladie me pourrait la vie, je ne comprends rien* ». Après notre échange elle a pu dire qu'elle ne parlait plus ne sachant quoi dire de cette maladie incompréhensible.

Bien que le nombre de patients vus, cette année, ait légèrement baissé, c'est pourtant une collaboration en pleine expansion. En effet, leur hospitalisation est souvent plus longue et une solide relation se crée entre eux et nous. Il est possible que cela soit la conséquence d'un turn-over moins important des malades au sein du service.

Nous avons également une relation chaleureuse avec certaines infirmières et aides- soignantes, même si elles n'ont pas le temps ou ne sont pas formées pour nous servir de référent, elles semblent réellement intéressées par l'action. Dans ce service, l'ensemble de l'équipe hospitalière s'est mobilisé autour de cette action et du partenariat avec URACA (rencontres avec toute l'équipe et investissement du personnel soignant pour faire connaître notre association aux nouveaux internes, et par la suite aux patients).

Création d'une permanence à l'hôpital Saint-Louis : L'Uracafé

Une permanence hebdomadaire a été instaurée en 2003 avec pour objectif d'être un temps d'échange avec les médecins, pour rencontrer certains patients et nouer un premier échange avec eux. En effet, l'action repas et soutien communautaire n'a de sens et ne peut fonctionner que si elle s'inscrit dans une réelle réflexion commune. Dès lors qu'un patient est seulement « envoyé » vers URACA, cela fonctionne beaucoup plus difficilement. Ce temps vise donc à favoriser l'accompagnement du patient par son médecin, auprès de l'équipe d'URACA et de penser ensemble ce qui convient le mieux à sa problématique.

Nous arrivons à 12h30 pour discuter avec les médecins qui quittent leur service en début d'après-midi. La permanence est assurée au sein de l'hôpital de 12 heures 30 à 16 heures chaque mardi.

Cela permet d'organiser des médiations, en cas de besoin, entre le médecin traitant et le patient, et de discuter avec les malades hospitalisés ailleurs qu'à leur chevet. Cette permanence est également conçue pour accueillir des patients non hospitalisés vus en consultation de précarité qui est assurée par les médecins hospitaliers référents d'URACA.

En 2004, nous avons vu 81 patients pour lesquels nous avons porté 246 repas à l'hôpital St Louis.

3. Les visites repas à l'hôpital Bichat

Fin 2003, l'action à l'hôpital Bichat avait été suspendue par URACA dans la mesure où nous n'étions pas parvenus à obtenir un courrier officiel du chef de service nous témoignant de son accord pour la réalisation de cette action au sein de son service. L'action, qui avait été menée auparavant en lien avec les deux psychologues et reconnue par elles, avait suffisamment fait ses preuves : elles ont, à différentes reprises, exprimé leur déception d'une telle suspension et le manque, pour les patients, de notre venue. Cette suspension a toutefois montré son efficacité puisque devant les besoins du service, le Pr Yeni a finalement rédigé en juin 2004 un courrier à URACA nous demandant de reprendre l'action, ce qui a pu se faire en septembre, après les vacances d'été. Il a donc fallu 6 mois pour que la situation évolue.

A partir de là, la régularité du travail en partenariat qui s'était amorcée en 2003 a repris : nous allons dans ce service chaque semaine. Comme nous l'avions déjà indiqué l'année dernière, le nombre de patients concernés par cette action à Bichat est très important : en moyenne 8 par semaine. Dans ce service, l'action est particulièrement complexe du fait, en particulier, de la grande détresse somatique et psychique des patients rencontrés. Cela génère notamment une très grande attente vis-à-vis de l'équipe d'URACA qui se trouve parfois mise en difficulté, ne pouvant répondre. Ainsi, un patient particulièrement isolé s'est-il mis à crier au moment où l'équipe devait partir « ***ne m'abandonnez pas, je vous en prie ne partez pas*** »... L'équipe d'URACA, seule à venir voir ce patient, s'est trouvée bouleversée par la détresse de ce patient.

Dans ce service une autre particularité réside dans le fait que régulièrement, nous soyons amenés à faire « un accompagnement vers la mort ». Il faut alors bien considérer la lourdeur d'une telle entreprise pour les bénévoles et salariés de l'action : en effet, chacun se trouve, dans ces situations, plus que jamais sollicité dans son histoire, par l'angoisse universelle d'avoir à faire face à la mort.

Les repas sont portés le mercredi après-midi dans le service du Pr Yéni. Cela se fait à la demande des deux psychologues Mme Bak et Mme Castet qui s'investissent dans cette action et en facilitent l'organisation.

Elles restent en contact régulier avec l'association et échangent avec nous sur nos impressions concernant chacun des patients. Dès le mardi, elles nous appellent pour nous informer des patients à voir et pour nous donner tous les renseignements nécessaires (les noms, les numéros de chambre, les services...).

Sur le même principe que l'hôpital Tenon, ces deux psychologues demandent toujours à leurs patients s'ils désirent nous voir et bénéficier de l'action de soutien avant notre arrivée. Cela améliore énormément notre travail. La préparation de notre venue permet que les patients se sentent rassurés, sans crainte par rapport aux objectifs de notre présence. Ils peuvent au contraire se montrer désireux de notre arrivée, sachant que la confidentialité est respectée.

Même lorsqu'ils ne souhaitent pas que nous leur apportions un plat ils expriment leur souhait d'une visite. Au cours de ces moments, ils en viennent peu à peu à parler d'eux, de leur histoire, de leur parcours. Parfois même ils nous confient leur souffrance, l'histoire de leur maladie, les craintes qui les submergent. A partir d'un tel lien, qui se construit un peu plus chaque semaine, les patients n'hésitent plus, dans ces conditions, à venir nous voir après leur sortie de l'hôpital.

En 2004, nous avons vu 35 patients, pour lesquels nous avons servi 149 repas.

4. L'accompagnement de 4 patients en phase terminale à l'hôpital Saint- Louis et l'hôpital Bichat

Cette action nous amène aussi à accompagner des malades dans la douleur et la mort.

Vers la fin de l'année **2004**, deux services de soins palliatifs ont fait appel à nous pour des patients d'âges très différents (**45, 21, 35, 25 ans**). Les familles étaient présentes à leur chevet mais pas suffisamment au vu des attentes de ces patients. L'hôpital avait beaucoup de mal à apaiser médicalement leurs douleurs et voulait pour eux une fin moins solitaire. Nous avons essayé de leur apporter un soutien véritable jusqu'à la fin. Parfois, nous avons même rencontré leur famille.

Ainsi, nous avons suivi un patient pendant plusieurs mois qui, contrairement à certains, avait accepté le diagnostic mais était désespéré à l'idée de ne pas retourner au pays. En fonction de l'état et du désir du patient, nous restions quelques minutes ou une heure à ses côtés. Si le patient n'était pas trop fatigué entre deux crises (de douleur aiguë), il lui arrivait de nous parler longuement de sa famille et de sa maladie...

Cela nous a permis d'aider certains patients à retrouver un contact avec leurs proches. Deux de ces patients, en particulier, avaient tu leur hospitalisation à leur entourage (dans l'idée que comme précédemment personne ne se déplacerait). L'équipe a donc proposé de contacter la famille (les cousins), ce qui a été accepté par les patients. Après un échange téléphonique, les familles sont venues et ont participé à l'accompagnement de leur parent. Ces familles se sont ensuite chargées des dispositions à prendre pour le défunt. Ici, c'est le lien avec la famille qui a pu être renoué, permettant que le patient se sente soutenu par sa famille dans ses derniers instants.

Ces patients nous expliquent parfois en détail ce qu'ils ressentent. Ils peuvent nous confier leur détresse, leurs douleurs, leur désarroi. Nous leur faisons part avec nos mots tous simples de notre solidarité, de notre soutien. Dans cette situation spécifique de l'accompagnement vers la mort, le plus important est d'être présent. Les mots, bien souvent, s'avèrent inutiles et ne font que traduire l'angoisse que génère, chez le visiteur, une telle confrontation à la mort. Il est donc essentiel que les membres de l'équipe puissent différencier un silence qui attend une parole en retour d'un silence qui cherche l'apaisement d'une présence. Il s'agit alors d'être là dans une présence réconfortante en s'employant au mieux à canaliser l'angoisse qui naît dans une telle situation. Voir quelqu'un qui va mourir provoque en effet une douleur pour notre équipe et constitue la difficulté principale de ce travail.

Nous avons accompagné 4 patients jusqu'à la mort cette année, à Saint-Louis et Bichat.

5. L'accueil repas à URACA

L'accueil repas à URACA, commencé en **2002**, est devenu un pôle très important de l'action. Ouvert au début pour les patients rencontrés à l'hôpital, il s'est étendu peu à peu à ceux envoyés par les hôpitaux de jour, les services sociaux. Ils étaient **64** l'année dernière **62** cette année. Le nombre de personnes a diminué en **2004** en raison de la contrainte qui a été apportée dans l'organisation en arrêtant de préparer le vendredi pour les personnes venant à URACA. Ceci pour éviter que l'URACA ne devienne une sorte de "restos du cœur" pour les africains compte-tenu du nombre de migrants vivant en extrême précarité, mais n'étant pas pour autant touché par un problème de santé majeur.

Toutefois, cela a eu un inconvénient : les patients (**HIV+**) qui ont connu URACA lorsqu'il y avait 3 repas par semaine continuent de nous exprimer leurs regrets de l'arrêt du vendredi. Les deux autres jours restent très investis par ces personnes désorientées dans le temps, de par leurs difficultés multiples. Ces deux moments dans la semaine constituent pour elles un rythme qui leur permet de se repérer, de reprendre pied dans un temps qui passe mais qui ne se confond plus, de ce fait, dans un temps qui se répète à l'identique dans un infini déstructurant.

Ce sont des patients souvent en plus grande précarité que ceux hospitalisés et totalement désemparés. Certains sont des primo arrivants, d'autres errent depuis des années n'étant pas informés de ce genre de soutien. L'accueil que nous leur proposons leur permet de se retrouver et de trouver des solutions à certains de leurs problèmes.

33 patients de l'hôpital sont venus nous voir à la sortie. Ils avaient tous une demande particulière : isolement quotidien, hébergement, problèmes administratifs, précarité... Certains sont encore avec nous, les autres sont restés juste le temps nécessaire pour faire leurs démarches administratives.

19 patientes viennent à l'assemblée des femmes. Une fois le groupe intégré, elles viennent dans la semaine pour le soutien communautaire.

En 2004, nous avons servi 570 repas à URACA pour 62 personnes.

6. Médiation

L'équipe de soutien communautaire, assure également un rôle de médiation entre l'équipe médicale et le patient, à la demande de l'équipe hospitalière : quand un malade refuse une prise de sang, un diagnostic, un traitement ou quand l'hôpital est en difficulté avec sa famille... Ces refus s'expliquent souvent par la non compréhension des visées du médecin, de la logique médicale ou par une interprétation autre des gestes techniques : refus par exemple des prises de sang répétitives comme peur d'être privé de sa substance vitale... Voici certains propos des patients :

« Ha ! Le médecin a dit que j'ai quelque chose dans mon sang. Mais moi, je ne suis jamais tombé malade ! »

« Je suis venu à hôpital parce que j'ai souvent mal au ventre ça commence en bas et ça monte en haut ! »

« Je ne peux pas suivre le traitement du médecin, il ne me soigne pas. Ces médicaments me rendent malade. C'est pas un bon médicament ! »

« Oui ! J'ai changé la quantité du médicament et l'heure parce qu'il m'empêche de travailler !... »

Du côté des soignants :

« Nous avons expliqué à M.Z de quoi il souffre, mais il ne veut rien entendre, essayez de lui expliquer... »

«Mr X ne veut pas prendre les médicaments qu'on lui donne. Expliquez-lui qu'il faut qu'il les prenne sinon, il va être très mal »

« Mr Y revient souvent en hospitalisation avec une charge virale très élevée. Nous ne comprenons pas parce qu'il confirme qu'il prend bien son traitement. Il faut qu'on en parle avec lui ? »

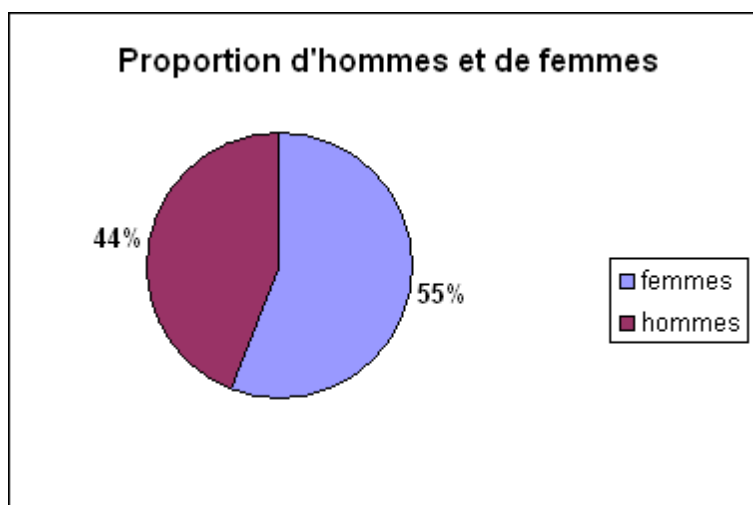
Ainsi, à Bichat, à Saint-Louis et à Tenon, nous sommes intervenus auprès de **20 patients** pour les aider à accepter leur maladie, les examens médicaux et connaître par exemple leur position par rapport à des décisions de rapatriement prises par les familles.

Ces médiations sont assurées par la médiatrice animatrice, souvent accompagnée de la coordinatrice de l'action de soutien communautaire. Notre rôle consiste alors à traduire les messages des médecins pour qu'ils soient compréhensibles et acceptés plus facilement par les patients, et vice versa. En parlant avec eux et en leur expliquant la situation ; nous les aidons à mieux se comprendre et à mieux communiquer. Nous essayons, en faisant appel à la langue du patient, de mettre à jour certaines des représentations de sa maladie, du traitement. Notre travail consiste à faire auprès des médecins et des patients une œuvre de décodage, de traduction, permettant une compréhension mutuelle et la possibilité d'une d'alliance thérapeutique.

D. Public ayant bénéficié de l'action:

Les patients viennent de **20 pays différents**, par ordre décroissant: du Mali, du Cameroun, du Congo Brazzaville, de la Côte d'Ivoire, des Antilles, du Sénégal, du Congo RDC, de la Mauritanie, de Guinée Conakry, et du Burkina Fasso. Mais aussi de Sierra Leone, du Bénin, du Nigeria, du Ghana, du Gabon, d'Algérie, de Gambie, du Portugal, du Cap vert, de Haïti, et du Maroc.

En 2003, nous avons rencontré autant d'hommes que de femmes, alors qu'en 2004 nous avons rencontré plus de femmes que d'hommes. C'est probablement en lien avec l'évolution de l'épidémiologie du HIV parmi les populations migrantes originaires d'Afrique qui explique que le nombre de femmes ne cesse de croître. Comme les années précédentes, elles ont été plus nombreuses à venir nous voir à la sortie de l'hôpital, et surtout à rester longtemps avec nous.



Avec l'aide de l'équipe et des « anciennes » (patientes), elles arrivent assez rapidement à trouver des repères dans l'association. Elles ne viennent pas seulement pour les repas, mais pour rester toute la journée avec nous, apprendre l'informatique, faire des recherches d'emploi (sur le net et par téléphone), des ateliers de couture, donner un petit coup de main..., vivre en communauté. Elles parlent plus facilement de ce qui les préoccupe et trouvent donc plus facilement des solutions.

Les hommes aussi sont venus, et quelques-uns restent même avec nous toute la journée. Ils viennent manger, se laver, déposer leurs affaires, leurs médicaments, surtout demander de l'aide pour leurs problèmes sociaux administratifs. L'origine des patients visités n'a pas changé depuis 2 ans. La moitié vient du Mali et de la Côte d'Ivoire. Le nombre de patients a augmenté quelle que soit leur origine. Nous avons rencontré des patients venant de 25 pays différents.

Le nombre de visites par malade peut varier de 1 à plus de 30 si la personne a été hospitalisée longtemps, si un lien solide s'est créé et si la détresse de la personne demande un accompagnement prolongé. A St Louis et à Bichat par exemple, nous avons suivi des patients pendant plus de 5 mois. A URACA, certains sont restés toute l'année, d'autres au moins 2 mois. Ils viennent tous les jours même s'il n'y a que deux repas par semaine.

E. Difficultés et évaluation :

1. Evaluation quantitative

En 2004, le nombre de patients ayant bénéficié de l'action a légèrement diminué passa de 238 en 2003 à 211 en 2004.

Sachant que l'action à l'hôpital Bichat a été suspendue durant 8 mois, on aurait pu s'attendre à une diminution beaucoup plus importante. La diminution entraînée par cette suspension été compensée par une augmentation du nombre de patients vus dans les autres hôpitaux (de 185 en 2003 on est passé à 198 en 2004). Le nombre de patients venus nous rencontrer à URACA est resté stable de 64 en 2003 et 62 en 2004.

Il faut cependant souligner un décalage entre le nombre de patients rencontrés et le nombre de repas distribués.

- Ainsi à URACA, le nombre de repas a augmenté passant de 537 en 2003 à 570. Cela s'explique par des venues bihebdomadaires.

- A l'inverse, à l'hôpital le nombre de repas distribués est moindre que l'année passée (de 590 en 2003 à 516 en 2004) alors même que le nombre des patients a augmenté. Cela s'explique dans la mesure où les patients sont trop malades ou doivent suivre un régime, ou encore souhaitent notre visite sans le repas.

2. Evaluation qualitative

Nous nous basons sur les propos des gens pour cette évaluation. Les patients nous ont témoigné leur reconnaissance et ont fait le même type de commentaires que les années précédentes :

« C'est bien, il faut un grand cœur pour faire ça ; surtout quand c'est des malades qu'on ne connaît pas. Ici, à l'hôpital, on est isolé, même si la famille vient de temps en temps. En plus les repas ne sont pas bons... »

« C'est Dieu qui vous récompensera pour ce que vous faites. C'est vraiment bien. »

« J'ai mangé tout le tau. Cela fait des années que je n'en ai pas goûté. »

« C'est la deuxième fois que je mange un plat de thiep grâce à vous. Que Dieu vous bénisse... »

?« Je ne savais pas que ce genre d'action pouvait exister. »...

Beaucoup de patients restent bouche bée quand nous leur expliquons notre démarche : *« eh bien, je n'arrive pas à y croire, des gens comme vous ça existe, une telle solidarité ? ... »* Cette réaction renvoie à la peur des patients d'un rejet de leur communauté face à l'apparition de la maladie. On peut aussi penser que pour certains de ces patients, la maladie est la suite de nombreuses difficultés dans lesquelles la communauté n'a pas été particulièrement solidaire. La solidarité « africaine » dans l'émigration est parfois un mythe auquel les uns et les autres s'accrochent, sans doute en lien avec l'idée d'une terre africaine idéalisée. La rencontre réelle d'un soutien communautaire apparaît donc « miraculeuse », ce qui transparaît dans cet appel à Dieu et dans l'étonnement que suscite une telle action.

Les demandes croissantes hospitalières ainsi que celles des malades témoignent de la réussite et de la pertinence de l'action. Les services sociaux et hospitaliers sont de plus en plus demandeurs, ainsi que les services de soins palliatifs.

Nous nous basons également sur le retour des patients après l'hospitalisation comme second critère d'évaluation. Cependant, au fil des années, nous avons remarqué que seuls ceux qui sont en précarité extrême, en isolement dans le quotidien et en difficulté administrative viennent nous voir aussitôt après leur sortie. Parfois, ils prennent contact au téléphone avant même leur sortie.

La grande majorité des patients ne sont isolés qu'au moment de l'hospitalisation, pour cacher leur pathologie à leur famille et leur entourage ou par manque de moyens (manque de moyens de transport pour l'épouse, manque de temps pour la famille car tout le monde travaille ou il n'y a personne pour garder les enfants...). L'équipe de soutien représente pour ces patients une famille de substitution pendant la période d'hospitalisation.

3. Difficultés intrinsèques à l'action :

Une des difficultés majeures de l'action consiste à pouvoir affronter la maladie et la mort. Personne ne peut rester neutre devant la souffrance d'autrui. Les situations rencontrées rappellent des souvenirs, questionnent l'avenir : celui des proches mais aussi le sien propre. De quoi demain sera-t-il fait ? La particularité de cette action, qui repose sur l'idée d'un « soutien communautaire », faisant appel à des bénévoles en plus des salariés d'URACA est à prendre en compte puisque les uns et les autres ne disposent pas, au départ, d'une formation leur permettant de prendre un certain recul. Il n'est jamais évident de savoir être là dans une simple présence, savoir s'il vaut mieux rester silencieux, au contraire parler...L'intuition est souvent le seul outil dont disposent les uns et les autres. Mais cette intuition peut être traversée de réactions défensives liées à ce que le patient éveille à ce moment là chez le visiteur.

Il n'est d'ailleurs pas simple d'intégrer de nouveaux bénévoles à cette action, pourtant essentiels à sa poursuite. Il faut en effet connaître un peu la personne afin d'évaluer a minima leur capacité à prendre part à cette action. La question en particulier des motivations du bénévole est importante à essayer de dégager. En effet, de là dépend souvent la nature de sa future implication. Il est en effet essentiel que les personnes qui intègrent l'action soient capables de se questionner sur ce qu'elles ressentent, sur leur vécu et sur leur façon de se positionner vis-à-vis des patients.

Or, les bénévoles qui se présentent à URACA sont souvent des personnes en difficultés (d'ordre multiple). Il est donc nécessaire qu'ils aient émergé de leur propre souffrance pour pouvoir être dans un réel accompagnement de l'autre. Le risque est autrement de voir se télescoper la souffrance du patient et celui du bénévole ; situation déstructurante pour tous les deux. C'est aussi la capacité du bénévole à rester suffisamment distancié qui se trouve en jeu, ne pas tenter, par exemple, d'imposer à un patient ses propres croyances religieuses. Soulignons cependant l'importance et la qualité du travail effectué par nos bénévoles qui se sont impliqués dans la durée et ont peu à peu acquis une expérience riche et qui apportent leur propre richesse.

Toutefois, il faut noter un élément en partie contradictoire avec ce que nous avons précédemment souligné sur la souffrance éveillée par cette action : en 2004, nous n'avons pas organisé de réunion de « supervision », échange avec la psychologue. En décembre 2003, il avait été convenu, avec la psychologue que les rendez-vous ne seraient plus convenus à l'avance mais planifiés selon les besoins des membres de l'équipe. Quatre temps individuels d'échange ont été demandés, mais toujours par la même personne. Paradoxalement, alors que cette action est difficile et lourde (émotionnellement), les membres de l'équipe n'ont pas pu se saisir de la proposition d'un travail de supervision (échange - réflexion) avec la psychologue, qui avait débuté en 2003. On peut se poser plusieurs questions :

- N'est-il pas, pour certains, difficile de parler de ses émotions, parfois des souvenirs que cela éveille avec la psychologue de l'association avec laquelle ils sont amenés à travailler au quotidien ?

- Parler de la souffrance que peut générer ce travail vient peut-être rappeler un malaise qui sans cela est circonscrit aux temps de l'action elle-même.
- S'impliquer dans ce type d'échange nécessite de se poser des questions et si cela s'avère souvent, riche de pensées, c'est aussi douloureux et complexe, mettant en jeu de nombreux processus psychiques.

4. Difficultés de coordination avec les équipes hospitalières

Tout au long de cet écrit, nous avons insisté sur l'importance que notre venue soit annoncée et préparée. En effet, non seulement c'est à cette condition que notre action peut véritablement s'engager mais c'est aussi le signe d'un vrai partenariat avec l'équipe hospitalière. Il ne suffit pas, en effet, de trouver que ce que nous faisons est bien mais l'inscrire dans une réflexion globale concernant le patient et sa prise en charge.

Comme nous l'avons signalé, en cas de non préparation, notre arrivée peut être vécue comme une intrusion même si beaucoup de patients auraient pu souhaiter l'action en ayant connaissance de son but au préalable.

Notre demande d'être informé la veille du nombre de patients concernés, oblige en définitive l'équipe hospitalière à penser notre venue. Il lui faut ainsi se questionner sur l'opportunité ou non pour chacun des patients d'une telle visite. Réflexion qui se poursuit dans la proposition faite au patient. Si au départ, cette demande était plutôt d'ordre pratique, pour notre organisation, elle s'est avérée finalement comme un renforcement de notre partenariat. On note d'ailleurs depuis une meilleure transmission au sein de l'hôpital puisque le référent, en cas d'absence, doit communiquer à l'un de ses collègues la mission de nous contacter. On peut dire que ce constat positif est valable pour l'ensemble des hôpitaux.

5. Hébergement à la sortie de l'hôpital

L'hébergement après une hospitalisation reste toujours un problème pour beaucoup de gens que nous rencontrons. Le plus souvent, ils n'ont nulle part où aller et cela retarde la sortie. S'ils sont hébergés chez des parents ou chez des amis, la cohabitation se complique souvent lors d'une hospitalisation. Nous constatons que cet aspect de leur détresse est difficilement pris en charge par les services sociaux hospitaliers, faute de moyens concrets. Nous nous retrouvons face à des personnes en grande détresse, sans moyen de les aider. Nous les orientons vers d'autres associations pour des hébergements précaires.

Ce problème est devenu plus important, car, en plus des patients hospitalisés, nous devons chercher des hébergements pour ceux qui sont orientés vers nous. Beaucoup d'A.S. nous appellent pour savoir si nous pouvons les aider à trouver un hébergement pour le patient qu'ils reçoivent où qu'ils viennent de nous envoyer. Or, nous n'avons pas plus de solutions que les services sociaux à leur proposer ; ce qui nous donne parfois l'impression que certains professionnels, face à une situation d'impuissance, cherchent à s'en décharger sur nous, ce qui n'est évidemment pas l'objectif de l'URACA.

6. Organisation du port des repas :

Sur l'année 934 **repas** ont été portés dans **6 lieux différents**. Chaque visite à un malade dure entre **30 et 45 minutes**. Deux ou trois personnes vont ensemble dans chacun des lieux de visites. Le nombre maximum de repas que nous pouvons donc apporter dans un service à chaque fois ne peut dépasser 6 ou 10, ce qui est même trop si l'on souhaite maintenir une qualité de relation suffisante. Le nombre idéal est de 4 repas. Il convient donc que les services sélectionnent les patients qui ont besoin de nous

et préparent notre arrivée. Notre action n'est pas faite pour remplacer la restauration hospitalière mais pour rompre l'isolement et la détresse de certains malades.

Pour être sûrs de la fraîcheur des plats portés, nous les préparons juste avant de les apporter à l'hôpital. L'organisation et la mise en place de cette action demande beaucoup de travail et d'investissement à l'équipe, elle est devenue l'un des pôles les plus importants de l'ensemble de nos actions.

7. Accueil des patients à leur sortie de l'hôpital :

Lors de nos visites à l'hôpital nous invitons chaque patient à venir nous voir dans les locaux de l'association à leur sortie. En 2004, **49** personnes sont venues à l'association après leur hospitalisation. Certains viennent passer toute la journée, manger le repas servi à URACA, d'autres se déplacent pour obtenir une aide pour leurs démarches administratives. Lorsqu'ils passent la porte, l'équipe se mobilise pour les accueillir, discuter avec eux et leur apporter un soutien. Cela leur permet de se retrouver dans une ambiance chaleureuse, en famille ; et de discuter librement sans peur du rejet ou de la discrimination. Certains apprécient de pouvoir parler avec l'équipe des difficultés liées à leur maladie, de leurs relations avec leur entourage.

La visite de ces patients à URACA après leur sortie de l'hôpital témoigne de la relation de confiance établie avec notre équipe.

F. Conclusion :

Cette action est devenue, au fil des ans, un point central entièrement lié aux autres actions. En effet, elle renforce les liens aussi bien avec les équipes hospitalières qu'avec les malades rencontrés. Elle permet aux personnes touchées par le HIV de sortir de leur isolement, de voir que d'autres Africains peuvent rester solidaires et leur permet de s'impliquer à leur tour dans des actions communautaires s'ils le souhaitent.

Il faut par contre remarquer que les équipes qui ont établi un véritable partenariat avec nous sont celles avec lesquelles cette action a les meilleurs résultats. Il s'agit des équipes qui peu à peu ont entamé une formation à l'interculturel avec l'aide, notamment, des rencontres d'ethnomédecine. Ils ont appris peu à peu à établir des liens d'excellente qualité avec leurs patients, à évaluer leurs besoins réels et outre les seules nécessités médicales, à connaître notre association et son fonctionnement.

Ces liens créés à l'intérieur de l'hôpital se poursuivent à URACA par la suite. C'est pourquoi en plus des malades hospitalisés venant partager un repas en semaine ils nous en ont envoyé d'autres non hospitalisés.

Grâce à cette action, URACA est devenu pour certains patients une véritable famille, ils s'y sentent bien, comme à la maison.

IX. ACTION DE PREVENTION GLOBALE DANS LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS A PARIS

A. Introduction

L'URACA travaille depuis 1985 à la prévention sanitaire et sociale dans les communautés africaines d'Ile de France dans le cadre d'une dynamique communautaire. C'est depuis 1987 que nous intervenons dans les foyers de migrants en travaillant plus particulièrement à la prévention du sida.

Nous sommes convaincus depuis longtemps que la santé et le social sont indissociables face à un public précarisé. De la même façon, l'idée de prévention implique celle d'un accès aux soins. Les différents problèmes de santé publique forment un tout impossible à appréhender de façon satisfaisante sans une approche globale et sans s'inscrire dans la durée.

C'est dans cette idée que nous avons répondu à l'appel d'offres de la DRASS et de la CRAMIF en 2001 proposant une action en profondeur sur 3 ans dans deux foyers parisiens hébergeant des communautés particulièrement difficiles d'accès pour les intervenants extérieurs :

Le **foyer Marc Seguin**, 2 rue Marc Seguin 75018 Paris, sis dans le quartier DSU Chapelle,

Le **foyer Fontaine au Roi**, 77 rue Fontaine au Roi 75011 Paris, sis dans le quartier DSU Fontaine au Roi.

Nous avons été retenus et après une enquête préliminaire assez approfondie pour faire un état des lieux initial au dernier trimestre 2001, nous avons mis en place nos interventions comme prévu en 2002. Mais, à notre grande surprise, nous avons constaté au début de l'année 2003, que les organismes DRASSIF/CRAMIF/FASILD avaient choisi de retirer le foyer Fontaine au Roi de la liste des foyers prioritaires. Ainsi, nous avons été contraints de stopper notre action dans ce lieu, malgré les besoins du terrain. L'action a donc été interrompue dans ce foyer pendant près d'un an. Elle a pu reprendre grâce à une subvention exceptionnelle de la DASS à cheval entre 2003 et 2004.

En 2004, nous avons de nouveau répondu à l'appel d'offres du FNPEIS, mais nous n'avons appris qu'en juillet que nous n'étions pas retenus.

Ce rapport d'activité retrace donc 6 mois d'interventions au foyer Marc Séguin sans soutien financier. Quant aux actions du foyer Fontaine Roi, la DASS de Paris nous a octroyé une aide d'un an qui nous a permis de reprendre l'action après son interruption.

Nous avons travaillé dans ces foyers afin de sortir les résidents de leur enfermement et leur exclusion, de les faire tous accéder aux soins, et de réaliser des actions de prévention en profondeur. En outre, nous souhaitions inciter les intervenants institutionnels ou associatifs du quartier à s'ouvrir à eux et à adapter leurs stratégies d'intervention. Il s'agissait donc de favoriser les échanges et le partenariat entre les uns et les autres et d'aider à l'émergence d'un dialogue entre l'intérieur et l'extérieur du foyer. De même la prévention devait être globale et associer accès aux soins et éducation pour la santé, or, en cours de route l'appel d'offres a été modifié, dissociant les deux aspects.

Nous avons conçu un tableau d'évaluation qui devait nous permettre de faire le point sur l'action à la fin des trois années d'intervention, mais les modifications annuelles du contenu de l'appel d'offres ainsi que l'attribution hachée des soutiens financiers ont rendu cette évaluation difficile.

B. Attendus de l'Action

Les communautés migrantes africaines en France cumulent de nombreuses difficultés sociales, économiques et culturelles qui renforcent le risque d'une progressive exclusion.

Le Sida a mis en évidence le difficile accès aux soins de ces populations qui, arrivant en dernier recours dans les consultations, bénéficient beaucoup moins que les autres des progrès thérapeutiques. Cette exclusion des soins s'associe à plusieurs facteurs aggravants : la précarité administrative, la méconnaissance des fonctionnements du système de santé et des droits, les difficultés de communication avec les soignants et le décalage culturel en matière de représentation de la santé, du soin, de la maladie, des médicaments, etc. Si le sida a permis cette prise de conscience, cette exclusion existe également pour les autres pathologies, mais, n'étant pas mise en évidence, elle est passée sous silence et oubliée.

En 2003, nous avons choisi de poursuivre cette action dans deux grandes directions :

- Sensibiliser les résidents sur les pathologies et le dispositif de soins accessible, et
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins.

Cette action de prévention globale dans les foyers correspond à un véritable besoin. Ce public est désinvesti par les structures de droit commun tout venant et est dans tous les cas inconnu et incompris. Le repli sur soi à l'intérieur du foyer entraîne à la fois un climat de sécurité pour les résidents mais une aggravation de cette situation.

Le temps est une donnée fondamentale de ce projet. Au delà de l'aide directe aux résidents, l'objectif visé est le changement des attitudes et des comportements aussi bien de la part des résidents que des intervenants extérieurs. Vaincre la méfiance, engager de réelles relations de confiance, d'entraide, de partenariat ne peut se faire dans un temps record. Dépasser les clichés, les idées reçues, être capable d'entendre et de comprendre son interlocuteur, tout cela demande temps et patience.

La globalité du projet est son atout maître. C'est en répondant d'abord aux premières préoccupations des uns et des autres que l'on peut ouvrir le champ d'intervention. Répondre aux demandes d'aide administrative permet d'aborder l'accès aux soins.

Les difficultés à surmonter sont de deux ordres : du côté des institutions et des intervenants extérieurs. Il faut apprendre à travailler ensemble, à en découvrir d'autres, susciter l'intérêt de ceux qui seraient concernés par l'action mais n'en éprouvent pas le désir. Cela signifie entrer dans une vie de quartier, se rapprocher de tous et établir peu à peu des liens et des passerelles entre les uns et les autres, structures et individus. La pesanteur administrative et les professionnels surchargés ne souhaitant pas entrer dans d'autres démarches que celles de leur mission institutionnelle officielle sont des freins réels qu'il nous faut surmonter.

C. Déroulement de l'action

1. Foyer Marc Seguin

a) Rencontre avec les gestionnaires du foyer

Rencontres avec la direction de la Sonacotra

La Sonacotra a effectué un changement d'équipe au cours de l'année passée.

En septembre 2003, Mme Virginie Hunault, la responsable, a organisé une réunion avec sa remplaçante Mlle Alexandra Morotte, chargée du développement social afin de poursuivre les échanges et la concertation avec notre équipe.

En 2004, la Sonacotra a terminé des travaux de rénovation du foyer en réponse aux conditions d'insalubrité dans le restaurant, dans les chambres et à la dégradation globale des peintures. Une des préoccupations centrales était le devenir du restaurant et surtout de son mode de gestion. Cette question n'a pas eu de solution définitive jusqu'en juin 2004, date à laquelle notre action a été interrompue. Selon la préfecture et la Sonacotra, la gestion du restaurant devait changer en 2004. Les cuisines devaient être légalisées et gérées, non plus par le comité des résidents, mais par une société privée ou une association. Ainsi, les cuisinières deviendraient salariées ce qui implique une augmentation du coût des repas et inquiète d'ailleurs grandement les résidents. Pour l'instant, aucun organisme n'a été sélectionné pour la gestion du restaurant qui devait changer en juin 2004. Si aucun candidat n'avait pu être retenu, les cuisines devaient être fermées. Lorsque nous avons cessé d'intervenir dans ce foyer, fin juin 2004, la situation n'avait pas évolué.

Au cours des réunions organisées avec la Sonacotra en 2003, plusieurs sujets ont été abordés : la propreté, les chambres trop encombrées, les difficultés par rapport aux personnes âgées.

Un autre problème a été soulevé : la présence de personnes droguées dans le restaurant. Les résidents ne peuvent rien faire sans l'aide des délégués et de la gérante qui doivent intervenir pour résoudre ce problème. En 2004 le problème reste sans solution à ce jour.

Rencontres avec les délégués :

Nous avons eu des difficultés à rencontrer le responsable des délégués, M Soumaré qui était occupé par son travail trois week-ends sur quatre dans le mois. Cela nous a un peu paralysés, dans l'organisation de la participation de médecins à notre action de prévention dans le foyer.

Heureusement, cette difficulté a pu être surmontée avec l'implication d'un autre délégué Mr Seck, avec l'accord de son responsable, Mr Soumaré.

Ainsi nous avons pu faire intervenir les médecins à deux reprises mais la 3^{ème} rencontre n'a pas pu avoir lieu du fait de l'interruption de l'action.

Au mois de février, Mr Soumaré Issa était en vacances, nous avons alors rencontré les autres délégués : Mr Djaguily Timera et Mr Seck. Deux sujets importants ont été abordés : la rénovation du foyer et son ouverture vers l'extérieur.

Malgré plusieurs tentatives de rencontre avec le premier délégué Mr Soumaré, les travaux de rénovation ont débuté avant que nous puissions le rencontrer. Néanmoins, nous avons vu les délégués à plusieurs reprises en 2004 (une dizaine de fois) et nous les avons tenus informés régulièrement du déroulement de notre action.

Rencontres avec le gérant :

Le nouveau gérant est venu au moment où l'action a été interrompue, mais nous avons eu des rencontres au sujet du foyer et il s'est montré très intéressé par notre action dans ce foyer.

b) Les visites de chambre en chambre : des ateliers palabres collectifs

(1) Cadre

L'expérience de prévention du sida nous a fait privilégier cette approche qui permet de rencontrer tous les résidents du foyer en contournant les rivalités internes et les conflits éventuels entre les gérants, les leaders reconnus, la direction, etc.

Ces palabres « à l'africaine » dans les chambres des résidents permettent d'aborder de multiples sujets et de faire émerger des problématiques qui resteraient inapparentes dans le cadre d'échanges trop formels. La discussion collective est souvent utile à l'expression du groupe et indispensable pour la mise en place d'actions collectives.

Un premier temps est consacré aux salutations d'usage qui, dans l'immigration, apparaît plus encore comme un signe de reconnaissance, d'appartenance à un monde commun. Ensuite, M.Diarra et M.Fofana abordent différentes problématiques de santé en s'appuyant sur des outils culturels

Après les explications données par l'équipe, nous offrons aux résidents un temps de parole qui leur permet à la fois de poser des questions, de faire état de leurs représentations, de faire lien avec des situations déjà rencontrées et de témoigner des craintes associées au dépistage. « *Depuis que vous m'avez parlé de cette maladie (hépatite), j'ai très peur car quand on entrait dans le monde des adultes (circoncision) ils nous ont tous coupés par le même couteau* ».

Nous pouvons alors essayer de les aider à dépasser leurs craintes en faisant valoir la possibilité d'un traitement. Toutefois, comme nous le verrons dans la partie consacrée à analyser les paroles des résidents, certains ne peuvent pas encore s'extraire d'un déni ressenti comme salvateur.

(2) Aspect quantitatif

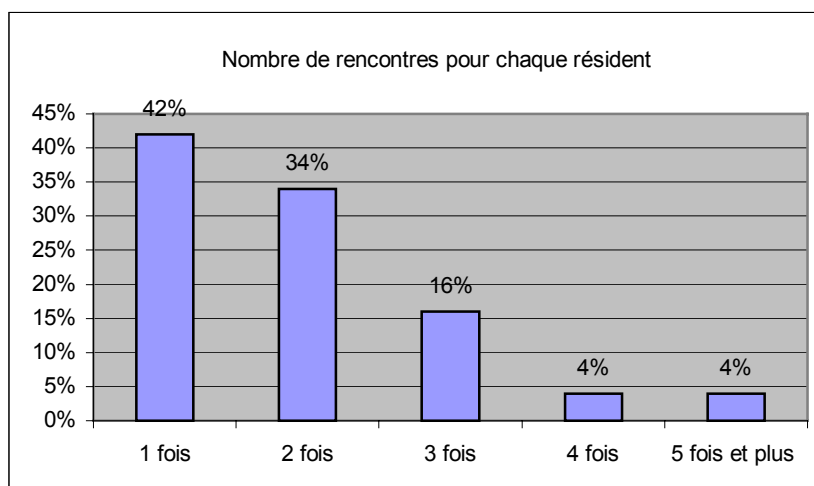
48 visites ont eu lieu **entre janvier et juin 2004** (cf tableau joint). Elles ont lieu soit le soir de 18 heures 30 à 21 heures 30 en moyenne soit pendant les week-ends, les samedi ou les dimanche de 15 heures à 19 heures. Ces ateliers de discussion ont permis de toucher **508** personnes dans l'année.

Janvier	10-janv	16-janv	21-janv	24-janv	27-janv	31-janv				
Nb de chambres	5	5	6	6	6	5				
Nb de résidents	21	18	19	22	20	16				
Février	03-févr	07-févr	10-févr	15-févr	20-févr	21-févr	28-févr	29/02		
Nb de chambres	4	5	4	6	6	5	4	6		
Nb de résidents	12	17	13	19	22	16	17	21		
Mars	06-mars	07-mars	12-mars	14-mars	19-mars	21-mars	27-mars	28-mars		
Nb de chambres	5	4	4	4	5	4	4	4		
Nb de résidents	23	18	18	21	23	17	19	14		

Avril	03-avr	10-avr	11-avr	16-avr	17-avr	20-avr	23-avr	25-avr	27-avr	30-avr
Nb de chambres	3	4 + restaurant + café	6	6	5	6	6 + restaurant	6 + restaurant + cour	5 + restaurant + café	5
Nb de résidents	23	16	20	17	19	24	26	23	21	15
Mai	01-mai	06-mai	15-mai	16-mai	21-mai	22-mai	29-mai	30-mai		
Nb de chambres	6	6	5	6	6	6	5	5		
Nb de résidents	28	23	20	25	21	18	24	18		
Juin	05-juin	11-juin	12-juin	18-juin	19-juin	23-juin	25-juin	30-juin		
Nb de chambres	5	06-janv	6	5	6	6 + restaurant cour	5	6		
Nb de résidents	19	23	26	22	17	21	16	31		

L'équipe a rencontré les résidents à plusieurs reprises, 3 fois en moyenne dans l'année, afin de créer un contact avec chacun et d'avoir le temps de diffuser les messages de prévention et de répondre aux questions posées.

Nb de rencontres	Nb de résidents
1 fois	214
2 fois	175
3 fois	80
4 fois	20
5 fois et plus	19
Total	508



La plupart des résidents ont été rencontrés une ou deux fois. Les visites de chambre en chambre sont une technique qui permet de toucher la plupart des résidents même les plus difficiles d'accès. En effet, nous avons estimé autour de 500 le nombre de personnes vivant dans ce foyer. Il faut rappeler que lors de nos visites nous voyons également de temps à autre des visiteurs venus voir leurs amis ou leur famille et ne résidant pas dans le foyer, mais ils ont minoritaires.

(3) Contenu

Dans ce cadre de nos passages dans chacune des chambres, nous avons poursuivi le travail déjà engagé au travers d'échanges collectifs. Tout en tenant compte des attentes précises des uns et des autres (informations sur des démarches administratives par exemple) nous avons utilisé le mode de communication traditionnel pour transmettre des éléments d'information sur des sujets bien définis. Afin que des précisions puissent être apportées aux résidents, nous avons dans un second temps, fait intervenir des médecins sur les différents thèmes pour lesquels nous étions missionnés :

- 1 hépatites A, B, et C
- 2 hygiène et propreté
- 3 IST et HIV

Vu la propagation des maladies hépatite, IST et HIV et le risque développé par les populations africaines, nous avons choisi de démarrer notre action par elles. Si les modes de contamination du sida semblent bien connus aujourd'hui, il n'en va pas de même pour les hépatites. *« C'est grâce à vous que je connais maintenant l'existence de cette maladie du sang qu'on appelle hépatite ».*

Or, ces maladies connaissent une recrudescence du fait, en particulier de l'absence de protection.

Si certains sujets sont abordés de façon récurrente, tels que les processus de régularisation, la possibilité d'obtenir l'aide médicale, d'autres au contraire n'apparaissent qu'après avoir été induits par l'équipe de prévention. Dans ces derniers, on peut noter trois grands thèmes :

- Tout ce qui a trait à la vie extérieure au foyer et qui engagerait une vie dans la société d'accueil : l'ouverture du foyer vers l'extérieur, les relations de voisinage, les relations au travail,
- Les difficultés de cohabitation au sein du foyer et en particulier la présence de clandestins ; sujet laissé dans le silence dans la mesure où les résidents se sentent malgré tout dans l'obligation d'héberger un cousin, un frère...
- Tout ce qui ressort du domaine des maladies est également tu : l'épidémie du HIV et les IST, la tuberculose, les hépatites, la drépanocytose

Ces discussions collectives permettent donc à la fois de recueillir des informations, de faire de la prévention et d'adapter l'action aux réalités matérielles et psychologiques des résidents.

(4) Le traitement des cas individuels

Lorsque la discussion collective se termine, certains résidents s'approchent discrètement de l'équipe lui signifiant qu'ils ont un problème personnel dont ils aimeraient parler. Le plus souvent, lorsqu'un résident souhaite nous parler en aparté, c'est qu'il est lui-même concerné par un problème de santé : HIV, hépatite. Sachant combien ces maladies suscitent de réactions de rejet, il n'est donc pas possible de faire état publiquement de questions qui, de fait, révèlent l'état de santé du résident. Ces questions peuvent concerner l'absence d'un traitement après un dépistage positif, une inquiétude sur la conduite à tenir lors de retrouvailles en famille... L'accompagnement des personnes souffrant de pathologies graves est très important afin de les aider à surmonter leur détresse et à comprendre les discours des médecins :

« Mon docteur me dit que ma maladie est couchée (latente), mais il faut surveiller le virus. Je ne sais quand je vais mourir parce que le docteur ne dit pas tout. »

Nous prenons donc le temps d'écouter ces questionnements individuels pour les aider à trouver une réponse, qu'il s'agisse de conseiller de se tourner vers leur médecin ou de leur donner un conseil...

C'est d'ailleurs la possibilité d'associer des temps de discussion collectifs et des temps individuels qui nous a permis d'établir une relation de confiance avec les résidents et de pouvoir travailler dans la durée avec eux.

(5) Les problématiques ressortant des échanges sur les différentes maladies :

Lors de nos rencontres avec les résidents du foyer, plusieurs problématiques se sont dégagées durant nos discussions.

Les modes de contamination et la compréhension des différentes maladies infectieuses

Ainsi, devant les différentes maladies abordées dans les séances de prévention, on voit comment les uns et les autres essaient de se repérer. Mais les similitudes dans les modes de contamination, la non guérison conduisent les résidents à identifier ces maladies (hépatite B) au sida.

« Puisque ce sont des maladies qui ne se guérissent pas, ce sont des maladies comme le sida. »

« Si je comprends vos explications, les hépatites se transmettent un peu comme le sida, sang, rapport sexuel, mère enfant »

« Pour moi ces maladies sont comme le sida. » (Hépatite)

« Mais il faut nous dire la vérité, pour moi c'est les hépatites qui se transforment en sida. »

« Cette maladie est comme le sida » (IST)

« Alors la tuberculose peut être le sida »

Dans cette même tentative pour donner sens à des maladies inconnues et donc effrayantes, on s'aperçoit que le sida est devenu la référence, à partir de laquelle chacun essaie de situer ces autres maux. Plus encore, on assiste au recours à une représentation anthropomorphes de ces maladies, pensées dans une organisation familiale. Ainsi peuvent-ils tenter de penser les liens et les différences existant entre ces maladies.

« Alors l'hépatite B c'est la petite sœur du sida, parce qu'il faut utiliser le chapeau ».

« Le grand frère de toutes les maladies est le sida, je ne veux même pas parler de cette maladie ».

« Le sida est le père de toutes ces maladies qu'on attrape par le rapport sexuel ».

« L'hépatite est le petit du sida, parce qu'elle ne se traite pas et c'est le même mode de transmission ».

On peut aussi se demander si ce recours à l'univers familial ne traduit pas une identification des maladies aux esprits : ces derniers sont également associés, organisés en panthéon, situés les uns par rapport aux autres. Cette hypothèse pourrait être confirmée par un des propos recueilli :

« Moi je crois que le sida est une maladie des esprits »

D'autres résidents adoptent une attitude clairement défensive en essayant de déterminer des groupes à risque, cherchant ainsi à éloigner toute possibilité de danger pour eux-mêmes.

« Moi depuis que vous avez parlé des maladies l'autre fois, j'ai peur de venir au restaurant parce qu'il y a des drogués qui viennent manger avec le sang ».

« Les drogués viennent manger ici et d'autres même font leur sieste ici ».

« Les maladies que vous venez de parler sont pour les consommateurs de l'alcool chez nous. »

Cette désignation de groupes susceptibles de porter les maladies en cause se poursuit d'une autre façon en opérant un glissement entre contamination et contagion. La peur éprouvée à l'égard d'une possible transmission se transforme en dégoût et fait surgir la saleté comme source potentielle de la maladie.

« Moi j'ai très peur parce qu'il y a beaucoup de personnes qui viennent manger et passer la nuit dans le foyer. »

« Moi, je mange difficilement dans notre restaurant parce c'est très sale. »

« Pour moi c'est le manger qui nous donne ces maladies parce que notre restaurant est très sale ».

« Moi je pense c'est la saleté qui donne cette maladie, c'est pourquoi nous en avons beaucoup dans le foyer. »

« Cette maladie se transmet facilement, moi j'ai peur parce que les gens crachent partout et surtout le restaurant est très sale ».

On retrouve ici toute l'histoire du mot infecter. N'oublions pas qu'à l'origine ce mot est issu du latin « inficere » c'est-à-dire imprégner. Par extension ce terme en est venu à signifier « empoisonner » et dans un sens figuré ce qui suscite le dégoût. Le mot infection, lui, recouvrait l'action de teindre puis il a été associé à l'idée de salissure, de souillure et donc de pêché. L'étymologie, en rappelant l'existence d'un sens religieux du mot infection nous permet de comprendre l'utilisation courante et familière qui en est faite pour désigner un endroit sale, répugnant. Si on a oublié l'histoire des mots, ces derniers restent cependant porteurs de cette polysémie qui se transmet de façon inconsciente. Or, cette connotation se retrouve dans les propos des résidents des foyers par l'assimilation de la maladie sida à la saleté. Ainsi, le discours tenu par différents résidents témoigne aujourd'hui encore d'une interprétation de la maladie en terme de punition divine.

« Le sida est la grande maladie du siècle que Dieu a descendue pour punir les personnes qui font du n'importe quoi ».

« Le sida nous rend sérieux parce qu'on a peur de l'attraper ».

« Pour moi c'est Dieu qui donne la chance et la maladie. »

« Si toutes les maladies sont venues dans le monde c'est parce que nous, les hommes, n'avons plus de limites. C'est pourquoi Dieu a envoyé tout ça pour nous punir. »

De cette interprétation découle donc une impossibilité à faire état de la maladie : ce serait avouer publiquement que les lois divines n'ont pas été respectées et risquer de perdre sa place et la considération d'autrui dans une communauté où le statut social prend une place centrale.

« Mais le sida est une maladie de la honte, on ne peut pas parler de ça. »

« Oui, moi je connais un monsieur qui est mort comme ça parce qu'il avait gardé en secret sa maladie ».

« Mais il y a des hommes qui ont honte et qui gardent le secret, après c'est trop tard, ils meurent ».

Ainsi dans un monde où l'individu n'a de place définie que par rapport à son groupe communautaire, le secret semble être de mise même si cela doit être au prix de sa vie. Mieux vaut mourir, semblent-ils dire, plutôt que de reconnaître que l'on a pas respecté la loi, que l'on a failli à ses devoirs vis-à-vis de la communauté.

Le dépistage

Dans ces conditions, avoir connaissance de sa maladie devient plus complexe encore. Il faut tout d'abord noter que certains n'ont plus les mêmes réticences à affronter l'épreuve du dépistage. Evoqué en aparté ou devant les autres, le dépistage apparaît de plus en plus comme une nécessité :

« Moi-même si je ne tombe pas malade, je veux savoir maintenant si je suis malade ou pas, mais j'ai très peur d'avoir des maladies ».

« Moi j'ai peur de faire mon bilan de santé, mais je peux demander de faire le test de tuberculose parce que cela peut se traiter, mais les autres maladie j'ai vraiment peur ».

« Moi je suis décidé de faire mon bilan de santé maintenant, parce que je ne sais pas ce que j'ai comme maladie ».

Notons également que ceux qui envisagent un dépistage le souhaitent aussi pour leur famille restée au pays et s'interrogent sur la conduite à tenir en cas de réponse positive : **« si je suis dépisté hépatite B ou C, comment je dois faire quand je retrouve ma famille ? »**

Pour eux, la peur semble être contenue par le désir de protéger leur famille et ne pas mettre en danger leur femme et leur descendance. **« Moi, je ferai le dépistage parce que Fofana a raison. Il faut faire le test pour ne pas contaminer la famille. »**

Mais surtout, le dépistage semble indissociable des problèmes administratifs : titre de séjour, aide médicale... Alors que le dépistage est gratuit, son paiement est mis en avant, peut-être comme « bonne raison » pour en éviter la perspective.

« Moi, je suis parti demander l'aide médicale. Ils m'ont demandé des fiches de paie et moi je ne travaille pas. Ensuite, vous voulez que nous fassions le dépistage. »

« Je veux faire mon test, mais mon aide médicale est terminée. »

« Moi, j'ai eu des papiers à cause de la maladie du foie. Mais la préfecture a refusé de renouveler mes papiers parce que je peux me soigner dans mon pays. »

« Moi, je veux faire le dépistage maintenant mais je n'ai plus l'aide médicale : je n'ai ni argent ni papiers. »

Toutefois, pour d'autres, c'est la dimension effrayante du dépistage qui est mise au premier plan.

« Moi, je ne cherche jamais à savoir si j'ai le sida car je peux mourir avant la fin de mon jour. »

« Si le médecin me demandait je refuserais parce que je ne veux pas savoir si j'ai ces maladies parce que c'est la mort et moi je ne veux pas mourir ici. »

« Moi, j'ai très peur. Si après le dépistage, il se trouve que j'ai le sida ou l'hépatite B, c'est que je suis déjà mort. Et moi, je veux retourner dans mon pays en bonne santé. »

On peut entendre dans ces propos l'expression d'une pensée magique : si savoir est l'équivalent de mourir alors ne pas savoir se constitue inconsciemment comme une chance de survie. On retrouve d'ailleurs un processus très proche dans l'annonce d'un malheur (ou autre) souvent perçue comme la manifestation d'une attaque sorcière : celui qui prévient d'un malheur est souvent celui qui le crée... Sans doute peut-on y voir un équivalent de notre « ne parle pas de malheur » qui sous-entend que cela pourrait bien le faire advenir.

Les étiologies traditionnelles

L'impuissance à laquelle confrontent de telles maladies, sans possibilité de guérison totale fait donc surgir de nombreux mécanismes de défense. Pour cela, les représentations culturelles sont mobilisées afin de donner sens et de ne pas rester « sans défense ». On peut d'ailleurs noter que la plupart des résidents disent que « la maladie les a attrapés », soulignant ainsi la passivité dans laquelle ils se sentent, et l'agression démultipliée qu'elle comporte. Ainsi, les réflexions telle que « *Ce sida est vraiment une maladie bizarre* ». « *L'autre jour notre imam est décédé mais il n'était même pas tombé malade ! On ne sait pas ce qu'il avait et il n'était pas âgé du tout.* » « *Mon cousin est parti en Afrique pour passer des vacances, il est tombé malade. On l'a envoyé à l'hôpital : il est finalement décédé et on n'a jamais su de quoi il est mort.* » montrent le questionnement que font naître toutes les maladies « étranges » non réellement identifiées et reconnues. Dans l'incertitude, les gens font appel aux explications mettant en cause une volonté malfaisante, une « attaque sorcière » parfois aussi une malédiction.

Ce type d'étiologie se trouve projeté sur les médecins hospitaliers. On voit ainsi des propos traduire un vécu de persécution, lié à la fois aux multiples difficultés rencontrées en France et à un système de représentation centré sur le lien (aux esprits, au groupe, à la famille...)

« *Moi je n'ai pas beaucoup confiance dans les Blancs, ce sont eux qui ont créé tous les problèmes dans le monde et en particulier en Afrique* ».

« *Moi, j'ai très peur d'aller à l'hôpital, parce qu'ils font des recherches sur les malades* ».

« *Moi j'ai même peur des docteurs, des Blancs parce que tu peux aller chez eux avec des petites maladies, ils peuvent même te contaminer avec leur matériel* ».

« *Les blancs ne nous disent pas la vérité, toutes ces maladies sont des sida* ».

« *Les Blancs sont des sorciers, c'est à travers leurs machines qu'ils peuvent tout savoir et tout faire.* »

Un vécu de stigmatisation

D'un sentiment individuel de peur et d'exclusion, on voit s'opérer un glissement avec l'histoire et la situation économique de l'Afrique : il y aurait une volonté de détruire les peuples africains :

« *Si cela continue, l'Afrique va disparaître un jour parce que tout le monde sera malade avec des maladies qui n'ont pas de médicament.* » « *Moi depuis que je vous connais, vous nous parlez que du sida ou des hépatites, donc vous pensez que seuls les Africains ont ces maladies !* »

« *J'ai peur maintenant, parce qu'il y a beaucoup de maladies dans ce pays, mais est-ce que ce sont seulement des Africains qui attrapent ces maladies ?* »

« *Quand je vois la télévision, c'est seulement les Africains que je vois.* »

« *Est-ce que c'est la maladie des Africains ?* » « *Le sida c'est nous les Africains et aujourd'hui les hépatites c'est encore nous les Africains.* » Dans cette dernière phrase, on peut d'ailleurs se demander si ce résident fait référence à la population touchée ou questionne ce qu'il ressent d'une accusation : l'origine de ces maladies serait africaine .

L'incompréhension des démarches médicales et le vécu persécutif

Se mêle à ces différentes considérations, une interprétation erronée de certains actes médicaux, du fait d'une interprétation culturelle autre. La prise de sang en est un exemple criant, qui fait naître le sentiment d'un danger vital :

« *Moi je ne tombe jamais malade depuis que je suis né, alors je ne donne pas mon sang pour rien* ».

« Vous m'avez parlé de dépistage pour l'hépatite B, C, et VIH, je suis parti faire le dépistage et ils ont pris beaucoup de mon sang, ce qui m'a fait peur. Je me suis posé la question « qu'est-ce qu'ils font de mon sang ? » »

« Les Blancs ont trop besoin du sang, moi je ne donne mon sang. »

« Pour moi, donner le sang c'est comme si je donne une partie de ma vie. »

« Moi je suis parti chez le médecin, il m'a fait faire des prises de sang sans mon autorisation. »

Moi je suis tombé malade et je suis parti à l'hôpital ; ils ont pris beaucoup de mon sang. Le docteur m'a dit ensuite que j'avais l'hépatite. (...) Ils prennent encore mon sang chaque 6 mois. »

On voit bien, à travers la profusion des propos mettant en cause la prise de sang, les différentes interprétations qu'ils s'en donnent : partie vitale de l'être dont le médecin le prive et dont la répétition ne pourrait qu'entraîner la mort, mais aussi partie de l'individu susceptible d'être manipulée et utilisée pour atteindre la vitalité du sujet dans le cadre de pratiques fétichiques ou maraboutiques

« Moi je ne m'approche plus du sang, même prendre du sang à l'hôpital, j'ai peur maintenant ».

La dimension symbolique du sang, source de vie (les sacrifices rituels sont là pour la rappeler) se double d'une possible source de mort lorsqu'une maladie réussit à s'y introduire. Il devient donc nécessaire d'en contrôler la circulation : il ne faut plus ni en donner ni en recevoir. La circulation du sang, par essence synonyme de vie, se doit d'être interrompue afin de préserver l'imperméabilité de l'être. Situation qui correspond d'ailleurs au comportement de nombreux migrants recroquevillés dans leur communauté afin de se sentir en sécurité.

On peut aussi percevoir dans ces propos mettant en cause en geste « technique » le lien qui se dessine entre une maladie qui « couve » pendant des années, une maladie qui dure sans qu'on puisse arrêter son développement et les maladies « africaines » : malédiction, attaque de sorcellerie...

« Cette maladie chez nous est très grave, car il gonfle le ventre, les membres, fatigues beaucoup. Quant elle attrape quelqu'un la personne peut faire 5 ans malade avant de mourir ». (Hépatite)

La seule solution semble être alors de s'en remettre à Dieu, seul capable de contrer les forces en présence et de protéger le peuple africain des nombreux maux susceptibles de l'agresser. De nombreux résidents ont d'ailleurs tenu à souligner la dangerosité d'une maladie comme le paludisme qui tue chaque année de nombreuses personnes comme s'il fallait relativiser le pouvoir des « nouvelles » maladies et les intégrer dans le champ plus vaste des fléaux.

« Il est vrai que c'est Dieu seul qui aide les Africains car il y a beaucoup de maladie chez nous ».

La difficulté de faire passer un message de prévention dans un lieu comme les foyers de migrants est réelle. Toutefois, nous sentons le public en attente de nos venues au cours desquelles ils peuvent exprimer en groupe ou en aparté leurs inquiétudes, demander conseil... Ainsi devant la tentative d'un griot de faire cesser le passage de chambre en chambre, au profit d'une grande réunion, rassemblant en une seule fois l'ensemble des résidents, un autre lui a répondu :

« Il n'y a pas une seule personne dans le foyer qui ne soit pas malade. Il y a toutes sortes de maladies ici, c'est pour ça que votre action est intéressante : cela nous pousse à faire des démarches personnelles et volontaires vers les médecins. »

« C'est très gentil de la part de votre équipe et des médecins de prendre du temps pour venir nous voir dans le foyer le week-end, et nous parler de notre santé. »

On ne peut donc que déplorer l'interruption de cette action qui, en faisant à l'occasion intervenir directement des médecins partenaires, offrait à ces résidents une occasion essentielle de s'informer sur diverses maladies et surtout de pouvoir dépasser la crainte de consulter un médecin « blanc ». Une fois rencontré, ce dernier apparaissait plus « proche » et cessait de n'être plus qu'un dangereux expérimentateur. Travailler sur les représentations sous-jacentes à leur discours en s'appuyant sur le dispositif de communication traditionnel nous aurait permis d'aller plus loin dans notre compréhension et donc dans notre possibilité de les faire avancer, et peut-être modifier certains comportements.

c) La permanence sociale à URACA

84 résidents du foyer Marc Seguin ont été reçus à la permanence sociale.

Nombre de rendez-vous	Nombre de résidents	
1 fois	12	5%
2 fois	14	15%
3 fois	22	65%
4 fois	29	10%
5 fois et plus	07	5%
Total	84	

Lors de nos rencontres avec les résidents, il apparaît souvent nécessaire de les recevoir au sein de l'association pour étudier soigneusement leur dossier administratif. Nous les encourageons alors à prendre un rendez-vous à notre permanence sociale afin de pouvoir réellement les conseiller dans leurs démarches. Cette possibilité de leur offrir un rendez-vous à URACA nous permet également plus facilement de nous concentrer sur l'objet de notre venue au foyer : la prévention. Sans cela nous serions rapidement débordés par des demandes individuelles de constitution de dossiers. Sachant les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne du fait de leur situation administrative, ces dossiers apparaissent souvent comme une priorité, avant même la santé. « *kayinti kibaré* » la nouvelle de papier.

Ces situations individuelles restent particulièrement douloureuses :

Dans ce contexte, on comprend les questionnements ressentis par les résidents concernant leur situation face aux nouvelles lois de plus en plus dures pour les immigrés. Au fil des ans, le nombre de dossiers traités a beaucoup diminué, car la plupart des situations ont déjà été vues au cours des années précédentes. Il s'agit donc de nouveaux résidents ou de difficultés au moment du renouvellement.

Nous avons reçu, au cours de premier semestre 2004, 84 résidents du foyer Marc Seguin qui sont venus pour recevoir une aide administrative. 315 entretiens ont été nécessaires pour instruire l'ensemble de ces situations.

De nombreuses démarches effectuées en 2003 concernant l'accès aux soins (AME, CMU, Bilan de santé, régularisation pour des raisons médicales, accompagnement physique, ..) ont abouti au début de l'année 2004 grâce au travail et à l'accompagnement social de notre équipe ; ce qui explique la baisse du nombre de résidents reçus à la permanence sociale cette année. De plus, notre intervention a permis aux résidents d'être plus autonomes pour leurs démarches administratives et ils ont moins besoin de notre aide.

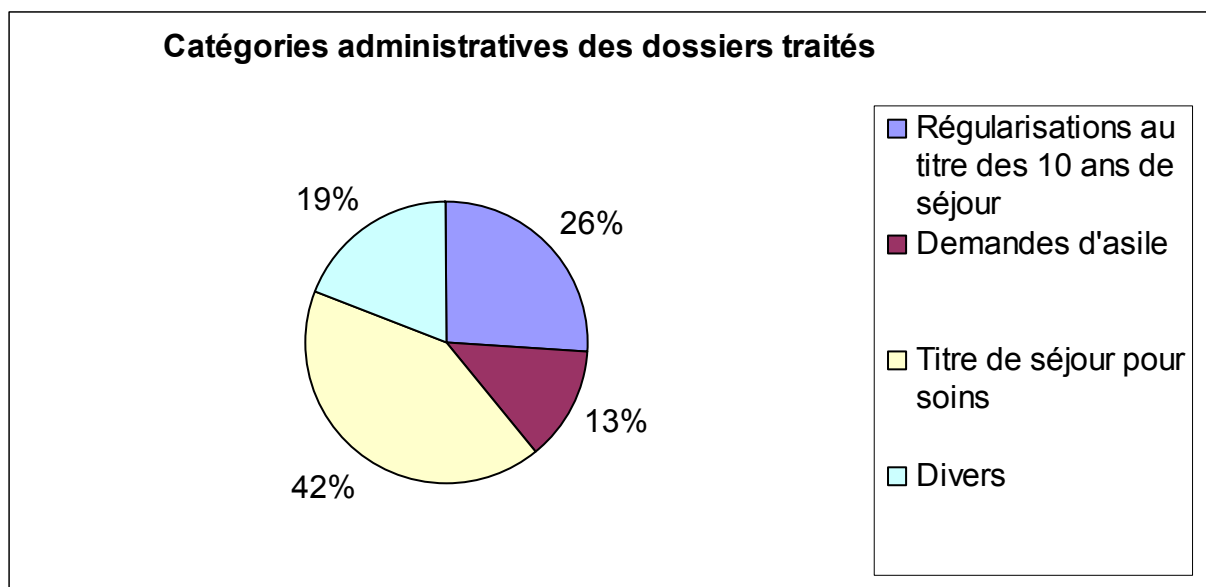
Grâce à nos interventions, bien que les situations soient difficiles, en raison des blocages administratifs, les résidents n'hésitent plus à venir demander une aide pour l'obtention de leurs droits et participent activement aux démarches administratives. Il convient de signaler que pour la plupart d'entre eux, le fait de venir nous trouver à l'association les fait sortir des lieux qui leurs sont familiers, peu nombreux et dont ils ne s'éloignent jamais (foyer, lieu de travail). C'est donc une première ouverture sur le monde extérieur.

Les dossiers traités sont de deux ordres :

Les dossiers administratifs concernant le séjour des étrangers en France : 84 personnes ont été reçues au cours de 315 entretiens.

Dans 22 cas, il s'agissait d'une demande de régularisation dans le cadre des 10 ans de séjour, 11 personnes étaient des demandeurs d'asile, 35 ont demandé une autorisation de séjour pour soins et 16 relevaient d'autres situations.

Toutes les personnes qui ont fait la demande de régularisation pour raison de santé au cours de l'année 2004 ont vu leur dossier rejeté.



L'accès aux soins

Au total, 17 personnes sont venues pour une difficulté d'accès aux soins : nous les avons reçues au cours de 25 entretiens. 16 personnes ont eu leur dossier d'AME renouvelé. Mais il faut signaler que l'obtention de l'AME est beaucoup plus difficile que l'an dernier en raison des nouvelles complications administratives qui y sont liées.

Ce nombre est peu important car nous avons déjà obtenu l'accès aux soins pour une grande majorité des résidents en 2002 et 2003.

De plus, 15 personnes n'ayant pas accès aux soins ont été orientées vers le centre du Figuier et celui de Belleville, au Comède, ou la consultation Verlaine ainsi qu'à nos divers correspondants médicaux hospitaliers et libéraux.

Lorsque les démarches aboutissent, les résidents viennent souvent se confier :

« Moi, je suis malade et il y a 13 ans que je suis ici sans voir ma famille. Maintenant je suis malade ; est-ce que je verrai ma famille ? Est-ce que je serai un jour en bonne santé pour aller voir ma famille. ? »

d) Les accompagnements physiques

55 personnes venues à la permanence sociale d'URACA et ont ensuite bénéficié d'un accompagnement physique : 20 à la Préfecture de Police et 5 dans les services de la Sécurité Sociale traitant les AME (hôpitaux Lariboisière, Saint-Louis, Robert Debré, Tenon).

Devant le nombre de personnes souhaitant une présence à leurs côtés, nous avons défini différents critères à partir desquels nous décidons de la nécessité d'un accompagnement :

- Une angoisse majeure à faire des démarches auprès de la préfecture ; angoisse qui a un effet paralysant.
- Des résidents nous interpellent parce qu'ils n'ont pas obtenu de réponse à leur demande d'AME. Il est alors important de les accompagner pour déterminer ce qui s'est passé (dossier perdu le plus souvent). Il faut donc constituer un nouveau dossier pour que la démarche aboutisse.
- La langue est souvent un obstacle central pour des gens qui parlent peu ou pas le français et ne comprennent pas ce qui leur est dit.
- Notre présence est aussi nécessaire pour garantir un accueil poli des gens en situation irrégulière. Nous avons en effet maintes fois constaté à quel point l'accueil pouvait être souvent déplorable dans les préfectures. Un des accompagnants s'est ainsi trouvé face à une dame mettant en cause l'argent dépensé par l'Etat français pour soigner les immigrés *« comment les Français peuvent-ils recevoir des étrangers malades sur leur territoire et leur donner en plus des droits à une couverture santé ? »* L'accompagnant ayant fait valoir l'existence de lois régissant l'obtention d'un tel titre de séjour a alors été interrogé sur son identité, son statut et a photocopié sa carte de travail...
- C'est parfois même le secret médical qui se trouve mis à mal lorsqu'une personne demande un titre de séjour pour soins et se voit questionnée à l'accueil sur sa pathologie sans aucun respect de la confidentialité et en toute illégalité puisque seul le médecin de la préfecture doit avoir accès à ces données.

e) Contact avec les acteurs socio-sanitaires proches du foyer

Nous sommes tributaires pour cela du dynamisme des structures environnantes sur lesquelles nous devons nous appuyer. Les deux équipes de développement local sont dynamiques et intéressées, mais elles n'ont qu'un rôle de coordination et d'appui, ce ne sont pas des structures de terrain qui réalisent des projets et ont des publics.

Il est intéressant de noter tout de même que le partenariat s'est intensifié en 2004 avec les différents organismes du quartier.

L'équipe de développement local

L'équipe de développement local s'est immédiatement montrée intéressée par l'action. Ils sont venus rencontrer l'équipe de l'URACA dans nos locaux et se sont investis dans l'action.

Nous leur avons rendu visite en mars 2004 pour le départ d'un de leurs membres et nous avons rencontré Mme Ghania Fahloun, chef de projet.

Les échanges ont été fructueux et nous avons pu discuter des conditions de vie des résidents du foyer. Mme Ghania Fahloun est venue avec notre équipe visiter le foyer le 19 mars. Nous avons vu le restaurant, la salle du café et les étages, qui ont été rénovés.

Les problèmes de précarité et de santé ont été également abordés. Il a notamment été question du manque d'infrastructure sanitaire du quartier susceptible de recevoir les populations exclues.

Nous avons aussi rencontré Mme Sylvie Amzi, responsable de la propreté du quartier, en mars : nous avons discuté du quartier en général et du foyer Marc Seguin.

Une autre réunion a eu lieu au mois de juillet avec l'équipe de développement local. Tout le monde s'est mis d'accord sur l'importance de l'ouverture du foyer vers l'extérieur et l'équipe est prête à s'associer à notre équipe pour résoudre ce problème.

Au cours de l'année, EDL a organisé une journée portes ouvertes pour les associations et les institutions du quartier. Nous avons été accueillis à l'Espace du marché pour tenir un stand, et des résidents du foyer venus étaient plus nombreux cette année que l'année précédente.

Le service social de secteur

L'assistante sociale de la DASES intervenant sur le secteur s'est montrée également intéressée par le partenariat. Mme Beaupréau, assistance sociale responsable de l'équipe des assistantes sociales du quartier de Marc Séguin, a assisté à toutes les réunions organisées par l'EDL.

Mme Beaupréau a insisté sur l'importance de l'information précise donnée aux résidents. En effet, pour lui adresser quelqu'un, il importe que la personne connaisse précisément ses missions, ses disponibilités et ses limites.

Elle nous a confié qu'elle était rarement amenée à recevoir des résidents et qu'il s'agissait en général de demande de RMI, ou d'aide financière. De plus, Mme Beaupréau nous a précisé qu'elle manquait énormément de temps pour pouvoir s'investir davantage dans le suivi des résidents ; mais elle est aujourd'hui d'accord pour venir une fois dans le foyer avec nous pour rencontrer les délégués et les résidents.

L'espace Torcy

L'espace Torcy a tout de suite été intéressé par le partenariat. Cette association organise des cours d'alphabétisation et reçoit, dans ce cadre, des résidents du foyer.

L'espace Torcy nous a invités à participer à une réunion ; l'objectif étant d'inciter les résidents à venir plus nombreux au sein de son association.

A la suite de la mobilisation et notamment des portes ouvertes, 65 jeunes résidents se sont inscrits à ces cours en 2004 (contre 20 en 2002).

D'autre part, l'espace Torcy s'est joint à la coordination inter-associative, le collectif d'animation Quartier Chapelle, afin d'organiser la fête de quartier qui a eu lieu en juin. Ils souhaitaient la participation des résidents de Marc Seguin à cette fête. Nous avons pensé à faire intervenir un griot mais l'absence d'accord sur sa rémunération a fait échouer ce projet. Toutefois, 48 résidents se sont déplacés pour participer et assister aux festivités. Ils sont venus pour l'installation du matériel dans des différents lieux, sont restés longtemps avec nous pour tenir les stands, et ont aidé le groupe responsable de la sécurité.

Ce résultat est grand succès et le fruit de 3 ans de travail pour ouvrir le foyer vers l'extérieur. En effet, aucun résident ne participait à des actions de ce type au début de nos interventions.

Les médecins hospitaliers de Saint-Louis

Pour la première fois en 2004, des professionnels sont venus dans le foyer Marc Séguin: des médecins hospitaliers ont fait de la prévention avec les intervenants d'Uraca. Il n'y a pas eu d'autre rencontre avec les résidents et des partenaires au sein du foyer ; cependant Uraca a pris contact avec des associations du quartier qui seraient susceptibles de rencontrer les résidents dans le foyer (par exemple le collectif d'animation La Chapelle).

Pour réaliser cet objectif, l'équipe a développé des contacts avec les institutions et les associations du quartier soit au travers de communications téléphoniques, soit au cours de rencontres lorsque cela s'est avéré possible, soit en participant à des réunions de quartier auxquelles elle a été conviée. En 2003, 18 professionnels ont été inclus dans cette action (contre seulement 8 en 2002), qui travaillent dans 7 structures institutionnelles ou associatives.

Deux médecins sont venus dans le foyer avec notre équipe en février et en mars pour rencontrer les résidents, et participer à la diffusion des messages de prévention sur les hépatites et leurs modes de contamination.

Nous avons eu la chance de venir avec deux médecins hospitaliers de Saint-Louis pour informer les résidents des différentes maladies, de leurs modes de transmission, des traitements et surtout pour insister sur la nécessité du dépistage.

Nous travaillons en partenariat régulier avec ces médecins pour la prévention primaire et secondaire et nous leur adressons régulièrement des personnes à la consultation de précarité de l'hôpital Saint-Louis.

• Les démarches à l'extérieur du foyer

Nous avons aussi pour objectif de favoriser les échanges entre le foyer et l'extérieur. Cette dimension de notre projet est particulièrement difficile à réaliser car les résidents sont très peu demandeurs et la plupart des associations et des institutions sont également très peu mobilisables.

Peu à peu les résidents du foyer Marc Séguin apprennent à se repérer à l'extérieur du foyer, et font des démarches plus nombreuses auprès des différents services :

Trois ans d'interventions dans ce foyer ont permis aux résidents d'acquérir leur indépendance dans certaines des démarches administratives tel que le renouvellement de la CMU et de l'AME. De ce fait, en 2004 les accompagnements ont été moins nombreux.

« Quant je veux chercher à changer de travail, je sais où aller. »

« Maintenant je sais où se trouve la mairie, l'ANPE, la sécurité sociale.....etc »

En ce qui concerne leur santé, ils ont repéré l'hôpital Saint-Louis comme un lieu où l'on est attentif à eux, à leur situation et à leur façon de penser les choses. La venue de deux médecins a en outre permis de donner visage au monde médical et de pouvoir le penser comme accessible.

f) La participation aux actions et aux réunions organisées dans le foyer :

Mme Ghania Fahloum, chef de projet à l'EDL et Mme Sylvie Amzi sont venues dans le foyer avec notre équipe au mois de mars, afin de se rendre compte des conditions de vie des résidents. Nous avons visité le restaurant, la salle de café et les étages qui ont été réhabilités. Ce jour là, nous avons voulu rencontrer Mr Soumaré le délégué mais il était absent. C'est également un résultat notable puisqu'il a 2 ans, aucune visite de professionnel intérieur au foyer n'était envisageable car nous craignons qu'elle suscite beaucoup de méfiance.

Lors des rencontres avec le Collectif « Animation La Chapelle », plusieurs intervenants ont témoigné de leur envie de se rendre dans le foyer pour rencontrer les résidents et connaître leur mode de vie.

2. Foyer Fontaine au Roi

Nous avons appris à la fin du mois de mars 2003 que le foyer Fontaine au Roi ne figurait plus parmi la liste des foyers prioritaires, établie par les organismes DRASSIF/CRAMIF/FASILD. Ainsi, nous avons dû stopper cette action, malgré les réalités de terrain. L'équipe est intervenue dans ce foyer jusqu'au mois de juin, mais nous avons reçu des résidents à la permanence sociale tout au long de l'année. à la fin 2003 nous avons pu reprendre l'action grâce au soutien financier exceptionnel de la DDASS de Paris pour 1 an, celle-ci s'est donc poursuivie en 2004.

g) Les rencontres avec les gestionnaires du foyer

La direction de la Sonacotra :

Une réunion a été organisée le 21 janvier 2004 entre la Sonacotra et les différents partenaires qui interviennent dans le foyer.

Cette a été organisée par l'équipe du développement local de fontaine roi dirigé par mme Gabrielle Gramont

Mme Alexandre Morote a représentée la Sonacotra. Elle a fait part de leur projet d'amélioration des conditions de vie dans le foyer et notamment de la rénovation de la cuisine, qui sera gérée par une association. La cuisine devra être fermée dans le cas où ils ne trouveraient pas de gérant. Elle précise aussi le moyen limite que la Sonacotra possède actuellement.

Nous leur avons proposé de nous rencontrer à nouveau pour réfléchir ensemble aux problèmes rencontrés avec les résidents.

Les délégués :

Un des nouveaux délégués, M. Mbodjé Mamadou, nous a fait part des difficultés rencontrées.

Contrairement à la plupart des autres foyers, il n'y a pas de télévision et il n'y pas non plus de salle mise à la disposition des résidents, qui pourrait servir de lieu de rencontre. Après leur travail, les résidents restent dans leurs chambres ou sortent du foyer. Ils souhaiteraient pouvoir regarder la télévision, obtenir des informations sur leur pays, et en discuter ensemble.

Il ajoute aussi qu'il faut les résidents disent clairement leur problèmes participent au réunions et aux activités du foyers ainsi que le quartier. Si les résidents participent à toutes les activités, ils seront responsables de la protection des biens dans le foyer.

Je vous dis qu'il y a beaucoup de problèmes dans ce foyer et les résidents ont des problèmes de santé, papiers et surtout ils sont isolés.

h) Les visites de chambre en chambre: des ateliers palabres collectifs

(1) Cadre

Ce foyer a la particularité d'accueillir une population particulièrement repliée sur elle-même et hermétique à toute intrusion du monde extérieur. Nous avons donc obtenu que les ateliers de prévention puisse se faire au bout de 2 ans de travail, mais l'interruption de l'action a été préjudiciable à celle-ci. En effet, il a fallu reconquérir la confiance des résidents.

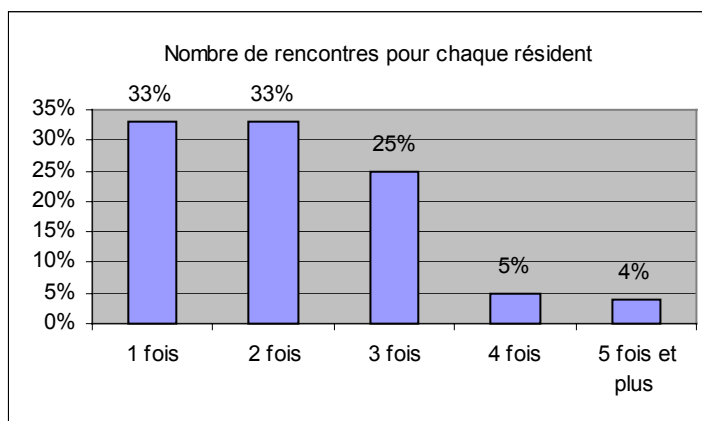
(2) Aspect quantitatif

En 2004, 53 visites ont été organisées au cours de l'année, elles ont touché 450 personnes. Lors de l'enquête de faisabilité, le nombre réel de résidents avait été estimé à environ 300 résidents officiels ou non. En 2004, notre équipe a constaté une très forte augmentation du nombre de personnes vivant réellement dans le foyer et l'estimation approximative de nombre de personnes y dormant se situe autour de 450. Lors de nos visites de chambre en chambre nous pensons avoir inclu dans l'action 400 d'entre elles et 50 visiteurs extérieurs.

Janvier	10-janv	17-janv	23-janv	30-janv	
Nb de chambres	4	4	5	6	
Nb de résidents	19	17	18	22	
Février	07-févr	13-févr	18-févr	27-févr	
Nb de chambres	5	6	5	4	
Nb de résidents	17	22	19	23	
Mars	05-mars	11-mars	20-mars	26-mars	30-mars
Nb de chambres	6	5	6	5	6
Nb de résidents	19	22	24	21	23
Avril	02-avr	09-avr	18-avr	22-avr	29-avr
Nb de chambres	6	3	4	3	6
Nb de résidents	25	15	18	13	21
Mai	05-mai	12-mai	20-mai	25-mai	
Nb de chambres	4	mai-19	4	5	
Nb de résidents	18	23	16	18	
Juin	04-juin	10-juin	20-juin	28-juin	
Nb de chambres	6	4 + restauran t + café	5	5	
Nb de résidents	22	19	25	25	
Juillet	08-juil	17-juil	23-juil	29-juil	
Nb de chambres	3	5	4	5	
Nb de résidents	18	28	19	16	
Août	06-août	13-août	20-août	29-août	31-août
Nb de chambres	3	4	3	5	4
Nb de résidents	12	24	17	20	17
Septembre	09-sept	15-sept	26-sept		
Nb de chambres	5	6	3		
Nb de résidents	21	22	13		
Octobre	03-oct	10-oct	12-oct	24-oct	27-oct
Nb de chambres	4	2	5	5	4
Nb de résidents	15	12	16	18	19
Novembre	07-nov	12-nov	21-nov	26-nov	
Nb de chambres	1	4	2	3	
Nb de résidents	8	16	6	11	
Décembre	05-déc	10-déc	19-déc	27-déc	30-déc
Nb de chambres	2	5	6	4	4
Nb de résidents	5	18	23	15	21

La majorité des personnes incluses dans l'action a assisté entre 1 et 3 fois aux ateliers de prévention organisés.

Nb de rencontres	Nb de résidents
1 fois	149
2 fois	148
3 fois	112
4 fois	22
5 fois et plus	19
Total	450



(3) Contenu

Notre retour dans le foyer a été marqué par le fait que de nombreux résidents avaient perdu leur accès aux soins dans l'intervalle, soit parce que la CPAM leur demandait de cotiser à une mutuelle complémentaire, soit en raison des complications administratives liées à l'obtention de l'AME qu'ils n'avaient pas réussi à surmonter. Les ateliers palabre ont donc très souvent débuté par une information concernant les nouvelles réglementations et procédures liées à l'accès aux soins, avant de se poursuivre sur les différentes thématiques liées aux pathologies. Les thèmes retenus ont été les mêmes que pour Marc Seguin.

L'équipe d'Urac a réussi à instaurer un climat de confiance, nécessaire au bon déroulement de l'action. L'accueil dans les chambres est toujours très chaleureux, et les résidents reconnaissent les intervenants d'Urac et les interpellent pour discuter.

« Ce que vous faites c'est un bon travail, c'est pour le bien de tout le monde, on vous remercie »

Une fois leurs difficultés administratives entendues et prises en charge lorsque cela était possible, la prévention et le dépistage ont pu être abordés.

(4) Le traitement des cas individuels

Dans ce foyer où les résidents sont particulièrement renfermés et méfiants, les discussions collectives sont difficiles, chacun hésitant à se livrer devant le voisin. Néanmoins, elles permettent d'aborder les différentes problématiques et après la palabre collective les résidents viennent un à un poser les questions qui les concernent directement.

(5) Les problématiques ressortant des ateliers de discussion

Les démarches administratives

Une fois encore nous sommes contraints de constater à quel point la vie des résidents des foyers est centrée sur des questions administratives ; questions auxquelles il nous faut répondre pour ensuite pouvoir mener le travail de prévention visé. Sur l'ensemble des 65 résidents accueillis à la permanence sociale, 52 dossiers ont concerné la régularisation de leur situation en France. Ils vivent très souvent dans des conditions précaires, particulièrement douloureuses.

Les procédures de régularisation sont omniprésentes dans le discours de ces hommes et témoignent de l'incompréhension, du désarroi et de l'insécurité qui en résulte.

« Moi, je travaille depuis 8 ans : j'ai un contrat de travail, je cotise à la sécurité sociale, à la retraite mais je ne peux pas avoir de papiers. »

« Moi, j'avais une carte de séjour temporaire (1 an) parce que j'ai une hépatite. Le docteur ne me donne pas de médicaments et ils m'ont retiré ma carte en disant que je peux me soigner chez moi. J'ai perdu mon travail, faute de carte de séjour, alors que j'avais un contrat à durée indéterminée. »
« Moi, j'ai très peur maintenant car quand je suis sorti pour aller travailler à 6 heures du matin, j'ai trouvé les policiers devant la porte du foyer, ils m'ont demandé mes papiers, mais je les avais oubliés à la maison. Ils m'ont envoyé au poste et m'ont gardé jusqu'à 15 heures avant de libérer et j'ai perdu mon travail. »

Ces exemples indiquent le sentiment d'injustice d'être soumis à des règles qui aboutissent à des situations aberrantes. Ce sentiment d'injustice vient redoubler l'histoire coloniale et l'impression d'être exploité par une société qui ne reconnaît pas ses devoirs et ses torts.

« Mon père a servi dans l'armée française. Il a fait les guerres d'Indochine et d'Algérie. Mais la préfecture me dit que cela ne me donne pas droit à une carte de séjour. »
« Un immigré arrive en France en bonne santé, et il attend ici la retraite. Il retourne mort au pays ou pour être enterré. En tout cas, il rentre usé. »
« De toute façon, nous allons partir au village fatigués avant la retraite. »

Ainsi, c'est aussi la question de l'avenir qui se pose à ces hommes : qu'en sera-t-il de leur retraite ? En effet, les premiers migrants arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite. Rester ou partir ? Voilà une question bien souvent épineuse. Si le désir de repartir est souvent mis en avant cela n'est pas toujours aussi simple pour des hommes qui ont vécu toute leur vie d'adulte dans un autre pays que le leur.
« Moi, j'ai déposé mon dossier auprès de la caisse de retraite il y a 8 mois, mais jusqu'à présent je n'ai pas eu de réponse. Mais je ne veux pas rester ici parce que je ne travaille plus. Je serais mieux au village pour m'occuper de ma famille. » A travers cet arrêt de leur vie professionnelle surgit l'inquiétude concernant l'avenir de la famille. Qui va faire vivre la famille s'il n'y a plus un migrant pour lui envoyer des subsides ?

« Je ne comprends rien à cette loi sur la retraite. Si je peux faire venir mes enfants ici, pourront-ils avoir des papiers ? » On retrouve là le désir d'être remplacé par les enfants pour que soit maintenue l'aide apportée par le migrant à la famille restée au pays.

L'absence de papiers génère non seulement un sentiment d'insécurité mais rend impossible de maintenir un lien véritable avec la famille restée au pays. Les événements heureux et malheureux se passent donc en dehors du migrant qui ne peut ainsi accomplir les démarches rituelles collectives essentielles dans ce type de culture.

« Moi, j'ai perdu ma femme au pays. Je n'ai pas pu y aller faute de papiers. »

L'accès aux soins et les démarches de santé

La plupart des résidents avaient obtenu l'AME ou la CMU en 2002. Ayant acquis une certaine autonomie dans leurs démarches, ils avaient pu la renouveler seuls en 2003. Mais aujourd'hui, les renouvellements sont de plus en plus difficiles à obtenir et font l'objet de nombreuses questions de la part des résidents.

La plupart des gens ne comprennent pas pourquoi le renouvellement leur est refusé, selon quelle logique. C'est en fait une douloureuse désillusion qui voit le jour : beaucoup, en obtenant un titre de séjour pour soins, s'étaient cru sortis d'affaire. L'obtention de papiers signifiait la possibilité de trouver un travail, d'obtenir différentes aides... L'espérance d'être définitivement sortis d'affaire s'écroule alors devant la réalité des procédures.

« Mon médecin me dit que je dois rester dans ce pays pour me soigner mais la préfecture dit que je peux me soigner dans mon pays. Je n'ai ni l'AME ni la CMU maintenant. Que dois-je faire ? »
« Moi, j'ai eu des papiers une fois mais la préfecture me les a retirés parce que je suis guéri. »
« Je suis malade depuis deux ans. La préfecture m'avait donné une carte de séjour pour soins. Mais l'autre jour, je suis allé à la préfecture pour le renouvellement mais ils ont refusé en disant que je peux me soigner dans mon pays. »

« J'ai entendu que les papiers pour soins ne sont pas garantis maintenant, parce qu'ils vont les récupérer un jour ».

Toutefois, la possession de l'AME ne résout pas tous les problèmes, loin de là puisque certains professionnels de santé refusent d'en tenir compte :

« Je suis allé voir un médecin avec le papier de l'AME. Il m'a dit qu'il ne prenait pas ce document parce que tout le monde vient avec cela. »

« Je suis parti chez le médecin mais il a refusé de me prendre parce que je n'avais que l'AME. »

« Moi, j'ai l'AME, mais lorsque je suis tombé malade, je suis venu voir le médecin privé et il a refusé de me prendre et m'a demandé de payer. Il m'a dit que la sécurité sociale ne le paye plus ; c'est pourquoi il ne prend plus l'AME. »

Les conditions de vie dans le foyer

L'insalubrité dans ce foyer est également un sujet de préoccupations des résidents, notamment le manque d'hygiène dans les salles de restauration.

« La cuisine commune est très sale et les drogués viennent ici. Moi, je ne veux pas avoir des maladies graves ici, je veux retourner en bonne santé chez moi »

« Le comité ne fait rien pour cette cuisine, et les délégués on ne les voit pas du tout »

Les résidents se plaignent également d'un manque d'espace, et de l'absence d'une télévision commune pour se réunir et discuter ensemble en dehors de leurs chambres, obtenir des informations de leurs pays.

Ils nous ont également fait part de leurs relations avec la Sonacotra :

« Depuis que la Sonacotra est arrivée, nous avons entendu beaucoup de paroles : des chambres individuelles, une augmentation des loyers, des travaux de rénovation, etc. mais nous n'avons encore rien vu pour le moment ».

L'insécurité administrative et la précarité de la vie de ces migrants se trouvent résumées par les propos suivants qui témoignent en outre du sentiment d'avoir sacrifié leur vie dans la migration pour la survie de la famille restée au pays. On voit également combien ces hommes n'ont pas investi la vie en France : ils sont restés psychiquement prisonniers de l'idée que la migration n'était qu'un passage ; ce qui se retrouve dans leur investissement de leur chambre, du pays et de leur vie ici.

« Ma chambre est un lieu de passage. »

« Moi, je vis ici mais je pense partir à tout moment parce qu'ici je ne vis pas du tout. »

« C'est vrai qu'on n'a pas de vie ici. Le jour où je trouverai le moyen de rentrer chez moi, je le ferai. »

Les démarches à l'extérieur du foyer

La plupart des résidents se rendent seuls dans les différents services du quartier tels que l'ANPE, la Poste, le service social de secteur, l'EDL ; et les relations établies sont correctes.

« L'ANPE s'occupe bien de nous, seulement pour avoir du travail c'est très difficile ; et il n'y a pas de problème avec la poste pour le moment »

« Nous n'avons pas de problème avec l'assistante sociale, elle nous aide à remplir nos papiers ».

On peut dire aujourd'hui que les résidents ont bien repéré les différents organismes qui peuvent leur venir en aide et ils s'y déplacent si besoin (la sécurité sociale, la CNAV, etc.).

Les étiologies des contaminations

On remarque qu'un certain nombre d'hommes continuent de mettre en avant l'abstinence ; discours associé au respect des règles religieuses ;

« Moi depuis que je suis en France, je ne connais aucune femme. C'est mon travail et la prière que je connais. Mais quel Dieu nous aide à éviter ces maladies ? »

« Moi, je préfère rester sans femme ici jusqu'à mon retour en Afrique car je ne veux pas apporter la maladie comme le sida. Maintenant, j'ai compris que l'hépatite peut être dans la famille déjà et qu'on peut aussi l'apporter. »

Toutefois, on peut se demander si dans la phrase **« quel Dieu nous aide à éviter ces maladies ? »** ne se dessine pas l'idée que la contamination est en définitive de la seule décision divine. Le comportement humain et la réalité de la maladie seraient alors mis au second plan puisque selon cette logique Dieu serait celui qui permet la santé ou la maladie.

« Pour moi, la maladie est donnée par Dieu. »

« C'est de la chance (d'être en bonne santé) comme d'avoir de l'argent. »

Les maladies, et en particulier le sida, restent associées à l'idée d'une punition divine.

« Dieu nous a envoyé le sida pour nous punir. Il y a trop de mauvaises choses qui se passent maintenant. Regardez, avant on ne voyait pas de prostituées africaines en France. Mais maintenant, il y en a partout. »

Le dépistage

Le dépistage reste l'objet de nombreuses craintes, liées à des thématiques diverses. Certains mettent en avant l'absence de couverture sociale pour refuser toute perspective de dépistage :

« Vous dites souvent d'aller faire le test, mais comme on n'a pas d'aide médicale comment faire ? Si on a une maladie comme le sida, c'est attendre la mort ! Moi, je ne fais rien tant que je n'ai pas l'aide médicale. »

« Moi, je ne comprends pas du tout, vous dites qu'il faut faire le test pour savoir si on est malade ou pas. Mais si on est malade et que le gouvernement ne veut pas nous donner l'aide médicale, comment allons-nous être traités ensuite ? »

En effet, le dépistage suivi de l'annonce de maladies graves et en particulier du sida reste associé à l'idée d'une mort annoncée. On voit dans ces propos combien la perspective d'une séropositivité HIV conditionne entièrement les perspectives d'avenir. La nécessité de rester en France n'est pas pensée comme la possibilité de se soigner mais comme l'impossibilité de rentrer au pays et d'annoncer une telle nouvelle. C'est donc tout le groupe social qui se trouve impliqué ce qui transparaît dans la mise en avant de la honte.

« Moi, je ferai mon test mais si je suis malade, je ne rentrerai plus dans mon village. »

« Je préfère attendre la mort ici au lieu de faire honnir ma famille dans mon village. »

« C'est vrai que c'est une maladie de la honte pour toute la famille. »

« Le sida est une maladie qui fait honte chez nous les Africains et surtout nous les Soninké. Si la maladie attrape quelqu'un, il ne peut pas le dire parce qu'il va avoir honte et il sera mal vu par les autres. »

« J'ai un cousin qui est mort ici, mais sans qu'on sache de quoi. On a entendu dire que c'était du sida. Sa femme est au village mais elle ne trouve pas de mari parce que les hommes ont peur qu'elle ait attrapé la maladie. » Lorsque l'animateur demande si un test lui a été suggéré, voici la réponse : « c'est notre tort, mais nous avons peur, si on l'emmène faire le test et qu'il se révèle positif, que la situation ne soit plus grave encore. »

La honte semble telle qu'elle suscite des propos paradoxaux : il vaudrait mieux se tuer plutôt que d'être la honte de la famille. **« Moi, j'ai peur de faire le test parce que si les docteurs trouvent que j'ai le sida, je vais me tuer. »**

Se tuer signifierait alors contrôler la mort au lieu de la subir passivement. On peut d'ailleurs se demander si le diagnostic ne rend pas manifeste un déni de la mort jamais datée avec certitude. De plus, la maladie semble précipiter un processus morbide existant de toute façon puisque si la mort est inéluctable ; mais un processus souvent occulté et dénié : c'est quelque chose d'extérieur qui provoque la mort. Cette perspective d'une mort annoncée est tellement anxiogène que surgit un questionnement concernant la validité des préservatifs comme moyen de prévention : **« C'est vrai nous avons tous peur de la mort, mais je voudrais savoir si les capotes sont sûres. »**

A cela s'associe le recours aux étiologies traditionnelles qui viennent donner sens à un vécu de peur, de douleur.

« J'avais mal partout et je croyais que quelqu'un m'avait jeté un sort car plusieurs médecins m'avaient dit qu'ils ne voyaient pas de maladie. Mais quand j'ai fait la radio, on m'a dit que j'avais la maladie des poumons. »

On voit également combien le recours à une volonté divine vient donner sens à un processus de désillusion qui s'achève par l'arrivée d'une maladie. Venus en France pour chercher fortune, ils ont découvert la triste vérité d'une France qui n'est pas l'Eldorado. Obsédés par le désir de faire bonne figure auprès de leur famille restée au pays, ils se sont recroquevillés sur eux-mêmes, sur la violence qu'a représentée cette désillusion. La maladie est alors le dernier chaînon qui mène à une pénible réalité et à la nécessité de renoncer à une vie facile, paradisiaque. Dieu vient donc donner sens et rendre moins pénible l'appréhension de cette réalité.

« Dieu fait que j'ai travaillé en France jusqu'au moment de la retraite. Mais maintenant, je suis malade et je ne peux pas rentrer chez moi. Je ne peux pas non plus faire venir ma famille... »

On assiste également, en réaction, à l'idéalisation de la terre d'origine, qui est présentée comme une terre d'abondance, capable de résoudre tous les maux et serait en définitive, l'ultime refuge.

« Je veux rentrer en Afrique pour voir si je peux trouver les médicaments. »

« Moi, j'ai peur. Toutes ces maladies dont vous nous avez parlé l'autre jour me font peur. Depuis, je ne pense qu'à rentrer dans mon pays. » Réaction qui ne s'explique que par cette idéalisation dans la mesure où ce sont justement des maladies qui ne peuvent être soignées là-bas.

Les modes de transmission des différentes maladies infectieuses

Les modes de contamination de la tuberculose sont plutôt bien appréhendés

« Moi, la maladie des poumons me fait peur parce que c'est une maladie qu'on peut donner facilement aux autres. »

« Nous connaissons bien la tuberculose ; chaque année, les médecins viennent nous passer la radio et quand il y a un malade, on l'envoie à l'hôpital avant qu'il ne contamine les autres. »

« La maladie des poumons est très grave. Quand elle a attrapé quelqu'un dans notre chambre, plusieurs d'entre nous ont été contaminés. »

Le fait que la tuberculose puisse s'étendre à d'autres parties du corps que les poumons est aussi compris **« Moi, j'ai eu la maladie des poumons, le docteur a dit qu'elle était couchée dans mon dos. »**

Le dépistage est certainement compliqué par la confusion qui règne dans l'appréhension de ces différentes maladies (sida, hépatites...). En effet, cette confusion semble liée à plusieurs facteurs :

Le mot virus s'applique à ces deux types de maladies. Or, il a été massivement associé à l'émergence du sida. **« Mon docteur m'a dit que j'avais l'hépatite B., je lui ai demandé ce que c'était et il m'a parlé de virus. En entendant le mot virus, j'ai pensé au sida. »**

Est-ce que le virus de l'hépatite B est comme le virus du sida ? »

Leurs modes de transmission qui se ressemblent et en particulier la transmission sexuelle.

« Je suis malade, mon docteur a parlé de l'hépatite B et C. Je prends les médicaments mais je souffre vraiment moralement car il me dit que l'hépatite B ne peut pas être guérie définitivement et que je peux contaminer ma femme. Je me suis demandé si ce n'était pas le sida. »

« Moi, on m'a dit que l'hépatite C est comme le sida ! »

L'identification de la maladie par la présence du virus dans le sang. En effet, beaucoup des personnes rencontrées recourent à l'expression **« saleté dans le sang »** pour qualifier ces maladies, ce qui vient renforcer la confusion entre hépatites et sida.

« Quand le médecin m'a dit qu'il y avait quelque chose dans mon sang, j'ai eu très peur. Je me suis dit que j'allais mourir car ce devait être le sida que le médecin avait vu dans mon sang. Maintenant, j'ai bien compris que le sida et les hépatites sont des maladies différentes. »

Comme on le voit au fil de ces différents discours, il est réellement important de diffuser des informations qui permettent à ces hommes de comprendre les explications données par leur médecin. **« Moi, le médecin m'a dit que j'ai l'hépatite B mais je n'ai pas compris ce que c'était. Vos explications m'ont beaucoup éclairé et je vous en remercie. »**

Le témoignage des hommes ayant décidé de se faire dépister permet, dans un second temps d'inciter d'autres à le faire. L'information donnée sur ces différentes maladies est donc très importante puisqu'elle conditionne l'accès au dépistage. Ces informations facilitent en outre le lien thérapeutique entre patient et médecin. On voit dans certaines paroles de ces hommes que leur incompréhension de la maladie entraîne de l'inquiétude et une suspicion à l'égard du médecin. **« Je ne comprends pas tout et je me demande si le docteur me dit toute la vérité sur cette maladie (Hépatite). »**

Nous voyons d'ailleurs apparaître des propos beaucoup plus ouverts sur l'idée du dépistage :

« Si je rentre dans mon pays, je vais envoyer ma femme et mes enfants faire le test. »

Le lien avec le pays d'origine, la famille restée là-bas est centrale et intervient pour le dépistage et la prévention **« moi-même je fais attention parce que j'ai peur de la mort. Je suis la sécurité sociale de mes parents. C'est pourquoi je ne veux pas mourir maintenant. »**

L'épidémiologie

Le sida et les hépatites continuent particulièrement à susciter un questionnement sur la situation en Afrique :

« Dites moi, est-ce qu'il y a plus de cas d'hépatite B en Afrique qu'ailleurs dans le monde ? »

« Qu'est-ce qui fait que ces maladies sont plus présentes en Afrique qu'ailleurs ? »

« Moi je trouve qu'on parle beaucoup du sida mais il n'y a pas que le sida. En Afrique, le paludisme tue beaucoup de monde. Pourquoi on ne parle pas de ça aussi ? » On voit d'ailleurs dans cette question une tentative d'évitement d'une maladie difficile à aborder puisqu'elle concerne la sexualité et l'envie de mettre l'accent sur une autre maladie, aussi dévastatrice mais dont il est bien plus facile de parler.

On voit d'ailleurs que ce questionnement sur la situation en Afrique porte parfois un déni de l'existence du sida :

« On dit toujours à la télévision que c'est en Afrique qu'il y a le plus de personnes touchées par le sida. Est-ce que tout cela n'est pas faux ? »

La propreté, l'hygiène

Les spécificités de la tuberculose (importance de la propreté) ont ramené des questions déjà abordées l'an passé, concernant l'hygiène dans le foyer –lieux commun et chambres -. C'est à nouveau la question du partage des tâches en fonction du sexe qui s'est trouvée au premier plan.

« Chez nous, les hommes ne balaient pas, ils ne font pas la cuisine. Mais quand on arrive ici, on nous dit de faire le nettoyage, balayer, faire la cuisine... ce n'est pas facile pour nous. »

« C'est ici que j'ai commencé à faire le balayage, à laver les habits et à faire la cuisine. Au pays, c'est ma mère et mes sœurs qui s'occupent de tout. Moi, tout ce que je faisais c'est de m'occuper des champs avec mon père et mes frères. »

« Depuis que je suis né, c'est seulement en arrivant ici que j'ai vu des hommes faire la cuisine. Chez nous, c'est le travail des femmes. »

En plus des difficultés liées à cette répartition en fonction du sexe, on voit surgir dans ces questions du nettoyage d'autres thématiques telles que les castes, les différences de générations. Ainsi dans les propos de cet homme : **« Mon oncle a eu des problèmes avec moi à cause de la cuisine parce que je ne savais rien préparer. »** on entend la façon dont l'oncle a cherché à éviter des tâches « ingrates » en les assignant à son neveu. Le plus jeune devant le respect à son aîné, il ne peut qu'obtempérer même s'il ne sait rien faire.

De même, on voit que toutes ces activités ménagères, ressenties comme indignes d'un homme se trouvent assignées à ceux qui ne sont pas nobles, et en particulier aux esclaves. Les plus anciens et les nobles faisant porter aux autres la responsabilité de tâches traditionnellement infâmes pour un homme et donc féminisantes.

« Il y en a qui ne veulent pas nettoyer parce qu'ils disent qu'ils sont des hommes et qu'ils sont des nobles. »

Plusieurs points sont à souligner en guise de conclusion :

Le premier concerne l'évolution notée par les animateurs sur la façon dont les résidents de ce foyer s'expriment sur ces différentes maladies. Si durant l'enquête de faisabilité, réalisée il y a trois ans, ils se contentaient d'écouter, disant avoir entendu parler de ces maladies, aujourd'hui, après trois ans de travail, ils prennent la parole et n'hésitent plus à parler de sexualité. Leur parole même a changé, est devenue plus directe avec un besoin moindre de recourir à des métaphores, à des sous-entendus :

« Le sida est venu gêner le plaisir des hommes. Même si l'on veut faire l'amour, on a peur parce qu'on pense au sida. »

« Il y a beaucoup de maladies dans le monde, il faut faire attention. Si le docteur dit qu'il faut faire l'amour avec une capote pour ne pas attraper le sida, il faut l'écouter et faire comme il dit. »

Le sida apparaît comme la figure emblématique des maladies mortelles qui affectent l'être humain non seulement dans sa longévité mais aussi dans ses liens familiaux et sa filiation. Parce que le sida est devenu endémie et a de ce fait été médiatisé, a fait l'objet de nombreuses actions de prévention, comme la nôtre, cette maladie est aujourd'hui bien repérée et sert, en quelque sorte, de mesure étalon à partir de laquelle ils essaient de situer les autres maladies. Toutefois, à la différence du foyer Marc Seguin, on ne note pas de recours à une vision anthropomorphe de ces maladies. Cette vision anthropomorphe, organisée à partir de liens familiaux, permet à certains de situer ces maladies les unes par rapport aux autres.

On peut noter enfin l'intégration du dépistage dans un projet familial. Il s'agit alors de penser la sauvegarde de toute la famille, ici et là-bas, associée à un réel souci de préserver la famille lorsque maladie il y a.

« Comme le docteur m'a dit que j'ai l'hépatite B et que je peux la donner à ma femme et à mes enfants, je ne sais pas quoi faire pour éviter cela. »

« Si je rentre dans mon pays, je vais envoyer ma femme et mes enfants faire le test. »

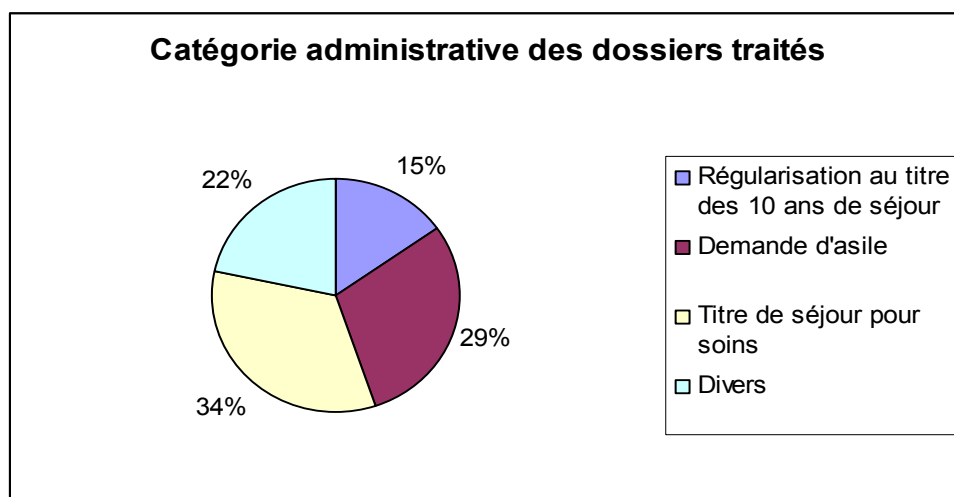
i) La permanence sociale à URACA

En 2004, nous avons reçu 65 résidents du foyer Fontaine au Roi qui sont venus pour une aide administrative. 150 entretiens ont été nécessaires, ce qui correspond à un total approximatif de 155 heures de travail.

L'accueil à l'association suit les mêmes modalités que celles qui ont été décrites pour le foyer fontaine Roi. De nombreuses démarches concernant l'accès aux soins ont abouti en 2004 grâce au travail et à l'accompagnement social effectué par l'équipe.

D'autre part, les résidents sont devenus plus autonomes pour mener à bien leurs démarches et certains n'ont plus besoin de notre aide grâce à l'implication des délégués et d'autres associations telle que « l'autre monde ».

Nous avons traité 28 dossiers d'ouverture d'AME et 37 dossiers administratifs concernant le séjour des étrangers en France répartis comme suit : 8 demandes de régularisation dans le cadre d'un problème de santé, 2 demandes d'Asile, 13 demandes de régularisation dans le cadre de 10 ans de présence sur le territoire, 2 demandes de regroupement familial et 9 demandes diverses, 03 cas de dossiers d'expulsion pour des personnes maintenues dans les centres de détention.



j) Les accompagnements physiques

24 personnes venues à la permanence sociale d'URACA ont ensuite bénéficié d'un accompagnement physique à la Préfecture et/ou dans les services de la sécurité sociale.

k) Les contacts avec les acteurs socio-sanitaires proches du foyer

Nous avons rencontré l'Equipe de Développement Local et l'association « Autre Monde » lors d'une réunion en janvier dans le foyer.

L'EDL a insisté sur l'importance de l'ouverture du foyer vers l'extérieur. Mme Gabrielle Gramont est convaincue que les résidents détiennent des connaissances et des savoir-faire qui seraient profitables à la vie de quartier et elle désire créer des relations entre les résidents et la population du quartier.

Elle nous a fait part de son expérience ratée en 2003, pendant la période d'interruption de nos interventions : En effet, elle a organisé une permanence sociale au sein du foyer pendant toute une journée et aucun résident n'y est venu. Elle a compris que le partenariat avec des associations telles que la notre était indispensable pour mener à bien des actions en direction de ce public.

Il est difficile de mobiliser des associations pour intervenir dans ce foyer ce qui est vivement ressenti par les résidents : *« L'association Autre Monde nous aide à apprendre la langue française ; et URACA vient nous voir pour nous aider ; mais les autres associations viennent jamais nous voir ».*

Pour co-animer nos ateliers de prévention, nous invité le médecin libéral le plus proche pour discuter avec les résidents, le celui-ci semblait très enthousiaste mais finalement il n'as pas pu honorer le rendez-vous.

l) La participation des résidents à des actions organisées à l'intérieur et à l'extérieur du foyer

En 2004, l'équipe a proposé aux résidents du foyer de participer à la fête du quartier organisé par la mairie qui se déroule au mois d'août, 10 résidents seulement y sont venus. La raison invoquée par les résidents est leur ressenti de ne pas appartenir au quartier puisque aucune institution ou organisme ne vient les voir hormis URACA et Autre monde.

D. Difficultés rencontrées

Certaines difficultés sont propres aux réalités de la vie dans les foyers. Il s'agit en particulier de l'inertie des délégués. La grande précarité de nombre de personnes vivant dans les foyers conduits ceux-ci à adopter des stratégies de survie. Tant que leur situation n'est pas améliorée, aucun autre projet ne peut les intéresser. Cela explique l'importance du travail social qui a été réalisé en 2002. En 2003, nous avons passé moins de temps à la permanence sociale pour nous pencher davantage sur la sensibilisation aux pathologies, la propreté et l'hygiène.

Cependant ces problématiques ne sont jamais abordées spontanément par les résidents qui se soucient en premier lieu de leur situation administrative, et professionnelle. Même si certains ont des pathologies graves, ils parlent très difficilement de leur situation. L'équipe d'Uracà doit donc composer avec ces préoccupations et trouver des moments propices pour diffuser des messages de prévention adaptés à cette population originaire d'Afrique de l'ouest.

Les premières années, peu d'associations de quartier étaient intéressées par ce public et les services institutionnels, souvent débordés, étaient également souvent difficilement mobilisables. Il est important de noter en 2003 une amélioration du partenariat avec les différents organismes présents dans le quartier qui se sont mobilisés davantage.

E. Evaluation

Il s'agit là de l'évaluation terminale qui était prévue après 3 ans d'intervention dans chacun des deux foyers. Celle-ci est de fait insatisfaisante puisque pour le foyer Marc Seguin, elle couvre 2 ans et demi d'intervention, dont le dernier semestre réalisé sans soutien financier, quant à Fontaine aux Rois elle couvre également 2 ans et demi avec une interruption de l'action en 2003. De plus les objectifs formulés dans l'appel à projets ont changé au fil des ans, il est donc impossible de réaliser une véritable évaluation cohérente.

Néanmoins, nous reprendrons ici le projet tel qu'il avait été conçu au départ et accepté lors du premier appel à projets en 2001. En effet, ces objectifs sont ceux qui nous paraissent les plus pertinents et proches des interventions que nous souhaitons réaliser à savoir: faire de la prévention globale, associer accès aux soins et éducation pour la santé, travailler à l'ouverture du foyer sur l'extérieur, réaliser un travail en profondeur.

1. Evaluation quantitative

Un tableau destiné à mettre en évidence l'évolution de l'action sur 3 ans avait été proposé depuis le début de la mise en place de l'action en 2002. Nous avons maintenant un recul de deux années.

Tableau récapitulatif de l'action au foyer Marc Seguin

	2002	2003	2004
Nombre de visites et de discussions organisées dans les chambres	47	77	48
Nombre de personnes touchées par la prévention	350	413	508
Nombre d'entretiens réalisés à la permanence sociale	1099	390	250
Nombre de personnes reçues à l'accueil social	197	101	84
Nombre de personnes ayant obtenu un accès aux soins	150	16	20
Nombre de situations concernant le droit au séjour réglé	24	15	5
Nombre de personnes ayant demandé un titre de séjour pour soins après avoir effectué un dépistage	12	35	15
Nombre total de résidents ayant été aidés	201	101	84
Nombre de résidents dépistés et orientés pour une prise en charge psychologique	7	0	8
Nombre de résidents aidés dans leurs démarches de soins	201	52	16
Nombre d'accompagnements réalisés	37	25	20
Nombre de professionnels médico-sociaux contactés	19	21	26
Nombre de structures institutionnelles ou associatives contactées	3	9	34
Nombre de professionnels total inclus dans l'action	8	18	19
Nombre de structures institutionnelles ou associatives incluses dans l'action	3	7	9
Nombre de professionnels venus dans le foyer	0	4	8
Nombre de résidents ayant participé à des actions hors du foyer	30	61	48
Nombre de rencontres organisées dans le foyer auxquelles des acteurs médico-sociaux auront participé	0	2	2
Nombre de rencontres organisées à l'extérieur du foyer auxquelles des résidents auront participé	0	2	4
Nombre d'ateliers de discussion entre résidents et acteurs locaux organisés	0	1	3

Tableau récapitulatif de l'action au foyer Fontaine au Roi

	2002	2003	2004
Nombre de visites et de discussions organisées dans les chambres	43	25	53
Nombre de personnes touchées par la prévention	250	180	450
Nombre d'entretiens réalisés à la permanence sociale	982	210	150
Nombre de personnes reçues à l'accueil social	202	69	65
Nombre de personnes ayant obtenu un accès aux soins	120	3	28
Nombre de situations concernant le droit au séjour réglées	33	12	14
Nombre de personnes ayant demandé un titre de séjour pour soins après avoir effectué un dépistage	18	22	8
Nombre total de résidents ayant été aidés	202	180	65
Nombre de résidents dépistés et orientés pour une prise en charge psychologique	7	0	13
Nombre de résidents aidés dans leurs démarches de soins	120	30	41
Nombre d'accompagnements réalisés	31	71	24
Nombre de professionnels médico-sociaux contactés	22	12	14
Nombre de structures institutionnelles ou associatives contactées	6	4	10
Nombre de professionnels total inclus dans l'action	8	6	7
Nombre de structures institutionnelles ou associatives incluses dans l'action	2	2	3
Nombre de professionnels venus dans le foyer	10	4	5
Nombre de résidents ayant participé à des actions hors du foyer	25	0	10
Nombre de rencontres organisées dans le foyer auxquelles des acteurs médico-sociaux auront participé	1	0	3
Nombre de rencontres organisées à l'extérieur du foyer auxquelles des résidents auront participé	1	0	1
Nombre d'ateliers de discussion entre résidents et acteurs locaux organisés	0	0	1

2. Acceptabilité et impact de l'action d'URACA

Rappelons la difficulté initiale d'intervenir au sein de ces deux foyers et l'échec des actions entreprises par d'autres organismes, notamment les deux équipes de développement social des quartiers Marc Seguin et Fontaine aux rois qui avaient organisé des permanences sociales sans succès.

La méthodologie communautaire d'URACA s'appuyant sur les pratiques culturelles propres aux résidents réalisées par des médiateurs a rendu possible l'action. Les visites de chambre en chambre, demandent un grand investissement en temps, mais elles ont permis d'inclure environ 80% des résidents de ces foyers, le reste des personnes incluses étant les visiteurs présents lors des ateliers-palabres, ce qui est un résultat impossible à obtenir avec tout autre mode d'intervention.

Par contre, la contrepartie est un investissement très important en temps et en énergie de la part de l'équipe d'intervention.

Le deuxième aspect indispensable à l'acceptabilité des interventions est la prise en compte des préoccupations premières des résidents, en particulier les difficultés d'ordre administratif. En effet, c'est seulement une fois cette thématique abordée que les autres sujets peuvent être traités avec l'adhésion des résidents.

3. Analyse des résultats:

L'objectif général était la prévention sanitaire et sociale globale dans ces deux foyers.

Le contenu des actions mises en place a effectivement répondu à cet objectif associant santé et social. Le travail prévu correspond à trois grands sous-chapitres.

Il faut signaler une différence entre les deux foyers: celui de Marc Seguin est très encadré, des travaux de rénovation ont été entrepris au cours de ces 3 ans, alors que le foyer Fontaine aux Rois est quasiment laissé à l'abandon, la cuisine commune est particulièrement dégradée et pose de réels problèmes d'hygiène. D'ailleurs sa population que nous avions estimée à 300 personnes atteint probablement plus de 450 personnes aujourd'hui, les gens dormant dans les couloirs et dans tous les espaces possibles.

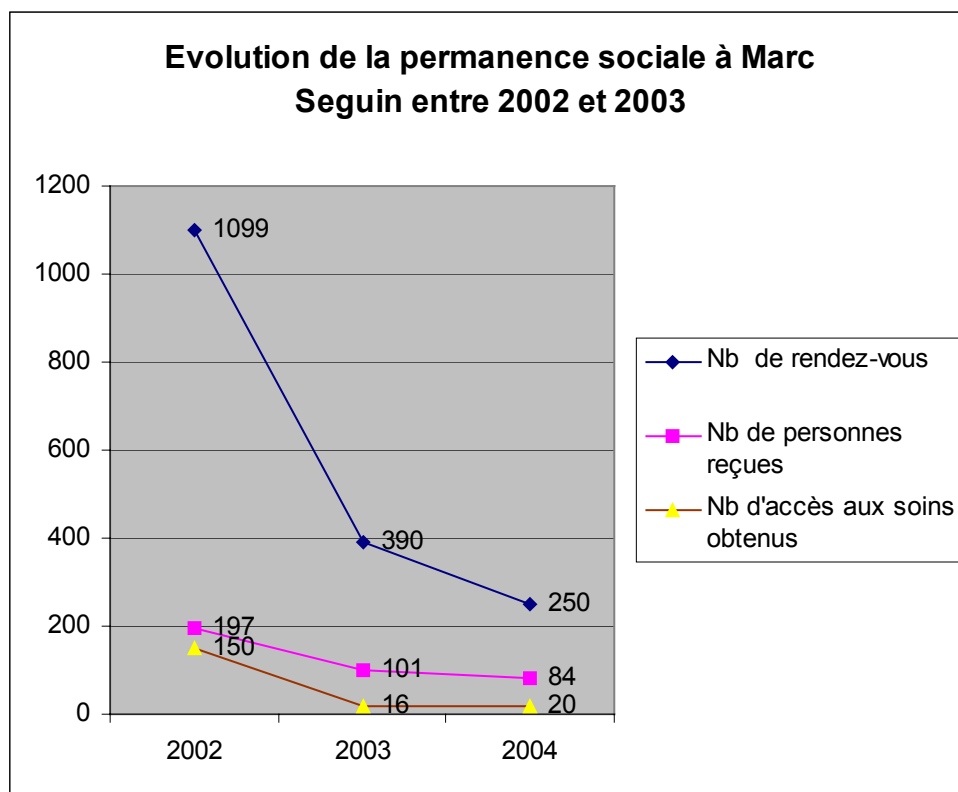
a) L'accueil social et l'accès aux soins

Plusieurs objectifs initiaux correspondent à cet objectif:

- Organiser une permanence d'accueil et d'orientation socio-sanitaire,
- Travailler de façon systématique à permettre l'accès aux soins,
- Réaliser des actions de médiation à la demande en cas de conflit entre un résident et un professionnel médico-social, une institution, sa famille, etc.
- Dépister les résidents qui nécessitent un appui ethnopsychiatriques (sinistrose, somatisations graves, dislocations familiales...) et leur proposer la consultation mise en place à URACA, ou les orienter vers d'autres équipes.

La méthodologie initiale imaginée était une permanence sociale réalisée au sein des foyers, nous avons vite modifié cette stratégie qui n'était pas pertinente et nous l'avons remplacée par un accueil social à URACA. Les résultats de cet aspect de notre action sont spectaculaires.

En effet, nous voyons très nettement l'impact du travail réalisé en analysant le tableau d'évaluation du foyer Marc Seguin:



L'essentiel du travail a été réalisé lors de la première année d'intervention, en 2002 un tiers des résidents ont ainsi obtenu leur accès aux soins, et la moitié des résidents ont été reçus à l'accueil social. L'investissement en temps de travail a été considérable puisque plus de 1000 rendez-vous ont été réalisés.

Au cours des deux années suivantes, l'équipe a simplement traité les dossiers des nouveaux arrivants ou s'est occupé des renouvellement qui posaient problèmes, mais ayant poursuivi les séances de prévention collectifs, ils ont pu informer les résidents des changements administratifs (notamment pour l'obtention de l'AME) et malgré les complications introduites, le travail n'a pas été alourdi.

La courbe concernant le foyer Fontaine aux rois est comparable à celle de Marc Seguin.

Comme l'avait montré l'enquête de faisabilité les difficultés administratives étaient la préoccupation principale des résidents, nous y avons répondu, par contre l'accès aux soins n'était pas mentionnée car n'étant pas identifiée à un droit. C'est donc uniquement par une démarche volontariste de notre part que chacun a obtenu un accès aux soins et que l'information a été donnée et entendue sur ce droit à la santé. En fin d'intervention, les résidents ayant perdu leur couverture sociale sont venus d'eux-mêmes nous solliciter pour que nous les aidions à la récupérer. L'attitude face aux soins et à la santé avait donc complètement changé en 3 ans.

Des accompagnements ont été nécessaires dans certains cas pour faire valoir les droits des résidents, et l'accueil dans les institutions a parfois été très difficile, en particulier à la préfecture et lorsque les personnes avaient des problèmes de santé. Face au durcissement de la législation concernant le droit au séjour il est à prévoir que les difficultés administratives, sociales et d'accès aux soins se dégradent progressivement au fil du temps après l'interruption de nos interventions.

Nous avions prévu de faire des médiations, celles-ci ont été très peu nombreuses dans chacun des deux foyers et ceci probablement pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les accompagnements mis en place ont souvent suffi à dénouer des situations conflictuelles, d'autre part, les résidents continuent à vivre entre eux dans un milieu "protégé" et se confrontent peu à l'extérieur. Le réseau d'entraide familial et communautaire est très fort et les résidents trouvent en général des appuis entre eux. D'autant que c'est souvent un frère qui présente la personne à un employeur ou à un professionnel, le lien est donc établi dès le départ.

De même nous avions prévu de dépister les décompensation ethnopsychiatriques lorsque l'équipe rencontrerait des résidents en souffrance, 15 situations ont été dépistées et orientées à Marc Seguin et 20 à Fontaine aux Rois.

b) L'éducation pour la santé

- Participer aux campagnes de santé publique et de dépistage (HIV, hépatites, MST, tuberculose, vaccins, etc.)
- Animer des discussions à thèmes ouverts permettant aux communautés africaines et aux professionnels médico-sociaux de s'exprimer et d'échanger librement leurs points de vue et leurs difficultés,
- Aider les résidents à comprendre la logique sanitaire et médicale afin de leur permettre d'accepter les traitements et les suivis médicaux qui leur sont proposés.

L'éducation pour la santé a accompagné les interventions dès la mise en place de l'action, mais au cours de la première année, les problématiques administratives ont mobilisé prioritairement l'énergie et le temps de l'équipe. Par contre à partir de la deuxième année d'intervention, le bénéfice du travail social accompli au cours de la première année a permis pleinement à l'équipe de s'investir sur ce volet de l'action.

Ainsi, le nombre d'ateliers de discussion est passé à Marc Seguin de 47 en 2002 à 77 en 2003 et à 48 pour le premier semestre 2004. Les interventions à Fontaine aux rois ont considérablement pâti de l'interruption d'un semestre en 2003, le nombre de visites passant de 43 en 2002 à 25 en 2003 pour atteindre 53 en 2004.

En 2002, les discussions collectives suivant les préoccupations mises en avant par les résidents ont avant tout porté sur les questions d'ordre administratif et les conditions de vie dans le foyer, c'est uniquement après avoir permis aux résidents de s'exprimer que notre équipe a introduit les thèmes d'éducation pour la santé. En 2003, l'objectif principal a été la sensibilisation sur les pathologies et le dispositif de soins. La principale pathologie sur laquelle ont porté les ateliers est le VIH. En 2004, les interventions se sont approfondies et étendues à d'autres pathologies.

Nous avons un outil privilégié d'évaluation de ces ateliers de prévention: en effet, nous pouvons dans ce cadre évaluer le retentissement de notre incitation au **dépistage du HIV**. En effet, les résidents ayant pratiqué un dépistage ou un bilan de santé à la suite de nos interventions, reviennent nous trouver pour que les aidions à obtenir un titre de séjour pour soins. Nous revoyons donc les résidents chez lesquels une pathologie a été trouvée (majoritairement, hépatite B, VIH, hépatite C et tuberculose).

Au foyer Marc Seguin, en 3 ans, 62 résidents ont été dépistés pour une pathologie donnée si l'on évalue à environ 450 le nombre de résidents officiels ou non dans ce foyer, cela correspond à un taux de **13.7%**. A Fontaine aux Rois, le nombre est de 48 personnes, mais le nombre de résidents a considérablement augmenté en 3 ans, ce qui rend le calcul d'un pourcentage approximatif mais que l'on peut évaluer à **13%** également en faisant une moyenne. Le nombre total de personnes ayant effectivement effectué un dépistage est donc beaucoup plus important puisqu'il ne s'agit là que des résultats positifs des dépistages.

On peut aussi constater l'impact de ces séances de prévention lorsque l'on constate que les modes de transmission du VIH sont devenus "la norme" à partir de laquelle les résidents essaient d'appréhender les autres pathologies, cela signifie qu'ils ont parfaitement intégré les informations données sur le VIH. Il est intéressant de constater que les réactions psychologiques de peur et de défense sont exprimées et reprises par le groupe et l'équipe d'URACA, permettant peu à peu d'arriver à les dépasser. De même les réactions du groupe face à un malade sont dites, la honte, le dégoût, la culpabilité, l'angoisse, sont avouées et permettent à la discussion de toucher les participants en profondeur et de contribuer à faire évoluer les comportements. C'est sans doute grâce à cela que de nombreux résidents ont réussi à faire la démarche d'aller pratiquer le dépistage. Ces ateliers s'appuyant à la fois sur les cultures africaines et sur l'information médicale permettent de faire un lien entre les deux systèmes interprétatifs: d'accord le sida est causée par un virus mais cela n'exclue pas une intervention du monde invisible, l'essentiel étant de se soigner et de protéger sa famille.

Bien souvent les sujets de conflit rencontrés dans les médiations hospitalières ressortent des questionnements des résidents: les prises de sang, les dépistages à l'insu, la méfiance vis-à-vis du monde médical, etc. Ces discussions permettront ensuite à ces mêmes résidents de mieux percevoir les démarches de soins lorsqu'ils y seront confrontés. Ainsi, la venue de médecins hospitaliers au sein du foyer est une réussite obtenue au cours de la troisième année d'intervention. Ceux-ci ont été très bien accueillis et leurs interventions ont intéressé les résidents qui leur ont posé beaucoup de questions. L'institution hospitalière a été vécue comme plus proche d'eux et par la suite, les résidents n'ont pas hésité à aller prendre des rendez-vous de consultation.

Par contre si le VIH, les IST et la tuberculose semblent en général bien comprises, les hépatites posent plus de problèmes et il est probable que d'autres interventions seraient nécessaires pour que ces pathologies soient bien comprises.

c) L'ouverture du foyer sur l'extérieur

Initialement les objectifs avaient été déclinés ainsi:

- Faciliter les rencontres et les échanges entre les résidents et les acteurs locaux,
- Intervenir en partenariat avec les autres institutions ou associations du quartier afin d'aider à une meilleure adéquation entre les services offerts et les besoins des résidents,
- Répondre aux demandes de partenariat d'autres institutions ou organismes pour améliorer la réflexion sur les problématiques liées à la vie des résidents et aider les professionnels dans leur exercice quotidien.
- Former progressivement les professionnels socio-sanitaires aux représentations de la santé, de la maladie et du soin dans les cultures africaines

Il s'agissait là des l'objectifs les plus ambitieux du projet. En effet, comme l'avait montré l'enquête de faisabilité, les deux foyers étaient des univers clos, repliés sur eux-même n'ayant quasiment que des rapports conflictuels avec le monde extérieur et le voisinage. Les intervenants extérieurs avaient des stratégies d'intervention totalement inadaptées et vouées à l'échec.

Il a fallu vaincre peu à peu la méfiance des résidents, susciter l'intérêt et la compréhension des professionnels du secteur, collaborer à des réunions et des actions communes, dépasser les entraves institutionnelles. Cet objectif ne peut être atteint que sur une durée beaucoup plus importante, mais on peut voir que 3 ans d'intervention donnent déjà des résultats notables.

Il faut souligner là l'engagement des équipes de développement local qui se sont montrées très intéressées et parties prenantes de cette démarche. Elles se sont beaucoup investies pour mobiliser les autres partenaires sur l'intérêt d'intervenir auprès de ce public spécifique. Malheureusement, chaque changement d'équipe entraîne un redémarrage du partenariat presque à la phase initiale (ce qui a été le cas pour les deux foyers).

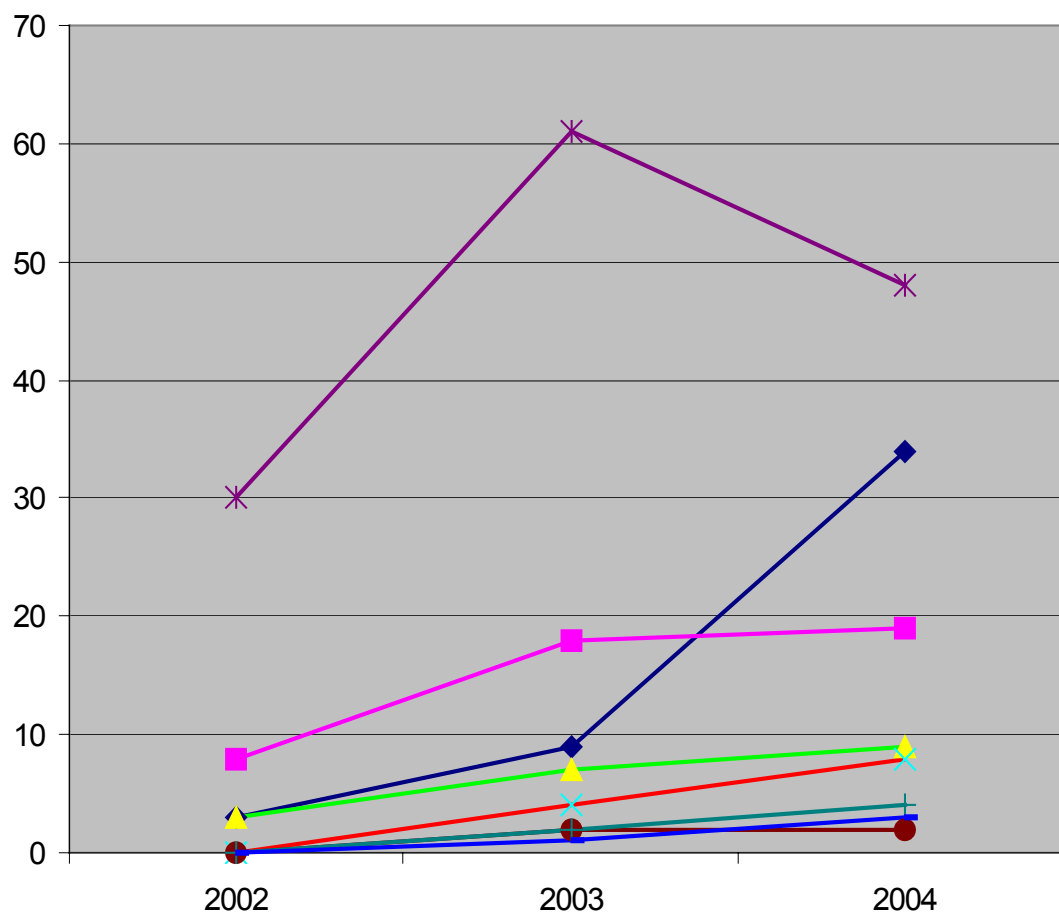
Les résultats à Fontaine aux Rois sont moins bons qu'à Marc Seguin pour plusieurs raisons:

- l'interruption de notre action en plein milieu de celle-ci
- le quasi abandon de ce foyer par le gestionnaire
- la population culturellement très fermée de ce foyer encore plus hermétique en raison du sentiment d'être abandonnés.

A la fin 2004, nous sommes sollicités par les équipes locales afin de poursuivre notre partenariat, en particulier en ce qui concerne le foyer Marc Seguin, mais malheureusement, sans soutien financier nous ne pouvons pas répondre favorablement à cette demande. Or l'ouverture du foyer sur l'extérieur ne peut se faire réellement sans un médiateur comme notre association.

L'analyse des courbes montrant l'évolution des critères d'ouverture du foyer Marc Seguin vers l'extérieur montre que celles-ci sont toutes croissantes, sauf en ce qui concerne le nombre de résidents ayant participé à des réunions à l'extérieur qui a chuté dès que nous avons interrompu notre action, et qui n'est donc comptabilisée que sur un semestre. Les autres courbes auraient sans doute cru également beaucoup plus en 2004 si l'action avait pu être menée tout au long de l'année.

Evolution des critères liés à l'ouverture du foyer vers l'extérieur entre 2002 et 2004



- ◆ Nb de structures institutionnelles ou associatives contactées
- Nb de professionnels total inclus dans l'action
- ▲ Nb de structures institutionnelles ou associatives incluses dans l'action
- × Nb de professionnels venus dans le foyer
- * Nb de résidents ayant participé à des actions hors du foyer
- Nb de rencontres dans le foyer avec des acteurs médico-sociaux

4. Difficultés rencontrées

Il importe de noter que nous n'avons rencontré aucune difficulté à intervenir auprès des résidents et à mener à bien les actions que nous avons envisagées auprès d'eux.

Les difficultés rencontrées ont toutes trouvé leur source dans le fonctionnement institutionnel.

En effet, les modifications annuelles de l'appel à projet et du fonctionnement de celui-ci ont été les entraves principales au bon déroulement de l'action. Alors que notre action avait été acceptée par la DRASS et la CRAMIF en 2001 sur ces deux foyers avec un projet prévu pour 3 ans, dès la deuxième année, l'un des foyers ne figure plus sur la liste des foyers prioritaires et aucune possibilité de discussion ou de négociation n'est offerte dans le cadre du FNPEIS pour poursuivre l'action. Il est intéressant de noter que cette liste a été établie après consultation des organismes gestionnaires des foyers et que c'est justement le foyer qui est totalement désinvesti par eux qui a disparu de la liste.

De plus, en cours de route l'objectif d'une prévention globale a été ouvertement abandonné au profit d'un découpage d'actions par foyers ainsi, on ne peut plus s'occuper d'accès aux soins, si l'on fait de l'éducation pour la santé...

Fort de notre expérience de 15 ans d'interventions au sein des foyers nous connaissons toutes les rivalités internes et les conflits qui opposent les groupes de résidents entre eux, les délégués et les résidents, les gérants et les résidents, les organismes gestionnaires, les délégués et les résidents, etc. Nous savons donc que pour qu'une intervention fonctionne, il faut directement intervenir auprès des résidents. Si l'on tente la voie hiérarchique officielle en descendant de l'organisme gestionnaire, pour ensuite contacter et chercher l'aval des gérants, puis des délégués pour enfin atteindre les résidents, l'intervention est noyée avant même d'être commencée.

Or, afin de mieux contrôler les interventions au sein des foyers, le FNPEIS a imposé de signer des conventions avec les organismes gestionnaires avant d'engager toute forme d'intervention. Cet aspect administratif qui aurait dû être quasiment instantané nous a demandé plusieurs mois. Ainsi, alors que la DASS nous avait octroyé à la mi année 2003 une subvention exceptionnelle pour que nous ne poursuivions notre action à Fontaine aux rois, la Sonacotra ne nous a officiellement donné son feu vert que plusieurs mois plus tard, c'est pourquoi l'action n'a pu être reprise qu'en 2004.

De même, gérants et délégués sont d'un accès difficile et sont souvent de peu d'aide pour mener des actions au sein du foyer.

F. Conclusion

Ces trois années d'action dans les foyers Marc Seguin et Fontaine aux rois ont eu des résultats très positifs malgré un parcours semé d'embûches. Nous pensons que des actions de ce type sont tout à fait nécessaires, mais celles-ci pour être utiles doivent être globales (ne dissociant pas accès aux droits et éducation pour la santé), doivent obligatoirement répondre aux préoccupations des résidents pour obtenir de bons résultats, doivent être conçues dans la durée (au moins 3 ans), et doivent être des actions menées en profondeur et non du saupoudrage.

Nous ignorons les raisons pour lesquelles nous n'avons pas été retenus en 2004 par le FNPEIS. Mais nous n'avons pas répondu à l'appel d'offres en 2005 car il ne correspondait pas aux critères fondamentaux cités ci-dessus à savoir: la globalité de l'intervention, l'action en profondeur et suffisamment prolongée dans le temps.

X. RENCONTRES D'ETHNOMÉDECINE POUR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS AU COUNSELLING DES MALADES DU SIDA ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

A. Introduction :

Depuis 1994 l'URACA a mis en place une démarche originale qui consiste en la réalisation de consultations d'ethnomédecine. Celles-ci ont lieu dans l'enceinte de l'hôpital et associent l'équipe hospitalière la plus large possible, une équipe des tradipraticiens et l'équipe ethnopsychiatrique d'URACA. Chaque équipe hospitalière choisit de proposer ces consultations mixtes à quelques patients pour lesquels ils s'estiment démunis ou en échec : **refus des traitements ou du diagnostic, conflits avec l'équipe, dépression ou angoisse majeure, somatisations inexplicables, etc..**

Cette démarche oblige l'équipe hospitalière à s'extraire pour un temps de son hyper technicité pour s'ouvrir à un univers qui lui est à priori totalement étranger : celui de son patient, de son histoire, de sa culture, de ses représentations. Cette action profite à la fois aux professionnels qui se forment peu à peu au fil des ans, mais aussi et surtout aux patients qui leur posaient des problèmes de suivi.

Cette action a toujours été difficile à mettre en place car elle requiert un ensemble de conditions indispensables:

- * Tout d'abord l'obtention de moyens financiers suffisants, en effet, il faut pouvoir faire venir les guérisseurs, les loger, les nourrir pendant leur séjour, ce qui correspond à un budget incompressible qui est assez difficile à obtenir. Ainsi, en 2003, nous n'avions pas réussi à avoir de financement, l'action n'avait pas été menée, par contre en 2004 nous avons pu renouveler l'expérience grâce, en particulier, au soutien de la DASS.

- * Nous devons pouvoir nous appuyer sur des professionnels-relais à l'intérieur des services hospitaliers qui se chargent d'expliquer l'action à leur équipe et facilitent la mise en place de l'action.

- * Il faut également que les chefs de services concernés acceptent de libérer pour un temps les équipes soignantes afin de leur permettre de participer aux rencontres et aux consultations, ce qui est de plus en plus difficile compte-tenu des problèmes de personnel à l'intérieur de l'hôpital.

La DASS qui a contribué à financer l'action en 2004 nous a demandé d'orienter l'action plus particulièrement sur la formation des professionnels et des équipes associatives concernées par le public africain touché par le VIH, c'est ce que nous nous sommes efforcés de réaliser.



B. Les rencontres d'ethnomédecine en 2004

1. Organisation de l'action :

En 2004, deux tradipraticiens sont venus en France du 31 Mai au 16 juillet. L'un d'eux était dendi du nord Bénin et l'autre haoussa du Niger.

L'équipe est restée 6 semaines. Leur planning a associé:

* Des consultations mixtes dans les hôpitaux

* Des consultations mixtes à URACA

* Des réunions de formation des équipes spécialisées dans le suivi du VIH.

2. Professionnels ayant bénéficié de l'action en 2004:

Au total, 154 professionnels auront participé aux rencontres d'ethnomédecine en 2004 et aux formations dans le cadre de l'ethnomédecine.

Tableau récapitulatif

Nom/Structure	Fonction	Nombre
Hôpital Tenon		
Faure	psychologue	1
Mylène	Infirmière soins à domicile	1
Michelle	Infirmière soins à domicile	1
	Interne en néphrologie	1
D'Alva	Surveillante en pneumologie	1
Chapelet	interne maladies infectieuses	1
Total		6
Hôpital Croix Saint Simon		
	infirmières du SSIAD ayant participé aux consultations et à la rencontre débat	2
	infirmières ayant participé à la rencontre-débat	4
	responsable	1
Total		7
Hôpital Saint Louis		
Lascoux-combe	Médecin	1
Taulera	Médecin	1
Pintado	Médecin	1
Bourgarit	Médecin	1
Delgado	Médecin	1
Total		5
Uraca		
Giannotti	Médecin	1
Guittonneau	Psychologue	1
Diakhite	Médiatrice	1
Diarra	Médiateur	1
Macalou	Médiateur	1
Charlet	Coordinatrice	1
	Stagiaire psychologue	1
	Stagiaire psychologue	1
Total		8

Arcat		
	Equipe d'Arcat	6
Total		6
AIDES		
	Ensemble des bénévoles des diverses permanences hospitalières	26
Total		26
FMC action		
	Participants médecins généralistes	25
	Organisateurs	5
	Evaluateur OGC	1
Total		31
ISFI Ste Anne		
	élèves infirmières	25
	Formatrice	1
Total		26
Maison du Bénin		
Lemseffer	ODII respnsable santé migrants/psychologue	1
Geoffroy	Chrétiens et sida	1
Banguid	Centre de santé	1
Dia	Médiateur	1
Koné	CHU Grenoble	1
Ryaira	Chrétiens et sida	1
Ortolland	Bénévole	1
Santos	AIDES	1
Batcho (Mr)	Maison du Bénin	1
Kerfa	Stagiaire	1
Batcho (Mme)	Maison du Bénin	1
Dubois	AIDES	1
Cleyet Marel	AIDES	1
Longchamps	Infirmière	1
Rolland	Agent hospitalier	1
Dupont	Amicale du Nid	1
Allemand	CMP	1
Total		17
Centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier		
	infirmières	8
	aides soignantes	4
	manipulateurs radio	2
	technicien de laboratoire	1
	cadre infirmier	1
	éducatrice de jeunes enfants	1
	diététicienne	1
	psychomotricien	1
	assistantes sociales	2
	Directrice d'école de sage-femmes	1
Total		22
Total Général		154

3. Patients ayant bénéficié des consultations d'ethnomédecine en 2004

Age	sexe	Pays	Problématique	Lieu	Nb de consultations
47	M	Sénégal	Pense soigner sa maladie de façon traditionnelle africaine	Dr Taulera	1
34	M	Côte d'Ivoire	Pb d'observance	Tenon	1
40	M	RDC	Conflit familial autour d'un héritage, difficultés d'observance	Tenon	1
48	M	Mali	HIV+, observance difficile	St Louis	2
45	M	Côte d'Ivoire	Non observance	St Louis	2
36	F	Sénégal	HIV+ questionnement/traitement en lien avec une grossesse	St Louis	2
28	F	Côte d'Ivoire	Conflits familiaux	St Louis	2
37	F	Côte d'Ivoire	Ablation du sein suite à un cancer, hépatite B, HIV+.	St Louis	2
29	F	Côte d'Ivoire	HIV+, interrogations / traitement / annonce à son mari	St Louis	2
48	M	Côte d'Ivoire	Conflit conjugal suite à l'annonce de la séropositivité	Tenon	2
29	F	Côte d'Ivoire	Pb d'observance et conflit conjugal	Tenon	2
38	M	Mali	Refus de traitement	Tenon	2
38	F/ M	Mali	HIV+, refus du traitement	Tenon	2
28	F	Côte d'Ivoire	Infection HIV+ et grossesse	Tenon	2
45	M	Mali	refus du diagnostic entraînant des difficultés d'observance	Tenon	2
35	M	Cameroun	Etiologie traditionnelle, travail psychologique pour faire cohabiter les deux systèmes interprétatifs de la maladie	Tenon	2
56	M	Mali	Famille polygame, mari et femmes HIV+	Tenon et Saint Louis	2
32	F	Mali	Refus du diagnostic HIV +	U	2
36	F	Côte d'Ivoire	Délire de persécution sur un thème de possession suite à la mort de son mari du HIV	U	2
35	M	Mali	Délire et mise en doute du diagnostic	St Louis	3
31	M	Mali	Délire de persécution sur le thème de la maladie, non observance	St Louis	3
47	F	Cap Vert	Diabète, HIV +, désir de maternité	St Louis	3

Au total, 22 patients séropositifs ont pu bénéficier de 44 consultations d'ethnomédecine en 2004.

C. Déroulement des consultations d'ethnomédecine

1. Organisation des consultations mixtes:

Chaque équipe choisit de proposer ces consultations mixtes à quelques patients pour lesquels ils s'estiment démunis (refus des traitements ou du diagnostic, conflits avec l'équipe, symptômes psychiatriques divers, somatisations inexplicables, etc.). Les consultations ont lieu dans l'enceinte de l'hôpital et associent l'équipe hospitalière la plus large possible, l'équipe des tradipraticiens et celle de l'équipe ethnopsychiatrique d'URACA.

Un même patient est vu au moins deux fois afin de permettre au travail psychique de s'effectuer. Le médecin référent du patient le présente et explique sa difficulté. Une fois le patient entré, la consultation se fait alors à l'africaine sous la conduite du Dr Maman et des tradipraticiens faisant participer l'équipe hospitalière à des moments opportuns. C'est une véritable immersion dans un bain culturel africain pour les professionnels. Après la consultation, une discussion entre les équipes permet d'apporter d'autres éléments aux participants.

Pour privilégier la dimension formation, nous avons cette année encore, choisi de restreindre le nombre de consultations. En effet, c'est à cette seule condition que le temps d'échange après la consultation peut être préservé et suffisamment interactif pour répondre aux questions que se posent les professionnels, leur donner un éclairage qui leur soit profitable.

Nous avons donc dissocié les consultations en deux parties :

Les consultations menées dans le service hospitalier et destinées à la formation des équipes. Nous avons suivi un ou deux patients par service et programmé pour ceux-ci trois consultations (d'une durée d'une heure environ) à une semaine d'intervalle. Les consultations menées à URACA nous ont permis de recevoir les autres patients que le service souhaitait faire bénéficier de ces consultations. Elles se sont faites avec la participation d'au moins un membre de l'équipe hospitalière concernée.

2. Contenu des consultations :

Ce bain dans la culture des patients africains, offre la possibilité d'accéder à leurs représentations, de comprendre que la notion de maladie est liée à celle d'une rupture d'équilibre entre les membres de la famille, le monde visible et le monde invisible, et plus loin encore dans celui de l'univers. Ces conceptions bien éloignées du cadre technique thérapeutique occidental ne sont pas opposées mais complémentaires ; chacun des deux univers offre un certain type de réponse qui, si l'on respecte leur co-existence donne au patient migrant une réponse globale qui l'aide à faire face à la réalité du sida.

Ces rencontres changent également le regard des professionnels sur le monde africain. En effet, cela les contraint à sortir des idées reçues associant commisération, paternalisme et dévalorisation, pour les amener à un questionnement sur leur propre pratique, leurs propres représentations de la maladie et du soin, et leur montre que les cultures africaines possèdent un authentique savoir-faire qui améliore les prises en charge de leurs patients et dont ils ignoraient jusqu'à l'existence.

3. Exemples de consultations :

a) Extraits de la consultation de Mme X, hôpital Saint-Louis :

Consultation du 17 Juin:

Problématique : Il s'agit d'une patiente HIV +, souffrant également d'une hépatite B, et d'un cancer du sein dont a été opérée du sein très récemment. Elle est une femme moderne. Elle ne parle pas trop à son mari, ni à ses enfants ; elle est seule pour gérer sa maladie. Claire la suit depuis un an. Elle est arrivée en France à l'âge de 15 ans. Elle ne connaît pas la médecine traditionnelle, mais elle ne veut pas voir de psychologue et accepte de rencontrer les tradipraticiens.

- Dr Maman : *Qu'est ce qu'on peut faire pour vous ?*
- Mme X : *Je voudrais la santé, ce serait bien./.../ Il faut prier pour moi.*
- Dr Maman : *Mais quelles prières ?*
- Mme X : *Le pire ennemi de l'homme, c'est la maladie. J'ai déjà plusieurs maladies. Il faut prier pour que je n'en aie pas d'autre.*
- Les Guérisseurs : *On peut tomber malade très longtemps mais il peut y avoir un moment où la santé arrive petit à petit ; et à ce moment là, on peut oublier ce qui s'est passé./.../ On peut être en bonne santé sans être guéri, cependant cela n'empêche pas de continuer à se guérir.*
- Dr Maman : *Mais à votre place, je demanderais ce qu'on peut faire pour vous.*
- Mme X : *D'accord, alors qu'est ce que vous pouvez faire pour moi ?*
- Les Guérisseurs : *On va rentrer à la maison et réfléchir à ce qu'on peut faire pour vous. Cela vous convient-il ou voulez-vous encore réfléchir ?*
- Mme X : *il faudrait réfléchir encore parce que je suis un peu perdue là.*
- Les Guérisseurs : *Il faut qu'on rentre pour voir ce que nous pouvons faire et nous vous le dirons la prochaine fois.*
- Mme X : *Vous allez prier alors ?*
- Les Guérisseurs : *Non, là on va prier ici, mais cela n'empêche pas de regarder aussi à la maison.*
- Dr Maman : *Ils ont leur laboratoire, avant de rentrer dedans ils font leurs prières, ils font des choses. Et ensuite, ils vous diront ce qu'ils peuvent faire pour vous.*
- Mme X : *Je ne connais pas bien, c'est un peu de la voyance ?*
- Dr Maman : *Ce n'est pas prédire l'avenir, c'est voir quel chemin il faut prendre pour améliorer sa santé. Mais il faut toujours faire confiance aux médecins, et ce sera un plus./.../ Vous voulez réfléchir si on se revoit ou pas ?*
- Mme X : *Je prends RDV tout de suite, je n'ai pas besoin de réfléchir.*

Consultation du 17 Juin:

Les Guérisseurs lui ont demandé si elle se souvient de ce dont ils ont parlé la dernière fois.

- Mme X : *Je vous ai demandé de prier pour moi.*
- Les Guérisseurs : *Vous avez oublié une chose.*
- Mme X : *Vous deviez regarder de votre côté.*
- Les Guérisseurs : *On a regardé 2 fois de suite à la maison pour voir ce qu'il fallait faire. Nous pensons que cela vient des ancêtres, et nous allons partir de là pour essayer de vous aider. /.../ C'est avec ce qui entoure le corps humain qu'on travaille. On vous considère comme notre enfant, on ne veut pas qu'il vous arrive quelque chose. Quand on aura commencé à travailler pour vous, vous aurez des sensations la nuit..*
- Mme X : *Quelles sensations ?*
- Les Guérisseurs : *Des sensations de bien-être, de soulagement. /.../ Mais là, on ne vous dit pas de laisser le côté médical, les deux choses se complètent. Quand on va travailler pour vous, on va préparer quelque chose qu'on donnera à votre médecin et il vous tiendra informée. Ca vous va ?*
- Mme X : *Oui, bien sur. Mais pour les ancêtres, ça me chiffonne, je ne comprends pas bien.*

- Les Guérisseurs : *Pourtant en Afrique, il n'y a pas une famille qui ne fait pas des sacrifices pour les ancêtres, c'est une sorte de contrat posé il y a longtemps. Dans toutes les familles africaines, on fait quelque chose (un sacrifice) avant un voyage par exemple pour que l'aventure se passe bien.*
- Les Guérisseurs : *Celui qui cherche l'oiseau, il va le chercher dans le nid.*

b) Extraits de la consultation de Mme Z, hôpital Saint-Louis, le 1^{er} Juillet :

Problématique : cette patiente a des difficultés à accepter sa maladie.

- Dr Maman : *Ca va ?*
- Mme Z : *Tout va bien.*
- Dr Maman : *Alors il n'y a pas de problèmes ?*
- Mme Z : *Si, il y a des problèmes. Le médecin m'a donné une ordonnance pour mon ami. Il m'a demandé de quel examen il s'agissait et je lui ai répondu : je ne sais pas, c'est des analyses. Parce que si je lui dis ce que c'est, il va refuser.*
- Dr Maman : *Votre problème pour les traitements, c'est que vous avez peur qu'il les découvre si vous en prenez.*
- Mme Z : *Je ne veux pas en entendre parler, je sais que je ne les supporterai pas. /.../ Sincèrement, j'ai envie qu'il sache mais je n'y arrive pas. J'ai peur de sa réaction, j'ai peur qu'il se suicide ; si vous pouvez m'aider.. Moi, je ne sais pas.. Et s'il part ? Parce que moi, je n'ai personne ici. Depuis les deux ans que je suis informée pour ma maladie, personne ne le sait. C'est dur de garder ça, lui il me dit presque tout, c'est dur. /.../ Lui-même, il a des rendez-vous avec des médecins, il a été opéré du genou, il dit que c'est pour la rééducation maintenant.*
- Dr Maman et Dr Lascoux : *Peut être qu'il est malade aussi ?*
- Mme Z : *Non, sinon il me l'aurait dit. Lui, il commence à discuter pour mettre le préservatif, et moi aussi, j'en ai marre. Lui il enregistre les émissions sur l'Afrique, les maladies et quand je viens, il me les montre.*
- Dr Maman : *Il cherche l'information.*
- Les Guérisseurs : *Quand on aime quelqu'un, il faut lui dire la vérité.*
- Mme Z : *s' il l'apprend, je suis sûre qu'il ne va plus me parler et je vais me retrouver seule.*
- Les Guérisseurs : *On a regardé un peu à la maison, et on pense qu'en dehors de la maladie, il y a un problème au niveau de la famille, des grands-parents. Pour la maladie, ça c'est le problème des médecins. Ce qu'on a fait, c'est qu'on vous a apporté quelque chose pour éviter les angoisses et les peurs. Vous allez faire de l'encens avec, et si vous le faites bien cela vous aidera à le dire à votre mari. Il ne faut pas avoir peur pour ça, il faut être correct avec votre mari ; et il faut faire confiance aux médecins. (en parlant du produit amené, de l'encens) Il faut mettre un pagne sur la tête pour que cela vous pénètre bien par la bouche, les yeux.. De préférence, il faut le faire le soir et il ne faut pas sortir après. Vous devez le faire pendant quatre jours, arrêter pendant quatre jours, et reprendre quatre jour, etc.*

D. Réunions de formation avec les partenaires

1. Réunions de formation à AIDES avec la participation des tradipraticiens:

Samedi 12 Juin 2004 de 9h30 à 11h30

Public:

26 participants faisant partie des équipes de volontaires dans les permanences hospitalières d'AIDES. Notamment dans les hôpitaux suivants: Pitié-Salpêtrière, Tenon, Georges Pompidou, Lariboisière, Bichat, Saint Louis, Ivry sur seine, Avicennes.

Thématique abordée:

Le soutien aux patients HIV+ originaires d'Afrique sub-saharienne, notamment lors des permanences hospitalières.

Contenu de la réunion:

Présentation d'URACA et de la problématique de l'interculturel. Détail de l'action de solidarité communautaire aux malades hospitalisés. Comment rompre l'isolement des patients. Utilisation des supports culturels comme outils d'intervention. Présentation de l'action d'ethnomédecine. Rôle d'un tradipraticien par rapport à un médecin. Articulation des différents aspects de la prise en charge. Mise en place de la collaboration et lien entre les deux systèmes culturels.

Remise d'un CD de bibliographie.

2. Formation de médecins généralistes avec fmc ActionN: Abord et éducation à la santé du patient africain

Date: Vendredi 4 et Samedi 5 Juin de 9h à 17 heures

Il s'agit d'une formation rémunérée de médecins généralistes avec l'organisme de formation fmc Action. Uraca a participé à l'élaboration des objectifs de la formation, à son contenu, à son animation. Parmi les formateurs, nous assurons le rôle de médecin expert, de psychiatre expert, de médiateur et les tradipraticiens sont venus co-animer les ateliers.

Public: 26 participants et 5 organisateurs et un évaluateur, soit 32 médecins généralistes au total.

Pourquoi cette action de formation ?

Les médecins généralistes sont, dans certaines villes, confrontés à de nombreux patients d'origine africaine. Ces patients s'adressent prioritairement aux médecins généralistes en tant qu'acteurs privilégiés des soins primaires. Au delà des difficultés médicales strictement techniques (pathologies tropicales, différentes sensibilités aux traitements, etc.), la rencontre avec ces patients amène à des interrogations nombreuses sur la façon d'aborder ces consultations :

Au delà de la barrière linguistique, quelles sont les difficultés de communication ?

Comment avoir l'attitude la plus pertinente : adapter nos pratiques professionnelles au mode d'être de nos patients ou bien au contraire continuer à "fonctionner" au plus près de notre savoir ?

Y a-t-il des présupposés pour pouvoir soigner ?

Comment mettre en forme les discours préventifs pour améliorer leur efficacité ?

Quelles structures peuvent nous aider dans la communication avec ces patients ?

Il est nécessaire pour répondre à ces questions de s'appuyer sur notre histoire professionnelle pour préciser quelle est notre image actuelle de la maladie et du soin. L'abord anthropologique devra nous aider à confronter notre regard aux méthodes actuelles de « décodage » des différentes cultures. Des travailleurs sociaux ou des associations qui, sur le terrain, sont en contact direct avec des populations

d'origine étrangère nous communiqueront les problèmes socio-économiques et d'intégration qui échappent souvent aux médecins lors d'un acte médical sommaire. Ils apporteront aussi leur expérience sur les jeunes issus de l'immigration, coincés entre leur imaginaire d'une civilisation idéale perdue et leur difficulté quotidienne à fonctionner dans le pays d'accueil.

Cette formation de 2 journées doit permettre de mieux adapter à la fois la démarche de soins et les actions de prévention individuelle aux populations d'origine africaine.

Objectif général de formation

Améliorer la capacité d'analyse du médecin lors de sa rencontre avec un patient d'origine africaine.
Lui permettre de mettre en place les moyens d'améliorer l'adhésion du patient au projet de soins.

L'évaluation de cette formation a été réalisée par l'OGC, elle est reproduite intégralement dans le sous-chapitre: évaluation des rencontres d'ethnomédecine.

3. Formation d'élèves infirmières à l'ISFI Sainte Anne

Date: Lundi 14 Juin 2004 de 14h à 17 heures.

Public: 25 élèves infirmières ainsi que leur formatrice ont participé à la formation.

Contenu: La demi-journée a été consacrée à l'abord du patient africain. Elle a été basée sur des études de cas et la discussion a associé les élèves infirmières et les tradipraticiens.

Les thèmes retenus ont été les suivants:

- ❖ Conflit avec un patient au moment de lui faire une prise de sang
- ❖ Le port d'un masque
- ❖ Le préservatif
- ❖ Les explications autour de la Drépanocytose

4. Rencontre avec l'équipe d'ARCAT

Date: vendredi 3 Juillet de 11h à 13 heures

Public: 8 salariés d'ARCAT

Contenu: La discussion a porté sur l'expérience des consultations d'ethnomédecine et sur les questionnements de l'équipe d'ARCAT concernant le suivi dans africains au sein de leur association. Ils ont présenté des situations qui leur avait posé problème et ont fait part de leur incompréhension des problématiques des patients africains. Les tradipraticiens leur ont donné des éléments de réponse sur chacune des situations évoquées. La discussion a été animée et les questions nombreuses.

5. 1^oJournée de formation en ethnomédecine sur la prise en charge des patients d'origine africaine atteints du VIH organisée avec la Maison du Bénin et Chrétien et Sida

Date: Samedi 3 Juillet 2004 de 9h à 18 heures

Public: 17 professionnels des centres de planification, des centres de dépistage ou anti-vénériens, des centres d'information de la femme et du réseau Ville hôpital, ainsi que des associatifs concernés par le sujet abordé.

Contenu:

Les objectifs de l'atelier étaient:

- ❖ identifier les conduites à risque chez les migrants
- ❖ prendre en compte les facteurs culturels et sociaux dans la prévention du VIH
- ❖ Mobiliser les leaders communautaires à la problématique du VIH-sida
- ❖ Aider les soignants des patients africains touchés par le VIH dans la prise en charge médicale, sociale, psychologique et culturelle de la maladie.

Les questions soulevées par les participants ont porté sur:

- Le partenariat avec les associations africaines
- Le partenariat médecins hospitaliers/tradipraticiens
- La "spécialisation" des tradipraticiens
- La possibilité de soigner un patient d'une culture différente
- Les supports thérapeutiques
- L'avenir des malades touchés par le VIH

La journée a été clôturée par le souhait de l'assemblée de refaire une journée de formation sur le même thème en 2005, la journée ayant été trouvée trop courte pour aborder les différentes problématiques. Certains participants ont exprimé leur souhait d'aller rencontrer en Afrique les tradipraticiens pour mieux comprendre leur façon de travailler.

6. Formations s'appuyant sur l'expériences des rencontres d'ethnomédecine

L'expérience des consultations mixtes a permis au fil des ans de former et continue à améliorer le savoir faire des professionnels d'URACA. Ceux-ci sont maintenant à même pour certains d'entre eux d'animer des formations et des rencontres directement basées sur leur expérience.

a) Rencontre-débat avec l'équipe du SSIAD de l'hôpital de la croix Saint Simon

Date: cette rencontre a été organisée le 21 décembre.

Contenu: L'équipe de soins à domicile a rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une patiente. Ayant discuté avec Mme Faure, Dr Lascoux et Monsieur Diarra l'indication d'une prise en charge dans le cadre de l'ethnomédecine a été posée et deux consultations avaient déjà eu lieu.

Par la suite, cette réunion a été organisée afin de permettre à l'ensemble de l'équipe de réfléchir au cas de cette patiente et de se questionner sur cette prise en charge et ses implications ainsi que ses bénéfices pour la patiente et pour l'équipe et aussi de réfléchir à d'autres cas de patients d'origine africaine.

Participants: les 6 infirmières du SSIAD avec leur responsable.

Les participants se sont déclarés satisfaits de cette participation qui les a aidés à mieux comprendre la problématique de cette patiente qui leur posait des problèmes.

b) Formation continue du personnel hospitalier dans le cadre du C.F.C.P.H

Date: cette demi journée de formation a eu lieu le 9 novembre

Contenu: Diversités culturelles et culturelles, présentation des consultations d'ethnomédecine à l'hôpital Tenon. Cette formation s'appuie directement sur l'expérience des consultations mixtes et des rencontres d'ethnomédecine qui ont associé URACA et l'hôpital Tenon depuis plusieurs années.

Participants: Cette formation s'adresse au personnel de l'AP-HP, il s'agit d'une formation continue. En 2004, 22 personnes ont participé à la formation: 8 infirmières, 4 aide-soignantes, 2 manipulateurs radio, 1 technicien de laboratoire, 1 cadre infirmière, 1 directrice d'école de sage-femmes, 1 éducatrice de jeunes enfants, 2 assistantes sociales, 1 diététicienne, 1 psychomotricien.

Cela fait plusieurs années que nous participons à cette formation et les formatrices se disent très contentes du résultat, elles nous sollicitent donc chaque année pour la reconduire. Le bilan de l'intervention a conclu :

"a permis l'acquisition de connaissance et suscité des questionnements sur propres pratiques soignantes ",

"Intervention appréciée mais jugée trop courte"

7. Formation continue de l'équipe d'ethnopsychiatrie d'URACA

Ces consultations permettent également au fil du temps d'améliorer le travail de l'équipe d'ethnopsychiatrie d'URACA.

En effet, le travail en commun avec les tradipraticiens constitue une véritable formation continue pour la prise en charge des patients africains. L'équipe peut ainsi voir comment ils contribuent à dénouer des prises en charge qui arrivent à un point de blocage par des consultations ethnopsychiatriques simples. Mieux formée, notre équipe est plus à même de réaliser des suivis complexes et le moment où elle a besoin d'aide arrive de façon plus tardive dans les suivis et survient moins fréquemment. Les indications sont également meilleures et les patients mieux préparés ce qui est fondamental pour le succès thérapeutique.

Au delà de la grande difficulté d'organisation et de réalisation de cette action qui est très lourde à mettre en place, ces rencontres constituent véritablement un ferment pour nous.

Pour la réflexion :

Au fil des ans, notre technique thérapeutique s'est notablement transformée au contact des tradipraticiens. Ce qui n'était qu'ébauché au début de l'expérience s'est mis en place avec beaucoup plus de clarté. La prise en compte des différentes problématiques des patients africains nous a permis de concrétiser des cadres différents correspondant aux spécificités des problématiques de chacun.

Pour la dynamisation :

Chaque année, cette action entraîne une véritable tourmente durant un mois au sein de l'équipe. Tout le monde se mobilise, discute, commente, va à la rencontre d'autres équipes et d'autres professionnels. Chacun profite de la présence des tradipraticiens pour aller leur demander aide et conseil.

En 2004, 8 professionnels d'URACA ont participé aux consultations mixtes aussi bien à l'hôpital qu'à URACA.

8. Contact avec l'équipe de Migas:

Nous avons rencontré l'équipe de Migas qui se mettait en place à Bichat. Ils s'étaient montrés très intéressés par la formation et devaient même participer aux consultations d'ethnomédecine à URACA. Mais le retard dans la mise en place de leur propre projet ne nous a pas permis de concrétiser ce partenariat. Celui-ci se fera par la suite si de nouvelles rencontres d'ethnomédecine ont lieu.

E. Difficultés rencontrées :

Cette année la principale difficulté que nous avons rencontrée est d'ordre financier. En effet, l'organisation de cette action est forcément onéreuse puisqu'il faut aller chercher les tradipraticiens en Afrique, les faire venir, les loger, les héberger... Or les expériences innovantes et ne rentrant pas dans les méthodologies habituelles sont les plus difficiles à faire financer.

Une autre réalité est la charge de travail donnée à l'équipe des tradipraticiens ainsi qu'à celle d'URACA, il ne faut pas oublier en effet que chaque consultation dure souvent plus d'une heure sans compter ni la discussion avec les soignants hospitaliers, ni le travail en commun dans le groupe des tradipraticiens. Les consultations ont donc dû avoir lieu quasiment tous les jours jusqu'à 20 heures 21 heures y compris certains samedis, dimanches et jours fériés...

F. Evaluation des rencontres d'ethnomédecine 2004 :

1. Evaluations précédentes

Face à cette action pilote particulièrement innovante, depuis le début de l'expérience, notre association a fait des efforts d'évaluation particulièrement importants. Ainsi des évaluations successives avec des méthodologies différentes nous ont permis de mieux évaluer les bénéfices et les difficultés des rencontres d'ethnomédecine. Les évaluations réalisées lors des expériences précédentes se trouvent dans les rapports d'activités des années citées, elles restent à disposition de ceux qui seraient intéressés de les lire à URACA.

Une démarche d'évaluation mise en place par URACA a été faite à chaque réalisation des rencontres d'ethnomédecine, en outre certaines évaluations approfondies par des évaluateurs extérieurs à l'association ont été faites:

- En 1996, un ethnologue au CNRS, Mr Jacques BAROU a participé à l'action et écrit un article intitulé : « Les rencontres d'ethno-médecine organisées par URACA en 1996 et leur apport au travail des professionnels de la santé ».
- En 1997, une évaluation en profondeur menée par une ethnologue indépendante Mireille PISSAVY a été réalisée. Elle reste à disposition de ceux qui souhaiteraient la consulter.

En septembre 2000, cette action a été récompensée en recevant le 2^{ème} Prix HELIOSCOPE organisé par la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et la G.M.F.

En 2002 : deux analyses approfondies ont été réalisées :

- Une analyse quantitative de tous les professionnels ayant participé à l'action depuis 1996
- Une évaluation qualitative réalisée par le Dr Isabelle MONFORT dans le cadre de sa thèse de médecine.

2. Evaluation 2004 :

En 2004, nous avons eu la chance de bénéficier d'une évaluation faite par un organisme complètement indépendant et particulièrement professionnel. En effet, la formation proposée aux médecins généralistes en partenariat avec l'équipe de FMC Action était particulièrement innovante dans ce contexte. En effet, les thèmes habituels étant de l'ordre de la prise en charge du patient diabétique, le suivi de la femme enceinte... C'est pourquoi l'OGC organisme chargé de l'évaluation de toutes les formations des médecins généralistes a souhaité évaluer cette formation. Un enquêteur est donc venu assister aux deux jours de formation et a fait part de ses conclusions que nous reproduisons ici.

Visite sur site prescrite

SEMINAIRE NAT 16 04 13 14 NP

G. Abord et éducation du patient africain

a) Fmc Action

Paris, vendredi et samedi 4 et 5 juin 2004

2. Expert visiteur : Dr. Jean luc GALLAIS

Intitulé : Abord et éducation du patient africain

Modalités de l'intervention :

Demande du dossier à l'OGC et réception immédiate du fichier sous format électronique. Contact téléphonique avec le responsable national du dossier qui est informé de la visite sur site prescrite. Réception rapide d'un courrier avec informations générales.

Présentation et explication de ma présence silencieuse faite en début par le responsable de l'action. Présence les quatre demi-journées en séances plénières et successivement dans chacun des trois ateliers. Remise au début d'une sacoche et de documents nominatifs comportant à la fois le dossier participant et le dossier animateur. Au début de la deuxième journée, j'ai fait un commentaire sur la première journée à la demande des organisateurs et animateurs (en dehors de la présence des participants et experts).

Participation aux deux déjeuners du vendredi et samedi. Remise du CD-Rom documentaire en fin de séminaire. A noter que les responsables nationaux de cette action étaient déjà connus car ils avaient organisé en 2002 (pour une autre association nationale) une action ayant une visite aléatoire.

Le séminaire réunit les 25 participants inscrits. Une très large majorité venait de la région parisienne et un petit nombre de la région de Lille.

Atteinte des objectifs pédagogiques :

Les objectifs du séminaire sont atteints. Le découpage prévu en quatre demi journées a été modifié compte tenu du déroulement de la dernière séquence du second jour. Les séquences centrées sur les jeunes d'origine africaine n'ont pas été développées en tant que telles mais le déroulement du séminaire au travers des histoires cliniques dépassait largement ce sujet. La forme orale utilisée et le mode du récit ont été métaphoriquement de bons outils d'inter formation sur ce thème de la culture d'Afrique de l'Ouest.

Conformité des méthodes pédagogiques :

Les méthodes et expertises mises en œuvre étaient adéquates avec un thème dont le fil rouge anthropologique était la capacité de découvrir, prendre en compte la complexité, les contraintes et apports d'une nécessaire double lecture médicale et socio-culturelle. Les allers et retours entre les exposés en plénières et les cas cliniques vécus proposés et débattus en

ateliers autour de questions précises, comme les restitutions synthétiques en plénières ont favorisé une interaction permanente pendant les deux jours.

La dernière séquence ne correspondait pas au projet déposé, mais était en cohérence totale avec les trois autres demi-journées et permettait en fait une confrontation « in vivo » des médecins participants avec l'ensemble des experts. Cette séquence mettait en présence les MG avec des praticiens traditionnels avec interprète. Questions nombreuses et explications + commentaires d'un diaporama de photos relatant du rite de la couvade. Implication de tous les participants, et des autres experts, ethnopsychiatre, anthropologue africains et médecin généraliste. Illustration in vivo de la difficulté de la communication dans des registres totalement distincts.

Qualité de la réalisation de ces méthodes :

En fonction de la nature des séquences en plénières, et de l'absence de pré requis théorique, la partie exposé magistral sur l'anthropologie et la culture africaine était adaptée aux objectifs de la formation. L'alternance avec le travail sur les cas cliniques commentés éclairait bien les réalités cliniques, les solutions possibles mais surtout les facteurs limitant des informations et prescriptions médicales non reliées explicitement au registre culturel du patient.

Qualité de l'organisation matérielle :

Le cadre séminaire permettait un travail dans de bonnes conditions en plénières comme dans les ateliers. Les horaires ont été respectés. Restauration sur place avec des tables rondes facilitant la poursuite des échanges.

Qualité de l'organisation en plénière et en atelier :

Bonne gestion des séances en plénières et des ateliers avec des animateurs habitués à ce type de travail, de reformulation et d'incitation aux questionnements. Débats +++ avec les participants. Les difficultés de communication pas simplement linguistiques, mais entre cultures différentes ont été le sujet de réflexion permanent. Le nombre des participants, moins de 10 personnes animateurs compris en atelier, ont favorisé l'animation et l'expression.

Qualité de l'expertise :

Diversité et homogénéité de l'expertise pour une approche du patient noir africain de l'Afrique occidentale. Association des facettes médicales, ethno-psychiatrique, anthropologique et des praticiens traditionnels. En fin de séminaire, il a manqué en conclusion, un lien explicite qui aurait fait sens pour les médecins généraliste à la fois pour les patients africains, mais aussi pour tous les patients de tous les jours et aussi pour la vision globale et intégrée des soins de médecine générale.

Conformité des documents remis et intérêt :

Le dossier pédagogique remis en début de séminaire est plus précis et de meilleure qualité pédagogique que le dossier initialement évalué. Le dossier documentaire sous forme de CDROM propose aux participant à la fois les documents des divers experts, mais aussi des documents intéressants de la littérature grise, des iconographies et des éléments évoqués

dans l'action. Le CD comporte des informations venant judicieusement en complément des informations proposées au cours du séminaire.

Conformité de l'évaluation :

Evaluation de type pré-post test + questionnaire OGC actuel. La réalisation s'est faite de façon hâtive en fin de séminaire (comme c'est trop souvent le cas).

Qualité globale du séminaire :

Il s'agit d'un séminaire assez modélisant et innovant pour des formations sur le thème des approches transculturelles en médecine mais aussi sur la place du sens pour les soignants et les soignés dans le domaine de la santé, de la médecine et de ses outils (et « gri-gri ») diagnostiques et thérapeutiques. L'illustration chez « le patient africain » soulignait en plus le trait entre vision individuelle et vision collective de ces questions générales d'anthropologie de la santé. A ce titre, ce sujet pose les questions qui sont indissociables de toutes les formes de médecines, à la fois scientifiques et traditionnelles, et notamment celles du sens et de la fonction des soins de médecine générale.

GRILLE D' EVALUATION SEMINAIRES FPC VISITES SUR SITE

	0	1	2	3
1- Atteinte des objectifs pédagogiques				3
2- Conformité des méthodes pédagogiques			2	
3- Qualité de la réalisation de ces méthodes: Adéquation timing/ moyens/ pertinence des méthodes				3
4- Qualité de l'organisation matérielle				3
5- Qualité de l'animation en plénières				3
6- Qualité de l'animation en ateliers				3
7- Qualité de l'expertise: Adéquation au sujet/ clarté de l'exposé/ pertinence par rapport à la MG				3
8- Conformité des documents remis et intérêt				3
9- Conformité de l'évaluation			2	
10- Qualité globale du séminaire				3

(1) Total: 28/30

Evaluation rédigée le 13 Juin 2004

XI. MISSION DE LUTTE CONTRE LE SATURNISME

L'URACA s'est investie dans la lutte contre le saturnisme depuis l'automne 2002 suite à un appel d'offres organisé par la DASS. Depuis, la mise en place de l'action s'est affinée et modifiée. Notre rôle est celui d'un OMS, c'est-à-dire d'un opérateur médico-social pour le 18^{ème} arrondissement.

Depuis le mois de juin 2003 la DULE, service de la Préfecture de Paris (Direction de l'urbanisme, du logement et de l'équipement) a repris le marché dans sa presque totalité. Quatre OMS se partagent les vingt arrondissements la ville de Paris, mais URACA n'opère que dans le 18^{ème} car ce dernier représente à lui seul presque 50% des cas de saturnisme infantile.

En 2004, notre action a concerné 1624 enfants, 2699 adultes et 105 partenaires socio-sanitaires et techniques.

	Adultes	enfants	total	Nb d'interventions
information et prévention logements	279	399	678	130
information et prévention immeubles	2092	877	2969	1628
travaux dans les logements	136	204	340	502
travaux dans les parties communes	192	144	336	100
Réunions partenaires	105		105	156
Total	2804	1624	4428	2516

A. Rôle de l'opérateur médico-social (OMS)

Notre rôle en tant qu'Assistant Sanitaire et Social (ASS) est l'accompagnement sanitaire et social des familles dans le cadre des mesures d'urgence contre le saturnisme, prévues par l'article 123 de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion (article L1334-1 et suivants du code de la santé publique).

Il s'agit d'effectuer des missions de prévention sanitaire et de mettre en place des mesures d'urgence pour supprimer l'accès au plomb.

- ❖ Informer et assister les occupants des immeubles et des logements signalés à la DULE
- ❖ Inciter au dépistage des mineurs
- ❖ Assurer la médiation entre ces occupants et les autres intervenants missionnés par la préfecture
- ❖ Concourir à l'éducation sanitaire des familles
- ❖ Participer à l'élaboration et à l'exécution des protocoles de travaux

Les missions s'effectuent en coordination avec les services de la préfecture de Paris, les opérateurs techniques mandatés et agréés par la DULE (diagnostiqueurs, maîtres d'œuvre de travaux d'office et assistant à la réalisation de travaux). Nous assurons également la liaison avec les services sociaux et sanitaires susceptibles d'intervenir dans la situation des familles.

En effet, nous nous mettons en relation automatiquement avec l'assistante sociale de secteur de la famille pour l'informer de notre récente intervention, notre action et notre suivi jusqu'à la fin de la procédure de mise hors plomb (travaux palliatifs), tout en travaillant en partenariat avec celle-ci concernant notamment le dossier de logement social.

B. Bilan quantitatif des interventions réalisées en 2004

Signalements	Total				Santé	Habitat	
	65				42	23	
Diagnostiques réalisés	Total				PC+	PP+	PP-
	434				18	174	242
Information et prévention logements	Nb de familles	Nb de bénéficiaires			Adultes	Enfants	
	130	678			279	399	
Information et prévention immeubles	Nb d'immeubles	Nb Log	Nb de bénéficiaires		Adultes	Enfants	
	96	1628	2969		2092	877	
Travaux dans les logements	Nb de logements	TO	AMO	SA	Log suivi ASS	Ad	Enfants
	94	30	42	22	42	136	204
Travaux dans les PC	Nb d'immeubles	TO	AMO	Nb de bénéficiaires	Adultes	enfants	
	10	7	3	336	192	144	
Relogement durable	Nb de familles						
	7						

TO : Travaux d'office

ASS : Assistant Sanitaire et Social (URACA)

AMO : travaux avec assistance

SA : travaux sans assistance

PP : Parties Privatives

PC : Parties communes

+ : positif

- : négatif

C. Difficultés rencontrées

Compte-tenu de l'importance de la tâche et du fait que notre équipe n'est composée que de 3 personnes, nous nous sommes rendus compte que nous travaillons souvent dans l'urgence. Ainsi nous ne pouvons jamais réellement prendre le temps de nous réunir afin de travailler par exemple sur l'écriture du "Le saturnisme, c'est quoi ?", de nous documenter, ou de créer des outils nous permettant d'améliorer l'organisation de notre travail.

De plus, lorsqu'un des trois membres de l'équipe est malade, en vacances ou autre, le travail devient difficilement gérable ce qui induit une certaine fatigue. Nous avons besoin de nous structurer davantage pour être plus à même de répondre aux exigences de la DULE et des autres partenaires.

Nous souhaiterions également multiplier les visites aux familles qui ont souvent besoin de plusieurs explications et améliorer ainsi l'aspect préventif de la mission, signaler des logements ou des immeubles qui nous semblent présenter un risque d'accès au plomb avant que les enfants ne soient intoxiqués (entrée habitat).

Le peu d'information des occupants sur les possibilités de relogement provoque parfois certaines réticences à accepter les travaux, les familles pensent en effet que si elles acceptent les travaux palliatifs, elles ne seront ensuite pas relogées.

Les faibles ressources économiques, les situations administratives pas toujours en règle et la composition familiale des occupants de certains logements insalubres font que ces familles tardent beaucoup à être relogés (plusieurs années...), ce aussi en raison du manque de logements sociaux à Paris.

Ce déficit de logements adéquats pour ces populations engendre de nouvelles intoxications dans des familles chez qui nous avons déjà effectué des travaux car considérant la sur occupation du logement, ce dernier se dégrade rapidement et des travaux sont de nouveau nécessaires.

Une des raisons de ce manque de pérennité de nos travaux est que pour l'instant il est impossible de traiter la cause de la dégradation (étanchéité, mauvais écoulement ou évacuation des eaux....), les travaux de suppression d'accessibilité au plomb sont souvent frustrant par rapport à l'état des logements et des bâtiments.

Les travaux « sauvages » des propriétaires qui refusent toute assistance technique sont également un problème ; en effet, il s'agit de prendre de grandes précautions à la fois pour les occupants (hébergement ou éloignement du domicile) et pour les ouvriers. Très souvent nous intervenons en amont grâce à l'appel de l'occupant que nous avons préalablement mis au courant de ce risque.

Des analyses des « poussières » au sol en début et fin de travaux nous permettent d'évaluer la qualité du travail et de demander un nouveau nettoyage à l'entreprise si nécessaire.

Dans certaines situations le propriétaire apprend que la famille est suivie pour un logement social en urgence et espère ainsi qu'elle sera relogée ce qui lui évitera de faire les travaux. Il prend ainsi délibérément du retard dans l'organisation ou se lance dans des représailles financières (augmentation du loyer), impose un congé pour vente ou reprise, entame une procédure d'expulsion ou dans certains cas peut même adopter un comportement agressif : porte d'entrée subtilisée, menaces verbales ou physiques (intimidation avec maîtres chien...), harcèlement, agression....

Il n'est pas rare de démarrer des travaux en présence d'un huissier de justice afin d'assurer à l'occupant un retour dans le logement avec tous ses effets.

D. Améliorations et ajustements

Il est indispensable de renforcer notre action de prévention sanitaire auprès des familles (précautions à prendre en attendant les travaux palliatifs, orientation vers les PMI ou le médecin traitant pour le suivi des plombémies ou en cas de doute sur l'accessibilité du plomb dans le logement et/ou dans les parties communes). Cette prévention concerne les familles que nous rencontrons lors de l'enquête environnementale lorsqu'un enfant est intoxiqué mais aussi lors de l'état d'occupation d'un immeuble, c'est-à-dire le recensement des familles avec enfants.

Nous avons pu grâce au projet de prévention collective financé par la CPAM et la DRASSIF développer l'aspect préventif du dispositif et tenter de ne pas attendre l'intoxication d'enfants dans un immeuble pour intervenir, informer les occupants et inciter au dépistage (plombémie).

Il nous paraît également important de poursuivre notre action d'information auprès des acteurs travaillant avec des familles (les assistantes sociales, le milieu scolaire, les étudiantes du secteur médico-social, le tissu associatif...) en faisant des réunions d'information avec un support visuel (vidéo de 10 minutes) et écrit (" Le saturnisme, c'est quoi ?), un nouveau projet concernant cette action a été déposé pour demande de financement à la CPAM et à la DRASSIF pour l'année 2005.

Nous nous sentons plus à même de détecter, d'informer et d'orienter les familles concernant d'éventuels problèmes liés au logement (contrat de location, droits et devoirs du locataire et du bailleur...) suite aux récentes formations faites par l'ADIL et organisée par la Préfecture du logement (DULE).

En effet, nous avons un regard plus précis et nous pouvons maintenant :

- mieux informer et conseiller les locataires quant à leurs droits et devoirs (les réparations dans le logement qui leur incombent mais aussi celles du propriétaire...)
 - voir d'éventuelles anomalies (clauses abusives) face à un contrat de location
 - faire de la prévention quant à l'augmentation du loyer (respect de l'indice et de la date anniversaire de la signature du bail)
 - orienter les locataires vers les professionnels de l'ADIL ou les associations comme le DAL /CAL
- Nous espérons par la suite améliorer nos connaissances sur les procédures d'expulsion mais aussi sur les aides en cas d'impayés de loyer voire de surendettement etc...

Il serait également pertinent de mieux organiser les éloignements des familles afin qu'elles mettent à profit cette « sortie » de leur domicile pour connaître et rencontrer des situations et des personnes nouvelles.

E. Exemples de médiations réalisées

« A la demande de la Préfecture (DULE), je suis allé au N°8 de la rue X dans le logement de la famille Y, situé au 6^{ème} étage du bâtiment B pour accompagner le LHVP (laboratoire d'hygiène de la ville de Paris) lors de leur enquête environnementale. Il avait été convenu que je rejoignais l'équipe sur place car j'avais plus tôt le matin une réunion de chantier avec une entreprise et le maître d'œuvre de la DULE pour contrôler l'avancement des travaux dans les parties communes de l'immeuble 17 rue G.

Madame avait déjà été prévenue de la visite par le LHVP lui-même. La technicienne du labo frappe à la porte, une voix l'interroge :

- *qui est là ?*
- *bonjour madame, c'est le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris, nous sommes envoyés par la DASS suite à un signalement d'intoxication au plomb.*
- *La DASS ! je n'ai rien fait et mes enfants non plus, ils vont à l'école, pourquoi veut-on me les enlever ? je refuse, personne n'entrera ici à moins d'enjamber mon cadavre !*

La discussion tourna court, madame ne voulant plus rien entendre. J'intervenais donc :

- *Bonjour madame*

Je l'entends parler à son enfant dans un dialecte africain et lui dire de s'éloigner de là, que les blancs vont l'emmener etc...je profite d'une accalmie pour lui parler, je m'adresse à elle à travers la porte et l'appelle par son prénom, suit un bref silence, elle finit par ouvrir la porte :

- *Balimatie me dit-elle, je réponds à son salut, elle reprend :*
- *Diamoudouma*

Je lui dit mon nom de famille et commence à lui expliquer l'objet de notre visite et la raison de la présence du LHVP. Je lui commente ce que vont faire les techniciens et quel est le dispositif de lutte contre le saturnisme. Je lui explique qu'après le diagnostic technique, des travaux allaient être organisés pour enlever la cause de l'intoxication de son enfant (le plomb) et que moi-même et mes collègues allons suivre personnellement les travaux. Un climat de confiance s'instaure. Elle se rapproche de moi pour évoquer d'autres problématiques : toutes les difficultés auxquelles elle se voit confrontée : les services sociaux qui ne l'écoutent jamais, le propriétaire du logement qui veut l'expulser, son dossier de demande de régularisation à la Préfecture de Paris qui n'avance pas, la santé des enfants qui n'est pas bonne, le chauffage et l'eau chaude ne marchent plus....

- *Je ne veux pas de travaux finit-elle par me dire*
- *Pourquoi si c'est pour la santé des enfants ?*
- *Je n'ai pas d'argent, plus de papiers et je squatte ce logement me répond-elle*

Je lui explique donc que cette loi fait partie du code de la santé publique et que toutes les familles sont égales devant la loi. Que le propriétaire est obligé de faire les travaux, et que s'il ne veut pas, c'est la préfecture qui les fera et qui se fera rembourser par voie fiscale, qu'elle sera hébergée dans une résidence sociale pendant les travaux et que nous sommes garant de son retour dans son logement.

- *Et l'expulsion me dit-elle*

- *Le jugement suit son cours, mais le propriétaire ne peut pas vous mettre dehors autrement que par la voie légale*

Elle semble me croire mais reste dubitative, d'autres visites seront nécessaires pour la rassurer.

Je reçois un appel vers 14 heures d'une puéricultrice complètement paniquée :

- *Nous recevons Madame N qui occupe nos bureaux et refuse de partir tant qu'on ne lui trouve pas un autre logement !*
- *Passez moi la dame en question*
- *Ce n'est pas la peine que tu te fatigues me dit-elle, je ne partirai pas même si la police venait ! il me faut une autre maison car c'est leur faute si un autre de mes enfants est malade à cause du plomb.*

Je me rends donc à la PMI pour lui expliquer et la raccompagner chez elle.

Dans bien des cas similaires, nous rencontrons ce genre de difficultés, notre intervention consiste à expliquer aux personnes comment fonctionne le dispositif mais surtout les écouter et tenter d'adapter nos commentaires à leur culture et à leurs connaissances. Pour nombre d'entre eux, l'administration tient un double langage : on leur dit que leur logement n'est pas bien mais on ne leur en accorde pas d'autre...ils ont aussi souvent du mal à comprendre qu'une grande famille n'est pas forcément ce qu'il y a de mieux car pour eux les enfants sont un don de dieu....

XII. PROJET DE PREVENTION COLLECTIVE CONTRE LE SATURNISME

A. Introduction

Nous pensons que pour que notre action de prévention soit complète et pertinente elle doit comporter un volet collectif complémentaire, c'est l'objet du projet que nous avons présenté à la CPAM et à la DRASSIF (binôme financeur) dans le but d'améliorer le dépistage et la prévention du saturnisme infantile.

Nous avons reçu une réponse positive à la demande de financement de ce projet en date du 28 mai 2004. Cette réponse tardive nous a laissé peu de temps pour mettre en place les actions prévues et le montant lui-même très inférieur à celui sollicité initialement nous nous a pas permis de disposer des moyens envisagés.

Nous avons pu commencer à organiser les activités au mois de juillet, qui se sont plus amplement développées lors du dernier trimestre 2004.

B. Bilan quantitatif des réunions réalisées et du public touché

	date	Nb de participants
Sensibilisation des familles		
28 Bd de rochechouart	21-sept	17
6 rue Lambert	14-déc	12
ASFI	14-déc	16
Information des acteurs médico-sociaux		
Ecole Rabelais	02-juil	30
EDL	25-oct	8
DASES	16-nov	27
CASVP	26-nov	26
L'arbre bleu	26-nov	8
Total		144

C. Contenu de l'action

1. Formation de l'équipe

Une première session de formation a été organisée pour les membres de la mission saturnisme sur la problématique du « Droit des étrangers ». D'autres membres de l'association intéressés par le sujet et travaillant dans les domaines de l'accueil social et sanitaire ont également assisté à ces 2 séances : les matinées du 26 février et du 11 mars 2004.

Les thèmes abordés furent les suivants :

- Entrée en France : Visa, justificatifs de séjour en France, couverture maladie, fichage lors de la demande de visa.
- Séjour en France, les titres de séjour : régime général (carte de résident, carte de séjour temporaire, carte de retraité, refus de séjour, la commission du titre de séjour, le délit d'aide à l'entrée au séjour et à la circulation), Ressortissants algériens, Ressortissants tunisiens, Ressortissants de l'Union Européenne
- Regroupement familial
- Mesures d'éloignement : reconduite à la frontière, expulsion, interdiction du territoire français, assignation à résidence.
- Rétention administrative : le placement en rétention, l'information des étrangers retenus, le maintien en rétention, possibilité d'appel suspensif, la fin de la rétention.
- Asile

D'autres sessions de formation concernant le droit au logement ont été organisées cet automne. Elles ont été dispensées par différents intervenants :

La première s'est déroulée le 12 novembre dans les locaux de notre association et a été assurée par un membre du CA d'URACA : Mme Annie Tronchet.

- Le louage des choses (droits et devoir des locataires et des propriétaires)
- Les expulsions, résiliations, maintien dans les lieux....
- Les arrêtés (insalubrité, péril...)

Les deux suivantes ont été organisées par la DULE les 6 et 15 décembre et dispensées par l'ADIL , les thèmes abordés furent les suivants :

- Le fonctionnement de la copropriété
- Le bail d'habitation : droits et obligations

Notre équipe a assisté à toutes les sessions.

2. L'élaboration d'un document support pour les acteurs de prévention : Le saturnisme c'est quoi ?

Ce document est conçu non pour viser les communautés étrangères directement, mais il s'adresse aux acteurs de prévention pour les aider à apporter des réponses fiables, compréhensibles et culturellement acceptables sur des sujets qui les préoccupent. Il s'agit de réactualiser les connaissances et surtout remobiliser les équipes médico-sociales et éducatives sur la problématique du saturnisme.

Il est basé sur une brève explication technique suivie d'un jeu de questions réponses et tient compte du fait que les migrants sont souvent entre deux continents et entre deux cultures. Ce support sera ensuite distribué aux différents acteurs concernés.

Ce document doit, pour être utile répondre à différents critères :

- Recenser et répondre aux véritables questions que se posent les personnes concernées.
- Etre fiable.
- Etre rédigé dans un langage accessible à tous, que les intervenants puissent facilement s'approprier et qui soit à la portée du public.

Nous avons préalablement recensé les documents existants puis sollicité les partenaires avec lesquels nous travaillons quotidiennement dans le cadre du dispositif (maîtres d'œuvre, diagnostiqueurs, DULE...): les thèmes et les questions traitées sont en grande partie celles qui émergent du public lors de nos actions de terrain. Différents intervenants de l'association sont également mis à contribution pour nous faire partager leurs expériences et aborder ainsi les questions sur le saturnisme sous des angles différents. A terme, nous souhaiterions que ce fascicule soit édité sous le même format que le « Sida, c'est quoi » élaboré par l'équipe d'URACA.

3. Les réunions collectives :

Nous avons souhaité mettre en place deux types d'actions dirigées vers des publics différents :

a) Réunions de sensibilisation des habitants

1) Réunions des habitants dans les immeubles

Ces séances collectives de prévention et d'information avec les différents occupants des immeubles signalés de l'arrondissement se sont révélées plus compliquées que prévu à organiser.

En effet nous en avons organisé deux dans des immeubles où des travaux de suppression d'accessibilité au plomb allaient être effectués dans les parties communes. Ce, dans le but d'informer et de sensibiliser les occupants sur les risques liés à la présence de plomb en général et plus particulièrement lors des journées de « phase à risque » durant les travaux. Nous voulions en effet profiter de la proximité de la date de démarrage des travaux pour que les occupants soient plus motivés.

L'intérêt des habitants est indéniable et les questions furent nombreuses et pertinentes (à la fois sur les conséquences de la maladie et sur les problèmes logistiques liés aux travaux). Malgré les affiches invitant les occupants à être présents et la proximité de la date de démarrage des travaux, les habitants n'ont pas répondu à notre invitation.

Mais ces 2 réunions furent en réalité plus un dialogue entre nous et les différents occupants mais les uns après les autres car malgré notre appel, ils n'ont pas souhaité se déplacer dans la cour des immeubles et permettre ainsi une réflexion commune. Nous avons donc fait du « porte à porte » et informé ainsi les personnes intéressées.

Nous avons joint au total une vingtaine de personnes lors de ces 2 réunions 6 rue Lambert et 28 boulevard Rochechouart.

Des feuillets d'information sur le saturnisme de la DRASS et de la CRAMIF ont été remis aux participants (une vingtaine d'adultes ayant une quarantaine d'enfants).

Il serait nécessaire de programmer des réunions organisées différemment pour que les occupants aient envie de sortir de leur domicile afin de partager leurs doutes et questions sur le sujet. Nous devons trouver une méthodologie adaptée à la fois aux possibilités des occupants (lieu, horaires...) et à la spécificité de ce projet de prévention collective ; il s'agit en effet d'échanger des opinions, des questions...lors d'une réunion et non pas de répéter les actions individuelles de prévention habituelle que nous effectuons dans le cadre du dispositif classique.

2) Réunions des habitants dans les associations

Une réunion a pu être organisée avec un groupe d'alphabétisation de l'association ASFI dans les locaux de l'EDL. Nous avons projeté la vidéo élaboré par la Mission Saturnisme de la Mairie de Montreuil (93) en français et en bambara et notre équipe a pu présenter le saturnisme et notre mission en tant qu'OMS de la DULE.

Il s'agit là pour les personnes présentes de s'informer mais aussi et surtout de devenir des multiplicateurs d'information, de discuter avec leur entourage (avec d'autres familles concernées par les dégradations des peintures dans leur logement) afin qu'il y ait une prise de conscience de la relation entre les peintures dégradées et la santé des enfants.

Des réunions collectives ont aussi été proposées à d'autres structures du XVIII^e recevant des habitants du quartier (centres sociaux : Accueil Goutte d'Or, Accueil Laghouat, groupes d'alphabétisation, de femmes, etc.), mais en raison du démarrage tardif du projet (qui plus est, à l'automne, en période de rentrée, donc de mise en place des activités) nous n'avons pas été en mesure d'en organiser d'autres en 2004.

b) Réunions dans les équipes médico-sociales :

Nous avons organisé des réunions de formation visant à l'amélioration des connaissances des professionnels médico-sociaux et des personnes relais susceptibles d'être en relation avec des personnes intoxiquées ou risquant de l'être (enseignants, assistantes sociales, membres d'associations de quartier, puéricultrices...).

Ces sessions ont lieu dans les différentes associations ou institutions médico-sociales de l'arrondissement, afin de toucher leurs intervenants (salariés ou bénévoles) et ainsi les mobiliser, les sensibiliser aux mesures de dépistage et de prévention, ils peuvent aussi mieux prendre en compte, dans leur action, la dimension des effets du plomb sur la santé des enfants et, ainsi informer la famille puis l'orienter vers nous, en ayant au préalable effectué une visite à domicile et préconiser une plombémie.

Une première expérience a déjà eut lieu le 02 juillet 2004 à l'Ecole de travail social Rabelais (9 rue F. de Croisset 75018 Paris), nous avons pu organiser une première rencontre avec une trentaine d'élèves destinés à passer les diplômes d'assistante sociale ou de conseiller en économie sociale et familiale et leurs professeurs. Ils se sont montrés très intéressés, à la fois par la projection d'un documentaire (« Du plomb dans la tête ») et par les informations diffusées. Un exemplaire du support écrit utilisé (Le Saturnisme, c'est quoi ?) a été remis aux responsables pédagogiques afin qu'il soit à la disposition des élèves.

Depuis le mois de septembre, nous avons acquis un nouveau support didactique vidéo élaboré par la Mission Saturnisme de la Mairie de Montreuil (93) est depuis peu à la disposition des différents ASS, nous en avons commandé 3 exemplaires : un en français, un en bambara et un autre en soninke (les 2 langues africaines les plus utilisées dans notre arrondissement). Nous utilisons ces cassettes à la fois lors des réunions collectives de sensibilisation des habitants et pour les sessions de formation des acteurs sociaux- sanitaires.

Une réunion a eut lieu au sein de l'association l'Arbre Bleu (lieu d'information, espace de détente, de parole et d'écoute pour les enfants de 0 à 4 ans accompagnés de leurs parents) en présence de toute l'équipe encadrante (8 personnes) pendant laquelle nous avons visionné la vidéo puis dialogué avec le personnel.

Au cours du déroulement des réunions, peut émerger la nécessité ou la demande de complément d'information ou de discussion sur des thèmes liés directement au saturnisme ou sur d'autres sujets représentant une préoccupation partagée pour les familles rencontrées (problèmes liés à la santé, au logement, aux relations avec certains services...).

Les équipes des centres sociaux (SSP) de la DASES (49 rue Marx Dormoy : 27 personnes) et du CASVP (115 bis rue Ordener : 26 personnes) : les assistantes sociales, les conseillères en économie sociale et familiale et leurs encadrantes respectives, les équipes sanitaires ainsi que les membres de l'Equipe de Développement Local (EDL : 8 personnes) ont bénéficié d'une réunion d'information de la part de notre équipe. Tous se sont montrés très intéressés et les débats se sont avérés forts captivants. Nous n'avons pas tardé à observer les retombées de ces réunions par l'intermédiaire de signalements de logements « à risque ».

Ces sessions de formation ont eu dans l'ensemble beaucoup de succès auprès des acteurs médico-sociaux, raison pour laquelle nous sommes rentrés en contact avec des directrices d'école (élémentaire et maternelle de Torcy...), de crèche...et avons présenté un nouveau projet de prévention collective (demande de financement à la CPAM et à la DRASSIF) pour mettre en place une action en 2005.

XIII. ACTIONS DE PREVENTION AU BENIN ET AU NIGER

A. INTRODUCTION

L'année 2004 a vu se développer et s'étendre l'ensemble des activités de l'URACA le long du fleuve Niger au Bénin et au Niger. Cet essor a concerné aussi bien la santé et la lutte contre le sida que les micro-projets de développement générateurs de revenus.

Ces résultats n'ont pu être concrétisés que grâce à l'appui financier de la Fondation Marc et de la Mairie de Paris qui nous ont soutenus pour des projets particulièrement innovants et éloignés des réalités française. Nous tenons à les remercier vivement pour cette solidarité avec ces populations de pêcheurs, d'agriculteurs et de pasteurs nomades d'une région particulièrement déshéritée et enclavée.

Les activités de prévention ont été organisées à l'occasion de championnats de lutte traditionnelle, d'animations par les troupes de fade et de konkomba, du rituel du Soro. Des séances de sensibilisation ont été tenues à l'occasion de tournées dans les villages et les hameaux, même les plus éloignés. Le marketing des préservatifs et les animations de prévention ont eu lieu régulièrement dans les marchés de la localité comme ceux de Karimama, Monsey, Kompa, Birni-Lafia, Kompanti et Bogo-Bogo au Bénin. Depuis 2003, l'action s'est étendue au Niger quittant peu à peu les villages riverains Houna, Kouassi, Boumba pour atteindre des localités plus reculées à l'intérieur des terres. Une équipe permanente travaille maintenant à la prévention du VIH-sida au Niger.

Constatant la qualité des interventions menées et l'ampleur de la mobilisation dans la sous-région, le PNLs (Programme National de Lutte contre le Sida) a soutenu financièrement notre action pour la première fois en 2003. De même Mr Amoussou Bruno, Ministre d'état chargé du plan, de la prospective et du développement, en visite sur place au mois de décembre 2004, s'est déclaré impressionné par l'ampleur et les résultats des actions menées ainsi que par leur retentissement sur la vie quotidienne des populations concernées. Il s'est engagé à aider l'URACA à développer ses actions, notamment en finançant la reconstruction du centre de soins et de santé de Bello Tounga en matériau définitif.

Tableau récapitulatif des actions menées en 2004

Activité	Nombre de personnes
Consultations au centre de soins et de santé de Bello Tounga	1423
Evacuations sanitaires	88
Maison de prévention	1500
Ateliers de prévention itinérants dans l'arrondissement de Karimama	1332
Ateliers de prévention itinérants dans les villages riverains	4000
Ateliers de prévention dans les marchés	2800
Ateliers de prévention dans les marchés de bétail	2500
Animations publiques dans les villages	5305
Prévention au Niger	6922
Prévention par les femmes de Karimama	1200
Réunion des marabouts	63
Réunion des guérisseurs traditionnels	57
Soro	2000
Lutte traditionnelle	3800
Réunion des femmes	450
Konkomba	234
Total	33674

B. Organisation du partenariat

L'ensemble du travail a été réalisé avec l'aval et parfois la participation des autorités administratives suivantes :

- * Mr Amoussou Bruno, Ministre d'état chargé du plan, de la prospective et du développement
- * Mme Kandissounon Yvette Céline Seignon, Ministre de la santé
- * Mme Karimou Rafiatou, Ministre de l'enseignement primaire et secondaire
- * Mr Zounghou Zourkarneyni, Préfet du département Borgou/Alibori
- * Dr Soulé Abdoulaye, Directeur départemental de la santé
- * Programme National de Lutte contre le Sida, PNLS, Cotonou, Bénin,
- * Mr Soulé Sambo Sayi Issifou, Chef de service des concours et des examens pour le département Borgou/Alibori
- * Mr Koumba Gadjé, Maire de la Commune de Malanville
- * Mr Adamou Arouna, 1^{er} adjoint au maire de Malanville
- * Dr Kouassi Jean, Directeur de l'hôpital de zone de Malanville
- * Dr De Souza Amédé, Coordinateur de la zone sanitaire Malanville-Karimama
- * Dr Gbedo, Généraliste, responsable des maladies infectieuses
- * Dr Orou Bagou Yerou, Médecin chef du centre de santé de Karimama
- * Conseil communal de Karimama

Mais aussi avec le concours et la participation active des diverses associations et groupements de la région :

- * Association de Développement de Karimama: IMATUNUKAKAI
- * Association de tradipraticiens, Baani Zumbu Kabu Izé, Karimama,
- * Groupement des femmes de Bello Tounga, de Boumba, de Pétchinga, de Mossey et de Loumbou
- * Association villageoise Koubéni

C. Composition de l'équipe

Le travail a été réalisé sous la supervision du Dr MAMAN Moussa.

L'équipe de la commune de Karimama chargée d'accomplir l'action de prévention du sida est composée de:

- * Mr KOSSOUKOE Adam, animateur fixe à la maison de prévention de Karimama

des quatre animateurs ayant en charge un arrondissement:

- * Mr YACOUBOU Ibrahim, intervenant dans l'arrondissement de Kompa
- * Mr ZIBO Bachirou, intervenant dans l'arrondissement de Birni Lafia
- * Mr DJAUGA Zakari, intervenant dans l'arrondissement de Monsey
- * Mr MOUMOUNI Tougoumi, intervenant dans l'arrondissement de Bogo Bogo

des animateurs de prévention itinérants:

- * Mr OGOUSSNYA Philippe, intervenant dans les marchés
- * Mme OLAYE Edith, sa femme intervenant en duo avec son mari
- * Mr ILOU Omar, animateur principal itinérant sur le fleuve
- * Mr ILLA Beidou, piroguier navigant
- * Mme MOUSSA Mariam, chargée de la prévention auprès des femmes
- * Mr HOUANDOGBO Gabriel, chargé de la prévention auprès des femmes
- * Mr TCHOUSSO Adamou, animateur peul

des animateurs nigériens ont démarré depuis fin 2003 leur action au Niger:

- * Mr RAFIOU Karimou, intervenant dans les villages de Falmey, de Kouassi et de Boumba

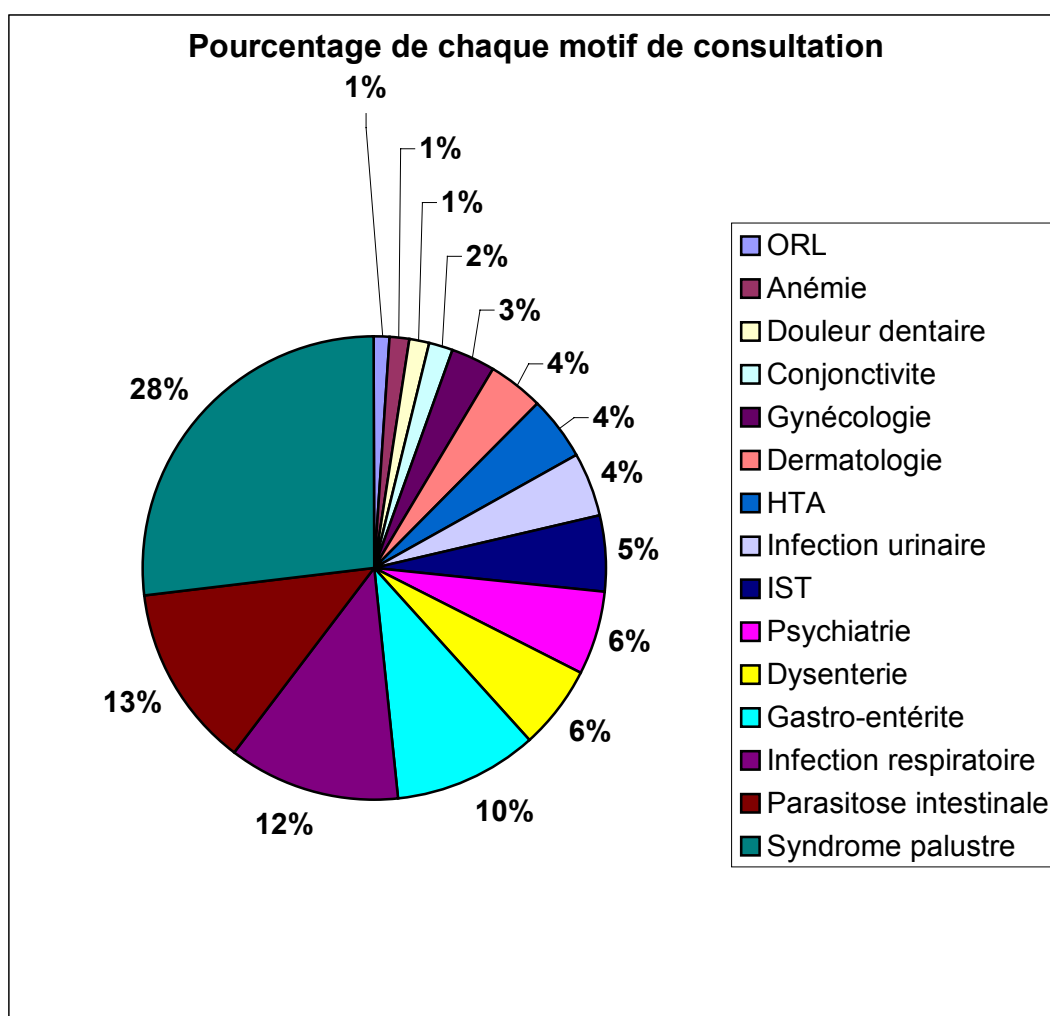
- * Mr YOUSSEF Adamou, infirmier à Bounba
- * Mme AROUNA Salamatou, animatrice à Houana
- * Mr MAHAMANE Adamou, animateur à Tanda

D. Description de l'action

1. Action de Santé communautaire

a) Activités du centre de soins et de santé de Bello Tounga

Au cours de l'année 2004 1423 consultations ont été réalisées dans le centre. Elles ont concerné 780 patientes (filles et femmes) et 643 patients (garçons et hommes).



b) Action de solidarité sanitaire avec la sous-préfecture de Karimama : DON DE DEUX AMBULANCES

(1) Idée de départ

L'enclavement de notre zone d'intervention, et le manque d'infrastructures routières et sanitaires rendent les transports de malades très difficiles dans la région. Nous avons donc monté ce projet pour répondre à la demande des populations et à un réel besoin, car nous nous étions retrouvés à maintes reprises confrontés au problème d'évacuation d'un patient en urgence et du manque de véhicule circulant.

Nous avons alors eu l'idée de trouver deux ambulances, l'une à destination du centre de santé de Bello-Tounga et l'autre à destination du centre de santé de Kompa. Ces véhicules permettant d'aller chercher les malades à transporter et de les évacuer jusqu'à l'hôpital le plus proche situé à Malanville à 80 km environ de Karimama.

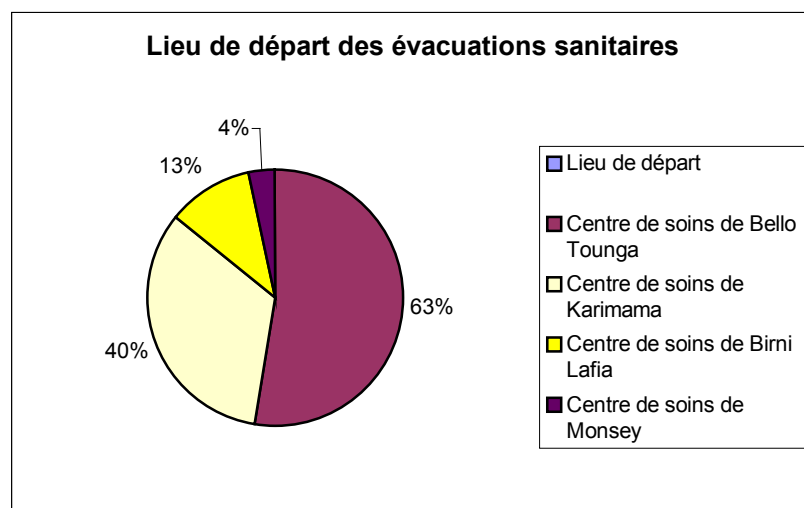
C'est la **Mairie de Paris** qui nous a permis de concrétiser cette action en 2003. Nous avons eu l'occasion d'acheter deux ambulances d'occasion de l'armée. Ce matériel très solide est tout à fait adapté aux réalités « routières » de la sous-préfecture. Ces véhicules de marque Peugeot 505, permettent en cas de panne de trouver des pièces en Afrique puisque la marque Peugeot y est très répandue.

(2) *Fonctionnement des ambulances*

Au moment où cette évaluation est réalisée en Mars 2005, les deux ambulances sont en bon état de marche et continuent à fonctionner.

L'une d'elles ayant été donnée au centre de soins et de santé de Kompa, nous n'avons pas le détail des évacuations sanitaires réalisées avec cette ambulance.

(3) *Bilan des évacuations sanitaires faites avec l'ambulance du centre de soins et de santé de Bello Tounga*

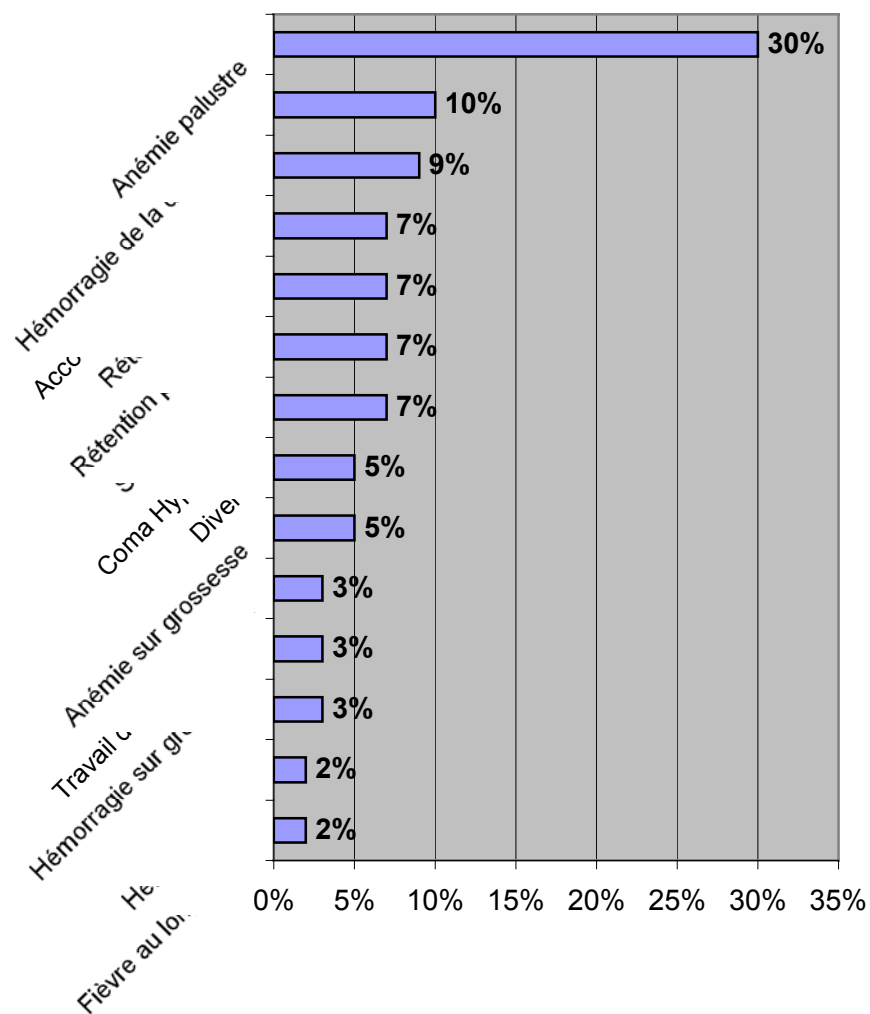


En 2004, l'ambulance du centre de soins et de santé a effectué 88 évacuations sanitaires.

Le centre d'évacuation a été à 97% l'hôpital de Malanville. Quelques patientes ont été amenées au centre de santé de Karimama pour leurs problèmes obstétricaux.

Il s'agissait de femmes dans 70% des cas et d'hommes dans 30% des cas.

Motifs d'évacuation en 2004

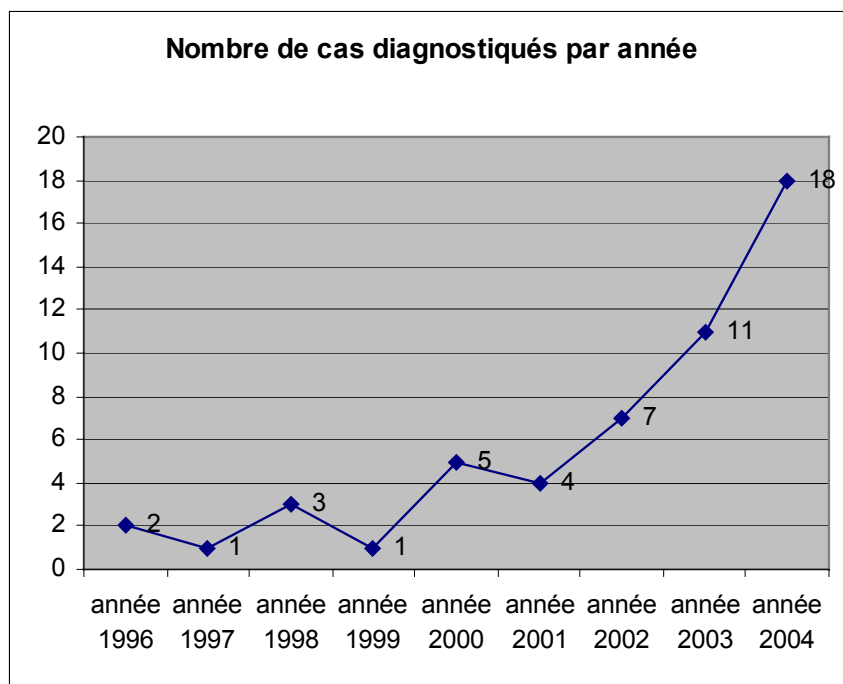


c) Les cas d'infection par le HIV dépistés dans le centre de soins et de santé de Bello Tounga

Au cours des années précédentes, nous avions coutume d'insister sur le fait qu'il était indispensable de mener des actions de prévention dans la commune de Karimama avant que les populations de cette zone soient touchées. Malheureusement, comme c'était prévisible, nous avons constaté ces dernières années que l'épidémie était bel et bien arrivée dans la région.

En effet, ayant quelques kits de dépistage à notre disposition donnés par Abbott au centre de soins et de santé de Bello Tounga, nous avons pu pratiquer des tests Elisa lorsque le tableau clinique était évocateur d'une infection au VIH. Compte-tenu du faible nombre de tests Elisa à notre disposition (20 tests pour 2004 par exemple, c'est-à dire la possibilité d'effectuer 20 dépistages), nous n'avons pu pratiquer ces tests qu'à des patients dont la clinique faisait suspecter un diagnostic de sida. Il ne s'agit donc en aucun cas d'une action de dépistage.

Jusqu'en 2003, les cas diagnostiqués concernaient exclusivement des patients venus des grands centres urbains (Cotonou, Abidjan, Lomé) et qui revenaient malades dans leur région d'origine. Peu à peu le nombre de cas a augmenté, et surtout en 2004, il s'est avéré que ces diagnostics ont été portés chez des personnes n'ayant jamais quitté la région.



En 2004:

6 cas ont été diagnostiqués pour des habitants de Guéné dont deux sont décédés,
5 personnes de Karimama dont 3 autochtones et 2 allogènes,
3 habitants de Malanville, 2 nigériens revenus de Lomé,
1 peul saisonnier venu du Niger,
1 Burkinabé.

2. Action de Prévention primaire du sida

a) Activités de la maison de prévention de Karimama

(1) *Fonctionnement du centre*



Les séances de prévention continuent à intéresser beaucoup la population. Les projections sont organisées le vendredi jour du marché. Parfois, si le public est trop nombreux, deux séances sont organisées pour accueillir tout le monde. Un griot passe dans le marché avertir de la tenue d'une séance de projection. Les gens viennent à la maison de prévention et lorsque leur nombre atteint 20 personnes, la projection est lancée. Un petit groupe électrogène permet de faire fonctionner la vidéo car il n'y a pas d'électricité dans la commune.

(2) *Contenu des interventions*

L'animateur a à sa disposition 7 films différents de prévention comme Moussa le Taximan ou scénario du sahel. Il repasse également les cassettes enregistrées lors des concours de lutte ou des autres événements organisés par URACA.

Pour les films en français, il arrête la cassette de temps à autre et explique en dendi ce qui se dit dans les dialogues. Les échanges dans le public et la palabre commence ainsi au milieu du film et se poursuit suivant le déroulement de l'action.

Les commentaires sur les films projetés sont favorables: "La cassette est bonne pour nous", "le mal que les gens disent là, c'est vrai."

Les questions qui reviennent souvent sont:

- Si une femme allaite son enfant, peut-elle lui transmettre le sida ?
- Si on mange avec une personne contaminée, peut-on attraper la maladie ?
- Comment est arrivé le premier cas de sida dans le monde ?
- Pourquoi le sida n'est-il pas transmis par le moustique contrairement au paludisme ?
- Les animaux peuvent-ils attraper le sida ?
- Les blancs n'ont-ils pas trouvé le remède du sida et le gardent-ils pour eux-même ?
- Est-ce que le préservatif ne contient pas le virus du sida ?
- Le virus du sida se retrouve-t-il dans la salive et dans l'urine ?
- Combien d'années une personne atteinte peut-elle vivre avec le virus ?
- Est-ce vrai qu'un tradipraticien africain a trouvé un remède du sida ?

A titre d'exemple, un jour un guérisseur qui pratique la scarification demanda si après avoir traité quelqu'un il était susceptible de transmettre la maladie au malade suivant.

(3) *Public touché*

Le public cumulé des séances organisées dans le centre est de 6177 personnes. On peut estimer que $\frac{3}{4}$ du public est venu assister aux séances entre 1 et 5 fois dans l'année, $\frac{1}{4}$ du public est très assidu et revient régulièrement.

On peut estimer qu'environ 1500 personnes différentes sont venues participer aux séances de discussion dont un tiers de femmes environ. Soient 2000 hommes et 700 femmes. Le public masculin et féminin est mélangé de même que les différentes langues parlées dans la commune. Le bouche à oreille fonctionne parfaitement.

L'animateur sollicite les nouveaux venus en essayant de les faire répondre aux questions concernant le sida, s'ils ne trouvent pas la réponse adéquate, il sollicite alors les participants réguliers et co-anime la séance avec eux.

(4) *Calendrier des interventions*

Au cours de l'année 95 séances ont été organisées dans le centre de prévention.

date	contenu	hommes	femmes	total
02-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	79	24	103
06-janv	Sensibilisation	37	5	42
08-janv	Sensibilisation	44	25	69
09-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	83	32	115
14-janv	Sensibilisation des Gourmantché	31		31
16-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	62	34	96
23-janv	Sensibilisation	25	12	37
30-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	73	11	84
05-févr	Sensibilisation	13	2	15
13-févr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	53	44	97
19-févr	Sensibilisation	14	9	23
20-févr	Sensibilisation	41	2	43
25-févr	Sensibilisation	25	2	27
27-févr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	93	39	132
02-mars	Sensibilisation	32	21	53
05-mars	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	61	24	85
11-mars	Sensibilisation des bouchers	18	13	31
19-mars	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	51	20	71
23-mars	Sensibilisation des peulh	15		15
01-avr	Sensibilisation	8	5	13
02-avr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	85	52	137
06-avr	Sensibilisation	9		9
09-avr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	102	19	121
13-avr	Sensibilisation	16	18	34
15-avr	Sensibilisation	46	13	59
16-avr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	66	16	82
30-avr	2 projections/débats	123	143	266
03-mai	Sensibilisation des bouchers	29	5	34
07-mai	sensibilisation des filles et des garçons à l'occasion d'un mariage, au cours du bal de konkomba	45	25	70
12-mai	Sensibilisation des peulh	19		19
18-mai	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	74	41	115
21-mai	2 projections/débats	147	158	305
24-mai	sensibilisation	28	19	47
25-mai	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	29	25	54
28-mai	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	159	66	225

31-mai	Sensibilisation	28	19	47
01-juin	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	66	9	75
03-juin	Sensibilisation	19	4	23
04-juin	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	107	27	134
08-juin	Sensibilisation	38	11	49
09-juin	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	53	11	64
14-juin	Sensibilisation	21		21
18-juin	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	161	35	196
21-juin	Sensibilisation des Gourmantché	21		21
25-juin	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	85	22	107
28-juin	Sensibilisation d'un groupe de nigériens	13		13
02-juil	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	72	13	85
06-juil	Sensibilisation	25	2	27
07-juil	Projection de film, débat à l'occasion d'un mariage	60	90	150
09-juil	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	72	25	97
15-juil	Sensibilisation des peulh	9		9
18-juil	Sensibilisation	34	9	43
23-juil	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	88	27	115
28-juil	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	18	5	23
30-juil	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	65	27	92
06-août	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	68	13	81
10-août	Sensibilisation	47	12	59
13-août	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	63	22	85
16-août	Sensibilisation	29		29
20-août	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	69	24	93
25-août	Sensibilisation	18	4	22
27-août	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	103	46	149
01-sept	Sensibilisation	25	9	34
03-sept	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	54	25	79
07-sept	Sensibilisation	54	25	79
10-sept	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	17		17
21-sept	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	47	29	76
25-sept	Sensibilisation	37	32	69
29-sept	Sensibilisation	27	16	43
30-sept	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	63	21	84
01-oct	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	47	25	72
05-oct	Sensibilisation des bouchers	33		33
08-oct	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	35	22	57
11-oct	Sensibilisation	18		18
15-oct	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	29	26	55
20-oct	Sensibilisation	32	14	46
22-oct	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	54	37	91
27-oct	Sensibilisation	34	8	42
29-oct	Sensibilisation	9	16	25
05-nov	Sensibilisation	13		13
09-nov	Sensibilisation	12	5	17
12-nov	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	36	12	48
15-nov	Sensibilisation	8		8
19-nov	Sensibilisation	16	8	24
24-nov	Sensibilisation	12		12
26-nov	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	49	24	73
03-déc	Sensibilisation	28	7	35

10-déc	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	48	15	63
13-déc	Sensibilisation		14	14
17-déc	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	39	18	57
21-déc	Sensibilisation	19	9	28
24-déc	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	55	36	91
27-déc	Sensibilisation	26	6	32
31-déc	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	49	25	74
	Total	4312	1865	6177

(5) Formation de l'équipe d'animateurs

Le 05/05/2004, tous les animateurs de Karimama, Kompa, Monsey, Birni Lafia ainsi que ceux des bars au nombre de 14 ont suivi avec grand intérêt une formation sur l'animation en milieu rural: comportements et stratégies à adopter. La formation a également porté sur la clinique du Sida.

(6) Réunions tenues dans les autres villages de l'arrondissement de Karimama centre

L'animateur de Karimama a organisé des réunions dans les autres villages qui ont réuni 1332 personnes différentes..

séances de prévention à Goroubéri				
date	Contenu	hommes	femmes	total
12-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	147	174	321
09-févr	Sensibilisation	36	17	53
	Total	183	191	374
séances de prévention à Tondi koaria				
date	contenu	hommes	femmes	total
28-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	236	65	301
25-mars	Sensibilisation	43	24	67
		279	89	368
séances de prévention à Mamassy peulh				
date	Contenu	hommes	femmes	total
22-janv	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	157	82	239
17-févr	Sensibilisation	51	45	96
	Total	208	127	335
séances de prévention à Bello Tounga				
date	contenu	hommes	femmes	total
15-mars	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	80	70	150
31-mars	Sensibilisation	37	12	49
	Total	117	82	199
séances de prévention à Mamassy Gourma				
date	contenu	hommes	femmes	total
21-avr	Projection de film, débat et distribution de préservatifs	193	128	321

b) Animations publiques dans les villages par voie terrestre

(1) Contenu

En 2004, les 5 arrondissements de la commune ont été visités plusieurs fois, trois visites ont été réalisées dans chacun des villages. La première séance portait sur la transmission foeto-maternelle, la deuxième sur la transmission par l'allaitement et la troisième consistait en un feed back sur les acquis antérieurs prenant en compte les thèmes traités et les questions soulevées en 2003 et lors des deux premières séances de 2004.

Ces thèmes ont été développés à la demande du public qui a beaucoup insisté sur ces deux modes de transmission.

Les questions suivantes ont été posées:

- Est-ce que la mère peut transmettre le virus à son enfant au cours de la grossesse ?
- est-ce que lorsque l'on coupe le cordon ombilical, l'enfant peut être contaminé ?
- Est-ce qu'une mère qui a le virus peut le transmettre à un enfant qui tète ses seins ?
- Si la mère peut transmettre par l'allaitement, faut-il allaiter les enfants ?

Les discussions ont alors porté sur le mode de vie et les contraintes économiques locales. En effet, très rares sont ceux qui peuvent acheter biberons et lait artificiel lorsque la simple ration alimentaire quotidienne n'est bien souvent pas assurée. La pauvreté et les difficultés à assurer une hygiène correcte en cas d'allaitement artificiel contraignent les femmes à allaiter car le risque de mortalité pour les enfants serait plus élevé par dénutrition ou diarrhée que par contamination par le VIH.

(2) Public touché

Lors des séances organisées dans les villages, c'est l'ensemble de la population qui vient assister et participer à la discussion hommes et femmes mélangés. Le ratio est là de 50/50 car l'équipe se déplace sur les lieux de vie des populations et les femmes comme les hommes se montrent intéressés par ces discussions.

Ateliers de prévention terrestres	
Arrondissement de Kompa	814
Arrondissement de Bogo Bogo	963
Arrondissement de Birni Lafia	1206
Arrondissement de Monsey	2322
Total	5305

(3) Calendriers des réunions tenues dans chaque arrondissement:

(a) Arrondissement de Birni Lafia

Animateur: Zibo Bachirou

Dans cet arrondissement, un total de 1206 personnes différentes ont participé aux séances de prévention.

N° d'ordre	Villages	Date des visites	Thèmes	Nb de participants
1	Birni Lafia	05/01/2004	Transmission foeto-maternelle	400
		03/02/2004	Transmission par l'allaitement	400
		06/03/2004	Feed back	400
2	Tondi koaraia	10/01/2004	Transmission foeto-maternelle	300
		11/02/2004	Transmission par l'allaitement	250
		13/03/2004	Feed back	300
3	Kargui	13/01/2004	Transmission foeto-maternelle	250
		21/02/2004	Transmission par l'allaitement	250
		18/03/2004	Feed back	250
4	Gorou kambou	24/01/2004	Transmission foeto-maternelle	62
		29/02/2004	Transmission par l'allaitement	58
		23/03/2004	Feed back	67
5	Goania	31/01/2004	Transmission foeto-maternelle	44
		05/04/2004	Transmission par l'allaitement	49
		10/04/2004	Feed back	48
6	Tanda Tédji	31/03/2004	Transmission foeto-maternelle	51
		17/04/2004	Transmission par l'allaitement	48
		03/05/2004	Feed back	51
7	Maligoungou	22/04/2004	Transmission foeto-maternelle	24
		09/05/2004	Transmission par l'allaitement	28
		03/06/2004	Feed back	33
8	Boyzéya	15/05/2004	Transmission foeto-maternelle	33
		12/06/2004	Transmission par l'allaitement	37
		07/07/2004	Feed back	40
9	Goroubi	19/06/2004	Transmission foeto-maternelle	18
		12/07/2004	Transmission par l'allaitement	21
		02/08/2004	Feed back	20

(b) *Arrondissement de Kompa*

Animateur: Ibrahim Yacoubou, dans cet arrondissement, un total de 814 personnes différentes ont participé aux réunions.

N° d'ordre	Villages	Date des visites	Thèmes	Nb de participants
1	Kompa	05/01/2004	Transmission foeto-maternelle	200
		06/03/2004	Transmission par l'allaitement	180
		03/06/2004	Feed back	250
2	Kompanti	09/01/2004	Transmission foeto-maternelle	145
		04/03/2004	Transmission par l'allaitement	170
		12/06/2004	Feed back	200
3	Garbékoara	16/01/2004	Transmission foeto-maternelle	78
		19/06/2004	Transmission par l'allaitement	69
		20/03/2004	Feed back	106
4	Dangazori	24/01/2004	Transmission foeto-maternelle	34
		27/03/2004	Transmission par l'allaitement	36
		03/06/2004	Feed back	41
5	Kéné Tounga	30/01/2004	Transmission foeto-maternelle	28
		31/03/2004	Transmission par l'allaitement	23
		09/06/2004	Feed back	33
6	Goungou béri	05/02/2004	Transmission foeto-maternelle	52
		21/02/2004	Transmission par l'allaitement	60
		16/06/2004	Feed back	60
7	Illa	29/02/2004	Transmission foeto-maternelle	72
		26/06/2004	Transmission par l'allaitement	67
		06/07/2004	Feed back	75
8	Koudjibangou	03/04/2004	Transmission foeto-maternelle	42
		19/04/2004	Transmission par l'allaitement	49
		23/07/2004	Feed back	47

(c) *Arrondissement de Bogo Bogo*

Animateur: Gnonso

Dans cet arrondissement, un total de 963 personnes différentes ont participé aux réunions de prévention.

N° d'ordre	Villages	Date des visites	Thèmes	Nb de participants
1	Bogo Bogo	22/01/2004	Transmission foeto-maternelle	300
		03/02/2004	Transmission par l'allaitement	200
		05/08/2004	Feed back	300
2	Bani Kani	19/01/2004	Transmission foeto-maternelle	92
		07/02/2004	Transmission par l'allaitement	84
		14/08/2004	Feed back	96
3	Torloh	31/01/2004	Transmission foeto-maternelle	27
		17/02/2004	Transmission par l'allaitement	56

		20/08/2004	Feed back	59
4	Mamassy Gourma	18/02/2004	Transmission foeto-maternelle	250
		03/04/2004	Transmission par l'allaitement	250
		28/10/2004	Feed back	300
5	Koffouno	27/02/2004	Transmission foeto-maternelle	74
		04/03/2004	Transmission par l'allaitement	70
		19/04/2004	Feed back	81
6	Alfari	13/03/2004	Transmission foeto-maternelle	32
		28/04/2004	Transmission par l'allaitement	36
		01/05/2004	Feed back	34
7	Koaratédji	20/03/2004	Transmission foeto-maternelle	41
		10/05/2004	Transmission par l'allaitement	42
		05/07/2004	Feed back	40
8	Toura	27/03/2004	Transmission foeto-maternelle	25
		21/05/2004	Transmission par l'allaitement	18
		10/07/2004	Feed back	28
9	Souh Tounga	28/05/2004	Transmission foeto-maternelle	19
		27/07/2004	Transmission par l'allaitement	15
		03/08/2004	Feed back	21

(d) *Arrondissement de Monsey*

Animateur: Maïguizo Zakari

Dans cet arrondissement, c'est un total de 2322 personnes différentes qui ont été concernées par l'action.

N° d'ordre	Villages	Date des visites	Thèmes	Nb de participants
1	Monsey dendi	03/01/2004	Transmission foeto-maternelle	160
		17/04/2004	Transmission par l'allaitement	160
		03/08/2004	Feed back	160
2	Monsey haoussa	10/01/2004	Transmission foeto-maternelle	142
		24/04/2004	Transmission par l'allaitement	158
		09/08/2004	Feed back	172
3	Goumbitchigoura	15/01/2004	Transmission foeto-maternelle	200
		25/04/2004	Transmission par l'allaitement	160
		21/08/2004	Feed back	200
4	Loumbou-Loumbou	22/01/2004	Transmission foeto-maternelle	175
		28/04/2004	Transmission par l'allaitement	163
		28/08/2004	Feed back	174
5	Bonwalou	31/01/2004	Transmission foeto-maternelle	98
		03/05/2004	Transmission par l'allaitement	89
		01/07/2004	Feed back	99
6	Bongnami	02/02/2004	Transmission foeto-maternelle	76
		15/05/2004	Transmission par l'allaitement	81
		09/07/2004	Feed back	84
7	Pékinga	11/02/2004	Transmission foeto-maternelle	300
		18/05/2004	Transmission par l'allaitement	350
		16/07/2004	Feed back	350

8	Mékrou	21/02/2004	Transmission foeto-maternelle	68
		27/05/2004	Transmission par l'allaitement	74
		24/07/2004	Feed back	74
9	Kabékogo	29/02/2004	Transmission foeto-maternelle	80
		31/05/2004	Transmission par l'allaitement	77
		29/07/2004	Feed back	82
10	Tchangakoara	06/03/2004	Transmission foeto-maternelle	67
		01/06/2004	Transmission par l'allaitement	82
		12/06/2004	Feed back	86
11	Sagarana	11/03/2004	Transmission foeto-maternelle	153
		18/06/2004	Transmission par l'allaitement	161
		26/06/2004	Feed back	200
12	Boumbaye	18/03/2004	Transmission foeto-maternelle	108
		27/03/2004	Transmission par l'allaitement	108
		30/06/2004	Feed back	111
13	Marigoungou	02/09/2004	Transmission foeto-maternelle	102
		11/09/2004	Transmission par l'allaitement	117
		02/10/2004	Feed back	123
14	Dossou Goungou	19/09/2004	Transmission foeto-maternelle	88
		24/09/2004	Transmission par l'allaitement	91
		09/10/2004	Feed back	100
15	Tilawa	30/09/2004	Transmission foeto-maternelle	176
		15/10/2004	Transmission par l'allaitement	183
		23/10/2004	Feed back	181
16	Toulamaï	27/10/2004	Transmission foeto-maternelle	99
		04/11/2004	Transmission par l'allaitement	107
		10/11/2004	Feed back	123

c) Ateliers de prévention dans les marchés

* Les animations de séances de prévention dans les grands marchés de la sous-préfecture.

Les gens se lèvent très tôt ce jour là afin de se rendre dans la ville qu'ils ont choisie pour y vendre le produit de leur culture, de leur pêche ou de leur artisanat et s'approvisionner en denrées diverses. Ce sont des lieux de brassage des populations et aucun habitant de la localité ne raterait le marché pour rien au monde.

Certains marchés sont accessibles par voie terrestre:

Le vendredi : marché de Karimama

Le lundi : marché de Birni Lafia

Le mercredi : marché de Mossey

Le jeudi : marché de Kompa



D'autres ne peuvent être rejoints que par voie fluviale:

Le jeudi : marché de Kompa (Bénin)

Le vendredi : marché de Karimama (Bénin), partie du marché située au bord du fleuve



C'est un couple d'animateurs qui se charge de cet aspect de l'action. Ils le mènent à bien au cours des différents congés scolaires, en particulier ceux d'été qui durent de début juillet jusqu'à fin septembre, mais également les jeudi et vendredi après-midi samedi et dimanche le reste de l'année.

Sur chaque marché on estime autour de 350 le nombre de personnes différentes venues discuter et

échanger avec les animateurs de prévention. **Soit pour de 8 villes différentes, un total de 2800 personnes vues dans l'année sur les marchés.**

*** Les animations de séances de prévention dans les marchés de bétail.**

C'est l'animateur de langue peule qui a la charge de ces animations

Marché de Mamassy peul vendredi (Bénin)

Marché de Ouna mercredi (Niger)

Marché de Boumba mardi (Niger)

Marché de Birni Lafia lundi (Bénin)

Marché de Mossey mercredi (Bénin)

Marché de Guéné jeudi (Niger)

Les peuls ne se regroupent pas mais discutent autour des bêtes en petits groupes des qualités de chacune. L'animateur se déplace donc de place en place sur le marché et se joint aux discussions et intervient: "Si tu veux être aussi fort que le taureau, il faut porter le préservatif", et la palabre s'ensuit. **2500 personnes** ont été ainsi concernées par l'action, dans leur très grande majorité des peuls.

*** Les animations de séances de prévention dans villages riverains du fleuve accessibles par voie fluviale.**

Ces villages de pêcheurs très isolés ne sont accessibles que par le fleuve. Ces séances de prévention s'accompagnent de campagnes de médecine foraine où sont réalisés des soins de santé primaire élémentaires: administration de chloroquine en saison des pluies, déparasitage des enfants, supplémentation en fer des femmes enceintes.

Environ 4000 personnes ont bénéficié de ces visites.

d) Nouvelle action de prévention réalisée par les femmes dans l'arrondissement de Karimama

L'équipe d'URACA confrontée à la difficulté de contacter les familles sur leurs lieux de vie, territoire culturellement réservé aux femmes a lancé une nouvelle action en 2004.

S'appuyant sur les leaders des groupements de femmes soutenus dans le cadre des micro-projets de développement, des actions collectives de prévention réalisées par ces femmes ont vu le jour.

Ainsi, une quarantaine de leaders se retrouvent un jour donné (une trentaine environ à chaque fois car elles ne sont pas toutes là le même jour), avec Tam-tams et griots et font le tour des maisons d'un quartier ou d'un village donné. Le groupe va alors de maisons en maisons pour rencontrer toutes les femmes. Elles parlent du sida et leur discours est ponctué par le griot. Tout cela dans une ambiance festive de danses et de réjouissances "entre femmes".



Elles rencontrent ainsi une moyenne de 120 femmes à chaque tournée. 11 tournées ont ainsi été organisées dans l'année: 2 à Karimama, 1 dans chaque quartier, 3 à Bello-Tounga, 2 dans les villages de pêcheurs en bordure du fleuve (Boumi tounga, Souh tounga, Tintin, etc.), 2 à Mamassy peul et 2 à Goroubéri. C'est un total de 1300 femmes qui ont ainsi pu être incluse dans cette nouvelle action de prévention.

e) Réunion des marabouts

Le 26 Mars 2004, 63 marabouts venus de tous les arrondissements de la commune de Karimama et des villages environnants du Niger (Ouna, Momboy tounga, Sanifina, Siya, Koulou, Boumba) ont été reçus à Karimama pour une séance de sensibilisation sur la prévention du sida.

Dans la matinée, ces derniers ont reçu des informations fiables sur l'épidémie à VIH/Sida et l'après-midi a été consacré à un feed-back.

Il a été demandé à ces responsables religieux de porter le message de prévention aux fidèles musulmans à la fin de chaque prière dans les mosquées.

f) Réunion des guérisseurs

Le 07 Avril 2004, 57 guérisseurs traditionnels ont été réunis en vue de leur sensibilisation. La stratégie utilisée pour cette formation a été le jeu de rôle sur le thème: "Je suis malade, je veux savoir si j'ai le sida". Au cours de la séance, les participants ont joué les rôles de malade, de marabout, d'esprit, de médecin, de guérisseur traditionnel, de jeunes filles et de jeunes hommes.

Les conclusions principales étaient:

- qu'il faut se protéger lors des rapports sexuels
- accepter de faire le dépistage en particulier avant le mariage
- ne pas se laisser abuser par les fausses rumeurs car le sida existe et qu'actuellement rien ne le guérit.

g) Organisation du réseau de distribution de préservatifs

Toutes les actions s'accompagnent de distributions et du marketing des préservatifs. Ceux-ci sont vendus à 50 FCFA ce qui motive le réseau de distribution et le rend plus efficace. En 2003, nous avons distribué ainsi les 3000 préservatifs et nous avons décidé d'améliorer notre approvisionnement en préservatifs. En 2004, nous en avons ainsi distribué 5 000.

Outre les animateurs de l'équipe, participent à ce réseau 5 piroguiers navigants et 6 buvettes.

Buvette Nankankani à Bello Tounga

Buvette Bébé à Karimama

Buvette Le retrait à Karimama

Buvette Alazi à Kompa

Buvette Kabila Prime à Boumba

Buvette Bruno à Kargui



Piroguiers navigants

h) Action de prévention au Niger

Débutée en 2003, ce volet de l'action s'est développé en 2004.

L'équipe nigérienne avec l'animateur de Karimama venu montrer le matériel de prévention conçu et distribué au Niger, reprenant l'image du chapeau peul pour le préservatif.



au

Villes du Niger	Nb de personnes
Tanda	508
Momboyé Tounga	297
Albarkaizé	17
Boumba	4100
Gaya	2000
Total	6922

(1) Prévention à Tanda

Animateur: Mamane

Période: Janvier-février 2004

Activités: sensibilisation, démonstration du port du préservatif, vente de préservatifs

Dates	Activités	Hommes	Femmes	Total
04/01/2004	Sensibilisation suivie de débats	74	27	101
23/01/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	81	37	118
08/02/2004	Sensibilisation, démonstration du port des préservatifs	103	40	143
22/02/2004	Sensibilisation, démonstration du port des préservatifs	94	52	146
	Total	352	156	508

(2) Prévention à Momboyé tounga

Animateur: Moudi

Période: Mars Avril 2004

Activités: sensibilisation, démonstration du port du préservatif, vente de préservatifs

Dates	Activités	Hommes	Femmes	Total
07/03/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	27	34	61
19/03/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	42	36	78
14/04/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	43	34	77
29/04/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	53	28	81
	Total	165	132	297

(3) Prévention à Albarkaizé

Animateur: Chaïbou

Période: Juillet Août 2004

Activités: sensibilisation des coiffeurs

Nombre de visites: 3

Nombre de coiffeurs sensibilisés: 17

(4) Prévention à Boumba

Animateur: Ousmane

Période: Janvier à juin 2004 (2 fois par mois)

Activités: sensibilisation, démonstration du port du préservatif, vente de préservatifs

Dates	Activités	Hommes	Femmes	Total
04/01/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	200	100	300
24/01/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	250	150	400
07/02/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	300	100	400
26/02/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	300	100	400
03/03/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	320	130	450
30/03/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	320	130	450
05/04/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	225	125	350
20/04/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	300	150	450
06/06/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	350	100	450
28/06/2004	Sensibilisation, vente de préservatifs	350	100	450
	Total	2915	1185	4100

(5) Prévention à Gaya

Animateur: Seidou Saouna

Période: Janvier à Décembre 2004

Calendrier de travail: 4 fois par semaine (lundi, mardi, mercredi jeudi) matin et soir soit 16 fois par mois.

Activités: sensibilisation sur la prévention des MST et du sida

Cibles sensibilisées: Les usagers de la route (chauffeurs de gros porteurs), taximans (deux roues et 4 roues), jeunes filles et professionnelles du sexe de Gaya.

On peut estimer le nombre de personnes sensibilisées par cet animateur. En effet, il voit en moyenne 30 personnes à chacune de ses interventions, soit 5760 entretiens dans l'année. Comme il revoit certaines personnes 2 ou 3 fois, on peut estimer à largement 2000 personnes différentes sensibilisées au cours de l'année.

3. Création d'une radio rurale

a) Introduction

La **ville de Paris** a décidé de soutenir l'installation d'une radio rurale au niveau de la commune de Karimama. Cette subvention votée en octobre 2004 n'a été réellement disponible qu'en décembre 2004. La construction et l'achat du matériel prévu se fera donc en 2005. Au moment où ce rapport est rédigé, la construction de la maison est en cours. Le terrain mis à disposition se situe à Karimama centre.

Néanmoins, avec un petit matériel d'occasion, la radio a commencé à fonctionner depuis le 10/09/2004. Elle s'appelle: **FM Karimama émettant depuis Bello Tounga** et émet sur le canal 100.3.

b) Equipe d'animateurs



L'animateur principal et le coordonateur de l'action est Mr Souleymane INOUSSA, animateur en dendi.

Mr Ibrahim NAMATA est formateur et technicien.

Mr Amintchi SALEY est animateur en Haoussa

Mr Ba Iavri Kompa est l'animateur en gourmantché

Les autres membres de l'équipe de prévention collaborent à ce projet en intervenant ou en faisant des enregistrements sur le terrain.

c) horaires et langues d'émission

La radio émet de 19h30 à 22h30 chaque jour. Suivant les jours de la semaine les émissions se font dans les différentes langues locales.

Lundi	haoussa et dendi
Mardi	gourmantché et dendi
Mercredi	dendi
Jeudi	dendi
Vendredi	haoussa, gourmantché, peul et dendi
Samedi	dendi
Dimanche	dendi

d) Contenu des émissions

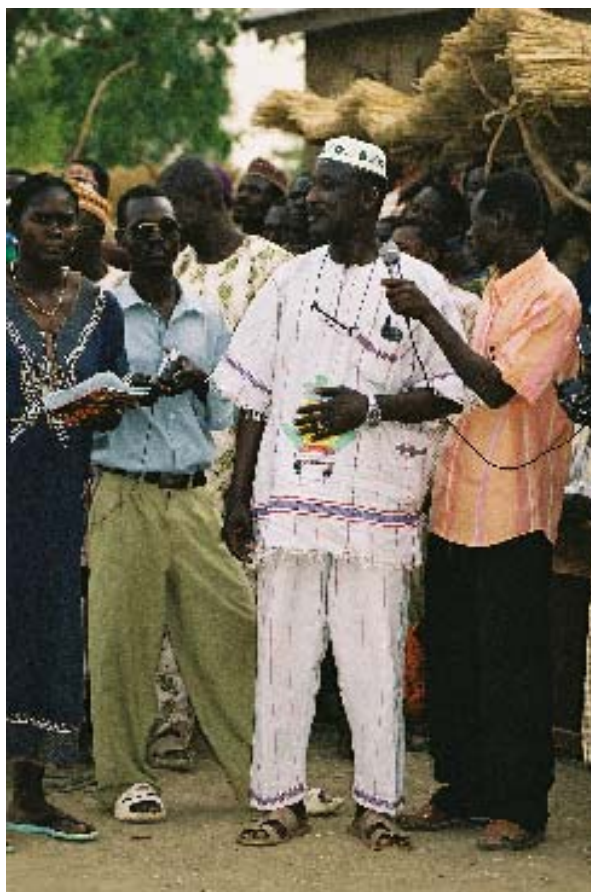
Les émissions commencent par un djingle: une chanson traditionnelle jouée par un gogué local intitulée "dendi dendi".

Chaque jour l'animateur principal prépare un thème d'intervention portant sur la santé et le développement. A titre d'exemple, les sujets suivants ont été diffusés:

- une campagne de salubrité
- l'hygiène corporelle de l'enfant
- la planification familiale
- qui peut attraper le VIH ?
- protégeons nos aliments
- la scolarisation des jeunes filles
- comment éviter d'attraper le VIH-sida
- etc.

Lorsqu'un évènement de prévention est organisé par URACA comme un championnat de lutte avec jeu-concours sur le sida, les animateurs enregistrent le contenu et le diffusent ensuite dans des émissions très écoutées car ces événements rencontrent un vif succès opposant les lutteurs des différents villages de la région.

Ci-contre l'enregistrement du Dr Moussa MAMAN concluant le jeu-concours sur le sida au cours du championnat de lutte.



Des interview de personnalités, d'artistes, de membres de la communauté souhaitant donner leur avis sur différents sujets sont intégrés suivant les thèmes choisis aux émissions.



Une rubrique a beaucoup de succès auprès des auditeurs, il s'agit de la "boite à questions". En effet, cela reprend la tradition dendi des devinettes. Comme celle qui a été proposée par Kassima et qui est la suivante: *"Il y a deux enfants de même mère qui dorment ensemble, mais qui ne se connaissent pas."* La réponse est: l'œil et l'oreille.

Enregistrement d'un griot détenteur de la tradition orale locale.

Ce sont les auditeurs qui proposent leurs questions à l'animateur lorsqu'ils le rencontrent ou qui se débrouillent pour lui faire parvenir et d'autres auditeurs qui viennent lui répondre par l'intermédiaire de la radio. Parfois, si la question intéresse beaucoup le public, une palabre se crée se poursuivant d'émission en émission.

Ainsi, l'une d'entre elles a suscité beaucoup de commentaires:

Namata vendeur de cola a posé le problème suivant: *"On te donne 500 F Pour acheter 100 têtes d'animaux, boeuf, mouton, cabri. Sachant qu'on a tout dépensé et qu'un bœuf coûte 25 F, un mouton 5F, et qu'on obtient 2 cabris pour 5F, quelles seront les 100 têtes d'animaux qu'on aura pu acheter ?"*

e) Bilan et evaluation

Dès maintenant on peut voir que les émissions sont régulières, diffusées à heures fixes et que petit à petit, le bouche à oreille jouant, un public se crée avec des auditeurs fidèles. Il est difficile d'avoir une idée réelle du nombre d'auditeurs, mais les commentaires recueillis sur les marchés après les émissions permettent néanmoins de voir:

- que cette radio répondait à une véritable attente des populations car elle y ont vite adhéré,
- que la diffusion malgré un matériel peu sophistiqué permet déjà d'atteindre une zone géographique relativement étendue:

ainsi les témoignages montrent que la radio a été écoutée:

Au Niger dans 52 villages différents dont Tanda et Tchakaye Kwara.

Au Bénin, dans 55 villages allant de Béni kani à Kofouno, en passant par Bogo Bogo, Mamassy peul et Goroubéri.

Chaque jour sont diffusées des commentaires des auditeurs et des salutations pour les auditeurs fidèles qui y sont très sensibles.

4. Organisation des animations de prévention à l'occasion des manifestations populaires

En 2004, nous avons été contraints de modifier à la baisse nos réalisations en ce qui concerne les manifestations populaires. En effet, suite à la décentralisation, toute la région a été déstabilisée, les rivalités entre candidats, ont rejailli sur la cohésion sociale, les groupes de Fade et de Konkonba se sont dispersés. L'atmosphère ne permettait pas d'organiser de grandes manifestations collectives.

Néanmoins, nous avons pu quand même mener à bien quelques actions de ce type, tout en le faisant avec beaucoup de prudence et moins de battage que les années précédentes.

a) La lutte traditionnelle.

Nous avons pu organiser deux concours de lutte traditionnelle dans l'année. Ces championnats ont un très grand succès populaire et sont suivis par plus de 2000 à 3000 personnes à chaque fois pendant les 3 jours consécutifs. C'est aussi un support très apprécié des émissions de radios locales où les différents villages suivent les résultats de leurs champions respectifs;



Le premier a eu lieu à Kompa les 24, 25 et 26 février. Cette manifestation a rassemblé environ 3000 personnes.

Le deuxième a eu lieu à Mossey les lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 mars et a rassemblé 800 personnes.

Entre les combats, des démonstrations sur le port du préservatif sont réalisées avec des jeux-concours sur le sida.

Les questions qui ont été posées cette année sont:

1. Avez-vous entendu parler du sida ? Si oui, comment peut-on l'éviter ?
2. Le moustique peut-il transmettre le virus du sida ?
3. Comment peut-on savoir qu'une personne est séropositive ?
4. Quel comportement doit-on avoir face à un parent infecté ?

Au terme de ces jeux concours des enveloppes récompensent les meilleures réponses.

Notons que toutes les couches sociales sont impliquées: dendis, gourmantchés, haoussas, peuls, hommes et femmes, filles et garçons.

b) Le Konkomba

A l'occasion du 1^{er} décembre, une soirée de Konkomba a eu lieu le 24 décembre. Elle a réuni **234** jeunes filles et garçons pour danser et s'amuser. Le konkomba est une musique syncrétique ni moderne, ni traditionnelle. Ce sont des groupes de musique et de danse « moderne » animées par des jeunes, pour eux mêmes.



c) Réunion des femmes à l'occasion du 1^{er} décembre

Pour la première fois cette année, nous avons eu l'idée d'une grande réunion festive rassemblant les femmes grâce à notre animatrice. Les femmes se sont donc retrouvées à Karimama dans un grand espace leur permettant de se préparer à manger et de faire la fête ensemble. Cette réunion a eu lieu le 27 décembre et a réuni **450 femmes**. Elle a remporté un vif succès et a permis des palabres à n'en plus finir sur les hommes, la sexualité, la fidélité, etc. Les deux animateurs présents ont animé les échanges et fait des démonstrations du port du préservatif, ce qui s'est fait dans l'hilarité générale.

Le Ministre du Plan et de la Promotion féminine est venu sur le terrain ce jour là participer à la rencontre.

d) organisation d'un Soro

(1) Introduction: Projet initial et difficultés rencontrées

Initialement, notre projet était l'organisation d'une action de prévention à l'occasion du Hotungo, concours de bergers réunissant les peuls venant de toute la sous région. En effet, c'est une manifestation populaire qui regroupe toutes les communautés peules autour de leurs chefs de clans ou Rouga.

Or, suite à la décentralisation ayant eu lieu entre 2002 et 2003, de nombreuses tensions se sont avivées dans la région. En particulier de fortes rivalités ont surgi entre deux communautés peules de la région entre le Niger et le Bénin autour de la question de la gestion d'un marché de bétail. Dans ce contexte, il était dangereux voir impossible d'organiser une manifestation regroupant tous ces groupes.



Après amélioration du climat social dans la région, un hotungo a pu être organisé en février 2005.

Nous avons donc modifié le projet initial et nous avons organisé un rituel du soro à la place du hotungo avec les mêmes objectifs, c'est à dire, profiter d'une réunion importante des populations peuls pour faire de la prévention du sida.

Il s'agit en effet d'un regroupement de jeunes initiés avec leur fiancées ou leur jeunes femmes. Ce rituel se fait entre jeunes gens, sans la présence des chefs coutumiers et des ténors de la politique, nous avons donc pu mener à bien ce projet autour de cette nouvelle idée.

(2) *Le « soro » ou la flagellation*

C'est un rite initiatique pratiqué chez les jeunes peuls au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte, ou même parmi les jeunes adultes. Les participants ayant entre 18 et 40 ans.

Il s'agit pour les jeunes garçons de montrer leur courage en ne bronchant pas sous les coups de l'adversaire, qui ne devra pas bouger d'un pouce quand les rôles seront inversés et que ce sera son tour. Il s'agit de montrer à sa fiancée ou à sa femme son endurance, ses capacités à contenir la douleur, ainsi que sa ruse et sa perspicacité dans les échanges avec son adversaire et dans les défis lancés.

Les jeunes filles et jeunes femmes, fiancées ou jeunes mariées viennent encourager leur bien aimé, essuyer la sueur qui coule de son front.



Cette manifestation regroupe donc tous les jeunes peuls filles comme garçons.

C'est un moment privilégié pour les rencontres et pour la prévention.

(3) *Organisation de la prévention*

L'équipe de prévention est intervenue tout au long de la journée qui a eu lieu le 28 Avril 2004. Le rôle prépondérant ayant été donné à l'animateur peul.

Des intermèdes se sont succédés avec des messages de prévention, des démonstration du port du préservatif, et des distributions de préservatifs. Une réflexion sur le devenir d'un jeune couple dans l'hypothèse où l'un d'entre eux se ferait contaminer, etc.

A l'instar des animations réalisées au cours de championnats de lutte traditionnelle, des petits concours avec distribution de récompenses pour les bonnes réponses sont organisées.

(4) Nombre de participants accueillis

Les jeunes peuls sont venus de Rounto, Balgoudjo, Laté, Mamassy peul et Goroukambou.

Parmi les participants, on distingue deux catégories: les participants "officiels" qui se sont inscrit à l'avance et se sont déplacés pour participer, et les badauds ainsi que tous ceux qui viennent uniquement pour voir le rituel.

Tableau des participants inscrits:

Nom de la délégation	Nombre de garçons	Nombre de filles	Membres de la délégation	Nombre total de participants
Délégation de Rounto Niger	63	41	5	109
Délégation de Balgoudjo Niger	104	52	5	161
Délégation de Pékinga Bénin	211	90	5	306
Délégation de Gourou Kambou Bénin	123	35	5	163
Délégation de Dolé Nigéria	43	18	5	66
Total	544	236	25	805

Par contre le décompte précis de tous ceux qui ont assisté à la manifestation est impossible. **On peut estimer approximativement ce nombre à plus de 2000.**

5. Evaluation

Malgré les difficultés liées à la conjoncture et au climat social, la manifestation organisée a été un véritable succès par le nombre de participants venus de 3 pays différents.

L'engouement a été tel que les gens nous ont demandé d'organiser un rituel identique chaque année, en effet, c'est une occasion rêvée pour mobiliser les jeunes peuls qui ont rarement l'occasion de se regrouper.

E. Conclusion

L'action de notre équipe s'est peu à peu étendue géographiquement. Nos interventions concernent maintenant une plus vaste zone inter-états comprenant la commune de Karimama, celle de Malanville et les zones frontalières du Niger et du Nigéria. Nous allons poursuivre nos efforts dans ce sens au cours des années à venir.

Devant l'arrivée des personnes touchées dans le centre de soins et de santé de Bello-Tounga, l'URACA a décidé que le travail de prévention s'il reste absolument indispensable à la lutte contre le sida n'est plus suffisant.

C'est pourquoi, à partir de 2005, nous allons travailler à la mise en place d'un centre de dépistage et d'un centre de traitement dans la ville frontière de Malanville.

XIV. MICRO-PROJETS GENERATEURS DE REVENUS

A. Introduction GENERALE:

Les actions de prévention du sida et d'aide aux personnes touchées ne peuvent se concevoir qu'en tenant compte des réalités socio-économiques du milieu. Ainsi, dans la région d'Afrique où nous intervenons, la pauvreté et la précarité est telle que des actions dans le domaine de la santé n'ont de sens qu'en lien avec des micro-projets générateurs de revenus.

L'objectif de ces actions est simple, il s'agit de lutter contre la pauvreté et d'aider les paysans à trouver les moyens de survivre dans cette région sahélienne très pauvre, leur évitant ainsi d'émigrer vers les centres urbains et d'aller s'installer dans les bidonvilles à l'occasion d'une famine plus importante.

Depuis 2003, grâce à l'appui de la fondation Marc, que nous tenons à remercier chaleureusement pour son ouverture et son esprit de solidarité, nous avons pu pour mettre en oeuvre des projets de développement.

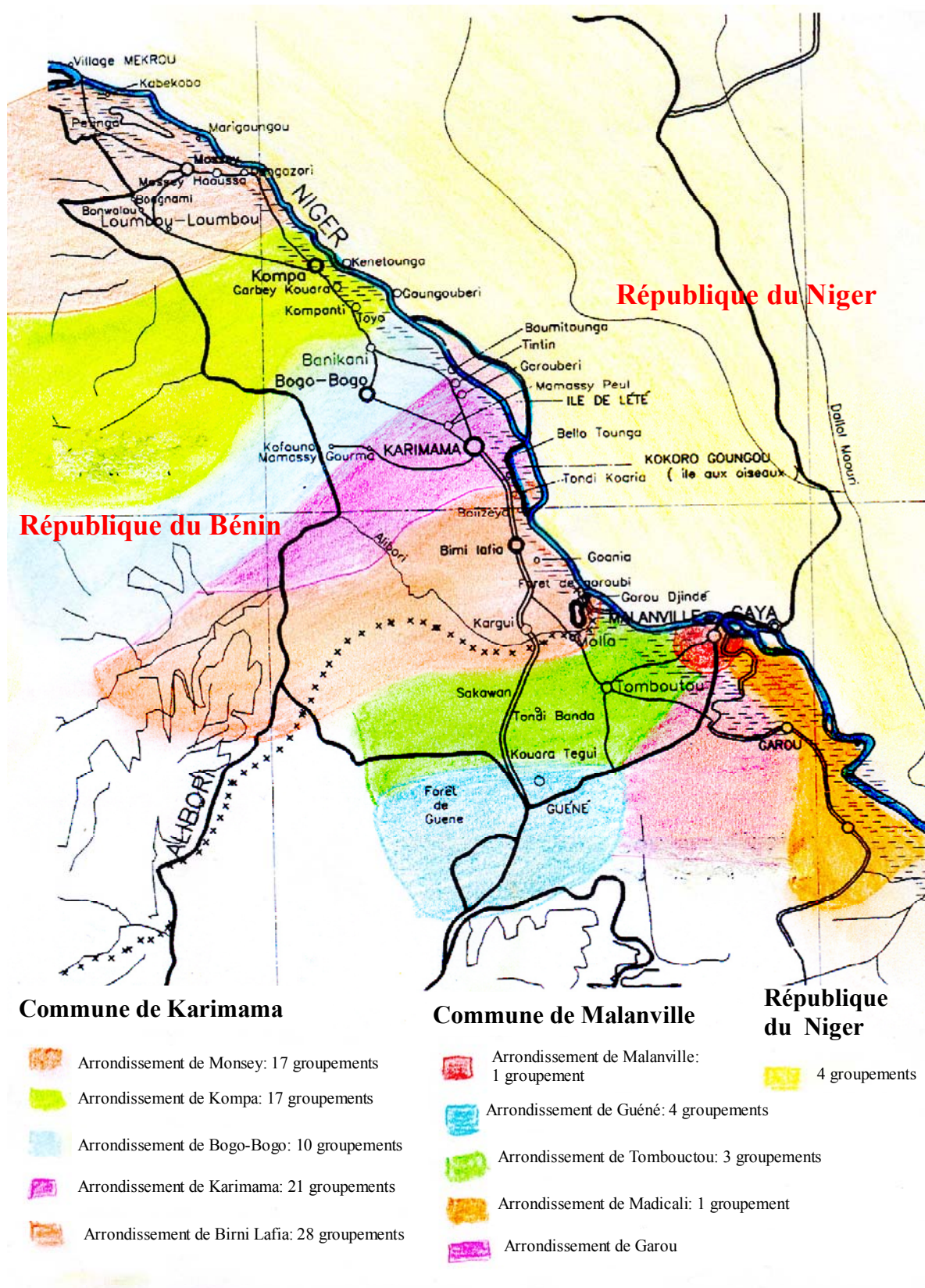
Certaines actions ont démarré en 2003 et se sont poursuivies en 2004, d'autres ont démarré en 2004.

Nous avons procédé à une évaluation approfondie et détaillée de ces actions faisant ressortir les difficultés et les résultats afin d'adapter les projets pour les années à venir. Cette évaluation est détaillée à la fin de ce chapitre pour l'ensemble des actions réalisées.

**Tableau récapitulatif des groupements de femmes
concernés par les micro-projets générateurs de revenus depuis 2003**

	Total
Nb de groupements	106
Nb de femmes	1427
Banque céréalière 2003	53
Banque céréalière 2004	51
Jardins 2003	14
Jardins 2004	11
Moulins 2004	17
Trous à Poissons 2004	16

Carte de la répartition des micro-projets de développement



B. Réalisation de la banque céréalière

1. Idée de départ

Dans le souci de lutter contre la pauvreté et la famine en période de soudure, l'URACA a initié dans la commune de Karimama, un projet de banque céréalière. Le succès auprès des populations lors de sa mise en route en 2003 a été immédiat à tel point que la question s'est vite posée de savoir comment sélectionner les groupements bénéficiaires de l'action.

L'idée est de faire barrière à la frénésie de spéculation des commerçants. En effet, chaque année ils achètent les produits agricoles au moment des récoltes céréalières où ils sont vendus à bas prix, puis attendent la période de soudure lorsque les greniers sont vides pour les revendre à des prix prohibitifs (10 fois leur prix d'achat). L'expérience nous a montré que dans ce milieu, les femmes géraient mieux que les hommes, nous avons donc confié la gestion de ces banques céréalières aux groupements des femmes de chaque village.

2. Mise en place de l'action

a) Sélection des groupements retenus pour le projet

Dès le début de l'action, nous avons reçu 290 demandes émanant de divers groupements de femmes dans toute la commune.

Le 22/08/2003 un groupe de travail a été réuni pour la mise en place de ce projet et les critères de sélection des groupements ont été discutés. Les critères retenus dans la sélection ont été: la motivation, l'expérience, et l'éloignement des principaux centres urbains. Cinq équipes de deux personnes ont été constituées pour recenser et sélectionner les groupements à retenir, dans les cinq arrondissements.

53 groupements ont été aidés en 2003, et en 2004 le même nombre de groupements a bénéficié de l'action. Le détail des groupements sélectionnés se trouve dans le chapitre "évaluation".

Pour encourager les groupements ayant fait les plus gros efforts, 23 groupes déjà aidés en 2003 ont reçu une nouvelle aide en 2004.

b) Achat des céréales

Le premier stock de céréales est acheté au moment où celles-ci sont au prix le plus bas, c'est à dire au moment des récoltes vers les mois de septembre à novembre.

Cette aide initiale varie entre 10 et 20 sacs de mil en fonction de l'éloignement et de la pauvreté du village retenu.

Suivant les cas ce sont soit les femmes qui achètent directement les céréales soit l'équipe d'URACA qui procède à l'achat et leur porte ensuite dans leur village.



Sacs de Maïs à Mossey
Groupements les plus éloignés dans la Commune (140 km)

3. Fonctionnement des banques céréalières

La période des récoltes s'étend de septembre à novembre, à ce moment là les céréales sont vendues moins cher. Un appui de 10 sacs de céréales (135 000 FCFA) en moyenne est apporté aux groupements à cette période de l'année. Les céréales sont soit achetées par les femmes, soit par l'équipe qui leur apporte dans leur village.

Cette dotation de départ est ensuite utilisée par les femmes en 3 parties:

- * une partie sert de semences et est entreposée
- * une autre partie est partagée entre les femmes du groupement pour les aider à surmonter la période de soudure en deux récoltes au cours de laquelle le prix des céréales fait parfois plus que doubler
- * une partie est revendue à un moment intermédiaire où les prix ont augmenté, mais la mise sur le marché de ces céréales freine un peu l'augmentation des prix de ceux qui spéculent sur la faim. L'argent récolté servira en grande partie à payer les frais inhérents aux travaux champêtres. En effet, ce ne sont pas les femmes qui font le gros du travail dans les champs mais des travailleurs journaliers, il faut en plus payer les engrais et éventuellement d'autres semences si les femmes choisissent de diversifier les cultures.



La récolte de la première année de ce champ collectif sera stockée jusqu'à ce que les prix aient atteint un niveau jugé convenable pour les femmes pour la revente (en général autour du mois d'avril-mai), et le stock sera à nouveau divisé en 3 parties: une pour les semences, une pour la revente et une pour le partage.

Si la récolte a été bonne, il s'en dégage à la fois un revenu individuel pour chaque femme en nature et en argent, ainsi qu'une somme d'argent gardée comme fond de trésorerie pour le groupement et placée à la banque.

Chaque année le bénéfice réel réalisé par les groupements n'est déterminé qu'au printemps de l'année suivante.

4. supervision et évaluation

Cette action a débuté en 2003, s'est poursuivie en 2004 et doit également continuer en 2005. Des équipes de 2 animateurs se rendent au moins deux fois dans l'année dans chacun des petits villages pour superviser l'action, donner des conseils aux femmes et noter les difficultés ou les résultats.

Il est à noter qu'un grand nombre de groupements ont fait part à l'équipe lors de ses visites de leur désir d'être alphabétisées afin de mieux gérer leurs dépenses et leurs recettes.

C. installation de moulins à grains

1. Naissance du projet

Suite à la mise en place de la banque céréalière en 2003-2004, les groupements de femmes nous ont sollicités pour une autre action. A la troisième réunion qui rassemblait les responsables des différents groupements, celles-ci nous ont fait part des difficultés qu'elles rencontraient pour trouver du temps à investir dans d'autres activités. En effet, elles passent l'essentiel de leurs journées à effectuer les corvées d'eau, à piler le mil et à préparer les repas.

Elles nous ont donc demandé des moulins à grains pour leurs villages, ce qui leur laisserait du temps libre pour cultiver, ou s'investir dans d'autres actions individuelles ou collectives. **En effet, l'achat d'un moulin à grain pour un village diminue d'environ 50% la charge de travail des femmes.**

Cette action a suscité un tel engouement dans toute la région que nous avons reçu et étudié 33 demandes officielles de la part des groupements féminins, pour 5 moulins initialement prévus.

2. Adaptation du projet en cours de réalisation

Lors de la rédaction du projet, nous avons prévu l'achat de 5 moulins et la construction de 5 abris.

3 moulins ont été installés dans leurs abris construits comme prévu dans les villages de Mamassy Peul, Goania et Goumbitchigoura. Puis les groupements ont fait part du fait que les abris étaient onéreux et qu'elles préféraient des abris plus rudimentaires afin de faire profiter un plus grand nombre de femmes de cette action. Nous avons donc modifié le projet dans ce sens.

De plus dans le projets initial nous n'avions pas tenu compte d'éléments indispensables au bon fonctionnement des moulins. Il s'agissait du système de refroidissement à l'aide de 2 tonneaux pour chaque moulin, des tuyaux, de la courroie de transmission et des 50 litres de gasoil donnés pour le lancement du moulin. Nous avons également pu bénéficier d'une offre promotionnelle pour l'achat du matériel, le revendeur nous a donné 2 moulins supplémentaires. Nous avons également pu récupérer un vieux moulin, le réparer, et le mettre en service.

Avec ces modifications, au total 18 moulins ont été installés en 2004 au lieu des 5 initialement prévus, avec tout le matériel nécessaire.

3. Public bénéficiaire

L'avantage de ce projet est qu'il concerne toutes les femmes du village. Ainsi celles qui n'ont pas été incluses dans le projet de banque céréalière ni dans celui de création des jardins de contre-saison car faisant partie d'autres groupements ou même d'aucun peuvent en bénéficier. Lorsqu'un moulin est en fonctionnement dans un village, les femmes des hameaux environnants viennent également y moudre leur grain, car le temps et la fatigue du chemin est très largement contre-balancé par l'économie de temps et de fatigue liée au pilage des grains.

Les deux critères principaux ont été retenus dans le choix des groupements sélectionnés:

- La pauvreté du village
- L'éloignement du fleuve ne permettant aucune culture de contre saison et aucun revenu de la pêche

- lorsque plusieurs petits villages sont proches, le moulin a été installé dans celui du milieu pour que le plus grand nombre de femmes puisse en bénéficier.

Un autre critère accessoire a été rajouté en cours de route. En effet, si outre ces deux premiers critères, le groupement des femmes avait auparavant été aidé dans le cadre de la banque céréalière et qu'elles avaient bien géré leur projet, le groupement était récompensé par l'installation du moulin. Ceci avec un double objectif: s'appuyer sur des groupements ayant un bon fonctionnement, et motiver les groupements aidés dans le cadre de la banque céréalière à obtenir de meilleurs résultats.

Au Bénin, 9 Moulins ont été installés dans la Commune de Karimama et 6 dans celle de Malanville et 2 au Niger.

4. Description du matériel

Ces moulins à grains sont de marque anglaise Bregstroton. Ils ont un piston d'une puissance de 6 CV. Ce modèle est très répandu au Nigéria, et les pièces de rechange sont très faciles à trouver. Leur mécanique est très rudimentaire rendant l'entretien très simple.



Groupement des femmes de Mamassy peul
au moment de l'installation de leur moulin en octobre 2004

5. Installation des moulins à grains

Tout d'abord 5 moulins (un moteur relié à une meule) ont été achetés. Un installateur professionnel est venu ensuite afin de procéder à l'installation définitive qui se fait de la façon suivante: Une fosse profonde de 1.50m est creusée et une dalle en béton coulée avec des tiges en métal qui fixent le moteur. Lorsque la dalle est sèche, le moteur est alors fixé. La deuxième phase consistant à mettre en place la meule est alors engagée de la même façon, par le creusement d'une dalle et la fixation de la meule lorsqu'elle est suffisamment sèche. la meule doit être à la bonne distance afin d'être reliée par la courroie au moteur.

6. Fonctionnement du projet:

Chaque femme venant moudre son grain paie une petite contribution lorsqu'elle vient au moulin. Le prix demandé varie en fonction du nombre de mesures de céréales que la femme vient moudre, mais également selon le prix du gasoil qui est très variable dans la région.

Un groupement des femmes est responsable de la gestion du moulin, il fixe les prix selon les modalités locales que chacun connaît dans la commune et la comptabilité des sommes collectées est connue de tous. **L'argent récolté permet de payer l'entretien du moulin, l'approvisionnement en carburant et le salaire du meunier.**

Le premier bénéfice n'est pas d'ordre financier, il consiste à soulager les tâches quotidiennes des femmes paysannes de la région qui travaillent déjà beaucoup. Mais, Le groupement devrait pouvoir tirer en outre un certain bénéfice du fonctionnement du Moulin, mais il est trop tôt pour faire cette évaluation, c'est après 1 an de mise en service soit fin 2005 que cela pourra être fait.

D. DEVELOPPEMENT DES CULTURES DE CONTRE SAISON SUR LES RIVES DU FLEUVE NIGER

En 2003, nous avons initié une action de développement des cultures de contre-saison en créant des jardins répartis dans la commune de Karimama. 5 jardins ont ainsi vu le jour:

Nous avons réalisé au moins un jardin par arrondissement.

- ❖ L'expérience de jardinage de certains groupements a facilité la mise en place du projet dans la zone de Kargui. Là, 10 groupements de femmes ont été réunis dans un périmètre de 2 hectares, doté d'une grosse motopompe afin de capitaliser les efforts, les moyens et de faciliter l'organisation.

Dans les autres arrondissements de Karimama, Monsey, Kompa et Bogo Bogo nous avons réalisé un jardin pour un groupement.

1. Evaluation de l'action réalisée en 2003

Après un an de mise en place, les bilans ont été faits avec les groupements de femmes concernés et ont fait ressortir un certain nombre de points négatifs à savoir:

- La difficulté de commercialisation des récoltes de cultures vivrières. En effet, en dehors du groupement de Kargui qui a une tradition de cultures de contre-saison et qui a su vendre sa production, les autres groupements n'ont pas réussi à vendre leur production. En effet, les légumes ne font pas partie des habitudes alimentaires locales et ce sont des produits qui se conservent très peu compte-tenu des réalités locales (24 heures pour la salade, à peine plus pour les tomates, etc). Le stockage difficile associé à la lenteur de leur écoulement ont abouti à la perte d'une grande quantité des récoltes réalisées.
- D'autre part, les jardins ayant été créés dans les zones inondables, après la première saison des pluies, les grillages se retrouvent dans les eaux du fleuve, rouillent et se désagrègent.

Compte-tenu de ses résultats, le projet a donc changé de forme en 2004.

2. adaptation et réalisation de l'action en 2004

Les discussions des évaluateurs avec les groupements des femmes ont conduit à modifier l'action afin de surmonter les difficultés rencontrées. Les femmes ont demandé de poursuivre l'action en changeant la forme.

Ainsi, elles ont dit que si elles avaient du mal à commercialiser les légumes, par contre une culture ne posait pas de problème, il s'agit de la riziculture qui se fait également dans la vallée du fleuve. En effet, le riz est une denrée appréciée localement qui serait donc facile à écouler sur les marchés et le problème du stockage ne se pose pas. De plus, le riz cultivé dans la vallée fluviale peut être récolté tout au long de l'année s'il est arrosé. D'un entretien facile, il repousse après chaque coupe, la première récolte est obtenue 3 mois après avoir semé.

Cette culture ne demande pas de grillage, mais nécessite de puissantes motopompes. Les femmes ont donc proposé que des motopompes soient données à des groupements souhaitant pratiquer la riziculture.

3. Achat des motopompes

11 motopompes de forte puissance ont été achetées au Nigéria.



Les 10 motopompes donnés aux groupements béninois

4. Groupements bénéficiaires

10 groupements au Bénin et 1 au Niger ont reçu une motopompe avec le matériel nécessaire (tuyaux, ec.)



La remise officielle des motopompes aux représentants des 10 groupements béninois.

L'action s'étendant progressivement, une motopompe a été donnée à un groupement de femmes du Niger du village d'Albarkaizé.

E. aménagement de la vallée du fleuve Niger

1. Départ du projet

Depuis plus de 10 ans, nous avons un projet ambitieux pour le développement de la commune de Karimama qui consistait à acheter une chargeuse ou un tractopelle pour aménager les rives du fleuve Niger. Grâce à la Fondation Marc, nous avons pu mener à bien l'action qui a pu être concrétisée à Nous avons donc acheté et acheminé une chargeuse sur pneus avec une benne d'occasion jusqu'à la commune de Karimama.



2. Réalisation de l'action

En 2004, 16 trous à poissons ont pu être creusés pendant la période où le fleuve est complètement asséché. Ils ont une surface moyenne de 5 m sur 6 (l'augmentation de la surface creusée n'étant pas bénéfique pour un petit groupe de personnes).

Il était prévu que les femmes viennent nourrir les poissons, mais celles-ci considérant que les activités de pêche sont du domaine des hommes, elles ont préféré associer les pêcheurs à cette action. Il s'agit d'apporter au poisson de la nourriture à heures régulières soit le matin vers 8 ou 9 heures soit le soir vers 16 ou 18 heures. Au bout de 3 semaines, les poissons sont habitués à venir manger à ces horaires. Dès que l'ombre de la personne apparaît à la surface de l'eau, les poissons viennent demander à manger.

Néanmoins, ce sont les groupements de femmes qui s'occupent de fumer puis de commercialiser le poisson. Elles gèrent donc les revenus issus de cette activité.

F. Bilan et évaluation

1. Récapitulatif de toutes les actions de développement

Commune de Karimama										
Arrondissement de Monsey										
N° Groupement	MO 1	MO 2	MO 3	MO 4	MO 5	MO 6	MO 7	MO 8	MO 9	MO 10
Nom	Bankanai	Alahéri	Djiro ma bori	Djododja n	Dogonaïk a	Bonkana ï	Maceres e	Tiban Soni	Kitinga	Zaman Lafia
Village	Monsey Haoussa	Monsey dendi	Goumbit chigoura	Pétching a	Pétchinga	Kabé Kogo	Tchanga Koara	Loumbou Loumbou	Loumbou loubou	Bongna mi
Nb de femmes	15	18	18	14	16	17	15	15	17	17
Banque céréalière 2003	1	1	1	1	1		1	1	1	1
Banque céréalière 2004		1		1	1	1		1	1	
Jardins 2003										
Jardins 2004	1					1	1			
Moulins 2004		1	1				1			
Trous à Poissons 2004										
N° Groupement	MO 11	MO 12	MO 13	MO 14	MO 15	MO 16	MO 17			
Nom	Irikoué ma kandé	Alihéri	A koï a lan	Moufam a	Tri Kwé Miga	Goumba yé	Goungou u béri			
Village	Mékrou Tounga	Maligoung ou	Chagaran a	Koudji Banngou	Bonwalou	Goumay é	Goungou u béri			
Nb de femmes	17	14	12	11	13					
Banque céréalière 2003	1									
Banque céréalière 2004		1								
Jardins 2003	1									
Jardins 2004			1							
Moulins 2004				1	1	1	1			
Trous à Poissons 2004	2		2			1	1			

Arrondissement de Bogo Bogo										
N° Groupement	BO 1	BO 2	BO 3	BO 4	BO 5	BO 6	BO 7	BO 8	BO 9	BO 10
Nom	Tifilingui	Tifiséri	Tgoï Imbonsé	Haoufou nei bani	Bani té	Imazaad a	Dogonaï	Bani zoubou	Soudji	Bani zoubou
Village	Koffouno	Mamassy Gourma	Bogo Bogo	Koaraté dji	Koara Tédji	Torih	Toura	Bani Kani	Koura Koara	Bani Kani
Nb de femmes	15	12	14	11	13	7	14	15	9	18
Banque céréalière 2003	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Banque céréalière 2004	1	1		1		1			1	
Jardins 2003								1		
Jardins 2004							1			
Moulins 2004										
Trous à Poissons 2004										

Arrondissement de Kompa										
N° Groupement	KO 1	KO 2	KO 3	KO 4	KO 5	KO 6	KO 7	KO 8	KO 9	KO 10
Nom	Iri té sayé	Macerese	Bansé	Macerese	Macérese	Imatunu kakaï	Allah sa al barka	Bonsé	Sayé	Bankanaï
Village	Garbé Koara	Kompanti	Kompanti	Dangazori	Kéné Tounga	Soumaï Tounga	Kossoukoe tounga	Kompa	Kompa	Kompa
Nb de femmes	16	10	13	12	10	12	16	14	11	14
Banque céréalière 2003	1	1		1	1	1	1	1	1	1
Banque céréalière 2004	1		1	1		1			1	1
Jardins 2003										
Jardins 2004							1			
Moulins 2004					1					
Trous à Poissons 2004	1				1					
N° Groupement	KO 11	KO 12	KO 13	KO 14	KO 15	KO 16	KO 17			
Nom	Isi ta tam	Sabou	Macerese	Babu sarci Saï	Biné Ba	Gollé Na wodi	Tchiane Charbé			
Village	Kompa	Kompanti	Kompa	Goungou béri	Kompa	Garbé Koara	Kompan ti			
Nb de femmes	10	11	11	11	12	8	10			
Banque céréalière 2003				1		1				
Banque céréalière 2004	1	1	1	1	1					
Jardins 2003							1			
Jardins 2004										
Moulins 2004										
Trous à Poissons 2004										

Arrondissement de Karimama										
N° Groupement	KA 1	KA 2	KA 3	KA 4	KA 5	KA 6	KA 7	KA 8	KA 9	KA 10
Nom	Biti Bani	Macerese	Baani ma Tontonou	Tchimi ba tangari	Biné ma Yéï	Goyo baani	Hariguri djaou batu	Atché poté	Alahonou	Macerese
Village	Karimama	Ayouba Tounga	Karuma ma	Karima ma	Karimama	Karima ma	Karima ma	Mamassy peul	Mamassy Peul	Mamassy Peul
Nb de femmes	14	15	13	15	15	8	12	14	20	20
Banque céréalière 2003	1	1	1	1	1			1	1	
Banque céréalière 2004		1		1		1	1			1
Jardins 2003		1								
Jardins 2004										
Moulins 2004										1
Trous à Poissons 2004										
N° Groupement	KA 11	KA 12	KA 13	KA 14	KA 15	KA 16	KA 17	KA 18	KA 19	KA 20
Nom	Keeki Koani	Alheeri	Zaman Lafia	Te Bonsé Kata béri	Baani zumbu i koba do	Baani Zoumbou l	Suru ga Kaani	Ganda si taarii	A go té ka	Souh Tounga
Village	Boumi Tounga	Boumi Tounga	Bello Tounga	Karima ma	Goroubéri	Goroubéri	Gazéré Tounga	Hanga Koyo tounga	Rogo Tounga	Souh Tounga
Nb de femmes	22	19	22	10	20	9	20	8	10	
Banque céréalière 2003	1		1	1	1					
Banque céréalière 2004		1				1	1			
Jardins 2003										
Jardins 2004							1			
Moulins 2004										
Trous à Poissons 2004			2				1			1

N° Groupement	KA 21
Nom	Meroua tounga
Village	Meroua Tounga
Nb de femmes	
Banque céréalière 2003	
Banque céréalière 2004	
Jardins 2003	
Jardins 2004	1
Moulins 2004	
Trous à Poissons 2004	

Arrondissement de Birni Lafia

N° Groupement	BL 1	BL 2	BL 3	BL 4	BL 5	BL 6	BL 7	BL 8	BL 9	BL 10
Nom	Goro Bani Haou Hanga	Baani Zoumbou	Biti Bani	Goï bonsé	Bora ma Keï Nbora sé	Maceres e	Moobo da ba banda	Sawara a maté	Boro fo si tondi za	I di Ko
Village	Kargui	Kargui	Birni Lafia	Kargui	Kargui	Kargui	Kargui	Kargui	Kargui	Birni Lafia
Nb de femmes	14	12	23	14	25	10	19	15	26	8
Banque céréalière 2003	1									
Banque céréalière 2004	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jardins 2003	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Jardins 2004										
Moulins 2004										
Trous à Poissons 2004										
N° Groupement	BL 11	BL 12	BL 13	BL 14	BL 15	BL 16	BL 17	BL 18	BL 19	BL 20
Nom	Maceres e	Goï ka dou	Soussout é goro	Goï Bonsé	I di istan	Kan dou Bani	Tounou ka kaï	Goï ka ma	Moobo da ba	Gunguri ma Bonfaï tondi
Village	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Birni Lafia	Kargui
Nb de femmes	10	13	13	11	11	10	15	12	11	18
Banque céréalière 2003	1	1	1		1					
Banque céréalière 2004				1	1	1	1	1	1	1
Jardins 2003										1
Jardins 2004										
Moulins 2004										
Trous à Poissons 2004										
N° Groupement	BL 21	BL 22	BL 23	BL 24	L 25	BL 26	BL 27	BI 28		
Nom	A te ko	Kokari	Watunu ka kaï	Tchéchi ka dou	Haoussa wa	Biti Bani	Irikoué Wassa	Hinfani		
Village	Tondi Koaria	Tondi Koaria	Maligou ngou	Gourou kambou	Kargui	Goania	Birni Lafia	Tanda Tédji		
Nb de femmes	12	14	22	14	15	16	20	20		
Banque céréalière 2003	1	1	1	1		1		1		
Banque céréalière 2004				1						
Jardins 2003										
Jardins 2004								1		
Moulins 2004					1	1	1			
Trous à Poissons 2004						1				

Commune de Malanville									
Arrondissement de Guéné					Art de Malanville	Art de tombouctou			Art de Madi cali
N° Groupement	GU 1	GU 2	GU 3	GU 4	MA 1	TO 1	TO 2	TO 3	MD 1
Nom	Tolozougou	Hanfani	Aba boori	Lakalika naï	Kubéni	Tombouctou	Molla	Goroudjindé	Kabaï
Village	Tolozougou	Boïfo	Guéné	Kantro	Kotchi	Tombouctou	Molla	Goroudjindé	Kassa
Nb de femmes	11	12	10	10	14	23	18	12	10
Banque céréalière 2003									
Banque céréalière 2004									
Jardins 2003									
Jardins 2004					1		1	1	
Moulins 2004	1	1	1	1		1			1
Trous à Poissons 2004						1			

Niger				
N° Groupement	NI 1	NI 2	NI 3	NI 4
Nom	Mangourouri	Dogo Tounga	Albarkaizé	Bongnami
Village	Mangourouri	Dogo Tounga	Albarkaizé	Bongnami
Nb de femmes	13	18	9	
Banque céréalière 2003				
Banque céréalière 2004				
Jardins 2003				
Jardins 2004			1	
Moulins 2004	1	1		
Trous à Poissons 2004				1

2. Détail de la composition des groupements de femmes

Commune de Karimama							
Arrondissement de Monsey: MO							
Groupement Bonkanaï, MO 1		Groupement Djododjan, MO 4		Groupement Macerese, MO 7		Groupement Zaman Lafia, MO 10	
Village de Monsey Haoussa		Village de Pétchinga		Village de Tchanga Koara		Village Bongnani	
Soumana Kadanna	1	Abdou Fati	1	Marou Maïmouna	1	Souman Aïssa	1
Namaïwa Kadi	2	Saidou Kadi	2	Garba satou	2	Séni Hadjo	2
Fodogo Gougourou	3	Adamou Aoua	3	Amadou Aïssatou	3	Soumana Kadi	3
Ibrahim Tokoi	4	Adamou Sallamou	4	Marou Fati	4	Mossi Bonkano	4
Adamou Babalé	5	Seidou Mintou	5	Garba Aï	5	Adamou Talou	5
Oumarou Adiza	6	Moumouni Fatouma	6	Soumaïla Fati	6	Adamou Hadjo	6
Seidi Amina	7	Amadou Aïssatou	7	Ibrahim Djabatou	7	Bourahima Sadi	7
Garba Sahada	8	Hama Aoua	8	Marou Djabatou	8	Amadou Haoua	8
Maïkada Maria	9	Assane Hadjo	9	Idi Safia	9	Issaka Boubi	9
Moudi Lamissi	10	Barké Fati	10	Amani Dommo	10	Sido Hadjo	10
Issifou Adiza	11	Moussa Aïssa	11	Moussa Hamsatou	11	Alfazazi Kadi	11
Ibrahim Zima	12	Assane Fati	12	Abdou salami Haoua	12	Kadam Mariama	12
Oumarou Alarba	13	Saley Maïmouna	13	Ali Mariama	13	Koudou Fati	13
Alto Zatarra	14	Amani Sallamou	14	Foma Arziki	14	Zourkaleini Mariam	14
Mama Méramou	15	Groupement Dogonaïka, MO 5 Village de Pétchinga		Abdou rahamani Biba	15	Anabi Kina Bibata	15
Groupement Alahéri, MO 2 Village de Monsey Dendi				Groupement Tiban Soni, MO 8		Soumana Tallou	16
		Adamou Rékia	1	Village de Loumbou Loumbou		Djindé Sadi	17
Idi Haoua	1	Saley Zalika	2	Bouman Gnandi	1	Groupement Irikoué ma kandé Soudji, MO 11 Village de Mékrou Tounga	
Adamou Gambi	2	Ziba Biba	3	Kana Bansari	2		
Moussa Haïssa	3	Adamou Haoua	4	Tchanmangu Amaria	3	Mama Adizatou	1
Moussa Kadi	4	Sadjo Kadi	5	Dabodji Fati	4	Adamou Kadi	2
Soumana Haïssa	5	Moussa Haoua	6	Ouunténi Badi	5	Noufou Fourétou	3
Zibo Haïssa	6	Marafa Adiza	7	Lona Talata	6	Karimou Fati	4
Adamou Kadi	7	Adamou Ansa	8	Djamoti Douri	7	Abdou Biba	5
Adamou Hadjo	8	Arouna Fati	9	Arzouma Djamoti	8	Tahirou Gambi	6
Arouna Fati	9	Amani Hadjo	10	Sapougouni Yara	9	Assane Madina	7
Adamou Kadi	10	Yahayé Assia	11	Bassango Olou	10	Soumana Adiza	8
Moukaïla Ansatou	11	Hima Zénabou	12	Goubiri Téniyara	11	Amadou Haoua	9
Adamou Assiya	12	Djaï Maryama	13	Gnama mintou	12	Saïbou Amina	10
Ali Haouaou	13	Mamoudou Aïssa	14	Gamba Bassari	13	Zibo Fati	11
Abdou Adama	14	Noufou Haoua	15	Lona Faïrou	14	Oumarou Biba	12
Moussa Rékia	15	Abdou Hadjo	16	Yamboni Djapoi	15	Aoudou Awa	13
Ibrahim Fati	16	Groupement BonKanaï, MO 6 Village de Kabé Kogo		Groupement Kitinga, MO 9		Ali Zénabou	14
Soumana Hadjo	17			Village de Loumbou Loumbou		Saïbou Alima	15
Salé Madina	18	Moussa Salamatou	1	Djergou Amina	1	Garba Satou	16
Groupement Djiro ma bori, MO 3 Village de Goumbitchigoura		Soumana Fati	2	Sadou Gambina	2	Salé Rabi	17
		Abdou Aïssatou	3	Adamou Konwon	3	Groupement Alihéri, MO 12	
Soumana Kadi	1	Moussa Mariama	4	Malam Nayini	4	Village de Maligoungou	
Marou Hadjo	2	Souley Rekia	5	Kanyoni Poilou	5	Oumarou Aïssa	1

Assane Lamissi	3	Assane Amina	6	Séni Biba	6	Maitounga Bouli	2
Adamou Zénabou	4	Oumarou Fati	7	Issaka Limou	7	Soumaïla Fati	3
Sido Amina	5	Issa Rabi	8	Tassala Goumigo	8	Soumaïla Djamil	4
Idrissou Adama	6	Akilou Fati	9	Kouna Haoua	9	Yacouba Mariamou	5
Soumana Hawa	7	Harouna Haoua	10	Yempabou Djéno	10	Amadou Kougnou	6
Soumana Hadjo	8	Abdou Aïssa	11	Fogoro Badi	11	Assoumane Fati	7
Zibo Biba	9	Moussa Hamsatou	12	Aoudou Biba	12	Moumouni Balarabé	8
Abdou Zénabou	10	Ganda Azara	13	Yempabou Biba	13	Bouraima Gnalédjo	9
Marou Aïssa	11	Alou Hadjo	14	Zika Fouma	14	Mairiga Djamil	10
Moukaïla Haïssa	12	Aoudou Zénabou	15	Djagouda Arziki	15	Saïbou Amina	11
Abdou Hadjo	13	Garba Awa	16	Gado Fati	16	Mounkaïla Dizé	12
Zibo Hadjo	14	Ali Satou	17	Garba satou	17	Woufou Aïcha	13
Idé Oumou	15	Groupelement Moufama, MO 14		Groupelement Tri Kwé Miga, MO 15		Ali Zali	14
Moussa Aï	16	Village de Koudji bangou		Village de Bonwalou		Groupelement MO 16	
Abdou Amina	17	Dogari Wando	1	Issaka Zouma	1	Village de Goumbayé	
Djogo Zénabou	18	Sikani Lamissi	2	Moussa Gambi	2	Nb de femmes	
Groupelement A Koï A lan, MO 13		Blimpo Mapouwa	3	Adamou Haïssa	3	Groupelement MO 17	
Village de Chagarana		Godjé Kaïdiya	4	Yacoubou Salamatou	4	Village de Goungou béri	
Baradjé Zali	1	Issa Halima	5	Tchio Haouwa	5	Nb de femmes	
Noma Habi	2	Garba Anatou	6	Tchaou Tchimba Goro	6		
Namaïwa Assibi	3	Boubé Haïssa	7	Mamoudou Nadi	7		
Salifou Tani	4	Pagani Lamatou	8	Mamoudou Hadjo	8		
Noma Mariam	5	Boubé Fadima	9	Sido Maïmouna	9		
Salé Idjé	6	Soapougouni Guilli	10	Garba Salamou	10		
Issa Habi	7	Djafanou Kampouwa	11	Tchimba Kadi	11		
Saïdou Fati	8			Tchimba Hadi	12		
Mama Rabi	9			Adamou Rabi	13		
Garba Alima	10						
Noufou Zoumaï	11						
Arouna Adiza	12						

Arrondissement de Bogo Bogo: BO							
Groupelement Tifilingui, BO 1		Groupelement Tgoï Imbonsé, BO 3		Groupelement Banite imatunukakaï, BO 5		Groupelement Dogonaï, BO 7	
Village de Koffouno		Village de Bogo-Bogo		Village de Koara téddji		Village de Toura	
Lona Hébou	1	Tanda Arzouma	1	aoudou Kadi	1	Djero Fourétou	1
Adamou Hadi	2	Idrissa Fati	2	Sido Gambi	2	Sido Zouma	2
Yempabou Dangouma	3	Noma Fatouma	3	Tchimba Hawa	3	Namata Adiza	3
Didjé Koaré	4	Seini Fati	4	Aoudou Biba	4	Djagnidi Zali	4
Tchabli Tchanyénou	5	Alebani Fariyam	5	Amadou Hadjo	5	Moussa Rabi	5
Lona Souhanguipali	6	Daouda Lamissi	6	Seini Biba	6	Koukéï Dizé	6
Natani Maïmouna	7	Namata Fatouma	7	Djero Hawa	7	Zibo Alarba	7
Worou Douri	8	Souh Hawa	8	Seini Aïssa	8	Amadou Adiza	8
Souamboula Mariama	9	Yarou Alarba	9	Aoudou Idjé	9	Amadou Koumba	9
Soali Hébou	10	Noma Tawé	10	Amadou Kadi	10	Ali Kargho	10
Adjima Malpoi	11	Seibou Djintou	11	Moussa Fati	11	Agnanli Hawa	11
Tchimba Hadjo	12	Beidou Djamma	12	Amadou Fati	12	Sido Sinti	12
Komdjoi Amina	13	Yarou Fatouma	13	Seini Lamissi	13	Djagnidi Biba	13
Yempabou Biba	14	Moussa Adama	14	Groupelement Imazaada, BO 6		Alassane Djamma	14
Bayoua Salmou	15	Groupelement Haoufounei Bani, BO 4		Village de Torioh		Groupelement Banizoumbou, BO 8	

Groupement Tifiséri, BO 2		Village de Koaratedji		Arouna Zali	1	Village de Bani Kani	
Village de Mamassy gourma		Amidou Fati	1	Bawa Awa	2	Assan Adama	1
Bindjoua Maria	1	Amadou Salamatou	2	Hanouberi Hadjo	3	Assan Balkissou	2
Barkire Soulpoua	2	Arzouma Zénabou	3	Souley Biba	4	Bako Fati	3
Kondjoua Tchangniagou	3	Bako Sinti	4	Zibo Lamissi	5	Seïni Rékiya	4
Sinta Louomo	4	Hima Biba	5	Maïyara Sinti	6	Yacoubou Mariam	5
Sache Mimbouaba	5	Tchimba Hawa	6	Adamou Tawé	7	Adamou Awaou	6
Djouali Mouari	6	Aoudou Aïssa	7	Groupement Soudji, BO 9 Village de Koura Koara		Moussa Fati	7
Kondjoua Talari	7	Boubakar Lamissi	8			Zibo Assana	8
Blima Mimbouaba	8	Arzouma Tchadjo	9	Koukeï Tawé	1	Bako Satou	9
Baghanla Boundi	9	Zibo Lamissi	10	Maïriga Alima	2	Amadou Mariam	10
Tamo Gbaba	10	Idrissa Habou	11	Wondou Fati	3	Amadou Awa	11
Tchantaga Potchilo	11	Groupement Banizoumbou 2, BO 10 Village de Bani Kani		Koukeï Rahamou	4	Hanouberi Maïmouna	12
Damborno Podjabo	12			Maïriga Habo	5	Namata Zara	13
		Soumana Fati	1	Ladoua Kéné	6	Maïga Kadi	14
		Boureïma Ayoï	2	Marou Kadi	7	Amadou Hadi	15
		Saley Maïtchaou	3	Boube Rabi	8		
		Bako Sinti	4	Sekaro Oumou	9		
		Bouraïma Lamissi	5				
		Assan Gambi	6				
		Midou Salamou	7				
		Bouraïma Konto	8				
		Sanda Alira	9				
		Soumana Zoumma	10				
		Dandare Boï	11				
		Namata Tchatata	12				
		Namata Rakiya	13				
		Kanlam Satou	14				
		Ayouba Safoura	15				
		Sourou Mariya	16				
		Soumana Laïhana	17				
		Goga Darazatou	18				

Arrondissement de Karimama: KA							
Groupement Biti bani, KA 1		Groupement Biné Ma Yéi, KA 5		Groupement Alahonou, KA 9		Groupement Alheeri, KA 12	
Village de Karimama centre		Village de Karimama centre		Village de Mamassy Peulh		Village de Boumi Tounga	
Garba Hawa	1	Kaïlou Aï	1	Marou Déba	1	Assoumi Rékiya	1
Adamou Rafatou	2	Sékaraou Fati	2	Amadou Aïssa	2	Amadou Bakissa	2
Naméwa Kouwé	3	Soulé Zénabou	3	Soumana Aïssa	3	Alamou Fati	3
Kano Abou	4	Marou Alima	4	Bello Adiza	4	Seïdou Zénabou	4
Toumbouli Hadjo	5	Issifou Fati	5	Djobali Fadouma	5	Moumouni Karima	5
Komi Fati	6	Yadéma Azara	6	Altiné Fadouma	6	Alidou Rékiya	6
Mougou Hawa	7	Ali Lamaratou	7	Amadou Adiza	7	Ali Fati	7
El Hadj Ango Mangou	8	Ibrahim Mamou	8	Tabéi Adiza	8	Bouraïma Bébé	8
Idi Ka dé	9	Bako Rékiya	9	Soumana Ramatou	9	Midou Karassouma	9
Madi Mariyama	10	Maïzéga Anatou	10	Modibo Aïssatou	10	Bouka Aïssatou	10
Soumaïla Mamata	11	Maïzéga Gaïka	11	El-hadj Fadouma	11	Séni Zouma	11
Kossoukoué Saïdatou	12	Assouman Dizé	12	Séni Adiza	12	Alidou Assili	12
Karimou Rékiya	13	Zibo Haoua	13	Béliya Adiza	13	Amadou Saïda	13
Kossoukoué Biba	14	Kaïlou Assana	14	Bouraïma Adiza	14	Fousséni Assibi	14
Groupement Macerese, KA 2		Marou Azara	15	Ynali Fadouma	15	Moussa Zouma	15
Village de Ayoubia Tounga		Groupement Goyo Baani, KA 6		Boudjou Aïssa	16	Assane Amina	16
		Village de Karimama centre		Sani Adiza	17	Soumaïla Goudou	17
Issifou Balkissa	1			Ounkoutou Fadima	18	Amani Adama	18
Marou Alima	2	Idé Dize		Amadou Adiza	19	Saïbou Adama	19
Bonzougou Fati	3	Soumaïla Zénabou					
Marou Sahara	4	Ango Rabi					
Zakari Fati	5	Akilou Sahara					
				Groupement Macerese, KA 10		Village de Bello Tounga	
Tétémou Alima	6	Zibo Anatou		Village de Mamassy Peulh		Marou Adiza	1
Kongaré Fati	7	Ango Rekiya		Ali Ramatou	1	Arouna Salamatou	2
Koda Gnamaïzé	8	Yahayé Kadidja		Soumana Adiza	2	Amadou Fouré	3
Aoudou Zénabou	9	Zibo Alima		Bouraïma Aïssa	3	Namata Binta	4
		Groupement Hariguru Ka Djaou batu, KA 7		Zadame Fadouma	4	Namata Rékiya	5
		Village de Karimama centre		Adamou Ramatou	5	Moumouni Rahamou	6
Anza Alima	12	Garba Dizé		Boubakar Débo	6	Assouman Méri	7
Issa Aï	13	Soumana Mariyam		Sadjo Haouwa	7	Kouré Karassouma	8
Moumouni Souéba	14	Imirana Yabani		Boubacar Fadouma	8	Kossoukoué Méri	9
Moumouni Bouli	15	Sina Aza		Bouraïma Haïssa	9	Issa Boulie	10
Groupement Baani ma tontonou, KA 3		Sina Zénabou	5	Bouraïma Aïssatou	10	Seïdou Salamatou	11
Village de Karimama centre		Iro Djamila	6	Sabi Alimatou	11	Goundo Malima	12
Maman Bello Rabi	1	Assan Zénabou	7	Amadou Maïyama	12	Issaka Ali	13
Medawa Mamata	2	Ganda Aï	8	Modibo Sahara	13	Namata Mamata	14
Tchabo Fouré	3	Assan Aï	9	Sabi Ramatou	14	Sundo Adiza	15
Djéro Gonzalé	4	Ganda Maïyamou	10	Belko Fadima	15	Zibo Maryama	16
Soumaré Salamatou	5	Garba Salamou	11	Marou Fadima	16	Zibo Haoua	17
Soumaré Karassouma	6	Issa Koundji	12	Amadou Mariyama	17	Moussa Amina	18
		Groupement Atché poté, KA 8		Ali Fadouma	18	Dansagou Boya	19
		Village de Mamassy Peulh		Soumana maryama	19	Assan haouwa	20
Zoubérou Dizé	7			Bouraïma Fadouma	20	Marou Imaïma	21
Zoubérou Bouli	8						
Djéro Djannati	9	Larabou Adiza		Groupement Keeki Koani, KA 11		Saïdi Safiya	22
Djaï Goudou	10	Sabi Zénabou					

Hanki Bani	11	Garba Fadouma	3	Village de Boumi Tounga	Groupelement Te Bonse Katabéri, KA 14
Bassiyéna Biba	12	Bouraïma Adiza	4	Maïriga Azara	Village de Karimama
Komada Gambi	13	Bouraïma Mariyama	5	Maïriga Aïssatou	Maïguizo Samaï 1
Groupelement Tchimi Ba Tangari, KA 4 Village de Karimama centre		Zombo Namaratou	6	Aoudou Balkissou	Maïguizo Maïyamou 2
		Sadou Adiza	7	Ibrahim Salamatou	Colou Zara 3
Akilou Maïtamou	1	Ouncoutou Adiza	8	Aoudou Kadi	Maïguizo Assamaou 4
Inoussa Koda	2	Tchoussou Oumou	9	Ibrahim Fati	Amadou Zénabou 5
MamanAzara	3	Ajiba Fadouma	10	Inoussa Assana	Arouna Soufourama 6
Soumana Hawaou	4	Soumana Fadouma	11	Mamoudou Fati	Gongou Salamou 7
Mouktari Assana	5	Moumarou Adia	12	Midou Zali	Amadou Bouli 8
Saïdi Kaïroun	6	Bouraïma Roukaïya	13	Assane Marama	Dougourizé Bouli 9
Oumarou Dizé	7	Madougou Mariyama	14	Moufou Bouli	Magaï Aï 10
Ila Safoura	8	Groupelement Suru ga Kaani, KA 17 Village de Gazéré tounga		Garba Alima	Groupelement Baani Zumbu i Koba do, KA 15
Maman Noura	9			Assouman Maïmouna	Village de Goroubéri
Soulé Bouli	10	Gazéré Amina	1	Noufou Lamma	Yahayé zénabou 1
Soumana Aï	11	Issifou Balkissa	2	Zala Alima	Logo Satou 2
Ali Souwéba	12	Gazéré Fati	3	Nassirou Nafissa	Séni Biba 3
Harouna Bébé	13	garba Bouli	4	Aoudou Ladi	Adama Zibo 4
Issifou Zénabou	14	Amani Hawa	5	Ayouba Adama	Bouraïma Fati 5
Issa Adama	15	Rogo Salamatou	6	Kaimou Aï	Baïdou Saïdatou 6
Groupelement Baani Zumbu1, KA 16 Village de Goroubéri		Ibrahim Assana	7	Karimou Rékia	Haraïbani Zénabou 7
		Inoussa Hawa	8	Abibou Roukaya	Zibo Adama 8
Soumaïlla Hauwa	1	Imirana Fati	9	Garba Haïssa	Mamata Hadjo 9
Aoudou Habou	2	Safiri Salamatou	10	Groupelement Ganda si Taarii, KA 18 Village de Hanga koyo Tounga	
Yarou Satou	3	Assan Fati	11		
Goudala Fati	4	Issa Rabi	12	Fousséni Oumou	1 Issa Rabi 12
Labo Bouli	5	Salé Azimi	13	Sadédé Rachida	2 Salé Azimi 13
Moudo Adama	6	Manga Goudou	14	Marou Biba	3 Manga Goudou 14
Fodo Abou	7	Talahatou Assana	15	Marou Nahara	4 Talahatou Assana 15
Kérama Mariama	8	Assouman Anatou	16	Akilou Safiya	5 Idi Bébé 16
Imadou Hajo	9	Idi Bébé	17	Aoudou Kadi	6 Adamou Zouwéra 17
Groupelement A Go Té, KA 19 Village de Rogo Tounga		Adamou Zouwéra	18	Saïbou Nahara	7 Adamou Assana 18
		Adamou Assana	19	Hanga Koyo Fousséni	8 Amadou Zoulé 19
Kossoukoé Zénabou	1	Amadou Zoulé	20		Assouman Anatou 20
Kossoukoé Maïyamou	2	Groupelement KA 20			
Igoumo Alima	3	Village de Souh tounga			
Sani Fati	4	Nb de femmes			
Aoudou Salamatou	5	Groupelement KA 21			
Ibrahim Assana	6	Village de Meroua tounga			
Bassanda Sani	7	Nb de femmes			
Aoudou Rogo	8				
Ibrahim Assana	9				
Aoudou Samawilou	10				

Arrondissement de Birni Lafia: BL							
Groupement Goro Bani Haou Hanga, BL 1 Village de Kargui		Groupement Bora Makeï Nbora sé, BL 5 Village de Kargui		Groupement Boro Fo Si Tondi Za, BL 9 Village de Kargui		Groupement Soussouté goro bani BL 13 Village de Birni Lafia	
Zibo Maïdahô	1	Salé Kadé	1	Moukaïla Bibatou	1	Iliassou Ramatou	1
Amadou Nayé	2	Djollo Salamatou	2	Sambo Maria	2	Soumaïla Azara	2
Assane Zénabou	3	Dimi Satou	3	Himadou Djamma	3	Amadou Safoura	3
Souley Hadjo	4	Marou Mariam	4	Issaka Maïmouna	4	Moussa Rahamou	4
Zibo Maïmouna	5	Djollo Sadi	5	Issaka Zalika	5	Abdou Moumouna	5
Adamou Tanda	6	Djinda Kadi	6	Himadou Mariam	6	Atikou Mariam	6
Adamou Zébanou	7	Daouda Atika	7	Hiboï Ousséïna	7	Bassirou Sakina	7
Djidami Babani	8	Yaou Ousséna	8	Farounbou Djindé	8	Djaï Saha	8
Sido Satou	9	Amadou Zara	9	Djaliwa Hawa	9	Djaï Fousséna	9
Assane Salamatou	10	Sébili Aï	10	Amadou Zénabou	10	Amadou Fati	10
Assane Dammo	11	Dimi Lamaratou	11	Djaï Mabadi	11	Djallo Rabi	11
Moussa Fouré	12	Alfari Faïwéï	12	Djollo Hawako	12	Djaï Maïmouna	12
Balanto Wékoaréï	13	Koulougou Zouwéra	13	Himadou Foura	13	Aoudou Safoura	13
Zada Gambi	14	Arouna Saliaratou	14	Kaïlou Lamaratou	14	Groupement Goï bonséï BL 14 Village de Birni Lafia	
Groupement Bani zoubou, BL 2 Village de Kargui		Zoubérou Saha	15	Biga Nafissa	15		
		Arouna Sakina	16	Amadou Gnambé	16	Adamou Azara	1
Kossoukoué Aouwa	1	Bido Latchi	17	Alassane Maria	17	Ali Fati	2
Moussa Mariya	2	Yaou Zouhéra	18	Talahatou Zénabou	18	Issa Fati	3
Issa Mariama	3	Ilyassou Bébé	19	Aoudou Rabi	19	Igoumo Rékya	4
Saley Zara	4	Zoubérou Rahiba	20	Issoufa Nafissa	20	Garba Zara	5
Zibo Bouli	5	Assoumane Lama	21	Soumana Dizé	21	Garba Fati	6
Zikaou Adama	6	Bana Maïmouna	22	Garba Nafissa	22	Amadou Rahamou	7
Daouda Maïyam	7	Seïbou Oumou	23	Yaro Oumou	23	Amadou Mariam	8
Lassidan Bouli	8	Tondi Zénabou	24	Issa Bouli	24	Tinni Zouwéra	9
Dambare Mariya	9	Issoufou Sahada	25	Tchinta Atika	25	Amadou Bibata	10
Saïdou Mariama	10	Groupement Macerese, BL 6 Village de Kargui		Himadou Tchana	26	Soumana Rékaïya	11
Zakari Fati	11			Groupement I di ko, BL 10 Village de Birni Lafia		Groupement I Di Istan BL 15 Village de Birni Lafia	
Hanki Issaka	12	Aoudou Kadidja	1	Village de Birni Lafia		Village de Birni Lafia	
Groupement Biti bani, BL 3 Village de Birni Lafia		Zada Oumou	2				
		Seïdou Zénabou	3				
Assan Kodara	1	Seïdou Mariam	4	Adamou Laïhana	3	Amadou Kadi	3
Seni Mariam	2	Mamadou Bakita	5	Yarou Zaïda	4	Bantam Mariam	4
Amadou Aï	3	Aoudou Naïbatou	6	Seni Salamou	5	Alassane Gambi	5
Taïrou Séïda	4	Soumanou Habouwé	7	Zinni Zénabou	6	Amadou Hawa	6
Amadou Bouli	5	Mamoudou Assana	8	Zibo Saïbou	7	Seni Mariam	7
Taïrou Mariya	6	Souley Mariam	9	Assane Hawa	8	Yaya Rahamou	8
Toumba Safoura	7	Issoufou Awa Zouma	10	Groupement Macerese, BL 11 Village de Birni Lafia		Amani Kadi	9
Bachirou Fadiha	8	Groupement Moobo Daba Banda BL 7 Village de Kargui				Village de Birni Lafia	
Séïbou Léïhana	9			Amani Fati	1		
Seïbou Oumou	10	Zibo Kadi	1	Seïdou Mawiya	2	Groupement Kan Dou Bani, BL 16 Village de Birni Lafia	
Yaou Latifa	11	Garba Safia	2	Amadou Maliya	3		
Seni Adama	12	Garba Amina	3	Moussa Salamou	4	maïfada Habouwéï	1
Idi Balkissou	13	Iliassou Zongo	4	Tinni Maïmouna	5	Malgo Fati	2
Imadou Adama	14	Maïssamari Mollaïzé	5	Marou Zénabou	6	Seïdou Réhana	3
Assan Zénabou	15	Garba Nahara	6	Tinni Moumouna	7	Maïchaou Haouwa	4

Seïdou Assamaou	16	Bachirou Lama	7	Adamou Fati	8	Alassane Maïmouna	5
Seïdou Nafissa	17	Ali Karima	8	Seni Ati	9	Zibérou Sakina	6
Séni Sada	18	Amadou Lamissi	9	Adamou Ramatou	10	Soumaïla Kadi	7
Sadou Outiya	19	Aoudou Satou	10	Groupelement Gunguri ma bonfaï tondi BL 20 Village de Kargui		Zouzou Hamsatou	8
Alamou Dagonaï	20	Aoudou Zouwéra	11			Beïdou Dannati	9
Alamou Rétchiya	21	Marou Mariam	12	Tini Salamou	1	Fayo Rékiya	10
Amadou Dizé	22	Alidou Zalie	13	Soumana satou	2	Groupelement Tounou Ka Keï BL 17 Village de Birni Lafia	
Aoudou Zouma	23	Manga Bouli	14	Soumana Rakia	3		
Groupelement Goï Bonsé, BL 4 Village de Kargui		Amadou Bouli	15	Soumana Azara	4	Toumba Saphoura	1
		Amadou Assia	16	Aoudou Assia	5	Bassirou Reana	2
Mouré Bibata	1	Garba Oumou	17	Soumana Anafi	6	Tomba Fati	3
Assane Hawa	2	Garba Maka	18	Atikou Bouli	7	Zakari Zénabou	4
Dambaro Biba	3	Garba Zénabou	19	Noufou Fouré	8	Akilou Zouwéra	5
Souley Maïmouna	4	Groupelement Sawara a maté BL 8 Village de Kargui		Noufou Tchimssi	9	Zakari Adiza	6
Karim Mariam	5			Fataou Oumou	10	Taïrou Raina	7
Yacoubou Dammo	6	Alidou Fawaï	1	Fataou Saharatou	11	Taïrou Karima	8
Zinkaou Fati	7	Arouna Mariam	2	Zibo Adama	12	Amidou Mariam	
Souley Tanda	8	Nassirou Rabi	3	Yaminou Dizé	13	Dabo Nahara	10
Batoure Satou	9	Souley Lamaratou	4	Anafi Loukaya	14	Zakou Zénabou	11
Yacoubou Bouli	10	Dajï Djamilia	5	Ayouba Sakina	15	Zakari Mariam	12
Issaka Haouwa	11	Samaouna Loukaya	6	Idi Louba	16	Soumaïlla Talou	13
Garba Sahara	12	Djafarou Zouroufaou	7	Kouarakoe Zénabou	17	Alamou Roukayi	14
Issaka Satou	13	Adamou Zouwaira	8	Sido Balkissa	18	Djafarou Lamaratou	15
Karimou Gambi	14	Bako Fati	9	Groupelement Watunu Ka Kaï, BL 23 Village de Maligoungou		Groupelement Ate Ko, BL 21 Village de Tondi Koaria	
Groupelement Goï Ka Ma Bonkani BL 18 Village de Birni Lafia		Seïbou Maliya	10				
		Safi Lamaratou	11	Mouktari Balkissou	1	Sanda Fati	1
Idé Zénabou	1	Daouda Latifa	12	Saley Alima	2	Dambaré Meïmouna	2
Souley Maïmouna	2	Souley Hadjo	13	arouna Hudatou	3	Anassoua Sartchi alima	3
Dodo Maïmouna	3	Adamou Seïbou	14	Soumaïlla Zénabou	4	Namata Adama	4
Abibou Balkissou	4	Bako Alidou	15	Ibrahim Satou	5	Sanda Amani Satou	5
Kaïla Hawé	5	Groupelement Moobo Daba Banda BL 19 Village de Birni Lafia		Djaï Namaratou	6	Sada mariam	6
Aoudou Bouli	6			Djaï Alima	7	alibarka Hawa	7
Assimi Raïhana	7	Adamou Fati	1	Garba Katoumi	8	Ankarikouéba Azara	8
Siyazé Gambi	8	Moussa Hadjo	2	Soumana Kadi	9	Zibo Haïkéna	9
Sodi Dommo	9	Ali Saha	3	Noufou Réhana	10	Djaï Haïssa	10
Sodi Rabi	10	Soumana Haoua	4	Saïdou Karassouma	11	Gado Rakia	11
Kouhou Fati	11	Sadjo Saïdatou Aoudou Amina	5	Mouktari Tchissaï	12	Gado Gnilli	12
Issaka Adiza	12	Tahatou Balkissa	6	Saïdou Sakina	13	Groupelement Kokari, BL 22 Village de Tondi Koaria	
Groupelement Goï ka dou BL 12 Village de Birni Lafia		Assane Biba	7	Garba Roukaya	14		
		Assane Fousséïna	8	Djaï katoumi	15	Amadou Awa	1
Oumarou Réhana	1	Séïbou Safia	9	Ibahim Roukya	16	Issaka Abouwé	2
Nassamou Gonyno	2	Assane Ramatou	10	Alidou Aboulatou	17	Idi Koumbo	3
Amadou Balkissou	3	Aoudou Amina	11	Zouzou Roukaya	18	Fatouma	4
Moussa Réhana	4	Groupelement Tchéchi ka dou, BL 24 Village de Gourou Kambou		Noufou Awa	19	Zounkoé Biba	5
Assane Mariam	5			Bachirou Amina	20	Aoudou Koundji	6
Marou Djamilia	6	Taïrou Sadi	1	Kadiri Fati	21	Arifito Awa	7

Arouna Fati	7	Himadou Saharatou	2	Kabirou Biba	22	Mamadou Méhaou	8
Akilou Oumou	8	Garba Maïmouna	3	Groupelement Biti Bani, BL 26 Village de Goania		Yayo Sahara	9
Bana Sachida	9	Seïdou Maïmouna	4			Yayo Kotoho	10
Aoudou Balkissou	10	Issa Mariama	5	Iliassou Adama	1	Souvaré Djattou	11
Dakoussari Zouwéra	11	Issa Amina	6	Adamou Bouli	2	Koudizé Starwo	12
Souley Balkissou	12	Adamou Satou	7	Amidou Maïtchibi	3	Djirimaï Awa	13
Djambe Bégounou	13	Ibrana Rabi	8	Amidou Zali	4	Kantou Hansa	14
Groupelement Haoussa wa, BL 25 Village de Kargui		Taïrou Mamouna	9	Oumarou Fati	5	Groupelement Irikoué Wassa, BL 27 Village de Birni Lafia	
		Marou Kaïrou	10	Soumana Fati	6		
Salé Zara	1	Himadou Djamilia	11	Issifou Zara	7	Akilou Maïmouna	1
Aoudou Tawassa	2	Issa Mariamou	12	Zakari Salamatou	8	Sido Haouwa	2
Issaka Tassala	3	Marou Salamatou	13	Zaïrou Habouweï	9	Marou Amina	3
Aoudou Gomma	4	Saley Haoua	14	Zalahatou Safoura	10	Maman Zara	4
Yazi Ama	5	Groupelement Hinfani, BL 28 Village de Tanda Tedji		Gaya Bibata	11	Oumarou Balkissa	5
Djara Sahara	6			Aoudou Laïhana	12	Adamou Hassatou	6
Yazi Kadi	7	Soumana Rékiya	1	Hima Dizé	13	Moumouni Rabi	7
Yazi Azoumi	8	Marou Balkissou	2	Hima Mariam	14	Garba Mariam	8
Assoumane Tatchéza	9	Zibo Balkissou	3	Soumana Dabo	15	Amidou Dizé	9
Salé Abou	10	Amadou Tchissaï	4	Massaoudou Bébé	16	Bonzoba Alima	10
Yazi Yéza	11	Aminou Adama	5			Atikou Zénabou	11
Elhadj Azara	12	Malam Sakina	6			Alfari Biba	12
Yayé Oumou	13	Séni Kadidja	7			Nassirou Haouwa	13
Moussa Rabi	14	Séni Bébé	8			Abdoulaye Zénabou	14
Amadou Fati	15	Séni Adiza	9			Aadji Alima	15
		Zoubérou Dizé	10			Mamadou Biba	16
		Moumouni Lamissi	11			Salé Rabi	17
		Yakini Marwiya	12			Salé Fati	18
		Ibrana Karima	13			Maman Balkissa	19
		Amani Ramatou	14			Yayé Aï	20
		Hima Saharatou	15				
		Hima Séibatou	16				
		Mamoudou Souwéra	17				
		Soumana Fati	18				
		Séïdou Zali	19				
		Séïdou Ramatou	20				

Commune de Malanville							
Arrondissement de Guéné: GU							
Groupement Tokozougou, GU 1		Groupement Hanfani, GU 2		Groupement Aba Boori, GU 3		Groupement Lakalikaṇi, GU 4	
Village de Tokozougou		Village de Boïfo		Village de Guéné centre		Village de Kantro	
Foudala Roukaïya	1	Bana Baï	1	Magazi Pindo	1	Amadou Ango Lamaratou	1
Sabi Limou	2	Yorou Boudjé	2	Koara Gado	2	Arzouma Adama	2
Adamou Rafatou	3	garba Bandafourou	3	Tinni Fouré	3	Zimé Gandidji	3
Bio Djo	4	Sodjé Fati	4	Ibrahim Lahana	4	Mouhamadou Amina	4
Zibril Déré	5	Bangna Fiétou	5	Rafiou Madina	5	Bio Goko	5
Labo Déré	6	Assouman Adiza	6	Midou Bouraïma Aïssé	6	Alkoaré Izibatou	6
Tchanou Gnora	7	Taïrou Baï	7	Arzouma Lékiya	7	Marafa Rabi	7
Ibrahim Gandidji	8	Bangna Alima	8	Bio Kada Fouré	8	Ali Karasouma	8
Areouma Rabi	9	Oumarou Hafissa	9	Midou Bouraïma Fouré	9	Sani Rafatou	9
Mamoudou Fouléra	10	Issifou Haïba	10	Noma Sarifa	10	Gani Hawa	10
Zibo Amina	11	Ada Rabi	11				
		Abibou Déré	12				

Commune de Malanville							
Arrondissement de Malanville: MA		Arrondissement de Madicali: MD		Arrondissement de Tombouctou			
Groupement Kubéni, MA 1		Groupement Kabai Kakoungou, MD 1		N° Groupement	TO 1	TO 2	TO 3
Village de Kotchi		Village de Kassa		Nom	Tombouctou	Molla	Goroudjindé
Sadjé Sakina	1	Amani Dizé	1	Village	Tombouctou	Molla	Goroudjindé
Wata Salamitou	2	Karimou Maïmouna	2	Nb de femmes	23	18	12
Tchimba Hébouwaï	3	Hima Fati	3				
Bouraïma Sinti	4	Ibrahim Fatouma	4				
Zakari Maïmouna	5	Maman Hamsatou	5				
Ayouba Namaratou	6	Ibrana Roukaïya	6				
Sidikou Zénabou	7	Ibrana Aoula	7				
Sabi Souhéba	8	Issa Katoumi	8				
Tchindo Rahamou	9	Moumouni Fadila	9				
Oumarou Binta	10	Aminou Saha	10				
Babourou Balkissou	11						
Nassamou Abiba	12						
Arzouma Lamaratou	13						
Zada Gambi	14						

NIGER			
Groupement NI 1		Groupement NI 3	
Village de Mangourouri		Village d'Albarkaïzé	
Nb de femmes	13	Nb de femmes	9
Groupement NI 2		Groupement NI 4	
Village de Dogo Tounga		Village de Bongnami	
Nb de femmes	18	Nb de femmes	

3. Evaluation de l'action des banques céréalières

Pour avoir une bonne idée du fonctionnement des banques céréalières, il faut avoir un recul d'au moins 2 ans. Voici donc les tableaux d'évaluation des groupements aidés depuis 2003. Certains d'entre eux (23) ont reçu de nouveau un appui en 2004 en vue de les encourager et de consolider le projet dans la durée.

Ces groupes ont été retenus en fonction de différents critères: agrandissement de la surface du champ commun, bons résultats 2003, efforts notables des femmes, etc.

a) Evaluation des groupements ayant reçu une aide en 2003 et en 2004

Arrondissement de Monsey					
Groupement Alaheri		Village de monsey dendi			MO2
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
04/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	2 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
4 sacs de semence, 8 sacs revendus à 128 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 100 kg	47kg de sorgho et 1800 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	42 sacs récoltés + nouvelle aide= 52 sacs	10 sacs de 100 kg	2,5 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
2 sacs de semence, 25 sacs revendus: 150 000 FCFA, 25 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	75 sacs de 100 kg	138kg de sorgho et 8000 FCFA.	renouvellement de l'aide/agrandissement du champ	
Groupement Dogonaïka		Village de Pétchinga			MO5
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
12/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	2 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
2 sacs de semence, 8 sacs revendus à 128 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	32 sacs de 100 kg	62kg de sorgho et 2000 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	32 sacs récoltés + nouvelle aide= 42 sacs	10 sacs de 100 kg	2,5 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
2 sacs de semence, 34 sacs revendus: 544 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	38 sacs de 100 kg	37kg de sorgho et 18 600 FCFA. Et 150 000 FCFA pour le groupement	renouvellement de l'aide/agrandissement du champ	
Groupement Djodo Djan		Village de Pétchinga			MO 4
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
12/01/2003	20 sacs de 100 kg de mil	280 000 000 FCFA	2,5 Ha	Mil	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
3 sacs de semence, 11 sacs revendus à 176 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	58 sacs de 100 kg	43kg de mil et 5 700 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	58 sacs récoltés + nouvelle aide= 68 sacs	10 sacs de 100 kg	3 Ha	Mil	

Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
3 sacs de semence, 41 sacs revendus: 656 000 FCFA, 14 sacs partagés entre femmes	112 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	67 sacs de 100 kg	1 sac de mil/ femme et 544 000 FCFA pour le groupement	renouvellement de l'aide/agrandissement du champ
Groupe Kitinga		Village de Loumbou Loumbou		MO 9
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
18/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 8 sacs revendus à 128 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	28 sacs de 100 kg	58kg de sorgho et 4700 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	28 sacs récoltés + nouvelle aide= 38 sacs	10 sacs de 100 kg	1,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 32 sacs revendus: 512 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	30 sacs de 100 kg	23kg de sorgho et 24 500 FCFA.	renouvellement de l'aide/agrandissement du champ
Groupe Tiban Soni		Village de Loumbou Loumbou		MO 8
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
16/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	1,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
3 sacs de semence, 7 sacs revendus à 112 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	112 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	39 sacs de 100 kg	66kg de sorgho	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	39 sacs récoltés + nouvelle aide= 49 sacs	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
4 sacs de semence, 32 sacs revendus: 512 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 100 kg	23kg de sorgho et 24 500 FCFA.	renouvellement de l'aide/bons résultats

Arrondissement de Kompa				
Groupe Babu sarci saï Allah		Village de Gougou Béri		KO 14
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de mil	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 6 sacs revendus à 96 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	11 sacs de 100 kg	27kg de sorgho et 4000 FCFA	aide supplémentaire liée à la volonté des femmes d'agrandir leur champ
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	11 sacs récoltés + nouvelle aide= 31 sacs	10 sacs de 100 kg	1,5 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
3 sacs de semence, 14 sacs revendus: 224 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	84 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	32 sacs de 100 kg	36kg de sorgho et 92 000 FCFA. Pour le groupement	
Groupe Bankanaï		Village de Kompa		KO10
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	35kg de sorgho	aide supplémentaire liée à la volonté des femmes d'agrandir leur champ
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé

	16 sacs récoltés + nouvelle aide= 26 sacs	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 18 sacs revendus: 429 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	105 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	26 sacs de 100 kg	42kg de sorgho et 12 000 FCFA/femme 27 000 FCFA pour le groupement	
Groupeement Macerese		Village de Dangazori		KO4
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
11/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	140 000 000 FCFA	1 Ha	Riz
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
5 sacs vendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés	80 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre, les semences et les engrais	180 sacs de 80kg de riz non décortiqué	45 kg de sorgho	aide supplémentaire car augmentation de la surface
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface cultivée	Produit cultivé
	180 sacs récoltés + 10= 190 sacs de riz	10 sacs de riz	1,5 Ha	Riz
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
6 sacs de semence, 167 sacs revendus: 1 002 000 FCFA, 17 sacs partagés entre femmes	275 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	265 sacs de 80kg de riz non décortiqué	123kg de riz non décortiqué et 44 000 FCFA/femme et 240 000 FCFA pour le groupement	
Groupeement Sayé		Village de Kompa		KO9
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	45kg de sorgho	aide supplémentaire liée à la volonté des femmes d'agrandir leur champ
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	18 sacs récoltés + nouvelle aide= 28 sacs	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
3 sacs de semence, 19 sacs revendus: 304 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	110 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	27 sacs de 100 kg	54kg de sorgho et 8 000 FCFA/femme 106 000 FCFA pour le groupement	
Groupeement Imatunukakāi		Village de Soumaï touna		KO6
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface cultivée	Produit cultivé
11/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	33kg de mil et 2500 FCFA	aide supplémentaire liée à la volonté des femmes d'agrandir leur champ
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	18 sacs récoltés + nouvelle aide= 28 sacs	10 sacs de 100 kg	1,5 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 15 sacs revendus: 240 000 FCFA, 11 sacs partagés entre femmes	80 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	35 sacs de 100 kg	91kg de sorgho et 13 300 FCFA/femme	
Groupeement Irité sayé		Village de Garbé Koara		KO 14
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface cultivée	Produit cultivé
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 54 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	31kg de mil et 1000 FCFA	aide supplémentaire liée à la volonté des femmes d'agrandir leur champ
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé

	16 sacs récoltés + nouvelle aide= 26 sacs	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 16 sacs revendus: 256 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	80 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	39 sacs de 100 kg	50kg de sorgho et 15 500 FCFA/femme	

Arrondissement de Bogo Bogo				
Groupement Tifi séri		Village de Mamassy gourma		BO2
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
21/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 5 sacs revendus à 75 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	60 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	31 sacs de 100 kg	25kg de sorgho et 1250 FCFA	nouvelle aide accordée en raison de leur travail et de l'augmentation de la surface
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	31 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 28 sacs revendus: 352 000 FCFA, 11 sacs partagés entre femmes	128 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	33 sacs de 100 kg	91kg de sorgho et 7 000 FCFA/ femme et 240 000 FCFA pour le groupement	chute du rendement malgré l'augmentation de la superficie: inondation d'une partie du champ
Groupement Haoufouney bani		Village de Koara tédji		BO4
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
08/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1,5 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
6 sacs revendus à 98 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	98 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre, les semences et les engrais	41 sacs de 100 kg	36kg de sorgho	aide supplémentaire compte-tenu de l'augmentation de la surface
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	31 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	2 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
sorgho: 6 sacs revendus à 98 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes, Maïs19 sacs vendus à 332 500 FCFA, 2 sacs de semence et 20 sacs partagés	98 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	49 sacs de 100 kg	36kg de sorgho, 181 kg de maïs et 30 000 FCFA/ femme	
Groupement Soudji		Village de Koura koara		BO9
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
04/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	22 sacs de 100 kg	44kg de sorgho et 3500 FCFA	nouvelle aide accordée en raison de leur travail et de l'augmentation de la surface
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	22 sacs récoltés + nouvelle aide= 32 sacs	10 sacs de 100 kg	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 15 sacs revendus: 240 000 FCFA, 16 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	47 sacs de 100 kg	177kg de sorgho 192 000 FCFA pour le groupement	
Groupement Imazaada		Village de Torioh		BO6
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
21/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 60 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	60 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	28 sacs de 100 kg	50kg de sorgho	bonne récolte champ très bien entretenu: nouvelle aide

date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	28 sacs récoltés + nouvelle aide= 38 sacs	10 sacs de 100 kg	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 28 sacs revendus: 448 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	60 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 100 kg	80kg de sorgho et 31 000 FCFA/femme	71 000 FCFA pour le groupement
Groupelement Tifilingui		Village de Kofouno		BO1
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
05/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	64 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	21 sacs de 100 kg	33kg de sorgho	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	21 sacs récoltés + nouvelle aide= 31 sacs	10 sacs de 100 kg	0,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 26 sacs revendus: 448 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	60 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	23 sacs de 100 kg	20kg de sorgho et 13 000 FCFA/femme	160 000 FCFA pour le groupement

Arrondissement de Karimama				
Groupelement Tchimi ba tangari		Village de Karimama centre		KA 4
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 60 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	22 sacs de 100 kg	33 kg de sorgho et 800 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	22 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sac de semence, 22 sacs revendus: 352 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	60 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	38 sacs de 100 kg	53kg de mil et 19 000 FCFA/ femme	La bonne récolte montre la détermination du groupement et la fertilité des terres
Groupelement Macerese		Village de Karimama centre		KA 2
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/03/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 8 sacs revendus à 128 000 FCFA	100 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 100 kg	1800 FCFA/femme	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	42 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	2,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
3 sacs de semence, 27 sacs revendus: 352 000 FCFA, 12 sacs partagés entre femmes	112 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	33 sacs de 100 kg	80kg de mil et 19 000 FCFA/ femme et 150 000 FCFA pour le groupement	chute du rendement malgré l'augmentation de la superficie: inondation d'une partie du champ

Arrondissement de Birni Lafia				
Groupelement I di istan		Village de Birni Lafia		BL 15
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
08/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil

Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	20 sacs de 100 kg	45kg de mil et 1400 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	20 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	1,5 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 20 sacs revendus: 64 000 FCFA, 9 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	45 sacs de 100 kg	81kg de mil et 24 000 FCFA	La bonne récolte montre la détermination du groupement et la fertilité des terres
Groupeement Gorobani Haou Hanga		Village de Kargui		BL 1
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
06/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Pommes de terre
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
10 sacs revendus à 160 000 FCFA	160 000 FCFA utilisés pour les travaux champêtres	3,5 tonnes	6250 FCFA /femme et 650 000F pour le groupement	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	650 000 FCFA + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	0,75 Ha	Pommes de terre
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
10 sacs revendus pour achat de semence et travaux, 1 tonne de pommes de terres partagées les autres revendues	160 000 FCFA utilisés pour les travaux champêtres	3 tonnes	71 kg de pommes de terre, 11400 FCFA /femme et 290 000F pour le groupement	
Groupeement Tché tchi ka dou		Village de GorouKambou		BL 24
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
06/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	17 sacs de 100 kg	28kg de sorgho et 2200 FCFA	encouragement face à l'augmentation de la superficie
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	17 sacs récoltés + nouvelle aide	10 sacs de 100 kg	1,25 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 21 sacs revendus: 336 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	22 sacs de 100 kg	28kg de sorgho et 12000 FCFA/femme 120 000 FCFA pour le groupe	

b) Evaluation des groupements ayant reçu une aide en 2003 uniquement

Arrondissement de Monsey				
Groupeement Zaman Lafia		Village de Bongnami		MO 10
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
13/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	2 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
4 sacs de semence, 8 sacs revendus à 128 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	46 sacs de 100 kg	47kg de sorgho et 1800 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	47 sacs récoltés	pas d'aide	2,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
4 sacs de semence, 16 sacs revendus: 256 000 FCFA, 27 sacs partagés entre femmes	96 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	51 sacs de 100 kg	158kg de sorgho et 9400 FCFA.	Les femmes se sont partagés les sacs plutôt que de les vendre en raison de la famine

Groupement Bonkanaï		Village de Monsey Haoussa			MO 1
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
14/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	280 000 000 FCFA	0,5 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac vendu pour 1 sac de semence de riz, 19 revendus à 266 000 FCFA	200 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	35 sacs de 80kg de riz non décortiqué	3700 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	35 sacs récoltés	pas d'aide	0,5 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 20 sacs revendus: 120 000 FCFA, 14 sacs partagés entre femmes	120 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 80kg de riz non décortiqué	74kg de riz non décortiqué		
Groupement Macerese		Village de Tchanga Koara			MO 7
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
18/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	270 000 000 FCFA	0,5 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac vendu pour 1 sac de semence de riz, 19 revendus à 266 000 FCFA	154 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	32 sacs de 80kg de riz non décortiqué	7400 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	32 sacs récoltés	pas d'aide	0,5 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 20 sacs revendus: 120 000 FCFA, 11 sacs partagés entre femmes	120 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	42 sacs de 80kg de riz non décortiqué	58kg de riz non décortiqué		
Groupement Irikoué ma kandé soudji		Village de Mékrou tounga			MO 11
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
15/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	140 000 000 FCFA	0,75 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
2 sacs vendus pour 3 sacs de semence de riz, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	54 sacs de 80kg de riz non décortiqué	29 kg de sorgho	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	54 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Riz	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
4 sacs de semence, 40 sacs revendus: 240 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	112 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	139 sacs de 80kg de riz non décortiqué	47kg de riz non décortiqué et 8 500 FCFA.		
Groupement Djiro ma bori		Village de Goumbitchigoura			MO 3
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
13/01/2003	20 sacs de 100 kg de sorgho achetés et transportés	270 000 000 FCFA	1,5 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 6 sacs revendus à 96 000 FCFA, 13 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	11 sacs de 100 kg	72kg de sorgho et 11 500 FCFA	aide double en raison de l'éloignement et de la pauvreté du village	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	47 sacs récoltés	pas d'aide	1,75 Ha	Sorgho	

Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 9 sacs revendus: 144 000 FCFA	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	14 sacs de 100 kg	5 300 FCFA	

Arrondissement de Kompa					
Groupement Macerese		Village de Kene Tounga			KO 5
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
11/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,75 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	13 sacs de 100 kg	60kg de sorgho	Terrain peu fertile et pluies peu abondantes	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	18 sacs récoltés	pas d'aide	1,5 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 5 sacs revendus: 80 000 FCFA, 7 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	28 sacs de 100 kg	70kg de sorgho et 3200 FCFA.		
Groupement Bonsé		Village de Kompa			KO 8
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
11/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,75 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 48 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	35kg de sorgho et 1000 FCFA		
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	18 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 6 sacs revendus: 96 000 FCFA, 11 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	27 sacs de 100 kg	78kg de sorgho et 3400 FCFA.		
Groupement Alla Yasa Albarka		Village de Kossoukoe tounga			KO7
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire	
2 sacs de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	18kg de sorgho et 2000 FCFA		
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	16 sacs récoltés	pas d'aide	0,5 Ha	Mil	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 10 sacs revendus: 160 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	10 sacs de 100 kg	31kg de sorgho et 7000 FCFA.	Diminution de la surface cultivée	
Groupement Bonsé		Village de Kompanti			KO3
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
10/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho	
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire	
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	13 sacs de 100 kg	30kg de sorgho et 2400 FCFA		
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé	
	13 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho	

Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 9 sacs revendus: 144 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	15 sacs de 100 kg	23kg de sorgho et 7000 FCFA.	

Arrondissement de Bogo Bogo				
Groupement Bani zoubou		Village de Bani Kani		BO 8
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
12/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	20kg de sorgho et 2000 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	18 sacs récoltés	pas d'aide	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 16 sacs revendus: 96 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	23 sacs de 100 kg	33kg de sorgho et 400 FCFA. 100 000FCFA en banque pour le groupement	l'appauvrissement du champ est responsable de la diminution du rendement malgré l'augmentation de la surface
Groupement Bani zoubou 2		Village de Bani Kani		BO 10
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
13/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	2 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 80 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	12 sacs de 100 kg	27kg de mil et 1700 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	12 sacs récoltés	pas d'aide	2 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 7 sacs revendus: 96 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	23 sacs de 100 kg	22 kg de mil et 3500 FCFA.	Récoltes médiocres par défaut d'entretien du champ
Groupement Dogonaï		Village de Toura		BO 7
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
06/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Riz
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
revente de 2 sacs pour l'achat des semences de riz et des 8 autres à 128000 FCFA	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	97 sacs de 80kg de riz non décortiqué	5000 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	97 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Riz
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
5 sacs de semence, 85 sacs revendus: 510 000 FCFA, 7 sacs partagés entre femmes	72 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	138 sacs de 80kg de riz non décortiqué	40 kg de riz non décortiqué 17 000 FCFA/femme et 200 000FCFA en fond de trésorerie pour le groupement	
Groupement Banite imatunukakaï		Village de Koara Tédji		BO5
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
02/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	46 kg de sorgho	

date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	18 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 16 sacs revendus à 256 000 FCFA	64 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	21 sacs de 100 kg	5000 FCFA et fond de caisse commun de 122 000 FCFA	
Groupeement T Goï Imbonsé		Village de Bogo-Bogo		BO3
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
19/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	14 sacs de 100 kg	42 kg de sorgho	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	14 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 8 sacs partagés entre femmes	64 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	25 sacs de 100 kg	57kg de sorgho	

Arrondissement de Karimama				
Groupeement Baani ma tontonu		Village de Karimama centre		KA 3
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	30kg de sorgho et 1200 FCFA	mauvaise récolte car peu de pluies et terrain peu fertile
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	18 sacs récoltés	pas d'aide	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 6 sacs revendus: 96 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	24 sacs de 100 kg	30kg de sorgho et 3700 FCFA	
Groupeement Allah Honou		Village de Mamassy peulh		KA 9
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 6 sacs revendus à 96 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	15kg de mil et 2400 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	16 sacs récoltés	pas d'aide	1,25 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 6 sacs revendus: 96 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	18 sacs de 100 kg	50kg de mil et 2400 FCFA	
Groupeement Biti Bani		Village de Karimama centre		KA 1
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	2 Ha	Millet
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	24 sacs de 100 kg	21kg de mil et 2400 FCFA	terrain peu fertile

date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	24 sacs récoltés	pas d'aide	1,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus: 64 000 FCFA, 16 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	114kg de sorgho et 1000 FCFA	pas d'aide supplémentaire
Groupeement Baani Zumbu 2		Village de Gorubéri		KA 15
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
15/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	30 sacs de 100 kg	30kg de maïs	entretien du champ insuffisant
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	30 sacs récoltés	pas d'aide	0,5 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 18 sacs revendus: 64 000 FCFA, 11 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	55kg de maïs et 12000 FCFA	
Groupeement Zaman Lahia		Village de Bello Tounga		KA 13
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
14/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho achetés par l'équipe	135 000 FCFA	0,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	13 sacs de 100 kg	28kg de sorgho	petit rendement
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface cultivée	Produit cultivé
	13 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus: 64 000 FCFA, 7 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	17 sacs de 100 kg	33kg de sorgho et 700 FCFA	
Groupeement Atché poté		Village de Mamassy peulh		KA 8
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
18/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	19 sacs de 100 kg	15kg de mil et 2400 FCFA	récolte honorable compte-tenu des aléas climatiques
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	19 sacs récoltés	pas d'aide	0,75 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte obtenue	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 10 sacs revendus: 160 000 FCFA, 7 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	23 sacs de 100 kg	50kg de sorgho et 11 000 FCFA	
Groupeement Keeki Kaani		Village de Boumi tounga		KA 11
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
18/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	11 sacs de 100 kg	18kg de sorgho et 2400 FCFA	mauvais rendement

date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	11 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus: 80 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	9 sacs de 100 kg	22kg de sorgho et 700 FCFA	
Groupeement Té Bonsé Katabéri		Village de Karimama centre		KA 14
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
16/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus à 80 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	16 sacs de 100 kg	40kg de sorgho et 1600 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	16 sacs récoltés	pas d'aide	1,25 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus: 64 000 FCFA, 10 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	22 sacs de 100 kg	100kg de sorgho et 1600 FCFA	
Groupeement Biné ma Yéi		Village de Karimama centre		KA 5
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
16/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 4 sacs revendus à 80 000 FCFA, 3 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	15sacs de 100 kg	20kg de sorgho et 2000 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	15 sacs récoltés	pas d'aide	1,25 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 9 sacs revendus: 64 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	17 sacs de 100 kg	33kg de sorgho et 6400 FCFA	

Arrondissement de Birni Lafia				
Groupeement Ate Ko		Village de Tondi Koaria		BL 21
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
12/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,50 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	11 sacs de 100 kg	50kg de sorgho	mauvaise récolte car peu de pluies et terrain peu fertile
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	11 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus: 64 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	26 sacs de 100 kg	50kg de sorgho et 1300 FCFA	
Groupeement Kokari		Village de Tondi Koaria		BL 22
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
12/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	15 sacs de 100 kg	18 kg de mil et 2000 FCFA	pas d'aide supplémentaire car champ peu entretenu et surface diminuée

date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	15 sacs récoltés	pas d'aide	0,5 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 10 sacs revendus: 160 000 FCFA, 4 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA pour la main d'œuvre	12 sacs de 100 kg	28kg de mil et 8 000 FCFA	
Groupelement Watunu Kakaï		Village de Maligunu		BL 23
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
05/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	1 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	15 sacs de 100 kg	22 kg de Sorgho et 700 FCFA	
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	15 sacs récoltés	pas d'aide	1,25 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 9 sacs revendus: 160 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA pour la main d'œuvre	14 sacs de 100 kg	22kg de mil et 5 000 FCFA	
Groupelement Macerese		Village de Birni Lafia		BL 11
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
12/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,5 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	35 sacs de 100 kg	50 kg de maïs et 1600 FCFA	pas d'aide supplémentaire car surface diminuée
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	35 sacs récoltés	pas d'aide	0,25 Ha	Maïs
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
2 sacs de semence, 15 sacs revendus: 240 000 FCFA, 18 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA pour la main d'œuvre	16 sacs de 100 kg	180kg de maïs et 19 000 FCFA	Le propriétaire des terres a repris son terrain d'où la diminution de la surface
Groupelement Goï Ka dou		Village de Birni Lafia		BL 12
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
12/01/2003	10 sacs de 100 kg de mil achetés et donnés	135 000 FCFA	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 4 sacs revendus à 64 000 FCFA, 5 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	17 sacs de 100 kg	38 kg de mil et 1200 FCFA	Résultat moyen, pas d'aide supplémentaire
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	17 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Mil
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 10 sacs revendus: 160 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA pour la main d'œuvre	28 sacs de 100 kg	46kg de mil et 8 000 FCFA	le groupe a fait plus d'efforts la 2 ^e année
Groupelement Soussoute Goro Bani		Village de Birni Lafia		BL 13
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
07/01/2003	10 sacs de 100 kg de mil achetés et donnés	135 000 FCFA	0,5 Ha	Sorgho
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 3 sacs revendus à 48 000 FCFA, 6 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA utilisés pour la main d'œuvre et les engrais	15 sacs de 100 kg	46 kg de sorgho	faible pluviométrie, rendement faible
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	15 sacs récoltés	pas d'aide	1 Ha	Sorgho

Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
1 sac de semence, 5 sacs revendus: 80 000 FCFA, 9 sacs partagés entre femmes	48 000 FCFA pour la main d'œuvre	26 sacs de 100 kg	70kg de sorgho et 2 400 FCFA	le stock sera vendu en 2005
Groupeement Goï Bonsé		Village de Kargui		BL 4
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
08/01/2003	10 sacs de 100 kg de sorgho	135 000 FCFA	0,25 Ha	Pommes de terre
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
10 sacs revendus à 160 000 FCFA	160 000 FCFA utilisés pour les travaux champêtres	2 tonnes		
date de démarrage	stock de départ	Aide	Surface	Produit cultivé
	450 000 FCFA	pas d'aide	0,25 Ha	Pommes de terre
Utilisation du stock	Dépenses	Récolte	Bénéfice par femme	Commentaire
700 kg de pommes de terres partagées, 300 kg semences, 1 tonne revendue à 450000 FCFA	160 000 FCFA utilisés pour les travaux champêtres	2 tonnes	50 kg de pommes de terre, 7000 FCFA /femme et 185 000F pour le groupement	

c) Conclusions

L'action des banques céréalières a connu un grand succès dans la région. Les femmes se sont considérablement investies dans cette action apprenant à gérer les stocks à voir quand acheter et quand vendre. Les résultats sont dans l'ensemble très positifs et l'ensemble des acteurs locaux nous encourage à poursuivre cette action.

De très nombreux groupements ont d'ailleurs demandé à être alphabétisées car elles en ressentaient la nécessité.

Au printemps 2005, une période de disette et de grande sécheresse va rendre la soudure particulièrement délicate dans cette zone. Nous espérons que les banques céréalières auront aidé ces femmes à surmonter ce moment difficile où personne ne mangera à sa faim dans la région.

4. Evaluation de l'installation des moulins à grains

a) Tableau récapitulatif

Commune de Karimama					
Arrondissement de Monsey					
Groupelement Moufama		Village de Koudji bangou			MO 14
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	472 800 FCFA	246 000 FCFA		178 200 FCFA en caisse	4 400 FCFA/femme
Groupelement Djiro ma bori		Village de Goumbi Tchigoura			MO 3
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	620 000 FCFA	269 500 FCFA	Moulin avec abri	301 000 FCFA en caisse	3 300 FCFA/femme
Groupelement iri kwé mi ga		Village de Bonwalou			MO 15
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	38 sacs de mil de 100 kg	269 500 FCFA	Compte-tenu de l'éloignement et de la pauvreté du village, les femmes payent en nature et non en argent.	3 000 FCFA et 26 sacs stockés	Le moulin ne dessert que ce petit village qui est très enclavé
Groupelement Macerese		Village de Tchang Koara			MO 7
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	23 sacs de mil de 100 kg et 197 000 FCFA	208 000 FCFA	Les femmes peuvent payer soit en nature soit en FCFA au choix.	20 sacs stockés	13 kg de mil
Groupelement Alhéri		Village de Monsey dendi			MO2
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	627 000 FCFA	428 000 FCFA		147 000 FCFA en caisse	2 800 FCFA
Arrondissement de kompa					
Groupelement Macerese		Village de Koéné tounga			KO 5
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	578 460 FCFA	308 000 FCFA		217 260 FCFA en caisse	5 320 FCFA/femme
Arrondissement de Karimama					
Groupelement Macerese		Village de Mamassy peul			KA 10
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	585 000 FCFA	274 000 FCFA	Moulin avec abri	267 000 FCFA en caisse	2 200 FCFA/femme

Arrondissement de Birni Lafia						
Groupement irikoué Wassa Village de Birni Lafia					BL 27	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	710 000 FCFA	275 000 FCFA	Etant donné la forte densité de population de cette zone il est logique que le bénéfice réalisé par le moulin soit plus important		365 000 FCFA en caisse	3 500 FCFA/femme
Groupement Biti bani Village de Goania					BL 26	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	474 000 FCFA	216 000 FCFA	Moulin avec abri		258 000 FCFA en caisse	
Groupement Haoussa wa Village de Kargui					BL 25	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	18 sacs de 100 kg de sorgho et 4 sacs de maïs	112 000 FCFA	Moulin installé dans un hameau, les paiements sont en nature		14 sacs de céréales stockés	
Commune de Malanville						
Arrondissement de Guéné						
Groupement Hanfani Village de Boïfo					GU 2	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	382 000 FCFA	172 475 FCFA			209 525 FCFA	
Groupement A ba bori Village de Guéné centre					GU 3	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	792 970 FCFA	384 530 FCFA	Etant donné la forte densité de population de cette zone il est logique que le bénéfice réalisé par le moulin soit plus important		340 440 FCFA	6 800 FCFA/femme
Groupement Lakalikañ Village de Kantro					GU 4	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	886 340 FCFA	506 000 FCFA	Très forte participation de la population	294 340 FCFA en caisse et 48 000 FCFA donné comme participation à la construction d'une classe d'école	3500 FCFA/femme	
Groupement de Tolozougou Village de Tolozougou					GU 1	
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires		Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	598 000 FCFA	269 300 FCFA	Etant donné la forte densité de population de cette zone il est logique que le bénéfice réalisé par le moulin soit plus important		244 000 FCFA et 74 000 FCFA utilisés comme participation collective pour le forage d'un puits	1 000 FCFA/femme utilisés comme participation individuelle pour la réfection d'une salle de classe

Arrondissement de Madicali					
Groupement Kabai Kakoungou			Village de Kassa		MD 1
Début de l'action	recette semestrielle	Frais de fonctionnement	Commentaires	Bénéfice financier du groupe	Bénéfice/femme
01/09/2004	227 000 FCFA	172 000 FCFA	retard à la mise en fonctionnement en raison d'une première installation défectueuse, réinstallation et démarrage en janvier 2005.	55 000 FCFA	

Deux moulins ont été installés au Niger grâce à une promotion du vendeur, et un grâce à la réparation d'un vieux moulin récupéré dans l'arrondissement de Tombouctou de la commune de Malanville. Nous n'avons pas l'évaluation du fonctionnement de ces 3 moulins.

b) Conclusions

L'action de mise en place des moulins a des résultats au dessus de nos espérances. Initié suite à une demande des groupements de femmes, il correspond à de réels besoins même dans les villages les plus reculés, et outre l'amélioration quotidienne de la qualité de vie de très nombreuses femmes, il apporte un petit revenu supplémentaire aux femmes du groupement gestionnaire du moulin.

Dans le meilleur des cas nous voyons qu'à peine après 6 mois de mise en service les groupements participent financièrement à d'autres actions collectives (puits, classe, etc.)

Il nous paraît donc essentiel de pouvoir poursuivre dans cette voie après l'adaptation que nous avons faite, à savoir des abris très rudimentaires et un plus grand nombre de moulins installés.

Nous souhaiterions étendre l'expérience dans la commune de Malanville et au Niger, pays limitrophe durement touché par la famine. Notre zone est une zone sahélienne loin du pouvoir politique, très peu fréquentée par les ONG nationales, presque abandonnée à elle-même: pas de route, pas de téléphone, pas d'électricité, etc.

5. Evaluation du développement des cultures de contre saison

a) évaluation des jardins créés en 2003

Arrondissement de Karimama							
Groupement Macerese				Village de Karimama centre			KA 2
Début action	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Dépenses	Récolte	Bénéfice	Commentaire
10/01/2003	motopompe, clôture et matériel	0,50 Ha	Tomates piments, aubergines	80 000 FCFA achat de semences, main d'œuvre	32 paniers de tomate, 27 paniers d'aubergines, 30 sacs de piments revendus à 330 000 FCFA	190 000FCFA pour le groupement et 4000 FCFA, 1 panier de tomate et d'aubergine/femme	Compte-tenu des difficultés de commercialisation les tomates et les aubergines ont pourri
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé		Récolte	Bénéfice	Commentaire
année 2004	aucune	0,50 Ha	Riz pour la vente, tomates et aubergines pour leur consommation		27 sacs de 80 kg de riz non décortiqué 4 paniers d'aubergine, 3 paniers de tomate	23 sacs de riz en stock, 22kg de riz, 2 petites bassines d'aubergines et de tomates/ femme	poursuite de la culture du riz
Arrondissement de Monsey							
Groupement Irikoué ma kanded Soudji				Village de Mékrou Tounga			MO 11
Début ACTION	Aide apportée	Surface	Produit cultivé		Récolte	Bénéfice	Commentaire
10/01/2003	motopompe, clôture et matériel	0,25 Ha	Poivrons tomates Gombo		22 sacs de poivrons, 35 paniers de tomate, 25 paniers de Gombo	Gombo revendu à 150 000 FCFA	La commercialisation de produits vivriers est impossible compte-tenu de l'éloignement du village et des faibles délais de conservation (72 heures), tomates et poivrons pourris
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé		Récolte	Bénéfice	Commentaire
année 2004	aucune	0,50 Ha	Riz pour la commercialisation tomates et Gombo pour leur consommation		25 sacs de 80 kg de riz non décortiqué 2 paniers de gombo, 3 paniers de tomate	22 sacs de riz en stock, 14kg de riz, 3 petites bassines de gombo et de tomates/femme	poursuite de la culture du riz
Arrondissement de Kompa							
Groupement Tchiane Charbe				Village de Kompanti			KO 17
Début ACTION	Aide apportée	Surface	Produit cultivé		Récolte	Bénéfice	Commentaire
07/01/2003	motopompe, clôture et matériel	0,25 Ha	Tomates Salades piments		Les tomates et les salades ont pourri faute de commercialisation, 11 sacs de piments	Piment revendu à 220 000 FCFA, salade 28 000 FCFA	Décision de cultiver le riz l'année suivante
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé		Récolte	Bénéfice	Commentaire
année 2004	aucune	0,50 Ha	Riz pour la commercialisation tomates et Gombo pour leur consommation		27 sacs de 80 kg de riz non décortiqué 2 paniers de gombo, 4 paniers de tomate	23 sacs de riz en stock, 32kg de riz, 2 petites bassines de gombo et de tomates/femme	poursuite de la culture du riz

Arrondissement de Bogo Bogo							
Groupement Bani Zoumbou		Village de Bani Kani		BO 8			
Début Action	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice	Commentaire	
13/01/2003	motopompe, clôture et matériel	0,25 Ha	Tomates piments Gombo	28 paniers de tomates , 20 paniers de gombo, 15 sacs de piments	Recette de 300 000 FCFA due à la commercialisation du piment	Décision de cultiver le riz l'année suivante	
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice	Commentaire	
année 2004	aucune	0,25 Ha	Riz pour la commercialisation tomates et Gombo pour leur consommation	20 sacs de 80 kg de riz non décortiqué 4 paniers de gombo, 3 paniers de tomate	16 sacs de riz en stock, 21kg de riz, 1/2 bassine de gombo et 1 de tomates/femme	poursuite de la culture du riz	
Arrondissement de Birni Lafia							
10 groupements de femmes		Village de Kargui					
Début Action	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Dépenses	Récolte	Bénéfice	Commentaire
13/01/2003	motopompe, clôture et matériel	2 Ha	Oignons tomates carottes	986 000 FCFA	187 sacs d'oignons, 134 paniers de tomates 100kg de carotte	oignons: 2 805 000 FCFA, tomates 670 000 FCFA, carottes: 192 000 FCFA	Ces groupements sont très bien organisés, proches de la route goudronnée et de grands centres urbains, la commercialisation des produits vivriers est donc possible pour elles.
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Dépenses	Récolte	Bénéfice	Commentaire
année 2004	aucune	2 Ha	Oignons riz carottes	230 000 FCFA	87 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 172 sacs d'oignons, 188 kg de carottes	le riz est stocké, les oignons ont été vendus à 2 580 000 FCFA	

b) évaluation des jardins créés en 2004

Commune de Karimama							
Arrondissement de Monsey							
Groupement Macerese		Village de Tchanga Koara					MO 7
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/ groupe	Bénéfice/femme	
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,50 Ha	Riz	45 sacs de 80 kg de riz non décortiqué	35 sacs de riz en stock	53kg de riz non décortiqué	
Groupement Bankanaï		Village de Monsey haoussa					MO 1
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/ groupe	Bénéfice/femme	
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,25 Ha	Riz	30 sacs de 80 kg de riz non décortiqué	25 sacs de riz en stock	33kg de riz non décortiqué	
Groupement A Koï Allah		Village de Chagarana					MO 13
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/ groupe	Bénéfice/femme	
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,75 Ha	Riz, tomate Piment, Banane	57 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 3 paniers de tomates, 2 paniers de piments	52 sacs de riz en stock	33kg de riz non décortiqué, 3 petites bassines de tomates et 2 de piments	
Groupement Bonkanaï		Village de Kabé Kogo					MO 6
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/ groupe	Bénéfice/femme	
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,5 Ha	Riz	29 sacs de 80 kg de riz non décortiqué	23 sacs de riz en stock	28kg de riz non décortiqué	

Arrondissement de Bogo Bogo						
Groupelement Dogonai			Village de Toura			BO 7
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/groupe	Bénéfice/femme
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,25 Ha	Riz, tomate, gombo	23 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 5 paniers de tomate et 4 de gombo	18 sacs de riz en stock	28kg de riz non décortiqué, 4 petites bassines de tomates et de gombo
Arrondissement de Kompaa						
Groupelement Alla ya sa Albarka			Village de Kossoukoué tounga			KO 7
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/groupe	Bénéfice/femme
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,25 Ha	Riz, gombo	25 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 1 panier de gombo	16 sacs de riz en stock	45kg de riz non décortiqué, 1/4 de petite bassine de gombo
Arrondissement de Karimama						
Groupelement Suru ga kaani			Village de Gazéré Tounga			KA 17
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/groupe	Bénéfice/femme
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,50 Ha	Riz, tomate, gombo	28 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 4 paniers de tomates et 2 de gombo	22 sacs de riz en stock	24kg de riz non décortiqué, 3 petites bassines de tomate et 1 de gombo
Arrondissement de Birni Lafia						
Groupelement Hinfani			Tanda Tédji			BL 28
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/groupe	Bénéfice/femme
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,50 Ha	Riz, piments	39 sacs de 80 kg de riz non décortiqué, 5 paniers de piments	30 sacs de riz en stock	36kg de riz non décortiqué, 1 petites bassines de piments
Commune de Malanville						
Arrondissement de Malanville						
Groupelement Kubéni			Village de Kotchi			MA 1
Suite	Aide apportée	Surface	Produit cultivé	Récolte	Bénéfice/groupe	Bénéfice/femme
année 2004	Motopompe + tuyaux	0,50 Ha	Riz	29 sacs de 80 kg de riz non décortiqué	22 sacs de riz en stock	43kg de riz non décortiqué

c) Conclusion

Le projet de développement de cultures de contre-saison reste une idée à développer. L'adaptation du projet au cours de la 2^e année a donné de bons résultats et les groupements sont demandeurs de poursuivre l'action.

Nous n'avons pas recherché de subventions en 2005 pour cette action, le temps pour nous de faire une évaluation approfondie. C'est maintenant chose faite et nous voyons que les résultats sont encourageants et nous permettent de poursuivre dans cette voie. C'est-à dire une aide à la riziculture pour la commercialisation, les femmes cultivant si elles le souhaitent quelques produits vivriers en plus pour leur consommation familiale.

6. Evaluation de l'aménagement des rives du fleuve Niger

a) Tableau récapitulatif

Groupelement	Village	Nb de Trous à Poissons	Quantité de poisson pêché	Total vente
Irikoé ma kanda	Mékrou Tounga	2	54 bassines: 13 de 1° qualité (20 000 FCFA) 41 de 2° qualité (10 000 FCFA)	670 000 FCFA
Akoé Alla	Chagarana	2	48 bassines: 11 de 1° qualité (20 000 FCFA) 37 de 2° qualité (10 000 FCFA)	590 000 FCFA
Goumbayé Moun samou	Goumbayé	1	23 bassines: 7 de 1° qualité (20 000 FCFA) 16 de 2° qualité (10 000 FCFA)	300 000 FCFA
Sayé Té gougou béri	Gougou béri	1	31 bassines: 9 de 1° qualité (20 000 FCFA) 22 de 2° qualité (10 000 FCFA)	400 000 FCFA
Iri té sayé	Garbeye koara	1	29 bassines: 9 de 1° qualité (20 000 FCFA) 20 de 2° qualité (10 000 FCFA)	380 000 FCFA
Macerese	Kéné Tounga	1	32 bassine 13 de 1° qualité (20 000 FCFA) 19 de 2° qualité (10 000 FCFA)	450 000 FCFA
Zaman Lafia	Bello Tounga	3	85 bassines: 36 de 1° qualité (20 000 FCFA) 49 de 2° qualité (10 000 FCFA)	1 210 000 FCFA
Dounga Bon	Gazéré Tounga	1	31,5 bassines: 11 de 1° qualité (20 000 FCFA) 20,5 de 2° qualité (10 000 FCFA)	425 000 FCFA
Banika	Souh Tounga	1	28 bassines: 18 de 1° qualité (20 000 FCFA) 10 de 2° qualité (10 000 FCFA)	460 000 FCFA
Bité Bani	Goania	2	59 bassines 19 de 1° qualité (20 000 FCFA) 40 de 2° qualité (10 000 FCFA)	780 000 FCFA
Dogonaï	Tourah	1	31 bassines: 9 de 1° qualité (20 000 FCFA) 22 de 2° qualité (10 000 FCFA)	400 000 FCFA

b) Conclusions

La pêche, au niveau des trous à poissons est faite par les hommes. Les femmes une fois réunies décident du jour de la pêche une semaine avant. Le jour choisi, chaque femme doit se faire accompagner soit de son mari, soit de son frère ou de son fils, etc.

Le groupement prépare une petite fête avec bouillie de riz au miel, riz à la sauce de poisson et on transporte le tout sur le lieu de la pêche.

Les poissons une fois pêchés sont mesurés en bassines puis triés en gros et petits. La bassine de gros poissons est vendue 20 000 FCFA, et la bassine de petits poissons 10 000 FCFA. Le fruit de la pêche est divisé en 5 parties: 1 partie pour les pêcheurs, 1 partie pour la caisse commune du groupement et 3 parties que les femmes du groupement se partagent.

Il faut retenir que les oxygène aux groupements qui ont eu le bénéfice de cette action. La majorité des femmes ont acheté des vivres avec l'argent récolté.

Cette expérience sera renouvelée chaque année tout au long du fleuve car la chargeuse est disponible. Il nous incombe de veiller à son entretien et à sa bonne marche. Une pelle mécanique serait toutefois plus utile dans les parties inaccessibles pour la chargeuse.