



UNITE DE REFLEXION ET D'ACTION
DES COMMUNAUTES AFRICAINES

COMMUNAUTES AFRICAINES ET SIDA MYTHES ET REALITES

**MISE EN EVIDENCE ET ANALYSE DE L'EVOLUTION
DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
COMPORTEMENTS
VIS-A-VIS DU SIDA, DES COMMUNAUTES AFRICAINES
VIVANT
EN ILE-DE-FRANCE ENTRE 1989 ET 1993**

Travail réalisé sous la direction du Dr Moussa MAMAN

U.R.A.C.A.
1 RUE LEON — 75018 PARIS
Tél. : 42 52 50 13 Fax : 46 06 19 48

Rédaction:

Marthe AHUI
Agnès GIANNOTTI
Evelyne KOTTO
Moussa MAMAN
Annie ROSNET

Enquêteurs:

Hortense BLE
Mamadou DIARRA
Aminata DIOP
Hélène DOLD
Nazaire DJAGOUE
Moussa KISAMOU
Clotilde KEUGAM
Paul POUTCHEU

Cette recherche a été financée par l'Agence Française de Lutte contre le Sida.

à Bernard GOUSSARD

êrênê toyê aynê gômé gouélé.
Si c'était une guerre, nous la ferions ensemble.

Proverbe bété , Côte d'Ivoire

SOMMAIRE

- p 1 : **I PRESENTATION DE L'ETUDE**
- p 2 : **II PREMIERE PARTIE: RESUME DE L'ENQUETE**
- p 3 : a) L'Afrique terre de tous les mythes, de toutes les origines
- p 5 : b) Du déni à la fuite
- p 6 : c) Le Sida maladie de tous, mais pourquoi moi? Pourquoi aujourd'hui?
- p 8 : d) Solidarité ou peur, aider mais comment?
- p 10 : e) Du dépistage sans espoir à l'annonce sans préparation
- p 12 : f) Le Sida existe, je l'ai rencontré
- p 14 : g) Le préservatif: de l'objet interdit au chapeau protecteur
- p 17 : h) Le Sida et le choc des cultures

- p 20 : **III DEUXIEME PARTIE: COMPTE RENDU DETAILLE**
- p 21 : **A/ OBJECTIFS**
- p 22 : **B/ DEROULEMENT DE LA RECHERCHE**
- p 22 : a) Formation des enquêteurs
- p 22 : b) Déroulement de l'enquête
- p 23 : c) Difficultés de l'enquête

- p 24 : **C/ RESULTAT DE LA RECHERCHE**
- p 24 : a) Enquête par groupes focaux :
 - p 24 : 1) Enquête auprès des familles
 - p 32 : 2) Enquête menée dans les foyers de travailleurs africains
 - p 37 : 3) Enquête menée auprès de groupes de jeunes
- p 39 : b) Enquête par questionnaires :
 - p 39 : 1) Enquête menée auprès d'une population africaine consultant un cabinet privé de médecine générale
 - p 72 : 2) Enquête menée auprès d'un échantillon à majorité étudiante
 - p 98 : 3) Analyse comparative des deux échantillons ayant répondu au questionnaire
- p 101 : c) Analyse des entretiens non directifs auprès des professionnels de la santé
- p 118 : d) Analyse des entretiens non directifs auprès des leaders d'associations africaines

- p 122 : **D/ CONCLUSION**
- p 128 : **BIBLIOGRAPHIE**

I / PRESENTATION DE L'ETUDE

Cette étude est la suite logique de l'enquête CAP réalisée en 1989 par FIRST et URACA en collaboration avec la D.G.S, sur le sida dans les communautés africaines en Ile-de-France et qui a permis de dégager les points suivants :

- l'insuffisance des connaissances sur les MST et le sida,
- l'existence de conceptions traditionnelles s'opposant à certains concepts scientifiques (chaîne de transmission interhumaine, porteur sain),
- un conflit entre le discours occidental et le discours africain (origine de la pandémie, groupe à risque). Ceci coexiste avec une culpabilité souvent inconsciente, une peur de l'exclusion liée au discours xénophobe de certains hommes politiques,
- l'importance probable des comportements à risque: rejet du préservatif, le fait de considérer que les seuls rapports à risque sont ceux que l'on a avec les prostituées professionnelles ou avec des malades atteints du sida.

Cet ensemble de réactions et cet état de fait ont été renforcés par les média spécialisés en santé publique et en médecine expérimentale.

Depuis le début de l'épidémie, on cherche à démontrer que l'Afrique est à l'origine du sida. On expose les pratiques sexuelles des africains en les interprétant comme des comportements à haut risque de transmission, responsables de l'expansion de la maladie.

Or pour saisir les structures de la sexualité, de la famille et de la parenté africaines, il faut rentrer dans l'univers des représentations culturelles telles que nous l'avons décrit dans la première enquête CAP.

De plus, le travail de terrain nous a montré une évolution dans les connaissances et les comportements, mais une étude scientifique était nécessaire afin de dégager les caractéristiques de cette évolution ainsi que les facteurs qui y ont contribué.

PREMIERE PARTIE: RESUME DE L'ENQUETE

L'AFRIQUE TERRE DE TOUS LES MYTHES, DE TOUTES LES ORIGINES

Berceau de l'humanité, l'Afrique demeure pour les occidentaux, la terre de tous les fantasmes. Où donc rechercher l'origine du Sida si ce n'est sur ce continent mythique?

Les arsenaux médiatiques et scientifiques n'ont pas su résister à la tentation de se ruer sur cette hypothèse dans les années 1985. Comme le dit Gilles BIBEAU: "*C'est la dimension obscure et refoulée de la sauvagerie de l'homme occidental que la rencontre avec l'Afrique a donc permis de révéler*". (1)

Le Sida a servi de catalyseur à l'affrontement de deux inconscients collectifs. On a pu retrouver en miroir la violence des réactions des communautés africaines (première enquête CAP URACA/FIRST) répondant à la violence de l'accusation collective d'avoir apporté le malheur au monde.

Si avec le temps ces réactions de défenses s'èstompent, on les retrouve ici et là:

- soit dans de simples dénégations:

"Moi quand j'ai entendu ça, ça m'avait choqué parce que, non seulement le Sida, mais toutes les maladies dramatiques, ça vient toujours de l'Afrique et je ne trouve pas ça normal. Moi, je n'ai pas cru que ça vient d'Afrique".

- soit dans des accusations contre le monde occidental:

"C'est la maladie des gens qui veulent réduire le développement démographique".

Le Sida a servi de prétexte à l'expression de tous les fantasmes entre celui du nègre à la sexualité animale et celui du blanc machiavélique imitant Faust dans son laboratoire. Dans les deux cas la transgression des tabous est jugée à l'origine de la malédiction du sida.

"Il dérive sans doute d'un laboratoire d'expériences".

" C'est dû à la manipulation des gènes humains".

L'épidémie du Sida est arrivée à un moment où "*les modes d'organisation de la famille et les formes de vie amoureuse sont en pleine restructuration dans les milieux urbains africains...on constate aussi, en ville, l'accroissement important du nombre de ménages ayant des femmes comme chefs de famille, le contrôle des lignages sur le choix des partenaires et les prohibitions matrimoniales se sont un peu partout, fortement relâchés, et, comportement sans doute opportuniste, les hommes inscrivent de moins en moins leurs partenaires sexuelles dans la structure polygynique traditionnelle*".(2)

(1) Bibeau Gilles. L'Afrique, terre imaginaire du Sida, Anthropologie et Sociétés, Vol.15, N° 2-3, 1991, p.p. 123-147

(2) Idem

Cette mutation en profondeur des modes de vies africains est majoré par l'exode rural et plus encore par la migration en Europe. Le prix d'une plus grande liberté individuelle est la perte des repères structurant sociétés et individus (histoires familiales, appartenances ethniques, fonctionnements sociaux, etc.).

Un profond malaise s'ensuit, à l'origine d'un questionnement identitaire. Le Sida arrive alors à point nommé pour fournir une interprétation à ce malaise et offrir une possibilité de se réinscrire dans sa culture ancestrale. Les hypothèses sur l'origine de la maladie se situent dans ce contexte où l'acculturation entraînant la transgression de tabous est jugée responsable du malheur:

"J'ose dire que le Sida est une façon de limiter la liberté sexuelle. Il y a trop de laisser aller dans ce domaine".

"Le monde est mélangé, ça a contaminé tout le monde".

" L'adultère amène ça, c'est la non préservation du sexe".

"C'est venu car on n'a plus de respect pour les femmes et les enfants, Moussa Traore, Bokassa, c'est les enfants, Dieu est en colère".

DU DENI A LA FUITE

Mais entre 1989 et 1993, l'attitude générale des communautés africaines a changé: le déni virulent accompagné d'un sentiment de persécution, provoqué par la stigmatisation médiatique, a fait place à une attitude de fuite, d'évitement face à une maladie qui s'est rapprochée, et atteint souvent déjà un proche. La peur est là.

" Au début je ne croyais pas, maintenant j'y crois ".

" Avant je ne connaissais pas quelqu'un qui avait le Sida, j'y croyais mais c'était loin ".

Au delà des réponses exprimées, l'un des principaux résultats de cette enquête est la constatation d'une résistance passive lorsque l'on évoque le Sida.

Ce comportement a été constaté à tous les niveaux de l'enquête: au sein même de l'équipe où les enquêteurs se sont montrés beaucoup moins motivés que lors de la précédente enquête, certains ont disparu, d'autres n'ont fait qu'une partie du travail... Le public interrogé a également manifesté ce manque de motivation.

La culture occidentale du "tout dire, tout expliquer" associant recherche scientifique et médiatisation à l'extrême a imposé au monde sa représentation: Sida = mort. Cela a empêché les cultures africaines de pouvoir réinterpréter cette maladie dans leurs systèmes traditionnels de façon acceptable.

En Afrique, au contraire, le tradipraticien vous laisse l'espoir d'une guérison possible jusqu'à votre dernier souffle.

L'issue fatale annoncée de façon certaine a fixé les choses. le Sida est devenu alors un danger face auquel on ne peut rien, c'est à dire une maladie sorcière.

Parler trop du malheur, c'est le provoquer. Si l'on dit de quelqu'un qu'il a une mauvaise langue, cela signifie qu'il attire le malheur par sa parole. "In'ré ba" signifie en dendi (Bénin), ta bouche est trop grande = arrête de parler de ça, tu vas le faire venir.

L'inertie constatée face à la question du Sida signifie donc: "Vous ne savez pas le soigner, n'en parlez pas, vous allez le faire venir".

LE SIDA MALADIE DE TOUS MAIS POURQUOI MOI? POURQUOI AUJOURD'HUI?

Lors de la première enquête, la représentation générale de la maladie sous-entendait que le Sida n'était pas pour tout le monde. Cette conviction constituait alors un frein important pour le travail de prévention.

Aujourd'hui, cette situation a changé:
Ce n'est plus un sujet tabou, tous les résultats concordent, les gens en parlent (70% de réponses positives dans les questionnaires).
" Avant, nous les vieux, on n'en parlait pas, maintenant, on en parle parce qu'on sait que c'est sérieux ".

La maladie peut toucher tout le monde, les notions de "groupes à risques" ont pratiquement disparu pour être remplacées par:
"La maladie n'a pas de frontières".
"Tout le monde peut attraper".

Néanmoins, les interprétations traditionnelles, si elles s'expriment, aujourd'hui, de façon minoritaire, demeurent sous-jacentes, et on les retrouve ici ou là au cours de l'enquête:

* Le Sida, maladie du vent comme la rougeole ou la tuberculose:
"aux toilettes, s'il n'a pas appuyé de l'eau, le vent peut monter".

* Le Sida, maladie sorcière:
"Le Sida, on l'attrape la nuit, oui, le souffle".
"La sueur, vous allez vous coller, vous toucher".

Comme pour la sorcellerie, le sang, le lait maternel, la transmission foeto-maternelle sont des voies de transmission du Sida, cela explique pourquoi ces notions ont été très facilement admises par les communautés africaines comme le montrait déjà la première enquête FIRST/URACA.

* Le Sida, maladie de Dieu:
"On a fait trop de mal, Dieu a donné une maladie".

* Le Sida, maladie de la nature:
" Comme un phénomène, un fléau naturel".

Ces interprétations persistent dans l'inconscient collectif, et lorsqu'un diagnostic de séropositivité est posé, ce sont elles qui émergent. Notre expérience du counselling des malades et des consultations ethnopsychiatriques en témoigne quotidiennement.

Cela explique le décalage entre les demandes des patients qui, outre un traitement, demandent une interprétation de leur malheur.

Comme le dit Françoise HERITIER-AUGE: *"On retrouve la nécessité pour tout homme en société de donner un sens à l'événement pur...les manifestations biologiques de la maladie s'inscrivent sur le corps d'un individu, mais, pour être comprises, elles font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale qui met en jeu et en cause des relations sociales entre individus...Il n'est pas nécessaire pour cela de refuser de croire à l'existence des virus, des bactéries, des microbes. La vraie question est ailleurs: pourquoi est-ce moi qui suis frappé? et par qui?"*(3)

Cette demande de sens ne s'exprime pas toujours directement, mais elle est ressentie par les professionnels:

"On est confrontés à deux langages différents qui ont du mal à se comprendre. Ce n'est pas un handicap pour le suivi du traitement médical si la confiance s'est instaurée entre le malade et le médecin, mais ce qui se passe dans la tête du malade, ses angoisses nous restent inaccessibles" (4)

"Il y a une absence de possibilité de prise en charge psychologique satisfaisante quand ils le demandent, ça nécessite une prise en charge particulière".

De ce fait, les tradipraticiens sont consultés en parallèle avec les médecins, puisqu'ils offrent des réconforts complémentaires à ceux de la médecine:

"Les guérisseurs ont toujours été là, c'est normal de se réinscrire dans sa culture".

Les traditions africaines offrent de nombreux exemples de ces prises en charges thérapeutiques parallèles. Bruno MASQUELIER, parlant des Ides du Cameroun nous dit: *"Pour les Ide, la maladie est un avertissement selon lequel les relations interpersonnelles du patient sont criblées d'ennuis...ainsi douleur et souffrance deviennent l'objet d'attentions du guérisseur herbaliste (mbvo-ongan) qui fait intervenir sa connaissance des symptômes et des médicaments (kubö). De leurs côtés, les devins (mbvo-fiki) se doivent d'informer le patient et sa parenté des causes plus générales de son mal."* (5)

Comme le dit Anne LUXEREAU au sujet des Haoussas du Niger: *"Au reste, deux précautions valent mieux qu'une, lorsqu'on s'adresse à cette médecine européenne étrange et étrangère, il est fréquent que les remèdes traditionnels soient avalés par les malades quelques minutes avant ou après les comprimés"*.(6)

(3) Héritier-Augé Françoise. *Ce mal invisible et sournois*. In *Revue Autrement*. Série mutations, N° 130, Mai 1992, Ed Autrement "L'homme contaminé. La tourmente du Sida", pp. 148-157.

(4) "" signale les citations recueillies auprès des professionnels de santé au cours de l'enquête.

(5) Masquelier Bertrand. *Parler la maladie; Querelles et langage chez les Ide du Cameroun*. In *Le journal des Africanistes*, 1993, Tome 63 vol 1, pp. 21-33.

(6) Luxereau Anne. *Perception de la santé et de la maladie en pays haoussa (région de Maradi, République du Niger)*. In *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes traditionnelles*. Ed. L'Harmattan, Collection connaissance des Hommes pp. 135-144.

SOLIDARITE OU PEUR? AIDER MAIS COMMENT?

La solidarité est un devoir social en Afrique, qui peut être plus fort que la peur irrationnelle de la maladie. Beaucoup de réponses montrent la pression sociale qui s'exerce dans ce sens:

" Les musulmans n'abandonnent pas leur ami même s'il est malade ".

" C'est une honte de ne pas manger ensemble, mais chacun son assiette ."

" Ton parent, tu ne peux pas l'éviter ".

" Je ne peux pas l'abandonner, il faut accepter tout ".

" Même s'ils sont lépreux, on n'abandonne pas les copains, c'est une honte ".

Un professionnel dit: " Les proches d'un malade montrent leur implication personnelle qui correspond au besoin de comprendre et de sortir de la peur ".

D'autres réponses montrent que l'amélioration des connaissances aide à ne pas rejeter la personne atteinte:

" Le manger, ça ne donne pas ".

De plus, la maladie se rapproche et les réponses faisant référence à un proche déjà atteint se multiplient:

" J'ai une cousine séropositive, je continue comme avant ".

Malgré tout, la peur reste, et beaucoup de réponses soulignent les marges d'incertitude du discours médical:

" Si le sang se mélange, il se gratte, ça saigne ".

" Ca peut arriver, un accident où il se coupe ".

Les communautés africaines sont donc partagées entre la solidarité et la crainte de la contagion.

"Moi, j'espère que Dieu m'aidera à soutenir la personne, à ne pas avoir peur. On a beau dire le Sida, ça ne s'attrape pas par le toucher, mais si tu as quelqu'un qui est malade, de temps en temps, inconsciemment, tu peux rejeter la personne."

Vivant souvent dans des conditions d'extrême précarité, il leur est difficile d'aider matériellement leurs compatriotes. Comment entourer un malade lorsque la branche sur laquelle on est assis est sciée à moitié?

Il convient ici de souligner cette précarisation extrême des communautés africaines autant sur un plan économique, que social, administratif, etc.

Lorsque ces difficultés atteignent une personne malade, les situations se révèlent insoutenables. Les professionnels témoignent de ces drames humains où une réponse uniquement thérapeutique n'a plus de sens. Leur malaise déjà grand face à une maladie incurable est encore augmenté par leur impuissance à aider des patients en perdition.

""Très souvent ce sont des situations très dramatiques avec des femmes seules avec enfants"".

""Déjà la violence économique, l'aggravation de la précarité, la fonction d'immigré au pays étaient des limites de plus en plus nettes, mais avec cette séropositivité, cette mort, cela devient impossible"".

""Quel sens donner au fait de se battre pour traiter un malade avec nos possibilités actuelles, alors qu'il est dans une précarité extrême: sociale, familiale, administrative. Mais mettre un seuil à une intervention médicale équivaut à pratiquer une discrimination intolérable"".

Curieusement, les représentations traditionnelles pourraient aider ces médecins en difficulté. En effet, elles replacent la maladie dans le contexte social plus général. Le thérapeute ne se trouve plus dans la position impossible d'offrir une réponse.

Parlant des Haoussas du Niger, Anne LUXEREAU nous dit: *"La maladie n'est plus alors perçue comme étant due à un élément pathologique passager dont il s'agit de corriger ou de neutraliser les effets in situ, mais comme le résultat d'une volonté extérieure s'exprimant par ce biais; elle devient un message au même titre que la sécheresse par exemple. Dès lors, le "médical", au sens où nous l'entendons généralement, cède le pas devant une interrogation qui met en cause l'individu ou son groupe, non pas tant dans son corps - encore qu'on ne le néglige pas pour autant - mais dans ses actions et ses pensées. Le thérapeute intervient alors. Son action première consiste à établir l'origine du déséquilibre...puis comment remédier à ce déséquilibre, c'est-à-dire comment transformer cette manifestation perturbante en un nouvel équilibre, ce qui n'implique pas obligatoirement que la cure se termine par la guérison telle que nous l'entendons".(7)*

La pression la plus intolérable faite à ces malades consiste à leur imposer un retour au pays où ils ne peuvent même pas garder l'espoir ou l'illusion d'un traitement antiviral.

""Les gens ont à accepter de rentrer au pays en sachant lucidement que c'est pour y mourir, c'est une très grande violence"".

(7) Luxéreau Op. Cit. p. 7

DU DEPISTAGE SANS ESPOIR, A L'ANNONCE SANS PREPARATION

L'une des difficultés majeures dans l'explication de la maladie Sida est la notion de séropositivité. L'enquête montre bien que si les étudiants ou les jeunes de deuxième génération la comprennent sans trop de difficultés car ils ont intégré en profondeur les représentations occidentales, les migrants de première génération, souvent analphabètes ont beaucoup de mal à appréhender cette réalité.

Elle se heurte à de nombreuses représentations traditionnelles qui veulent que l'on ne peut être malade que si l'on ressent la maladie, mais elle peut entrer en écho avec des idées moins connues mais qui se sont exprimées lors de nos formations d'animateurs relais:

* a ga coco signifie au Rwanda que le haricot rouge, nourriture quotidienne, est parasité par un petit vers, invisible de l'extérieur, mais qui provoquera un beau jour, l'effondrement du haricot.

* san'kara désigne chez le djermas du Niger la maladie qui ronge les kolas de l'intérieur à petit feu.

* m'boutou ou m'bourouti est la dracunculose nommé par les peuls. On contracte cette maladie en allant se baigner dans un marigot interdit. La symptomatologie ne se déclarera que plusieurs années plus tard, sous la forme d'un vers qui gagnera la peau sur une jambe. Le mot correspondant en malinké est segueléo.

Il est donc primordial de rechercher et d'utiliser les concepts opératoires propres à chaque culture pour faire comprendre cette notion difficile.

L'enquête montre que la séropositivité reste souvent mal assimilée:
"La séropositivité est très complexe. Tout dépend des gènes de chaque individu."
"Quelqu'un qui a plus de risques d'attraper le Sida."

La mauvaise compréhension de la séropositivité, la médiatisation de la mort annoncée et les difficultés socio-économiques de la vie en France rendent les tests de dépistage très difficiles à envisager pour les communautés africaines. En effet, comment aller chercher volontairement l'annonce de sa mort prochaine?

Si auparavant le déni de la maladie était le moteur principal de ce refus, la situation a changé, c'est une véritable terreur qui est engendrée par cette maladie que l'on sent beaucoup trop proche.

De très nombreuses réponses montrent clairement le rejet immédiat de cette proposition:

" Au début, il y a un premier recul, on se demande ce qu'on va faire si on est séropositif, si je me sens en forme, je n'accepterai pas ".

"Je refuserais puisque je ne me sens pas malade".

" Je refuserais par peur de mourir de remord si le résultat était positif".

Comme la confiance envers le médecin reste très forte, si celui-ci insiste beaucoup, il pourra éventuellement influencer quelques décisions:

"Si mon médecin m'appelle, j'irai faire ".

Mais l'on voit surgir de nouvelles réponses inimaginables auparavant:

" ben, je l'ai déjà fait ".

Dans un entretien de groupe, dans un foyer de migrants, un résident ose dire en public: "le test? moi j'ai déjà fait ".

Ces résistances des communautés africaines au dépistage sont constatées par les équipes médicales:

"" Peu d'Africains viennent à la consultation de dépistage anonyme et gratuit faire cette démarche volontaire de prévention"".

"" On ne voit que la partie immergée de l'iceberg africain, c'est une minorité des Africains séropositifs que nous suivons"".

"" Quand nous les voyons pour d'autres pathologies et que nous leur proposons le test, ça leur fait un sacré coup. Beaucoup préfèrent ne pas savoir, il nous faut alors savoir attendre, sinon, nous ne les reverrons pas, et, nous n'avons, de toute façon pas le droit de leur forcer la main. Certains patients qui avaient été brusqués dans une demande de sérologie ont pris leurs affaires dans la nuit et ont disparu"".

"" Les malades regrettent d'avoir pratiqué le test pour se retrouver devant des situations insolubles et une impossibilité au retour "".

Face à la difficulté que constitue la proposition du test de dépistage de très nombreux médecins le pratiquent à l'insu des malades. Le résultat est catastrophique.

" Il est primordial de réfléchir sur les modalités de l'administration du test HIV aux Africains, car si c'était mieux fait, nous aurions sans doute moins de difficultés en aval: ils arrivent le plus souvent après un dépistage sans demande préalable à l'occasion d'autres pathologie".

Tous les entretiens des professionnels soulignent le manque d'éthique généralisé du corps médical en ce qui concerne la pratique du test de dépistage vis-à-vis des communautés africaines.

Lors d'un séminaire de formation, un généraliste s'exprimant sur les problèmes posés par la proposition du test de dépistage s'est exprimé ainsi: "Pour les africains, cela ne pose pas de problème, comme ils ne comprennent pas, on peut leur faire sans leur dire."

LE SIDA EXISTE JE L'AI RENCONTRE

L'un des facteurs principaux de l'évolution des représentations est le fait de voir un malade, que ce soit à la télévision, ou encore plus, dans son propre entourage. Le déni devient alors impossible.

" J'ai vu à la télé des gens qui ont attrapé la maladie ils ont tellement maigri ".

" J'ai cru au Sida quand j'ai vu des copains qui ont cette maladie ".

" Chez nous, je vois beaucoup de gens mourir du Sida ".

Un autre élément très important est l'interaction entre la vision de la maladie dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil du migrant.

Comme pour toutes les représentations, les deux cultures s'entremêlent dans un va-et-vient psychique incessant jusqu'au point où une représentation satisfaisante émerge. Le Sida n'acquiert une réalité que lorsque les deux cultures ont un discours qui se rejoint.

" J'ai parlé avec beaucoup de monde, même en Afrique ".

" Tout le monde du bureau au village, au centre peut attraper le Sida ".

" J'ai vu des gens qui achètent les préservatifs en Afrique. Ils m'en ont demandé quand je suis parti en vacances, même les femmes ".

" J'ai vu un film malien avec un docteur bambara ".

Par contre le moteur de l'amélioration des connaissances et des changements de comportements est la transmission orale de proche en proche:

" Les gens qui en parlent, à force d'en parler ".

" La maîtresse a parlé, depuis je sais que c'est vrai ".

" On en parle entre amis, avant c'était tabou ".

" Si l'information passe par la langue d'origine, c'est mieux parce que là tu peux poser beaucoup de questions, tu peux mieux discuter qu'en français ".

Le Sida nous donne l'occasion de voir en direct comment une notion étrangère s'intègre peu à peu à différents univers culturels.

Via les médias, le mot Sida et son auréole de drame s'est imposé au monde avant que les différentes cultures ne puissent l'interpréter et l'intégrer dans leur univers.

Cette étrangeté fondamentale a engendré une méfiance qui ne peut disparaître qu'à la vue d'un malade.

Les messages de prévention libellés dans un système de représentations médicales conservent ce caractère lointain. Souvent, ils ne sont même pas perçus, comme en témoigne le fait qu'aucune personne enquêtée ne mentionne les spots publicitaires de prévention.

Bien souvent, les nouvelles données ne font que se superposer sans se mélanger aux représentations préexistantes.

Au delà de la langue, il s'agit bel et bien de pénétrer l'univers culturel de chacun, et d'aider à l'élaboration d'une conceptualisation métissée, si l'on veut tant soit peu influencer sur les comportements.

Comme le dit très finement une personne:

" La communication principale, générale passe d'abord par le français, puis le traduire ensuite dans notre racine... C'est quelque chose qui est pénétrant, qui va nous dominer "

Or certaines démarches de prévention restent conçues comme une vidange du contexte culturel préexistant à remplacer par un discours médical jugé universel:

"" Il y a une peur irraisonnée parce qu'ils ne connaissent pas, ce qui entraîne une construction aberrante. Il y a des problèmes de fausses croyances, mais l'information ne signifie pas toujours une compréhension. Notre but, c'est d'équiper les gens pour qu'ils puissent écouter et éviter qu'ils véhiculent leurs propres croyances, ce qui entraîne de grands risques ""

Le discours médical hygiéniste, un peu dogmatique et stéréotypé qui vise à faire acquérir le système occidental de représentation du corps et de la maladie, est mis en échec par les communautés africaines. Elles lui renvoient ses incohérences, ses insuffisances et soulignent les questions sans réponses:

"J'ai lu une revue scientifique disant que le moustique pouvait transmettre le Sida, il y a des revues qui disent aussi le contraire."

"Moi, j'ai même vu une émission à la télé où en Amérique, une personne qui allait chez le dentiste a attrapé le Sida. Si ça peut se produire en Amérique, c'est pas dans nos pays que ... ma femme ne va même plus chez le dentiste car elle a peur même si elle a les dents malades. Il y a des méthodes que l'on peut utiliser pour ne pas l'attraper, mais il y a des méthodes qui ne sont pas dépendantes de notre volonté..."

"- je crois au préservatif, mais pas à 100%, parce que j'ai vu des hommes faire des enfants en portant des préservatifs

- Ah, oui, si c'est percé

- Si il craque

- S'ils prennent pas à leur taille. Rires"

" Pour les résultats des prises de sang, là il y a des erreurs aussi, on en a vu."

LE PRESERVATIF: DE L'OBJET INTERDIT AU CHAPEAU PROTECTEUR

Nous assistons vis à vis du préservatif à un véritable changement des comportements entre 1989 et 1993. Les termes utilisés pour en parler et les détails apportés dans les commentaires portant sur son emploi prouvent qu'il est utilisé de plus en plus, même si la confiance en son efficacité n'est pas totale et même s'il est trop peu et pas systématiquement utilisé.

Les réactions provoquées par la première enquête concernant cet objet "haram" (interdit) sont loin, le sujet n'est plus tabou. Il rentre progressivement dans l'univers quotidien comme en témoignent:

* les différents noms retrouvés au cours de l'enquête:

Capote, préservatif, prudence, protéger, se protéger, la cagoule, chaussette, chaussette de bas, chapeau, fougoula nafama, fougoula bargama, caoutchouc, plastique, le truc, parapluie, protège tibia, bouchon, sauveur, RAS.

* Les différentes remarques d'ordre pratique:

"On n'a pas les mêmes sensations"

"Cela ne gêne pas le plaisir"

"J'ai eu une partenaire qui ne voulait pas, parfois, ce sont elles qui me le demandent"

"Mon partenaire en met mais d'autres n'en veulent pas"

Trouver une place au préservatif n'est pourtant pas chose facile. En effet, comme le constatent les travaux anthropologiques, loin d'être universelles, les modalités de la sexualité correspondent à de multiples représentations du plaisir, des fantasmes érotiques, etc.

Comme l'illustre le travail d'Edouard VINCKE, dans de nombreuses ethnies d'Afrique centrale et de l'ouest, des produits traditionnels sont utilisés pour *"assécher les muqueuses et rétrécir le diamètre vaginal"*. Dans d'autres parties de l'Afrique, au Rwanda en particulier, il existe des pratiques de *"dilatations vaginales"*.(8)

On comprend bien que la sexualité se décline sur des gammes extrêmement variées qui empêche toute recette réductrice et tout schéma simplificateur.

(8) Vincke Edouard. *Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale. In l'Univers du Sida, Revue Anthropologie et Sociétés, Paris, 1991, Vol. 15, N°2-3, p.p. 167-188*

Françoise HERITIER-AUGE insiste sur *"le rapport intime entre les trois humeurs... le sang, support du souffle vital, le lait nourricier, le sperme agent mâle de la reproduction... Dans bien des sociétés dites primitives...les rapports sexuels sont obligatoires pendant la grossesse parce que c'est le sperme qui soit nourrit l'embryon et lui apporte sa part constitutive de sang et de chair, soit le façonne et lui donne la forme qui est celle de l'espèce humaine."* (9)

Où situer le préservatif dans ce contexte? Barrière entre homme et femme, père et foetus, mère et amante, père et amant, censeur de la virilité et de la maternité. Il rappelle au malade son malheur et lui signifie son agressivité potentielle, il évoque à la femme sage une vie sexuelle débridée, bref, il est porteur d'innombrables représentations.

""Il y a une barrière culturelle à l'utilisation du préservatif. Il est impossible à la femme de demander à son compagnon de mettre une capote. L'homme refuse cet obstacle à la procréation et ce qu'il considère comme un obstacle à sa virilité"".

L'aspect contraceptif associé obligatoirement à son action de prévention est un amalgame qui dérange profondément les africains:

"Je ne pense pas que je vais les utiliser car je vais faire un bébé sans doute".

"Disons que il y a ceci: ça empêche la procréation, c'est là où je trouve que c'est mauvais".

Une remarque faite lors d'un entretien dans les familles rejoint notre expérience de terrain, en particulier dans les milieux de la prostitution où nous voyons des femmes très demandeuses de préservatifs féminins:

"- Dites moi, madame, est-ce que vous avez porté le préservatif?

- Et comment je vais le porter même? C'est mon partenaire qui doit porte le préservatif, c'est pas moi.

- ça elle parle bien! Génial!

- Elle demande à son partenaire de mettre un préservatif parce qu'elle n'a pas d'autre moyen de préservation.

- Parce qu'il y a longtemps, on a parlé des préservatifs des femmes, mais c'est pas encore commercialisé."

Cela correspond aux traditions africaines dans lesquelles chaque sexe protège jalousement ses secrets et ses territoires, les hommes ayant très peu accès aux secrets des femmes (contraception, accouchement, nursing...).

(9) Héritier-Augé Op. Cit. p.7

Le préservatif inverse les rôles et rend les hommes responsables d'un domaine qui n'est traditionnellement pas le leur, ôtant par la même aux femmes leur pouvoir et leurs prérogatives.

Mélanger les espaces féminins et masculins constitue un risque important comme l'écrit Gilles BIBEAU *"Mélanger, confondre et unir ce qui doit rester distinct et séparé ne peut qu'assécher les corps, vider les personnes, bloquer la circulation et rendre stérile."* (10)

Malgré tout cela, en quatre ans le préservatif s'est glissé dans la vie quotidienne. Il s'y est taillé une place de choix et la raison invoquée par tous à cette révolution est la peur de la maladie.

"Ils utilisent de plus en plus par peur du Sida".

La disparition du déni de la maladie a permis ce changement radical et rapide dans les habitudes sexuelles des communautés africaines.

On peut penser que les changements de vie récents et en profondeurs que les communautés africaines ont été contraintes d'opérer pour survivre dans des conditions très différentes de celles de la génération précédente, a permis cette évolution.

" Les modes d'organisation de la famille et les formes de vie amoureuse sont en pleine restructuration dans les milieux urbains africains, et on peut penser que certains changements comportementaux pourraient se faire assez rapidement pour contrer l'épidémie, si la situation économique des citadins africains n'était, par ailleurs, désastreuse un peu partout". (11)

(10) Bibeau Gilles Op. Cit. p. 3

(11) Bibeau Gilles Op. Cit. p. 3

LE SIDA ET LE CHOC DES CULTURES

Depuis sa découverte dans les années 1980, le Sida ne cesse de pointer les insuffisances de nos sociétés et les difficultés que l'on avait tendance à oublier. L'un des défis posés aux sociétés humaines depuis la nuit des temps est celui de la communication. Or si communiquer à l'intérieur d'une culture est déjà difficile comme en témoignent les échecs de certaines campagnes de lutte contre le Sida, établir un lien inter-culturel entre des cultures très différentes nécessite de part et d'autre un travail en profondeur.

Les équipes constatent ce décalage culturel:

"" même si l'on emploie les mêmes mots, on parle d'autre chose ""

"" il y a des différences culturelles qu'il serait important de prendre en compte, des différences de fonctionnement par rapport à cette maladie ""

Un des points particuliers où culture occidentale et cultures africaines ont des difficultés à se rencontrer, c'est l'omniprésence du "non-dit", ou plutôt, du "dit autrement" dans ces communautés. Parler crûment des choses, laisse peu d'échappatoire psychique à la personne, cela rigidifie la pensée. Les cultures africaines ont cultivé au cours des âges un langage métaphorique, des codes gestuels qui permettent d'évoquer sans nommer.

Ainsi, "nouvelle maladie" peut signifier sida sans aucune ambiguïté ni dans la bouche de celui qui parle, ni dans l'oreille de celui qui entend.

" tu peux dire: je suis malade, mais pas tu as le Sida "

De même, un africain ne dira jamais: voici une histoire qui m'est arrivée, mais, je vais vous raconter l'histoire qui est arrivée à un ami.

" C'est vrai que les hommes n'aiment pas parler de leur foyer, hein, ils parlent généralement de la généralité ".

En Afrique, on se méfie du langage jugé réducteur et souvent mensonger.

Chez les Ide du Cameroun: " *Le concept de Ikufi renvoie à l'utilisation de la parole et plus précisément à l'idée qu'il y a toujours une distance possible entre la pensée ou les intentions d'un individu et l'énoncé qu'il en donne* " Masquelier (12)

Comme le dit Suzanne LALLEMAND " *Au triomphalisme occidental selon lequel une grossesse juste identifiée est immédiatement annoncée à l'entourage, on peut opposer l'extrême discrétion africaine en la circonstance. La crainte d'une fausse espérance domine étayée par la peur des sorciers, ceux-ci mus par l'envie peuvent tenter de s'approprier l'enfant non protégé par la modestie maternelle... Si quelque voisin se faisait le porte-voix de la nouvelle, il commettait une imprudence interprétable comme une agression vis à vis du futur bébé, la femme enceinte pouvait assigner en justice le bavard* ".(13)

Au sujet de la perception des troubles gynécologiques chez les femmes gouro de Côte d'Ivoire Cl. HAXAIRE déclare: " *La maladie ne se déclarerait pas si on gardait secrète la transgression qu'elle sanctionne* ".(14)

Dans ce contexte où même le mari est censé ignorer la grossesse (alors qu'il connaît très précisément les dates des dernières règles de sa femme sans en avoir jamais parlé), on voit à quel point le décalage culturel rend le travail de counselling des couples africains particulièrement délicat.

Les professionnels témoignent:

"" Pas de suivi de couples, contrairement aux Européens chez qui la maladie rapproche, chez les Africains c'est le contraire ""

"" Difficultés de dialogue entre homme et femme dans le couple ""

"" Il persiste une mauvaise protection car il y a des difficultés avec le compagnon ""

(12) Masquelier Bertrand. *Perception de la santé et de la maladie en pays haoussa (région de Maradi, République du Niger. In Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Ed. l'Harmattan, Collection Connaissance des Hommes, p.p. 135-1"*

(13) Lallemand Suzanne. *Naissances en Afrique. Topique, Paris, Ed. Dunod, Vol. ""; 1989/1, p.p. 19-31*

(14) Haxaire Claude. *Les maux qui le cachent ; étiologie et perception de troubles gynécologiques chez les femmes Gouros de la Côte d'Ivoire. In Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Paris, 1987, Ed. l'Harmattan, Collection Connaissance des Hommes, p.p. 148-157*

(15) Thiaudière Claude. *Prescrire ou proscrire : la prévention comme négociation. Revue Autrement, série mutations, N°130, mai 1992, Ed. Autrement, "l'Homme contaminé. La tourmente du Sida" p.p. 140-147.*

Les communautés africaines peuvent ressentir le discours médical qui questionne et décrit très crûment les aspects les plus secrets de la vie, comme particulièrement intrusif.

De la même manière qu'il est impossible en France de parler de sexualité avec son chef de service, avec le curé ou le maire de la ville, sans pour autant que la sexualité soit un tabou; dans les communautés africaines, les discours sur la sexualité ne sont pas tabous mais ils se font entre hommes ou entre femmes, d'une même tranche d'âge ou d'un groupe socio-culturel donné. Le langage utilisé est d'ailleurs souvent très cru, chaque contexte ayant ses modalités et ses langages propres. Mais en aucun cas, on ne peut parler de sexualité devant ses parents, or le médecin, l'enseignant avec son pouvoir et son savoir incarne le père.

" C'est vrai que nous les hommes, quand nous nous rencontrons, on parle de tout et de rien en même temps ".

"" Il y a de grandes barrières quand on aborde la séropositivité asymptomatique, le centre de suivi, la prévention secondaire ""

Au travers de ces quelques réflexions, on comprend qu'il est nécessaire de laisser un espace où puisse s'exprimer les subtilités des cultures différentes aussi bien pour le travail de prévention que pour celui de counselling.

On peut alors utiliser les concepts opératoires que l'on aura puisé dans les histoires individuelles et collectives.

Il faut également apprendre à laisser le temps au malade de trouver ses propres mots pour désigner sa maladie et tout ce qui l'entoure.

Comme le dit Claude THAUDIERE: " *Ce débat représente une confrontation, voire une négociation, entre deux systèmes de pensée, entre deux cultures, entre deux interprétations...Prendre en compte les représentations et les références socio-culturelles implique ici une reconnaissance des groupes et des communautés dans leur spécificité. Mais cette reconnaissance appelle ainsi une connaissance. la prévention est un jeu d'information réciproque: "Je vous informe sur le Sida, mais dites-moi qui vous êtes? "(15)*

DEUXIEME PARTIE : COMPTE RENDU DETAILLE

A/ OBJECTIFS:

a) Objectif général:

Dégager les différents facteurs ayant concouru, depuis 1989, à l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements vis-à-vis du Sida des communautés africaines vivant en Ile-de-France.

b) Sous-objectifs:

- Mettre en évidence les changements de discours ainsi que les points qui n'ont pas évolué.

- Déterminer les facteurs ayant influé sur ces changements (histoire de l'épidémie, Médias et campagnes grand public, actions de prévention de proximité...).

- Analyser les différences d'évolution en fonction des différences socio-culturelles (femmes, étudiants, travailleurs résidents en foyers, africains de l'ouest ou d'Afrique centrale, familles, jeunes...).

B/ DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

a) Formation des enquêteurs:

Le travail de recherche avait commencé par la formation de 20 personnes à l'enquête, en trois demi-journées successives suivies d'une demi-journée d'évaluation par semaine. Après les trois demi-journées de formation, les enquêteurs ont été répartis selon leur choix de la manière suivante:

- deux enquêteurs pour les familles d'Afrique occidentale,
- deux enquêteurs pour les familles d'Afrique centrale,
- deux enquêteurs pour les foyers des migrants,
- deux enquêteurs pour les étudiant(e)s africain(e)s de toutes origines,
- deux enquêteurs pour les prostitué(e)s,
- deux enquêteurs pour les jeunes de 10 à 20 ans de la deuxième génération,
- un enquêteur pour les religieux,
- un enquêteur pour les responsables associatifs africains,
- un enquêteur pour les institutions travaillant avec les communautés africaines.

Chaque semaine, une demi-journée est consacrée à la récolte des données fournies par les enquêteurs et à l'évaluation de la qualité de leur travail. Ainsi chacun a pu expliquer les difficultés auxquelles il était confronté.

b) Déroulement de l'enquête

La recherche a démarré tardivement (juillet-août) contrairement à ce qui était prévu. Cette période correspond aux vacances de certains immigrés qui partent en Afrique, ceux qui restent étant préoccupés par le travail d'intérim qui leur permet de gagner un peu d'argent. Les réunions dans les foyers étaient difficiles, car la majorité des résidents préfèrent dormir très tôt le soir.

La recherche comprend trois volets :

- l'enquête menée par la méthode des groupes focaux avec des entretiens semi-directifs auprès :
 - * des familles,
 - * des groupes de jeunes,
 - * dans les foyers de travailleurs;
- l'enquête menée auprès des professionnels de santé par la technique des entretiens non directs;
- l'enquête menée auprès de patients d'un cabinet médical et d'étudiants au moyen de questionnaires.

Nombre de personnes interrogées :

Familles	112
Résidents en foyer	210
Jeunes	45
Echantillon de patients d'un cabinet médical	32
Echantillon à majorité étudiante	58
Professionnels de la santé	10
Leaders d'associations africaines	10
TOTAL	477

c) Difficultés de l'enquête:

** Difficultés rencontrées à l'intérieur de l'équipe:*

L'équipe d'enquêteurs s'est montrée beaucoup moins motivée que lors de la précédente enquête. Certains animateurs qui s'étaient montrés très actifs par le passé n'ont ramené qu'une interview, trois d'entre eux ne sont jamais revenus.

Nous avons donc été dans l'obligation de former de nouveaux enquêteurs tout au long de l'année ce qui a considérablement alourdi la tâche et ralenti le travail.

** Difficultés rencontrées par les enquêteurs sur le terrain :*

- Manque de motivation du milieu communautaire africain vis-à-vis de la recherche.
- Demander l'information sur la maladie paraît toujours plus nécessaire que de donner sa propre opinion sur la maladie.
- Non reconnaissance de l'intérêt de la recherche auprès des communautés africaines.
- Refus de certaines personnes d'être enregistrées.

Ce manque de motivation est l'un des principaux résultats de l'enquête: en effet cette lassitude par rapport au Sida s'exprime par une inertie et rarement par un discours formulé. Nous avons donc rencontré de multiples facteurs de résistance à tous les stades de l'enquête, qui montrent clairement à quelles résistances inconscientes les actions de prévention et de suivi se heurtent.

** Difficultés de retranscription :*

Il faut les mentionner de nouveau car nous avons sous-estimé la charge de travail que cela représente.

C/ RESULTATS DE LA RECHERCHE

a) Enquête par groupes focaux

1) Enquête auprès des familles:

* **Déroulement :**

Cette enquête a été menée auprès de 15 familles africaines réparties comme suit :

Ile-de-France :

- une famille malienne de 9 personnes habitant La Plaine Saint Denis,
- une famille d'origine ivoirienne composée de 9 personnes à La Ferté-Gaucher,
- une famille congolaise de 7 personnes à La Ferté-Gaucher,
- une famille nigérienne de 6 personnes à Epinay,
- une famille d'origine zaïroise de 11 personnes à Rosny.

Paris intra muros:

- trois familles d'origine ivoirienne dans le 19ème arrondissement regroupant 13 personnes,
- une famille sénégalaise de 10 personnes dans le 19ème arrondissement,
- une famille zaïroise de 6 personnes dans le 13ème arrondissement,
- une famille camerounaise de 8 personnes dans le 18ème arrondissement,
- une famille camerounaise de 7 personnes dans le 9ème arrondissement,
- une famille ivoirienne de 6 personnes dans le 17ème arrondissement,
- deux familles ivoiriennes regroupant 15 personnes dans le 20ème arrondissement.

Cela fait donc un total de 112 personnes. Elles ont été interrogées en discussion de groupe, enregistrées sur bande magnétique puis transcrites fidèlement et dépouillées.

Cette méthode a été extrêmement difficile compte tenu de la grande distance qui sépare les animateurs-enquêteurs et les familles africaines des banlieues.

Il faut tenir compte également de la difficulté d'avoir des rendez-vous avec les familles. Nous profitons d'un événement festif réunissant une ou plusieurs familles pour introduire la discussion. L'improvisation est d'une extrême richesse, les intervenants s'expriment spontanément et donnent ainsi leurs impressions.

Ce processus de recherche a été très long car mal réparti dans le temps et dans l'espace. Les familles n'ont, en effet, pas été choisies en fonction de leur implantation, mais ce sont celles qui ont bien voulu accepter cette enquête.

* Résultats :

Il s'agit d'un sujet difficile à aborder, ceci s'observe dès le démarrage où les intervenants parlent de tout sauf du sujet qui les réunit.

1°: Origine

L'hypothèse selon laquelle l'origine du Sida se situerait en Afrique n'est pas et ne peut-être acceptée par les africains.

“ Moi quand j'ai entendu ça, ça m'avait choqué parce que non seulement le sida mais toute la maladie dramatique, ça vient toujours de l'Afrique et je ne trouve pas normal, et moi je n'ai pas cru que ça vient d'Afrique. ”

“ C'est pas nous qui avons apporté ça ! ”

Les africains se refusent d'être la cause des catastrophes du Monde pour eux il faudrait chercher l'origine du sida ailleurs que chez eux.

“ On ne sait pas trop comment c'est venu, au départ on disait que c'était une maladie qui venait des homosexuels et tout ça mais on s'est rendu compte en fait que les hétérosexuels aussi étaient atteints par la maladie donc je ne sais pas quel est le départ. Moi, je pense que c'est un fléau comme la peste, c'est quelque chose qui arrive on ne sait pas d'où. C'est peut-être dû à notre mode de vie ”.

Le discours africain par rapport aux origines du sida se veut neutre ; les africains après avoir été accusés d'être les auteurs du sida, ne veulent pas à leur tour désigner des boucs-émissaires. C'est sans doute pour cela que lorsqu'on leur pose la question de l'origine du sida, l'accent est mis avant tout sur le mode de vie :

“ L'amour n'existe plus maintenant, parce que l'amour est tourné vers le matériel ”.

Certaines personnes pensent que le sida est une façon de mettre un frein à la liberté sexuelle :

“ J'ose dire que le sida est une façon de limiter la liberté sexuelle. Il y a trop de laisser aller dans ce domaine ”.

Si en 1989 tous les africains par rapport au discours occidental s'accordaient pour dire que le sida était né en Occident, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

D'où vient le sida ? la question reste sans réponse.

2°: Transmission

Les voies de transmission qui sont automatiquement citées sont les voies sanguine et sexuelle. La transmission sanguine n'est pas une notion à acquérir : elle existe dans les étiologies traditionnelles africaines, ce qui explique la facilité avec laquelle les communautés africaines l'ont assimilée.

“ Par voie sexuelle essentiellement sinon par voie sanguine aussi ”.

La voie de transmission sanguine semble être la mieux acceptée. En effet, comment imaginer, dans le contexte africain où le sperme est le symbole de la virilité et source de vie, qu'il puisse transmettre autre chose que cela ?

“ En général c'est sanguin puisque par le sexe c'est toujours par le sang aussi ”.

Le problème de la personne qui est à l'origine de la contamination sexuelle est une question souvent posée :

“ L'homme n'est pas aussi bête que ça pour ne pas connaître avec et apprendre avec quelle femme il a couché la dernière fois ”.

“ Tu peux le savoir le moment où tu as le sida, à partir de quand ”.

Ceci met en question peut-être l'incompréhension ou le doute sur la durée d'incubation du virus.

Après la transmission sexuelle et sanguine spontanément citées, vient la transmission périnatale :

“ Une femme enceinte peut transmettre la maladie à son enfant mais pas à 100 %. Une femme peut être séropositive mais son enfant ne le sera pas forcément. ”

La toxicomanie n'est pratiquement pas citée comme enjeu d'une contagion.

Il existe une certaine confusion quant à une contamination lors des injections ou des prises de sang. Il y a sans doute une corrélation entre cela et les messages diffusés en Afrique concernant le matériel d'injection qui est souvent non stérile.

“ Avant, on utilisait les mêmes seringues pour plusieurs personnes ”.

“ Des fois, on voit les gens enlever l'aiguille de l'emballage mais je crois que ... ”.

Le doute subsiste quant à une transmission de la maladie par le biais du tatouage, de la circoncision et des moustiques.

Pour ce qui est des transfusions, les réponses sont plus nuancées:

“ Oui mais maintenant le risque est moins grand parce que le sang est congelé. De plus, on fait un dépistage systématique donc tous les sangs contaminés sont écartés dès le départ ”.

Les gestes de la vie collective quotidienne tels que : partager les couverts, prêter des vêtements, dormir dans le même lit, les baisers, le toucher sont reconnus comme des gestes ne transmettant pas le sida.

“ Si on l'attrapait par le toucher, il suffirait d'aller dans le métro ou les toilettes pour l'attraper ”.

3°: Existe t-il une population plus exposée qu'une autre ?

Il est rarement fait allusion aux homosexuels, aux toxicomanes ou aux prostituées comme population à risque.

Le sida est reconnu comme étant un problème de santé publique qui touche tout le monde.

“ Avec les prostituées, tu as encore moins de chance de l'attraper puisqu'elles se protègent même avant le sida ”.

“ Tout le monde du bureau au village, au centre, peut attraper le sida ”.

4°: La notion de séropositivité

Cette notion semble-êtré comprise par les africains ayant un certain niveau scolaire.

“ Un séropositif, c'est un porteur sain, il a la maladie il la transmet mais il n'est pas forcément malade ”.

“ Il a le virus en lui mais soit il a l'organisme qui est fort pour pouvoir combattre ce virus ... comme magic Johnson ”.

Les communautés africaines moins élevées socialement ne mentionnent même pas cette notion qui leur reste totalement étrangère.

5°: Attitude face à une personne séropositive

“ Si j'ai un ami atteint bien sûr, je resterais toujours en contact avec lui tout en respectant les précautions d'hygiène élémentaires, le sida est transmis par le sexe, le sang, il nous appartient d'informer ces gens que le sida ne se transmet pas par la respiration ou les bisous pour exclure les gens ”.

Etant entendu que le sida ne peut se transmettre par les gestes de la vie quotidienne, il va sans dire que l'on ne doit pas rejeter un ami même si celui-ci est séropositif. Mais au vu de l'angoisse qui anime les gens face au sida, on peut souvent noter un décalage entre le comportement et les connaissances :

“ Moi, j'espère que Dieu m'aidera à soutenir la personne, à ne pas avoir peur. On n'a beau dire le sida ça ne s'attrape pas par le toucher mais si tu as quelqu'un qui est malade de temps en temps, inconsciemment tu peux rejeter la personne, le sida ce n'est pas comme le cancer, tu t'apitoies. ”

Les voies de transmission du sida spontanément citées sont la voie sanguine et la voie sexuelle.

Lorsqu'on contracte la maladie par voie sanguine, la cause du sida devient exogène : on n'est pas responsable de ce qui nous arrive. Mais lorsqu'il est question de la voie sexuelle, les choses sont différentes. Si l'on a contracté une maladie sexuellement transmissible, c'est qu'on est de petite vertu, on est seul responsable de notre sort part conséquent comment pourrait-on attirer la compassion des autres ?.

6°: Que faire pour ne pas attraper le sida ?

Si l'abstinence et la fidélité sont citées par certains comme moyen de prévention contre le sida, le préservatif quant à lui est cité par tout le monde.

“ Il faut se protéger dans tous les rapports ”.

“ Exiger un préservatif quelles que soient les circonstances ”.

“ Le sida, il n'y a pas grand chose à faire ”.

Il ne faut pas oublier que les entretiens dont il est question ici se sont déroulées dans les familles donc parfois, se trouvaient réunis ensemble : le mari, la femme, les parents et les enfants. Par conséquent, même si tout le monde était d'accord pour dire que dans l'état actuel des choses le seul moyen de prévention contre le sida est le préservatif, il n'est pas facile de dire qu'on l'utilise.

N'oublions pas que les cultures africaines utilisent de façon privilégiée les métaphores et que “ je ” devient “ j'ai un ami qui ”.

“ Moi, je suis un père de famille, vous dire que j'utilise le préservatif dehors ce n'est pas bon ”.

“ Les hommes n'aiment pas parler de leur foyer, ils parlent de généralités ”.

“ Je suis marié je ne vais pas débiller ma vie privée ”.

Il existe aussi un certain scepticisme quant à la fiabilité du préservatif :

“ Ca vaut pas le coup de l'utiliser ”.

“ Le préservatif peut se casser, on néglige souvent ce côté là, mais il peut se casser ”.

“ Je crois au préservatif, mais pas à 100% parce que j'ai vu des hommes avoir des enfants en portant des préservatifs ”.

De plus, souvent le préservatif est difficile à faire accepter:

“ En Afrique c'est à la limite humiliant pour celui à qui on propose même si c'est la première fois que vous vous trouvez, tu as beau dire que c'est une méthode de protection, si c'est la femme elle va dire: "tu me prends pour une prostituée", si c'est un homme: "tu n'as pas confiance en moi". Il y a une méfiance, et on peut arriver à une cassure. ”

En Afrique, de tous temps, l'enfant a été source de richesse pour les parents, les enfants sont censés assurer les vieux jours des parents. L'enfant symbolise aussi pour l'homme la masculinité et la virilité et pour la femme, sa féminité ainsi que sa fécondité. Aussi, l'idée d'un couple sans enfant ne peut se concevoir :

“ Je pense que je ne vais pas les utiliser parce que je vais faire un bébé sans doute ”.
“ Disons que il y a ceci : ça empêche la procréation, c'est là où je trouve que c'est mauvais ”.

Le préservatif pose également problème lorsqu'il s'agit de prévention secondaire.

“ Soit je suis séropositif, j'ai des enfants et une femme que je dois entretenir ”.

“ J'ai une maladie incurable qui se transmet facilement par le sexe, alors je ne toucherai plus une femme ”.

En outre, l'idée du préservatif est souvent associée à une trop grande libération sexuelle :

“ En Allemagne, tu as des coins des cafés, dans les métros, ils ont des boîtes de préservatifs dans les coins des pharmacies c'est pour dire quoi ? mais servez-vous" !
Donc ça va vous autoriser comme on dit vulgairement si t'as besoin de tirer ton coup ... ”.

“ Chez nous en Afrique, quand on parle publiquement du préservatif, les gens comprennent dans ce sens qu'il faut bafouer notre éducation de base.... Les gens pensent qu'en donnant à leurs enfants des préservatifs, ils les incitent à faire le trottoir ou à avoir des contacts sexuels ”.

Le préservatif ne diminue pas le plaisir, néanmoins il existe toujours des barrières quant à son utilisation :

“ C'est plutôt psychologique, parce que comme ce n'est pas rentré dans nos moeurs, on a toujours tendance à croire que c'est négatif, c'est à dire au niveau des sensations sinon je crois que c'est les mêmes sensations ”.

“ Le plus difficile c'est la tête. Par rapport à ce qu'on est en train d'utiliser ça bloque ”.

En dépit du scepticisme exprimé par certains et de l'exploitation commerciale du sida évoqué par d'autres :

“ On a trouvé le leitmotiv sida pour vendre le produit... pour les entreprises qui en fabriquent ça leur rapporte parce que c'est pas gratuit. ”

Tout le monde s'accorde pour dire que dans toute campagne contre le sida, l'accent doit être mis sur le préservatif. D'autant plus que l'on sait qu'il n'existe nulle part de traitement contre le sida. Même la médecine occidentale toute puissante se trouve démunie face à cette maladie.

Existe t-il un traitement contre le sida ?

“ Un traitement actuellement, ça n'existe pas, un traitement pour guérir la maladie ça n'existe pas, c'est vrai qu'il y a l'A.Z.T mais il ne guérit pas ça vous donne peut-être un ou deux ans de plus de sursis mais ... et encore ! ”

“ Disons que les personnes atteintes du sida finissent par mourir même sous traitement d'A.Z.T ; ça recule l'échéance mais ça ne guérit pas ”.

Seules quelques personnes avancent l'idée d'un traitement qu'on trouverait en Afrique :

“ Ils ont montré sur T.F.1 comment au Zaïre des gens guérissaient du sida ”.

“ Il y a des remèdes maintenant, c'est les pygmées de chez nous qui ont trouvé ”.

Si le sida vient d'Afrique quoi de plus naturel que le remède aussi vienne d'Afrique.

En Afrique lorsque toutes les possibilités sont épuisées du côté de la médecine occidentale, mais souvent même en parallèle à cette dernière, on va voir le guérisseur qui lui jusqu'à votre dernier souffle vous laisse entrevoir l'espoir d'une guérison.

Notons que par rapport au sida, seuls les actes médicaux sont frappés de suspicion puisque le médecin reste pour tout le monde la seule personne susceptible de dire la vérité sur la question.

7°: Test de dépistage

Presque plus personne ne fait référence aux signes pour identifier les personnes éventuellement infectées. En réponse à la question : peut-on savoir si son ou sa partenaire a attrapé le microbe du sida ?, nous avons obtenu les réponses suivantes:

“ Non sauf par le dépistage et s'il te le dit ”.

“ A priori non sauf après examen ”.

Néanmoins quelques personnes continuent à interpréter les signes:

“ Sauf s'il est en phase finale genre tu vois la personne perdre 20 kg en un mois comme Franco ”.

La notion de séropositivité est comprise. L'on sait qu'être séropositif ne signifie pas être malade du sida. Mais d'une autre manière, l'on sait aussi qu'il n'existe pas encore de traitement contre le sida.

Etre séropositif implique malgré tout une mort physique à plus ou moins longue échéance, mais avant d'en arriver là, pourquoi s'imposer un supplice moral de plus ?

C'est pour cela que même lorsqu'on reconnaît le bien fondé du test de dépistage, personne n'est prêt à se précipiter au centre de dépistage pour connaître sa sérologie.

A la question: "quelle serait votre réaction si on vous proposait de vous faire dépister?", les gens répondent :

" Moi, j'aurais peur, mais j'ai confiance en moi, je mène une vie saine ".

" J'aurais un peu peur surtout à l'annonce des résultats, je trouve que c'est quand même bien de faire ce bilan là. Mais c'est quand même effrayant : savoir que tu vas avoir le sida, sinon c'est bien de faire ce bilan pour la santé. "

" Moi, je pense que je ne le ferais pas sauf si on me le fais à mon insu, il faudrait qu'on me tire, qu'on me force. "

8°: Les sources d'information

Pour la majorité, les informations sur le sida proviennent de la télévision ou des proches. Mais les informations transitant par la télévision sont parfois jugées trop alarmistes et contribuent à créer une véritable psychose :

" Il y a le phénomène sida, comme on en parle dans la presse. C'est disons qu'il y a un certain catastrophisme, en fait je ne dis pas qu'on exagère mais il y a comme une sorte de psychose du sida. Peut-être qu'elle est fondée, certainement, mais quelque part elle est exagérée ".

Les africains sont conscients qu'il est primordial de sensibiliser les communautés africaines sur la question du sida mais pour eux l'information ne peut être mieux véhiculée que si elle passe par la médiation des associations :

" Regrouper les africains ici en communauté c'est difficile... C'est en passant par les associations qu'on peut arriver à regrouper toutes les communautés africaines et faire un débat sur le sida ".

On note chez les africains un réel besoin d'être informé sur la question du sida, cela si possible dans la langue d'origine :

" La communication principale, générale passe d'abord par le français, puis la traduire ensuite dans notre racine.... C'est quelque chose qui est pénétrant, ça va nous dominer... ".

" Si l'information passe par la langue d'origine, c'est mieux parce que là tu peux poser beaucoup de questions, tu peux mieux discuter qu'en français. "

2) Enquête menée dans les foyers de travailleurs africains:

* Déroulement:

Cette enquête a été menée par le Docteur Maman assisté d'un animateur-enquêteur. Sept foyers ont été retenus au hasard:

- 1) le foyer Charonne, 11ème arrondissement,
- 2) le foyer Fontaine au Roi, 11ème arrondissement,
- 3) le foyer Riquet, 19ème arrondissement,
- 4) le foyer de Clichy, 17ème arrondissement,
- 5) le foyer des étudiants de l'Afrique de l'Ouest, 12ème arrondissement,
- 6) le foyer des fillettes, Aubervilliers,
- 7) le foyer des étudiants ivoiriens, 13ème arrondissement.

Dans chaque foyer nous avons pu interroger les résidents par groupe d'appartenance linguistique, exception faite des foyers où la langue de communication reste le français, ainsi que du foyer des fillettes où les différentes nationalités sont plus proches les unes des autres.

Dans la majorité de foyers des travailleurs, les enquêtes ont été menées dans les langues communautaires et plus particulièrement le soigné et le poular, deux langues communes aux résidents majoritaires des foyers choisis à savoir: les Sénégalais, les Maliens, les Mauritaniens et les Guinéens.

Cependant dans nos réunions, certaines personnes d'ethnies différentes s'y retrouvaient par affinité, et elles répondaient à nos questions plutôt en français que dans leur langue originelle. Ainsi dans le foyer Charonne, deux Camerounais se trouvaient dans la communauté des Soninkés. Au foyer des fillettes à Aubervilliers, le groupe était plus hétérogène que communautaire. On y trouvait des Maliens, des Ivoiriens, des Burkinabés et des Camerounais. Là, les entrevues étaient menées en français. Certains répondaient dans la même langue, mais d'autres préféraient parler leur langue d'origine.

Nous avons pu entrer en contact avec trente personnes par foyer, réparties sur deux séances de discussion. Pour le foyer des fillettes, où le nombre des participants a été plus important, trois séances ont été nécessaires, de chacune 20 personnes. Sur l'ensemble des sept foyers nous avons rencontré 210 personnes.

Si au niveau des foyers les rencontres ont été faciles et les réunions aisées du fait que le foyer est favorable à de telles démarches, en revanche, la restitution écrite d'un tel travail est, elle, très difficile et coûteuse en temps. Nous avons, en effet, encore fait appel à l'enregistrement sur bandes magnétiques et donc à la retranscription. Tente minutes de cassette en français demandent 8 heures de transcription. Une heure, deux jours. Quant aux cassettes enregistrées dans les langues d'origine, il faut environ une semaine pour une durée de 45 minutes à une heure. Notre interprète ne sachant pas écrire le français, qu'il parle au demeurant fort bien, il a fallu mobiliser deux ou trois personnes supplémentaires pour transcrire une seule cassette. Pour transcrire sept cassettes, il nous a fallu en tout deux mois.

La méthode est difficile mais le résultat d'une richesse exceptionnelle, car ici restent tous les *a priori*, les réactions de défense, les idées fausses, etc...

* Résultats

1) Origine du Sida

Par rapport à l'origine du Sida, des questions subsistent mais il n'y a plus de culpabilité par rapport à l'origine du Sida :

“ Le Sida il vient de n'importe quel pays, on ne sait pas d'où il vient ”.

2) Attitudes de défense face à la maladie

Malgré le flot d'informations qui leur arrive la plupart n'a jamais vu de malades, ce qui les incite à ne pas croire à cette épidémie.

“ Moi j'ai aucune confiance, ils parlent comme ça mais si j'ai jamais vu quelqu'un qui a le Sida, je crois pas. ”

Comme on le constate à de nombreuses reprises dans cette enquête, ce mot Sida, pour des raisons culturelles n'est jamais prononcé autour d'un malade.

Cela a une double conséquence :

- le non rejet des malades,
- l'impossibilité de réaliser que la maladie peut atteindre des proches que l'on connaît.

“ Tu peux dire: je suis malade mais pas tu as le Sida. ”

Les discordances du discours médical renforcent le déni lorsqu'il existait déjà.

“ Ils sont pas encore au point, il y a des gens qui ont été déclarés séropositifs alors qu'ils sont bien sains ils sont négatifs. Il y a d'autres qui sont déclarés négatifs mais ils sont positifs, comment vous expliquez ça ? ”

3) Les voies de transmission

La notion de contamination sanguine est bien comprise, mais le risque de contamination par ce mode est surévalué dans les conditions de la vie quotidienne. Cela tient sans doute aux réels problèmes d'hygiène rencontrés par les résidents de foyers surpeuplés :

“ Comment on peut expliquer la transmission rapide du Sida en Afrique c'est la grande pauvreté : il y a un qui a été touché par la maladie de Sida qui se rase, qui laisse son rasoir quelque part, un autre vient le prendre. Déjà le premier utilisateur s'est coupé, le deuxième il vient s'en servir, il se coupe qu'est-ce qu'il va faire ? il prend carrément le Sida ”.

Plusieurs questions reviennent sur les gestes de la vie quotidienne par rapport à la possibilité de transmission.

“ Si tu embrasses quelqu'un est-ce que tu peux attraper ? ”

“ Mais quand vous mangez ensemble ? ”

“ Et si vous vous lavez ensemble, si vous dormez dans la même chambre ? ”

La transmission sexuelle est évoquée dès la première phrase comme une donnée reconnue.

4) La séropositivité

Le Sida ou la séropositivité ne s'annoncent surtout pas aux parents ou à la femme restés au pays.

“ On peut pas dire ça, c'est honteux ça ! ”

" Quand j'ai on le dit pas, ou bien on dit à la personne que tu as confiance dans la vie. Tout le monde a une personne de confiance."

"- Quand vous avez un problème avec le Sida, est-ce que vous allez le dire à votre femme ou pas?"

- Oui, il faut le dire, avant de contaminer les autres.

- Tu penses à tes enfants avant de penser à ta femme".

Tout le monde n'est pas égal devant la maladie:

" Les gens ne sont pas les mêmes, certains n'attrapent pas la maladie facilement ".

4) Attitude face à une personne séropositive

Le fait de savoir qu'un ami ou un frère est atteint ne fait pas fuir, car le lien social prime. On ne peut pas " passer au travers " de la fraternité, quelque soit le problème du frère.

“ L'Africain ne se méfie pas tellement de son voisin comme le font les blancs ici ”.

“ L'Africain même si son frère est tuberculeux, il n'hésiterait pas à l'embrasser, il s'en fout. ”

“ Un malade qui est à l'hôpital sans visite de ses proches ou personne d'autre, il a moins de chances de guérir parce qu'il ne reçoit pas ce qu'on appelle la transmission de chaleur ”.

" Il va crever ”.

" Même s'il y a quelqu'un qui a le Sida, on s'assoit à côté de lui, on l'abandonne pas c'est Dieu qui l'a voulu ".

7) Les sources d'information

L'un des résidents (celui qui semble être le porte-parole du groupe) nous donne une véritable rétrospective de l'histoire de la maladie racontée par les médias :

“ Le Sida, nous on a appris par la radio d'abord qui a commencé par les haïtiens qui se sont dits: "non ce n'est pas par nous que le Sida est venu"; on a trouvé d'autres boucs émissaires jusqu'à arriver aux zaïrois, les toxicos parce que ça a fait tout un tour du monde.”

Cela montre qu'il a été particulièrement attentif aux discours des médias et qu'il les a retenus année après année.

La radio et la télévision les ont informés de l'existence de cette maladie." On entend tous les jours à la télé, à la radio, on ne peut plus dire que le problème de Sida n'existe pas ". Cependant ces médias n'ont pas toujours leur confiance.

Il y a une demande d'information par l'intermédiaire de groupes de discussion comme pendant l'enquête , directement dans les foyers et si possible dans la langue du pays.

“ On pense que c'est mieux que les gens viennent comme ça discuter. ”

“ On comprend pas français, si c'est dans la langue c'est mieux. ”

" Il veut apprendre la nouvelle par quelqu'un qui parle leur langue et qui explique clairement".

8) Relation avec le médecin

Par contre, le médecin (malgré certaines réticences à croire en l'efficacité des tests) garde toute la confiance des africains de ce groupe.

3) Enquête menée auprès des groupes de jeunes :

* Déroulement :

Il s'agit de 45 jeunes africains âgés de 11 à 21 ans, vivant dans le 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements à Paris avec une forte concentration dans le quartier de la Goutte d'Or.

Nous avons eu trois réunions regroupant chacune 15 jeunes pendant lesquelles les discussions ont été centrées sur le Sida. La langue de communication reste le français. Ici, le débat était non directif, chacun étant libre de parler à sa manière et d'intervenir quand il voulait à la seule condition que le thème reste le Sida.

A la suite de chaque séance, les animateurs-enquêteurs issus du même groupe se retrouvaient ensembles pour retranscrire la cassette enregistrée. Cette méthode permettait de garder en mémoire les idées de discussions auxquelles ils avaient assisté.

99.5 % parlaient le français et 20 % parlaient leur langue maternelle.

30 % pouvaient mener une discussion dans leur langue maternelle, 30 % ne pouvaient pas. 0.05 % ne parlaient pas du tout le français, il s'agissait de jeunes nés au village débarquant en France.

Chez ces jeunes africains issus de la seconde génération, 80 % étaient nés sur le territoire français et 50 % n'avaient jamais mis le pied en Afrique.

* Résultats :

les informations scientifiques sont en général bien comprises, et les jeunes parlent beaucoup du risque de contamination par l'échange des seringues en cas de toxicomanie. On sent ce thème proche de leur vie quotidienne:

" Si quelqu'un se pique, il ne faut pas utiliser la même seringue " .

Ils sont très sensibles au risque d'exclusion:

" Si mon copain était malade, je jouerai dehors avec lui, j'aurais pas peur " .

Ils semblent pouvoir parler assez librement avec leur entourage, et en particulier avec leurs mères:

" J'en parle avec ma mère, avec mes copines " .

Un exemple de dialogue entre une mère et ses deux filles montre que la discussion est même très libre:

" - La mère: Dans ma famille au Congo, une vieille femme est morte du Sida, elle ne courrait plus à droite et à gauche, comment l'a-t-elle attrapé?

- Fille 1: elle avait peut-être un petit copain qui fréquentait les prostituées?

- Fille 2: La femme âgée, c'est supposé qu'elle ne fait plus de rapports sexuels.

- Fille 1: Ah non! elle peut en faire avec son mari, mais peut-être qu'il ne la trouve plus assez efficace, il peut donc aller chez les prostituées, chez ses maîtresses, et ainsi, monsieur peut emmener le Sida à la maison.

- La mère: La femme à cause de ses périodes de menstruations vieillit plus vite que l'homme qui à 90 ans peut encore courir après les femmes."

Les jeunes issus de l'immigration africaine sont très virulents face à l'accusation qui a été portée contre les africains en raison des problèmes de racisme qu'ils rencontrent quotidiennement.

" Même si les occidentaux trouvaient le remède du Sida, ils le vendraient cher, donc les populations étant pauvres, elles n'auront pas droit à ce médicament. Mais si c'est pour faire des expériences, là, on a besoin des africains.

Nous africains, sommes des cobayes pour la médecine moderne."

" Il n'y a pas qu'en Afrique; il y a aussi le Sida en Amérique, en Europe. "

" Le Sida est un moyen pour exterminer l'Afrique, car, quand on parle du Sida, l'occident a un regard sur l'Afrique. "

Ils sont très sensibles au message de protection par les préservatifs:

" Soyons exigeants sur l'usage du préservatif auprès des jeunes; surtout les jeunes africains, car ce sont les africains qui sont le plus menacés par le Sida ".

Ils connaissent précisément les conditions d'utilisation:

" On peut faire un trou en l'ouvrant, alors il faut faire attention, à l'intérieur c'est un peu dur, métallique, en plus, ils ne sont pas tous de bonne qualité. "

Lors d'un jeu de rôle où ils devaient construire un village, une fille a choisi de construire l'hôpital :

- " ce sont les lits pour les malades. Je soigne la rougeole, la rubéole,**
- **une jambe cassée,**
 - **les handicapés,**
 - **le Sida,**
 - **ça ne se soigne pas !**
 - **le cancer, la fièvre, le rhume**
 - **l'hôtel donnera 65 % de ses bénéfices à l'hôpital et le reste au maire**
 - **et lui il a rien ?**
 - **c'est pour le plaisir, pour le Sida**
 - **le préservatif**
 - **tu les distribues gratuits dans la rue**
 - **tu fais des affiches**
 - **il y a des gens qui ont le Sida dans le village**
 - **tu en as vu ?**
 - **oui, les nouveaux, les touristes**
 - **c'est bizarre "**.

Le Sida fait partie de l'univers quotidien de ces jeunes qui le mentionnent au milieu des autres maladies. Ils sont très soucieux de prévention et organisent spontanément des actions avec affiches et distribution gratuite de préservatifs.

Néanmoins, ceux qui apportent la maladie sont des étrangers.

Une des filles réagit assez vivement à cette assertion en disant : " c'est bizarre " avec une mimique indiquant : " il dit n'importe quoi celui-là ".

Visiblement, les campagnes de prévention, école, médias, ont porté beaucoup plus facilement sur les jeunes qui sont nés ou ont grandi ici que sur leurs parents.

b) Enquête par questionnaires

1) Enquête menée auprès d'une population africaine consultant un cabinet privé de médecine générale

* Modalité d'administration des questionnaires

A la fin de la consultation, dans notre cabinet médical de la Goutte d'Or, nous avons proposé un entretien au patient. Les critères de sélection étaient que le patient soit africain et que la consultation soit peu chargée pour permettre de consacrer une heure environ entre 2 malades.

le dialogue était à peu près le suivant :

"- Avez-vous un peu de temps, êtes-vous pressé? Je vais vous expliquer pourquoi.

- Il y a une association africaine qui aide les africains pour différents problèmes, et pour les questions de santé entre autres.

- Nous avons fait dans les années 87-89 une enquête sur le Sida pour voir comment les Africains comprennent cette maladie. Après nous avons travaillé pour faire de la prévention et essayer que les gens n'attrapent pas cette maladie. Aujourd'hui, certaines choses ont changé, c'est pourquoi nous en faisons une autre pour mieux comprendre et être utiles."

En dehors de gens très pressés qui partaient à d'autres rendez-vous, et qui pour certains sont d'ailleurs revenus pour faire l'entretien, nous n'avons essuyé aucun refus.

Alors que nous nous attendions, au contraire, à des réticences de la part des gens tout au moins pour certaines questions, ceux-ci ont répondu très naturellement et souvent crûment.

Les gens interrogés ont été aussi bien des patients que nous soignons depuis longtemps, que des patients que nous voyions pour la première fois.

Malgré la longueur de l'entretien, ils ont eu l'air content, beaucoup ont remercié, dit que c'était très intéressant. Certains ont posé des questions et sur notre proposition, sont revenus pour que nous répondions à leurs interrogations. Certains sont par la suite retournés à l'association et ont participé à d'autres activités.

Les entretiens se déroulant en français, nous nous sommes débrouillés avec ceux qui maîtrisaient mal la langue (comme lors des consultations), ils sont en général parvenus à exprimer leurs idées avec assez de précision.

Nous n'avons jamais eu le sentiment de réponses préfabriquées. Le cadre "africanisé" du cabinet et les relations de confiance que les africains établissent avec leur médecin expliquent sans doute cela.

Particularité des questions:

- visiblement, les termes : prise de sang, injection, perfusion, transfusion sont très mal différenciés.
- le mot tatouage n'évoque rien.

La question ayant trait à l'évolution des représentations demandait des efforts particuliers pour être comprise.

“ Avant, au début de la maladie, quand on disait Sida, les gens pensaient certaines choses. Maintenant, si on dit Sida, est-ce-que pour vous ça change quelque chose? ”

Nous avons rajouté une question après le questionnaire : “ Avez-vous quelque chose à ajouter qui vous paraît important? ”

* Résultats :

Qui a répondu aux questionnaires:

* Sex ratio :

HOMMES	18
FEMMES	14
TOTAL	32

* Pays d'origine des personnes interrogées :

Guinée	: 5
Mali	: 10
Cameroun	: 4
Sénégal	: 6
Zaïre	: 1
Côte d'ivoire	: 4
Tchad	: 1
Gambie	: 1

* Statut social :

MARIES	22
CELIBATAIRES	10

* Tranches d'âges des personnes interrogées :

10-20 ans	2
20-30 ans	11
30-40 ans	11
40-50 ans	4
50-60 ans	4

1) Parle t-on du Sida autour de vous ?

OUI	NON
22	10
69 %	31%

Le Sida n'est plus un sujet tabou, la réponse de certains jaillit, presque indignés : " bien sûr".

D'autres parlent de l'évolution : " avant on n'en parlait pas parce qu'on est vieux, maintenant, on en parle parce qu'on sait que c'est sérieux. "

2) Comment expliquez-vous l'apparition du Sida ?

43% répondent qu'ils ne savent pas, mais il faut comparer aux entretiens, je pense qu'ils s'autocensurent et ne disent pas ce qu'ils pensent sur ce sujet au médecin.

Sont mentionnés :

- vagabondage sexuel : 6
- zoophilie : 3
- mélange des sangs : 2
- homosexualité : 1
- maladie des gens qui veulent réduire le développement démographique : 1
- origine géographique : 2 (Afrique ou Amérique)
- Dieu : 2
- maladie ordinaire : 4

Si les thèmes évoqués restent les mêmes que lors de la précédente enquête, l'interprétation majoritaire est devenue: "le SIDA on ne sait pas d'où il vient".

* trop grande libération des mœurs et dépravation : 6

- ceux qui couchent avec tout le monde,
- trop de libération des mœurs,
- l'adultère amène ça, c'est la non préservation du sexe,
- le monde est mélangé, ça a contaminé tout le monde.

* zoophilie : 3

- adultère avec des animaux,
- maladie des bêtes,
- si on fait l'amour avec les chiens.

* mélange des sangs : 2

- problème de sang à l'hôpital, si tu couches avec une femme, il y a mélange de sang,
- des fois, on dit que c'est la drogue, au laboratoire, une piqûre pour prendre le sang.

* homosexualité : 1

* complot des occidentaux : 1

- maladie des gens qui veulent réduire le développement démographique.

* origine géographique : 2

- c'est venu d'Afrique, d'Amérique ou d'Europe ?
- en Afrique, en Amérique ? c'est apparu en Amérique et retourné en Afrique.

* maladie de Dieu : 2

- c'est presque la fin du monde créée par le bon Dieu
- on a fait trop de mal, Dieu a donné une maladie.

* une maladie comme une autre : 4

- c'est l'une des maladies qu'on ne connaissait pas avant mais qui existait,
- j'entends parler mais j'y crois pas, si ça existe c'est le grand frère de la chaude-pisse,
- c'est une maladie comme une autre,
- c'est une maladie qui est arrivée comme ça, on ne sait pas comment.

La palette des réponses reflète les différentes origines socioculturelles.

Par exemple, la zoophilie est mentionnée par une personne bambara, un soninké, un mandingue toutes trois maliennes.

La maladie de Dieu est l'interprétation de personnes très croyantes : un marabout et un militant islamique.

3) Comment attrape-t-on le Sida ?

Remarques préliminaires :

Certaines réponses marquent le doute : je n'ai vu personne qui a le Sida, j'espère que je ne l'ai pas.

Relations sexuelles :

30 personnes incriminent les relations sexuelles dans la transmission de la maladie soit 93 % des personnes interrogées.

* transmission pouvant toucher tout le monde :

“ Quand on ne connaît pas”. “Les femmes qui vont à gauche et à droite et qui draguent n'importe qui. Sa propre femme. ”

- 28 personnes soit 87.5 % ne mentionnent pas de groupe cible, avec 90 % des hommes ou de femmes. Les homosexuels sont mentionnés 2 fois, les prostituées 6 fois.

Dans leur grande majorité, les africains pensent maintenant que la maladie peut toucher tout le monde.

Le baiser :

- 20 personnes pensent que le baiser ne peut pas transmettre la maladie soit 62.5 % des personnes questionnées.

- 8 personnes pensent au contraire que le baiser profond peut transmettre le virus car “ les deux glandes se mélangent ”.

- trois personnes ne savent pas et deux émettent une réserve : “ s'il y a du sang ...”.

Injection :

- 31 réponses sont positives soit 96.8 % des personnes.

- “ si la même seringue est utilisée”.

- “ piqûres parce qu'il y a le sang de l'autre”.

Le mode de transmission par le sang est parfaitement compris.

Prise de sang :

OUI	NON	NE SAIT PAS
23	7	2
71 %	29 %	6.25 %

3 personnes réservent leur réponse en cas de matériel sale.

Ces réponses trahissent l'incertitude face aux actes médicaux et non en la personne du médecin. Deux problématiques se rejoignent sans doute, le mythe de l'origine de la maladie que les blancs imputent à l'Afrique et le scandale très médiatisé du sang contaminé.

Transfusions :

- 78 % des personnes questionnées pensent que la transfusion sanguine peut transmettre le virus soit 25 personnes.

- 6 personnes pensent que non et 1 ne sait pas.

Moustiques :

OUI	NON	NE SAIT PAS
14	14	4

les avis sont très partagés, le Sida se trouve immédiatement comparé au paludisme qui se transmet par le sang d'un malade à l'autre.

Serrer la main :

OUI	NON
2	28
6.25 %	87.5 %

2 personnes ne se prononcent pas.

Verres et assiettes :

OUI	NON
9	23
28.2 %	71.8 %

Vêtements :

OUI	6	18 %
NON	26	82 %

Lit :

OUI	10	31 %
NON	22	69 %

Les modes de transmission invoqués dans ce cas sont :

- la possibilité de blessures, le sang : 3
- la sueur : “ vous allez vous coller, vous toucher ”
- la sorcellerie : “ le Sida, on l'attrape la nuit, oui le souffle. ”

Les toilettes :

OUI	NON	NE SAIT PAS
9	22	1
28.12 %	69 %	3.125 %

Avec comme mécanisme de transmission :

- le sang : 1
- la sorcellerie : “ s'il n'a pas appuyé de l'eau, le vent peut monter. ”

Tatouage :

OUI	15
NON	6
NE SAIT PAS	11

La majorité des gens interrogés ne sait pas bien ce qu'est un tatouage.

Le sang, les aiguilles :

“ Comment utilisent-ils les aiguilles ? ”, “ tout ce qui touche le sang. ”

Circoncision :

OUI	NON	NE SAIT PAS
21	10	1
65 %	31.25 %	3.125 %

“ avec le rasoir, le couteau les ciseaux ”

“ Oui, si ce sont les mêmes ciseaux et non, car c'est la santé ” “ je ne crois pas, excision, ça perd le sang ”.

Globalement, la transmission par voie sanguine est très bien assimilée. Ce d'autant plus facilement qu'elle entre en résonance avec les étiologies traditionnelles de sangs mélangés.

L'innocuité des gestes de la vie quotidienne semble également beaucoup mieux comprise que lors de la précédente enquête.

La circoncision étant un acte d'initiation utile à l'homme, certains ont du mal à imaginer que cela puisse représenter un danger.

Femme enceinte :

OUI	NON	NE SAIT PAS
31	0	1
96.8 %	0	3.125 %

Là encore, la transmission foeto-maternelle est comprise sans aucune difficulté. On retrouve les étiologies traditionnelles là aussi : la sorcellerie se transmet de mère en fils par voie sanguine.

Autres :

- blessures : 1
- saleté
- respirer dans la même chambre : 1
- crachats : 1
- parler
- dans le métro, la place chaude
- manger sans se laver les mains.

Au total :

Certains modes de transmission sont très bien compris :

- mère-enfant
- seringue souillée, bistouri contaminé...
- rapports sexuels.

Les actes de la vie quotidienne sont jugés peu contaminants, toutefois, si serrer la main de quelqu'un ne fait pas peur, un quart des personnes se méfie de l'échange de vêtements, et un tiers se méfie des repas pris en commun, le lit commun, les wc, les baisers. La moitié des personnes, ont des doutes quant à la transmission par les moustiques.

4) Quelles sont les personnes qui peuvent attraper la maladie ?

_ ceux qui pratiquent le vagabondage sexuel : 34.3 % “ fréquentent n'importe qui, couchent à droite et à gauche coureurs de jupons, dragueurs. ”

_ n'importe qui peut attraper : 37.5 %, “ tout le monde peut attraper, ceux qui ne portent pas les capotes. ”

_ toxicomanes : 7

_ prostituées : 5

_ homosexuels : 2

_ infidélité : 2

_ c'est Dieu qui donne : 1

_ ceux qui pratiquent la zoophilie : 3

Les africains se réfugient peu derrière la notion de groupe à risque.

Ils sentent que la majorité d'entre nous est concernée et les comportements à risque sont assez bien reconnus.

Il persiste néanmoins quelques réponses identiques à celles de l'enquête précédente (zoophilie, femmes infidèles) mais elles sont beaucoup moins nombreuses.

5) Peut-on savoir si son partenaire a attrapé le microbe du Sida ?

- 69 % des personnes pensent qu' "on ne peut pas le savoir et certains pensent qu' "il faut faire un test. Deux personnes ne savent pas.

- Quatre personnes pensent qu' "on peut le savoir d'après les signes physiques:
- " Avant que ça devienne trop grave, on ne peut pas savoir ".

- " L'homme peut savoir, pas la femme. Si la femme se déshabille, je vais sentir tout de suite, le corps ne trahit jamais.

- S'il est sale.

- s'il est toxicomane.

Il y a deux points importants : on juge beaucoup moins sur les signes physiques qu'en 1989 et on pense que tout le monde peut être infecté.

C'est une évolution importante car la majorité pensait auparavant être en sécurité si le partenaire ne présentait pas de signes inquiétants (amaigrissement, boutons...).

Par contre la possibilité du test de dépistage n'est pas du tout familière, seules 4 personnes y pensent.

6) Qu'est-ce qu'un séropositif ?

- quelqu'un qui a le Sida : 10 (31 %)

- ne savent pas : 10 (31 %)

- bonnes réponses : 4 (12.5 %)

- réponses faisant référence à une fragilité : 4

* " quelqu'un qui a le germe qui ne s'est pas développé, qui est plus exposé "

* " quelqu'un qui a plus de risques d'attraper le Sida "

* " quelqu'un de fragile susceptible d'avoir le Sida "

* il peut atteindre à 95 % la maladie du Sida

- quelqu'un qui n'a pas le Sida : 2

- quelqu'un qui a les symptômes du Sida non déclarés:

La séropositivité est une notion extrêmement difficile à comprendre.

On note seulement 4 réponses claires sur 32.

Elle se heurte à toutes les représentations traditionnelles et reste presque totalement incomprise.

Cela rejoint les difficultés que nous avons rencontrées lors de nos formations des relais.

7) Savez-vous s'il existe un traitement de la maladie ?

OUI	46.875 %
NON	15.47 %
NE SAIT PAS	6.25 %

“ Même si ça ne guérit pas, ça calme ”.

“ Pour calmer, mais non ”.

La question se heurte à différentes représentations : un traitement, est-ce quelque chose qui guérit ou quelque chose qui calme ?

“ Pour le moment on n'a pas, c'est du n'importe quoi ce qu'on dit, ça peut calmer ”.

- des remèdes chez les médecins : 9

- des herbes en Afrique : 1

8) Que faire pour ne pas attraper la maladie ?

- prévention par le préservatif : 15 (46.8 %)

- abstinence : 2

- fidélité, sérieux, réduction du nombre de partenaires : 6

- choix du partenaire : 4

- précaution / transmission sanguine, échange de seringues : 8

- s'écarter des malades : 1

- divers : bien manger : 2

éviter les toilettes inconnues : 1

contrôler sa santé : 2

garder sa maison propre, se laver les mains : 1

mariage avec 1 femme sérieuse qui n'a pas le Sida : 1

Le message de prévention par le préservatif a fait beaucoup de progrès puisque 15 personnes le nomment spontanément. Ce n'est plus un sujet tabou. La diminution du nombre de partenaires est également un choix de prévention. Par contre, le choix du partenaire qui était un critère majeur en 1989 n'est plus mentionné que dans deux cas.

9) Avez-vous utilisé le préservatif ?

OUI	13	40 %
NON	18	56 %
NE SAIT PAS	1 (enfant)	4 %

Neuf personnes ont utilisé le préservatif :

une fois	2
plusieurs fois	6
presque toujours	2
souvent	1
toujours	1
pas de réponse sur la fréquence	1

A trois reprises l'utilisation du préservatif est justifiée par la nécessité de contraception.

Là encore, si les choses changent doucement, seulement 36 % (9 sur 25) l'ont utilisé, l'évolution est nette.

En quelques années le préservatif est passé d'un objet tabou: " haram ", à un objet possible.

10) Que pensez-vous de l'utilisation du préservatif ?

1) Le préservatif gêne-t-il le rapport sexuel ?

OUI	NON
7	6
54 %	46 %

“ Je n'ai pas senti qu'il apporte quelque chose. ”

“ ça coupe l'envie. ”

“ Il gêne un peu, une fois il était trop petit, le plaisir c'est mieux sans les capotes. ”

“ On n'a pas les mêmes sensations, il faut chercher des préservatifs sur mesure, j'ai des problèmes c'est trop petit. ”

“ Pour quelqu'un qui n'est pas habitué ça gêne. ”

2) Est-ce difficile à faire accepter par le ou la partenaire ?

OUI	3	23 %
NON	6	46 %
PLUS OU MOINS	1	8 %
PAS DE REPONSE	3	23 %

“ Les femmes acceptent toujours. ”

“ J'ai eu une partenaire qui ne voulait pas, parfois ce sont elles qui me le demandent. ”

“ Mon partenaire en met, mais d'autres n'en veulent pas. ”

11) Avez-vous eu l'occasion de parler du préservatif ?

OUI	23	72 %
NON	6	18 %
PAS DE REPONSE	3	10 %

Mots utilisés :

CAPOTE	14
PRESEERVATIF	5
CHAPEAU	1
FOUGOULA NAFAMA	4
CAOUTCHOUC	1
PLASTIQUE	1
CHAUSSETTE DE BAS	2
LE TRUC	1

Là encore, on constate le changement. Le sujet n'est plus tabou.

L'appropriation de l'objet par des surnoms en est la meilleure preuve.

12) Savez-vous si les gens les utilisent ?

OUI à 43 % soit 14 des personnes questionnées.

“ J'espère je sais que ça marche pour se protéger. ”

“ Tout le monde a peur. ”

“ Oui maintenant ici, mais chez nous on ne le porte pas. ”

“ J'ai vu des gens qui l'achètent en Afrique. Ils m'en ont demandé quand je suis parti en vacances, même les femmes. ”

“ Parce qu'ils ont peur du Sida. ”

“ Beaucoup de jeunes, mais des grandes personnes, je ne crois pas. ”

“ Oui, la plupart utilise ça, il y en a partout maintenant dans les gares, les distributeurs. ”

NON à 12 % (4 personnes).

“ Les Africains, beaucoup n'utilisent pas. ”

“ Les vieux ne connaissent pas jusqu'à présent, les jeunes peut-être. ”

“ Il y a d'autres qui s'en foutent ”.

“ Beaucoup n'utilisent pas, d'autres n'ont pas les moyens surtout en Afrique ”.

Une des personnes dit que c'est moitié-moitié : certains ont compris le danger du mal.

12 des personnes questionnées ne savent pas ("peut-être", "en partie"). Pour d'autres encore ils pensent que “ c'est des adultères ”.

- pas souvent, beaucoup sont réticents.

- les jeunes utilisent mais pas tout le temps, de temps en temps,

les adultes je ne sais pas.

Il y a beaucoup de réserves sur l'utilisation qui est devenue envisageable mais pas généralisée et en tout cas occasionnelle.

Ces réponses sont des indices supplémentaires indiquant l'amorce d'un changement de comportement au sein de la communauté.

Le préservatif s'achète, se demande, on le voit, on trouve qu'il est cher.

13) PENSEZ-VOUS QUE LE PRESERVATIF PROTEGE DU SIDA ?

OUI pour 21 personnes (65 %) :

“ Si c'est pas troué ”.

“ On dit que ça peut protéger un peu ”.

“ ça évite ”.

“ C'est le seul moyen ”.

“ Bien sûr puisqu'il n'y a plus de contact ”.

NON pour 5 personnes (16 %) :

“ Le plastique peut se déchirer ”.

“ C'est Dieu qui protège ”.

“ Ne protège pas mais atténue ”.

“ Non, ça peut péter, ça peut protéger à 50 % mais certains ont un but fort ”.

PEUT-ETRE pour 3 personnes :

“ Même avec ça je me méfie ”.

Une des personnes ne sait pas :

“ Je ne sais pas, car je ne sais pas comment le Sida est ”.

Une personne a refusé de répondre :

“ C'est pas bon ça. ”

Le préservatif inspire relativement la confiance même s'il n'est pas jugé comme étant absolument protecteur: “ et s'il y a du sang dessus. ”

14) Les piqûres et les prises de sang faites en France dans les services médico-sanitaires peuvent-elles transmettre la maladie?

NON : 12 personnes (37.5 %) : “ Non, puisqu'on jette ça ”.

OUI : 16 personnes (50 %) : “ Si c'est mal stérilisé ”.

“ Si l'aiguille ne va pas dans l'eau chaude entre deux personnes ”.

“ Si le sang est mélangé ”.

“ Oui, mais c'est la faute du médecin ”.

Quatre personnes (12.5 %) ne savent pas.

Il y a conjonction pour ces réponses entre les mauvaises conditions d'hygiène constatées dans les structures médicales des pays d'origine et le scandale du sang contaminé.

15) Chaque prise de sang montre-t-elle automatiquement le résultat du test du Sida ?

OUI	6	18.75 %
NON	20	62.5 %
NE SAIT PAS	6	18.75 %

16) Quelle serait votre réaction si on vous disait qu'un ami est séropositif ?

1) L'inviteriez-vous chez vous ?

- **OUI** pour 24 personnes (75 %) :

“ Les musulmans n'abandonnent pas leur ami, même s'il est malade ”.

“ Ce n'est pas sa faute, si la maladie l'a choisi ”.

“ Je jouerais dehors avec lui, j'aurais pas peur ”.

“ En Afrique oui, en France non, tout le monde va passer l'examen ”.

“ Je ne peux pas le laisser tomber ”.

“ Oui mais je ferais attention de ne pas partager les mêmes choses comme avant ”.

“ J'ai une cousine séropositive, je continue comme avant ”.

“ Oui, je connais quelqu'un qui y est ”.

- **NON** pour 7 personnes (22 %) :

“ Je vais faire des choses qui l'intéressent pas, il va pas venir ”.

“ Je me méfie de lui ”.

- **NE SAIT PAS** 1 personnes (3 %).

2) Mangeriez-vous avec lui ?

- **OUI** pour 22 personnes (69 %) :

“ Chacun mange à part ”.

“ ça n'attrape pas ”.

“ C'est une honte de ne pas manger ensemble, mais chacun son assiette ”.

“ Je ferais tout comme pareil ”.

“ Le manger ça ne donne pas ”.

“ En général chacun a son assiette ”.

- **NON** pour 9 personnes (28 %) :

“ Ici non, chez nous ton parent tu ne peux pas l'éviter ”.

“ Non, il mange à part ”.

- **NE SAIT PAS** (1).

3) Dormiriez-vous dans la même chambre ?

- **OUI** pour 20 personnes :

“ Dans la même chambre, pas dans le même lit ”.

“ Je ne peux pas l'abandonner, il faut accepter tout ”.

“ Bien sûr ”.

“ Si c'est la famille et qu'il y a pas de lit ”.

“ Oui, tout à fait, j'ai dormi dans le même lit ”.

“ Pas de problème ”.

- **NON** pour 12 personnes :

“ S'il est tellement malade, non ”.

“ Tu donnes une maison où il peut dormir, si c'est pas ta femme. ”

4) Resteriez vous son ami ?

- **OUI** pour 26 personnes (81 %) :

“ ça reste toujours un ami ”.

“ Même s'ils sont lépreux, on n'abandonne pas les copains, c'est une honte ”.

“ Tout ce que je peux faire pour le soigner, je le ferais ”.

“ Oui mais il y a des distances ”.

- **NON** pour 5 personnes (16 %) :

“ En Afrique oui, ici non ”.

“ Au bout du fil c'est tout, je ne dois pas contaminer ma femme et mes enfants ”.

“ Je me retire pas à pas ”.

- **NE SAIT PAS** pour 1 personne.

5) Auriez vous peur d'attraper la maladie ?

- **OUI** pour 23 personnes (72 %) :

“ Une petite erreur, la moindre chose ”.

“ Vraiment j'ai peur, on ne sait jamais ”.

“ C'est une maladie qui fait peur ”.

“ Si le sang se mélange, il se gratte, ça saigne ”.

" ça peut arriver un accident où il se coupe ”.

“ J'aurais peur, mais je le soutiendrais moralement ”.

“ Oui mais le seul problème, je ne couche pas avec lui ”.

“ Oui, je ne sais pas comment ”.

- **NON** pour 7 personnes (22 %).

- **NE SAVENT PAS** pour 2 personnes.

On voit que les communautés africaines sont partagées entre la solidarité et la crainte de la contagion. Cette peur irrationnelle (23/32 soit 72 %) trouve sa justification dans l'imprécision du discours scientifique : s'il se coupe, les sangs se mélangent, on ne sait jamais, un accident arrive si vite...

17) Si on vous proposait de vous faire dépister, comment réagiriez-vous ?

*** 22 personnes iraient faire le test.**

“ Si ça ne se soigne pas, il existe des calmants ”.

“ Je dirais oui, mais j'ai une peur qu'on découvre que je suis séropositive ”.

“ Je vais le faire si le docteur le dit ”.

“ Je peux dire oui aujourd'hui, non demain, c'est quelque chose dont on a toujours peur ”.

“ J'aurais peur mais j'irais faire ”.

“ J'y crois pas si mon médecin m'appelle j'irais faire ”.

“ Je suis trop naïf, je ferais sans aucune peur ”.

“ Avec beaucoup de réticence ”.

“ Par là où j'en suis je dirais oui ”.

“ Ben, je l'ai déjà fait ”.

*** 8 personnes refuseraient de faire le test :**

“ Je ne veux pas ça ”.

“ Au début, il y a un premier recul, on se demande ce qu'on va faire si on est séropositif, si je me sens en forme je n'accepterai pas ”.

“ Je vais penser que tu crois que j'ai le Sida ”.

“ Non, car je connais ma situation, si j'allais être adultère j'allais le faire ”.

“ Je dis non dans la famille on n'a pas le Sida, c'est pas la peine ”.

*** NE SAVENT PAS :**

“ Je vais réfléchir et je le ferai si ça vaut le coup ”.

Le dépistage inspire beaucoup de peur, je pense que ces réponses ne reflètent pas les vraies réponses si on leur proposait concrètement, la plupart refuseraient, probablement en ne revenant pas en consultation. Mais peuvent-ils répondre non au "docteur-enquêteur" ?

18) Votre idée de la maladie a-t-elle changé depuis ces dernières années ?

- **OUI** pour 26 personnes :

“ Au début je ne croyais pas, maintenant je crois ”.

Pour 14 personnes : “ Maintenant, je sais que ça existe ”.

“ J'ai vu tellement de gens, avant j'y croyais pas ”.

“ Ce n'est plus une maladie des gens ciblés, ça peut attraper tout le monde ”.(4)

“ Avant, je ne connaissais pas quelqu'un qui avait le Sida, j'y croyais mais c'était loin ”.(3)

- **NON** pour 5 personnes :

“ ça n'a pas changé ”.

“ Quand une maladie tue les gens, j'ai toujours peur du Sida ”.

“ Je pense que c'est toujours une calamité ”.

- Une personne ne sait pas.

Globalement, on est passé d'une attitude de déni et de refus à une attitude de crainte puis d'information. La maladie se rapproche, les gens se sentent plus concernés, elle est aussi un peu moins mystérieuse.

On ne voit plus apparaître la culpabilité de l'origine soi disant africaine et de la stigmatisation dans les groupes à risque.

19) Qu'est-ce qui vous a influencé pour changer d'avis ?

- la télévision : 10

“ J'ai vu à la télé des gens qui ont attrapé ont tellement maigri ”.

“ Celui qui parle qui l'a vu, c'est vrai ”.

“ J'ai vu un petit à la télé, il est mort ”.

“ Les émissions sur l'Afrique, sur l'hôpital de Dakar ”.

- le bouche à oreille : 5

“ On en parle entre amis, avant c'était tabou ”.

“ On a entendu que ça prend beaucoup de personnes ”.

“ J'ai parlé avec beaucoup de monde, même en Afrique ”.

“ Les gens en parlent plus, ça fait peur ”.

“ On entend tout le temps ”.

- j'ai vu des malades : 5

“ Quand j'ai vu des copains qui ont cette maladie ”.

“ Chez nous, je vois beaucoup de gens mourir du Sida ”.

“ De connaître des familles de malades ”.

- formations : 4

“ La maîtresse en parle ”.

“ Les cours à l'URACA ”.

“ Les cours entre femmes ”.

“ J'ai étudié en classe ”.

- un film malien avec un docteur Bambara : 1

- une nouvelle : 1

Une seule réponse : “ Le scandale des hémophiles m'a réveillé ”.

- une personne : 15

“ Les gens qui en parlent à force d'en parler ”.

“ La maîtresse a parlé, depuis je sais que c'est vrai ”.

“ L'équipe de l'association ”.

“ J'ai vu des malades ”.

“ Les gens que je connais que je vois mourir ”.

- **la radio** : 1

- **message écrit** : 1 (les journaux scientifiques).

Ces représentations ont changé et on voit clairement qu'il existe deux mécanismes prévalents :

1) la transmission de bouche à oreille.

2) la télévision car elle montre des malades et rend donc le déni impossible.

20) Quelle est la personne qui vous paraît la plus susceptible de vous dire la vérité ?

- le médecin : 21
- les parents : 3
- les amis : 4
- une infirmière : 1
- un sidéen : 1
- personne : 1
- ne sait pas : 1
- tout le monde : 1

Le médecin a vraiment la confiance des patients.

21) Quels sont d'après vous les messages qu'il faudrait dire aux Africains pour qu'ils fassent attention de ne pas attraper le Sida ?

- préservatif : 16

“ Se protéger quand on ne choisit pas ”.

“ Eviter de faire les rapports sexuels sans capote ”.

“ Il faudrait même donner les préservatifs ”.

“ Limiter les aventures sinon utiliser les préservatifs à chaque occasion, que ce soit un devoir ”.

- pas de vagabondage sexuel : 7

“ Qu'ils arrêtent de baiser trop dans la rue ”.

“ Ne pas découcher avec n'importe qui ”.

“ Il faudrait qu'on reste calme ”.

- fidélité : 3

- faire des réunions, en parler : 2

- c'est Dieu qui donne : 1

- suivre les conseils des médecins : 3

- hygiène : 1

“ Faire attention si tu sors en ville, dans le métro, ne rien toucher avant de te laver les mains .”

22) Par exemple que devrait-on dire aux :

- hommes célibataires ?

mettre des capotes pour 18 personnes :

“ Être sérieux ”.

“ Il faut qu'il se marie ” pour 2 personnes.

- femmes célibataires?

mettre des capotes pour 20 personnes.

- couples ?

Il faut être sérieux, rester fidèle pour 13 personnes.

3 personnes pensent qu'il faut faire le test :

-“ c'est bizarre, si tu as besoin d'un enfant, c'est pas la peine la capote ”.

-“ Dire à la femme que le mari mette dans sa tête que le Sida existe ”.

-“ Préservatif si aventure ”.

- jeunes ?

11 personnes pensent qu'il faudrait dire de mettre la capote.

Une personne dit qu'il faut penser aux boîtes de nuit.

Une personne pense qu'il faille le faire savoir pendant les études.

Une personne pense qu'il faut passer des clips.

Une personne pense qu'il faut faire attention à la drogue.

“ Tu attends le mariage et c'est tout ”.

23) Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Origine :

“ Est-ce-que ça vient d'Amérique, d'Afrique ou d'Europe ? ”

“ En 1989, en quittant le Tchad, je me suis fait une barrière entre moi et le Sida. On disait que c'est venu par une tchadienne expulsée d'Arabie saoudite ”.

“ C'est venu car on n'a plus de respect pour les femmes et les enfants, Moïse, Moussa Traoré, Bokassa, c'est les enfants, Dieu est en colère ”.

Doutes :

“ Est-ce-que c'est vrai que le Sida existe ? ”

“ Séropositif qu'est-ce-que c'est ? ”

Peurs :

“ La prostitution économique des communautés noires me fait peur, tout comme les hommes mariés qui laissent leurs femmes seules en Afrique et les contaminent ”.

“ C'est rare que les Africains parlent de ça, ils sont fatalistes. Surtout les femmes enceintes, les pauvres bébés qui ont ça, ça me choque ”.

Arrêter de transgresser les tabous :

“ Que les hommes et les femmes arrêtent de côtoyer les animaux et les putes, soient sérieux ”.

Evolution :

“ A l'école ici, j'ai appris beaucoup de choses, j'ai commencé, les vieux ont saboté, à cause de l'islam, la religion ça n'a rien à voir avec la maladie ”.

“ Les préservatifs que vous m'aviez donnés je les ai utilisés en Afrique ”.

“ La sensibilisation des Africains est importante. Certains tabous sont à démystifier : la mère est gênée avec sa fille, le père avec son fils ”.

“ Tout ce que j'ai confiance c'est le médecin, les conseils des autres j'accepte pas ”.

“ L'essentiel, la seule chose qu'on peut faire c'est la prévention ”.

2) Enquête menée auprès d'un échantillon à majorité étudiante

58 Questionnaires, dont une majorité remplie par des étudiants, ont été recueillis. 35 étudiants ont donné leur origine: 10 sont Camerounais, 3 Guinéens, 4 Antillais, 1 Haïtien, 1 vient de la Côte d'Ivoire, 1 du Zaïre, 2 sont du Togo, 1 du Burkina Faso, 1 du Bénin, 1 du Rwanda, 1 du Niger, 3 du Gabon, 1 du Sénégal et 1 des Comores.

Les questionnaires ont été distribués aux personnes qui les ont remplis seules. Ce qui explique, entre autres, le nombre de questions sans réponse qui est plus important que pour les réponses de l'échantillon précédent.

Q1 : Parle-t-on du Sida autour de vous?

Non pour 7 personnes alors que la réponse est positive pour 86% des personnes soient 50 individus:

"On en parle souvent mais pas avec acharnement".

"Quelque fois".

"Moyennement".

"Pas très souvent".

"Pas beaucoup".

Une personne ne sait pas que répondre :

" ça dépend du contexte".

Le Sida n'est vraiment plus un sujet tabou puisque 86% des gens interrogés disent en parler.

Q2 : Quelle est selon vous son origine?

11 personnes ne connaissent pas d'origine plausible (48%)

17 personnes ne donnent pas de réponse (21)%

Si 70% des gens disent ne pas savoir ou ne répondent pas, les images évoquées dans les autres réponses recoupent les représentations de la précédente enquête mais elles sont devenues minoritaires.

6 personnes parlent des laboratoires :

“ Manipulation des gènes humains ”.

“ Maladie conçue artificiellement ”.

“ Essai de laboratoire sur les hommes ”.

“ Guerre microbienne voulue, population trop importante, absence de contrôle des responsables ”.

“ Il dérive sans doute d'un laboratoire d'expériences ”.

“ Expérience non contrôlée des laboratoires ”.

4 personnes parlent du changement des modes de vie

" Phénomène d'époque combinant à la fois le manque de responsabilité des uns avec l'ignorance des autres".

" Résultante du stress et du mal de vivre dans notre société".

" Dépravation des mœurs et mauvaise hygiène de vie".

" Les hommes ne sont plus sérieux (homosexuels, lesbiennes, toxicomanes, drogues..)".

3 personnes parlent de la transgression des tabous :

" Les hommes ont cherché à dévier la nature (sodomie, homosexualité)."

" La drogue, l'infidélité."

" Les perversions sexuelles comme la zoophilie, la pédophilie ou l'homosexualité ”.

8 personnes parlent d'homosexualité, 5 personnes parlent de zoophilie :

" Je sais que le Sida ne vient pas d'Afrique, je pense aux blancs qui touchent beaucoup les animaux."

" Amour avec les animaux."

" Le fait des hommes, les hommes (blancs) vont avec des animaux".

" Une femme aurait fait l'amour avec un singe".

" Rapport hommes animaux".

2 personnes parlent de maladie naturelle :

" Fléau."

" Comme un phénomène, un fléau naturel."

L'une des personnes interrogées parle du virus

" Par le virus VIH."

Une autre parle d'une maladie des blancs :

" Je sais quand même que c'est une maladie imaginaire, c'est la maladie des blancs."

2 personnes pensent aux médecins :

" Déficience des recherches médicales et médicinales."

" Progrès du diagnostic."

3 personnes parlent de maladie divine :

" Une malédiction de Dieu."

" Pas une maladie ordinaire : divine."

" Miraculeuse."

Q3 : Comment l'attrape-t-on ?

- Rapports sexuels :

55 personnes (94 %) pensent que ce sont les rapports sexuels qui sont contaminants.

3 personnes ne donnent aucune réponse.

C'est une évolution certaine : les gens ont compris que tout le monde peut être porteur de la maladie.

- avec qui peut-on l'attraper ? :

Les prostituées sont citées 20 fois.

Les homosexuels sont cités 22 fois.

N'importe qui peut le transmettre pour 40 personnes.

Le questionnaire étant autoadministré dans ce groupe, la présentation de la question a sans doute induit les réponses citant homosexualité et prostitution.

- par le baiser :

17 personnes ne répondent pas (21%) alors que 3 personnes pensent que le baiser peut être contaminant et 38 personnes

(65 %) pensent le contraire.

"il ne faut pas avaler la salive des autres".

- par une injection:

8 personnes ne répondent pas alors que l'on obtient une réponse positive pour 47 personnes (81 %) et une réponse négative pour 3 personnes.

- par une prise de sang :

Pour 29 personnes (50 %), la prise de sang est un des facteurs de contamination "oui, il faut se piquer soi même".

Ce n'est pas le cas pour 18 autres.

11 personnes ne répondent pas.

- par des transfusions :

11 personnes ne répondent pas, 49 (84 %) pensent quant à elles que la transfusion peut donner le Sida alors que 7 personnes pensent le contraire.

- par des moustiques :

Si 10 personnes refusent de répondre et une ne sait pas, 41

(71 %) pensent que le moustique est un des modes de transmission du virus alors que 7 personnes ne le pensent pas.

- en serrant la main :

20% des personnes interrogées ne répondent pas tandis que 43 (74 %) affirment que ce geste n'est pas contaminant, une personne pense le contraire.

- en partageant les verres et les assiettes :

40 personnes pensent que le fait de partager le même verre ou la même assiette n'est pas un geste à risque, 5 personnes pensent au contraire que cela pourrait l'être. Une personne ne sait que répondre. 13 personnes ne répondent pas.

- Partage du lit :

41 personnes, soit 71% de la population interrogée, pensent que partager le même lit ne peut pas donner le Sida, 4 personnes pensent qu'au contraire cela est possible. 12 des personnes interrogées ne donnent aucune réponse.

- Toilettes :

3 personnes pensent que c'est : "possible", "plus ou moins", "risque", 11 personnes pensent que cela est possible d'attraper le Sida dans les toilettes. 32 personnes (59 %) ne le pensent pas.

- Tatouage

11 personnes ne répondent pas, c'est possible pour 19 personnes et 25 personnes ont compris " qu'avec du matériel propre, non "

- Circoncision :

14 personnes ne répondent pas alors que c'est possible pour 12 personnes : " oui, plus ou moins si matériel contaminé " et impossible pour 28 personnes : " Non avec du matériel propre", " Non, si les instruments sont propres". 4 personnes ne savent pas vraiment : " oui et non ".

- Femme enceinte :

51 personnes soit 88 % des personnes interrogées pensent que la femme enceinte peut le donner à son bébé, on n'obtient pas de réponse pour 4 personnes alors que 3 personnes nient ce mode de transmission.

- Autre mode de transmission :

9 personnes parlent de : pactes de sang, homosexualité, géniteur atteint du Sida, plage, chasse, éviter tout contact avec le sang, éviter de sucer le sexe des hommes.

5 personnes ne connaissent aucun autre mode de transmission.

Q4 : Qui peut attraper la maladie ?

Tout le monde pour 51 des personnes interrogées (88%). " Tout le monde est concerné, tout le monde ne se protégeant pas peut attraper le Sida".

les prostituées sont exposées pour 5 personnes, viennent ensuite dans l'énumération les homosexuels pour 8 personnes puis les toxicomanes cités 2 fois de même que les hétérosexuels et ceux qui pratiquent le vagabondage sexuel pour 3 personnes; enfin les séropositifs pour 1 personne :

"Tout dépend des personnes qu'on rencontre".

"Toutes celles exposées à un contexte propice à la maladie".

"Celles qui manquent de défense".

Seules 4 personnes n'ont pas répondu à cette question.

Q5 : Peut-on savoir si son partenaire est atteint ?

2 personnes ne répondent pas, tandis que 17 personnes parlent du test de dépistage.

5 personnes pensent qu'il existe des symptômes particuliers :

" C'est difficile mais les sidéens sont trop maigres".

" Par différents symptômes".

" Parfois par des signes prémonitoires, le plus souvent non".

5 personnes pensent que " c'est un peu difficile".

Au total, 35 personnes répondent bien (60.3%), 2 personnes ne savent pas et 2 ne donnent aucune réponse tandis que 20 personnes donnent de mauvaises réponses.

Deux tiers des gens savent qu'on ne peut pas deviner si le partenaire est séropositif sauf si l'on fait un test.

Q6 : Qu'est-ce-que la séropositivité ?

8 personnes ne peuvent pas ou ne veulent pas répondre.

Il y a 35 réponses correctes soit 60 % des personnes interrogées.

" C'est un porteur sain du virus".

" Personne présentant des anticorps du VIH".

7 personnes confondent la séropositivité avec la maladie :

"un mort en suspens".

7 réponses sont ambiguës ou diverses :

" Possesseur potentiel du Sida".

" Quelqu'un qui ne développe pas la maladie".

" Celui qui porte le virus mais ne peut pas contaminer".

" Personne à risque de contamination du Sida".

" C'est une maladie moins grave, encore bien portant".

" un être qui approche à grands pas du Sida".

" malade très proche de la maladie". 1 personne ne sait pas.

2/3 des gens savent ce qu'est la séropositivité dans une population majoritairement étudiante.

Q7 : Existe-t-il in traitement?

Pour 5 personnes le traitement existe, pour 50 personnes(86 %) il n'existe pas. 3 personnes ne répondent pas.

"Juste des palliatifs qu'on peut trouver dans certains centres".

"Pas encore pour éradiquer la maladie".

"Non, il y a des calmants".

Les traitements qui "soignent" sans "guérir" complètement la maladie ne sont pas considérés comme des remèdes à part entière, ils peuvent même être considérés comme des caches-misère.

En Afrique, même si le thérapeute sait qu'il n'est pas tout puissant, il ne dit jamais d'avance qu'il ne sait pas guérir. On maintient l'espoir - c'est dans le non dit- cela laisse une marge au malade qui là, par la médiatisation de la maladie, n'existe plus dans l'imaginaire du patient.

Q8 : Que faire pour ne pas attraper la maladie?

Utiliser des préservatifs pour 27 personnes soit 46% :

" acheter chaque fois des capotes".

Se protéger pour 13 personnes soit 22%

(sans mention du préservatif).

" Respecter les campagnes de sensibilisation et de prévention".

" Prendre des précautions".

" Eviter les modalités de la contagion".

Rester fidèle pour 6 personnes.

L'abstinence pour 4 personnes :

"Ne plus faire avoir de rapports sexuels".

"Ne pas fréquenter les hommes".

"Il ne faut plus faire l'amour, attendre le vaccin".

Changer les comportements sexuels pour 7 personnes.

"Avoir un seul partenaire".

"Se contrôler".

"Un seul partenaire, préservatif si doute".

" limiter le vagabondage sexuel".

"Bien se chauffer et éviter de sucer le sexe des hommes".

"Préservatif ou ne pas multiplier les partenaires".

L'homosexualité et la toxicomanie sont mentionnées 3 fois.

Q9 : Avez-vous utilisé le préservatif?

47 personnes l'ont déjà utilisé soit 81% tandis que 9 personnes ne l'ont jamais utilisé soit 15 %.

Refus de réponse pour l'une des personnes " c'est indiscret".

Parmi les personnes l'ayant utilisé on observe la répartition suivante :

toujours pour 13 personnes (27,6%),

souvent pour 18 personnes (38,2%),

plusieurs fois pour 8 personnes (17%),

une fois pour 1 personne.

Divers: "ça dépend" pour 1 personne et 7 personnes n'ont pas précisé.

Pour l'une des personnes qui ont répondu "non" nous avons obtenu la réponse suivante :

"Non, je n'aime pas ça, je crois au destin".

Q10 : Que pensez-vous de l'utilisation du préservatif?

Gêne-t-il le rapport sexuel?

Parmi les 36 % des personnes qui l'ont utilisé, il gêne un peu pour 9 et beaucoup pour 8.

" Même s'il gêne, on est obligé de l'accepter."

" Moi je trouve ça pratique pour éviter le Sida, ça gêne à ce que disent les hommes. "

Il ne gêne pas selon 16 personnes :

" Cela ne gêne pas le plaisir."

D'autres ont répondu :

" ça dépend, les goûts dans ce cas là sont différents".

" ça n'a pas vraiment d'importance".

" Nous permet de nous protéger".

" Usage indispensable".

" Pas bien".

" Le préservatif est nécessaire mais agaçant".

" C'est hip hop".

" C'est pour les homos, les pédés".

" C'est nécessaire si son mari est volage".

Est-il difficile à faire accepter?

Oui pour 36 % des personnes :

" Oui, sauf consensus".

" Oui, si relations régulières avec un même partenaire".

" Oui, parce que ça fait avoir des doutes."

" Beaucoup en discuter avec son partenaire."

" Pas évident pour le partenaire."

Non pour 40 % des personnes qui ont répondu :

" On l'accepte de plus en plus facilement."

" Les avis sont partagés."

" Avec respect et compréhension, Non."

" Presque pas difficile à faire accepter."

" Pas difficile à faire accepter, même les femmes ont peur."

"

Facilement accepté s'il y a une bonne communication."

Q11 : Avez-vous eu l'occasion de parler du préservatif ?

Le sujet n'est plus tabou, 48 personnes soit 82 % des personnes interrogées en parlent alors que seulement 9 personnes disent ne pas en parler et qu'une seule ne donne pas de réponse.

Avec qui en parle t-on ?

- 16 personnes en parlent avec : partenaire, époux, petits copains, copines
- 9 personnes avec l'entourage, la famille
- 28 personnes en parlent entre amis
- " tous les gens lorsque cela présente" pour une personne
- " avec un veuf" pour une personne
- " entre amis et celui qui fait les campagnes" dit une autre personne
- " avec des personnes sensées"
- " jeunes au centre de loisirs"
- " amies et prostituées"

Nom donné au préservatif :

Condom : 2,

capote : 17,

préservatif : 14,

parapluie, protège tibia, cagoule, bouchon, sauveur, chapeau, le DAS

chaussette : 9,.

La diversité des dénominations montre bien que l'objet est peu à peu entré dans la vie des gens qui se le sont approprié.

Q12 : Savez-vous si beaucoup de gens l'utilisent?

Si 10 personnes ne savent pas :

" Je ne sais pas, comment savoir la vérité, car dire et faire ça fait deux."

" C'est difficile à dire, il y a encore des gens qui pensent que le Sida n'existe pas."

" Je ne demande pas aux autres s'ils l'utilisent."

" Je ne parle pas aux autres de leurs pratiques sexuelles."

32 personnes (55.1 %) pensent que beaucoup de gens l'utilisent

" De plus en plus par peur du Sida."

" Beaucoup mais pas encore suffisamment, par inconscience."

" Oui, à cause du Sida." " Oui, pour la protection de leur vie en danger."

" Beaucoup de monde. Dans mon pays, les achats de préservatifs se multiplient."

" Oui, tout le monde a peur de mourir."

" Oui, il y a des femmes qui utilisent pour la contraception."

" Oui, la vente libre et la publicité

" Oui, on en parle beaucoup."

" Oui, c'est possible, la prévention se fait bien."

" Oui, bien sûr, il y a beaucoup de malades."

13 personnes (22.5 %) pensent que non :

" Beaucoup de gens n'en veulent pas"

" Non, les gens sont gênés pour en parler."

" Non, ils pensent peut-être que son usage est une preuve d'infidélité amoureuse."

" Peu l'utilisent, ça gêne les rapports."

" Non, parce que c'est encore un peu tabou."

" Non, nombreux sont les hommes qui ne les utilisent pas parce qu'ils trouvent cela gênant."

" ça dépend, ignorance des uns, stupidité des autres".

Q13 : le préservatif protège-t-il ?

Pas de réponse pour une des personnes.

Oui pour 47 personnes (81 %) :

" Oui, à 80% ."

" Oui, s'il est bien utilisé."

" Oui, selon les médecins."

" Oui, à condition qu'il soit de bonne qualité."

" Oui, s'il est solide."

" Oui, peut bien entre les homos."

" Bien sûr, en plus on n'a pas le choix."

" Oui, s'il n'explose pas pendant l'acte."

Non pour 4 personnes :

" Non, pas toujours, on en trouve qui sont troués."

" Je ne crois pas. Le sperme peut toujours s'échapper."

4 personnes se méfient :

" Possible."

" Espérons."

" Un peu."

La confiance dans la solidité n'est pas totale dans cet outil de prévention dont chacun a entendu raconter des histoires sur son manque de solidité.

Q14 : Les piqûres et les prises de sang faites en France peuvent-elles transmettre la maladie ?

Pas de réponse: 3 personnes ne répondent pas alors que pour 32 personnes, ces actes peuvent donner lieu à une contamination :

" Cela s'est déjà produit ."

" C'est bien possible, il y a des bavures dans les hôpitaux."

" Oui, les preuves existent."

" Oui, mais pas tout le temps."

" Oui, pas dans les grands centres de transfusion."

" Oui, si le matériel utilisé n'est pas stérilisé."

Par contre 17 personnes ne pensent pas la même chose :

" Tout est stérilisé."

" Théoriquement, plus maintenant."

" Non, les seringues sont changées pour une nouvelle utilisation."

" Non, sauf si on utilise la même seringue sur des personnes différentes."

Il n'y a pas de différenciation faite entre la prise de sang, l'injection et la transfusion, car le geste est toujours celui de toucher le sang avec une aiguille.

Q15 : Chaque prise de sang montre-telle le résultat du test du Sida?

Oui pour 9 personnes, 3 personnes ne savent pas bien alors que 6 préfèrent ne pas répondre.

Non pour 34 personnes (59 %) sauf sur demande.

" Non, il faut le faire 2 mois après le rapport."

" Tout dépend du centre de dépistage et de la rapidité du virus après le rapport."

Q16 : Quelle serait votre réaction si on vous disait que vous avez un ami séropositif ?

Allez vous l'inviter ? :

Pas de réponse pour 7 des personnes du groupe interrogé.

Oui pour 44 personnes (75 %) :

" Pourquoi pas."

" Sans problème."

" Oui, mais rarement."

Non pour 7 personnes (12.5 %) :

" Non, par peur pour la famille, je préfère un rendez-vous à l'extérieur."

" Il reste chez lui et on ne se voit plus très souvent."

Une autre réponse est donnée :

" Je ne fréquente pas les homos !"

Mangerez vous avec lui ? :

Pas de réponse pour 9 personnes (18%), oui pour 42 personnes (72 %) et non pour 6 personnes (10%).

" Oui et non." pour d'autres personnes.

Dormiriez vous dans le même lit ? :

Pas de réponse pour 9 personnes, oui pour 36 personne (62 %) :

" Avec des lits différents."

" Oui, avec réserve."

Non pour 13 personnes (23 %) :

" Séparés".

" C'est pas sûr".

Resteriez-vous son ami?

Pas de réponse pour 2 personnes, oui pour 90 % des personnes interrogées et non pour 4 de ces personnes.

Auriez-vous peur?

Pas de réponse pour 10 des personnes, oui pour 60 % des personnes et non pour 22 %.

Si oui de quoi?

" Echange de matériel de toilette."

" En cas de contact sanguin."

" Blessures." 3 réponses

" Le hasard."

" Un mauvais geste."

" Coupure." 3 réponses.

" je ne sais pas".

" Frottement en cas de blessure."

" Sans savoir comment, la peur existerait."

" Manipulations."

" Un peu, je ne sais pas comment."

" Je ne sais pas, mais il y a du risque."

" Qui n'aura pas peur d'attraper la maladie?"

Q17 : Si on vous proposait de vous faire dépister, comment réagiriez-vous ?

4 personnes ne répondent pas alors que la grande majorité (67 %) accepteraient de passer le test de dépistage :

" J'accepterais, mais avec hésitation et peur d'avoir le moral cassé."

" Bien, c'est la société qui le demande."

" Cool, pas de problème."

L'une des personnes interrogées l'a déjà fait; 22 % refuseraient le test:

" Peur du résultat."

" Je n'accepterais pas, puisque je ne suis pas malade."

" Je refuserais de peur de mourir de remord si le résultat était positif."

" Négatif, par peur d'erreur."

" Pourquoi, quand je ne me sens pas malade?"

Diverses autres réponses sont obtenues :

" Infections quelconques."

" Je ne peux pas dire, ça dépend du tempérament."

Q18 : Votre idée a-t-elle changée ?

Pas de réponse (1) et une rature sur un questionnaire.

Pour 51 % des personnes, il y a un changement :

" Je me rend compte que tout le monde peut l'avoir."

" Je me sens plus concerné."

" Etre méfiant."

" Se méfier plus des toxicos et des prostituées."

" J'ai peur de la contamination."

" Je croyais à un gag, maintenant j'ai des preuves que les gens meurent."

" Avant je n'y croyais pas, aujourd'hui je vois mourir des personnes."

" On voit des malades à la télé."

" J'en ai pris plus conscience."

" Oui, par campagne d'information."

" Prise de conscience."

" J'en ai moins peur, je me sens mieux informé."

" On en parle plus."

" Je connais mieux les modes de transmission et les façons de l'éviter."

" J'ai une idée plus précise de la maladie."

" Il y a plus de renseignements."

" Elle s'est confirmée grâce aux campagnes d'information."

" L'information atténue ma peur."

" Avec trop d'affiches, on a pas trop peur."

Par contre, il n'y en a aucun pour 43 % des personnes interrogées :

" Non ou je ne me sens plus concerné."

" C'est le destin qui prime chez moi."

" Non parce que je ne crois pas vraiment à son existence."

" Trop d'amalgame et d'idéologie."

" La maladie tue toujours comme au début."

La moitié des personnes se trouve mieux informée, plus concernée. La maladie se concrétise et passe du mythe à la réalité.

Mais l'autre moitié continue à nier la réalité et a conservé mythes initiaux.

Q19 : Qu'est-ce-qui vous a influencé?

Une nouvelle pour 3 personnes :

" Le Sida vient d'Afrique."

Une personne pour 6 d'entre eux :

" Le nombre croissant des séropositifs autour de moi."

" Un ami dont le frère est mort du Sida."

" Une amie à qui on a dit qu'elle était malade."

Emission radio, télé pour 29 personnes (50%) :

" Un malade à la télé."

" Les statistiques et les témoignages des malades."

Message écrit pour 21 d'entre elles (39%)

Q20 : Qui peut dire la vérité ?

Pour la majorité des personnes interrogées (77 %), le médecin reste la seule personne qui puisse dire la vérité.

Viennent ensuite les parents pour 6 personnes et les amis pour 5.

Puis vient le " médecin traditionnel " pour 4 personnes et la science pour 2.

Diverses autres réponses sont entendues :

" Personne n'est à la hauteur de dire la vérité: Dieu."

" Aucune, les explications sont diverses."

" Une personne de confiance totale."

" Toute."

" Le médecin, les pédés aussi."

Q21 : Quel message peut-on donner pour éviter le Sida ?

Se protéger par le préservatif pour 25 des personnes (43 %) interrogées est l'un des principaux messages.

" La protection est l'avenir du peuple."

" Ne pas changer de partenaire, sinon utiliser le préservatif "

" Un seul rapport sans protection et cela peut-être le drame "

" Utiliser les préservatifs en cas de rapports incertains "

" utiliser le préservatif, éviter la sodomie et les fellations "

" Etre responsable, cesser de croire que le Sida est une maladie des blancs donc se protéger."

" Le Sida ne concerne pas seulement les africains, il y a aussi les blancs."

" Ne pas faire ça avec les blancs."

" Le Sida tue."

" La vie est précieuse : ne pas la gaspiller."

" Vous allez mourir, et après vous, vos enfants."

Message enjoignant des changements de comportement sexuel:

* Diminuer le vagabondage: (6 personnes)

" Se méfier des jeunes femmes libres."

" Attention aux fréquentations."

* Fidélité: (4 personnes)

" Croyez en Dieu, priez, mariez-vous et cessez l'adultère."

* Abstinence: (3 personnes)

* Avoir un seul partenaire: (5 personnes)

" Etre calme, avoir un seul partenaire."

* Etre prudent dans le choix des partenaires: (3 personnes)

" Ne pas faire l'amour avec n'importe qui."

" Se méfier des gens inconnus."

* Ne pas être polygame, avoir une seule femme: (1 personne)

" Accentuer l'info à la télé et à la radio."

" Continuer à informer."

Diverses réponses ont été obtenues :

" Si un Africain est homosexuel, il peut attraper la maladie."

" Pas de message, seul le bon Dieu peut faire quelque chose."

les messages aux Hommes célibataires et aux femmes célibataires sont les mêmes.

3) Analyse comparative des deux échantillons ayant répondu au questionnaire.

Le sujet contrairement aux années 87-89 n'est plus un sujet tabou.

Les thèmes retenus pour l'origine du Sida sont les mêmes pour les deux groupes questionnés, et l'interprétation majoritaire est l'ignorance de l'origine.

En ce qui concerne les modalités de transmission : les réponses sont les mêmes sauf en ce qui concerne le moustique.

Les réponses sont plus justes dans le groupe étudiant.

Dans le groupe plus diversifié, les croyances plus traditionnelles ressortent.

A la question : "qui peut l'attraper?" la différence s'explique par les modalités d'administration du questionnaire. Pour l'un des médecins: "ils ont répondu verbalement avant que je leur fasse préciser", pour les autres: "les gens ont entouré la réponse qui était toute faite".

Le test de dépistage est mentionné beaucoup plus dans le groupe des étudiants que dans l'autre groupe questionné.

Une minorité de personnes seulement jugent encore sur les signes physiques, ce qui là encore est une évolution importante.

Il y a une grosse différence en ce qui concerne la notion de séropositivité. Il y a 60 % de bonnes réponses dans le groupe des étudiants alors qu'il n'y a que 12.5 % de bonnes réponses dans le groupe de gens analphabètes ou de niveau socio-culturel bas.

86 % des étudiants pensent qu'il n'y a pas de traitement, alors que dans le groupe consultant le cabinet privé 47 % des personnes pensent qu'il existe un traitement. Ce traitement, palliatif ou préventif semble mieux accepté par ce groupe.

Les résultats sont identiques pour nommer les pratiques sans risque et la prévention.

La jeunesse et le niveau socioculturel plus élevé des étudiants expliquent que leur réticence vis-à-vis du préservatif soit moindre.

Ceci est à relier à leur réceptivité aux messages écrits de prévention. Dans ce groupe, 36 % des personnes interrogées sont réceptives au message écrit.

Il n'y a pas de gêne mentionnée pour 34 % des étudiants et 46 % des personnes questionnées en cabinet privé.

Il n'est pas difficile à faire accepter pour 40 % des étudiants et 46 % des personnes venant consulter en cabinet. Les résultats obtenus en ce qui concerne la question : "parle t-on du préservatif ?" sont identiques ainsi que pour la question : "les gens l'utilisent-ils ?".

Il protège pour 81 % des étudiants et pour 65 % du groupe questionné en cabinet.

Les deux groupes font une réponse identiques en ce qui concerne la question: "les piqûres, prises de sang faites en France sont-elles susceptibles d'être contaminantes : oui pour 55 % des étudiants et 50% des personnes consultant un cabinet privé.

On obtient la même réponse, affirmative, à la question : "si vous aviez un ami séropositif resteriez-vous son ami ?". A 90% pour les étudiants et à 81,5% pour les consultants.

Le dépistage serait accepté à 67 % pour le groupe des étudiants et 68 % des personnes de l'autre groupe interrogé.

Seul le médecin peut dire la vérité pour 77 % des étudiants et 65 % des autres personnes.

Si l'idée du Sida a changé pour 51 % des étudiants, cela a changé pour 81 % des personnes consultant en cabinet.

Mais il a fallu beaucoup insister pour que les gens comprennent cette question qui était visiblement difficile.

Les gens questionnés sont généralement bien touchés par les émissions (télévision et radio). Mais si les étudiants ont été informés aussi par les messages écrits, les autres personnes interrogées ne l'ont pas été et ne le sont pas, car beaucoup ne savent pas lire, elles se montrent naturellement plus sensibles au message oral, notamment le bouche à oreille.

Les mots utilisés pour nommer le préservatif sont les suivants:

condom	capote
préservatif	chapeau
protège tibia	fougoula nafama
cagoule	caoutchouc
bouchon	plastique
sauveur	chaussette de bas
chaussette	le truc
chapeau	
le R.A.S	

3) Analyse des entretiens non directifs auprès des professionnels de la santé.

Nous avons choisi des organismes, institutions ou associations ayant en charge des communautés africaines et travaillant soit à la prévention du Sida soit au suivi des malades ou à leur accompagnement.

Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels, à savoir :

- une personne de Migration santé,
- deux personnes du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Saint Denis
- deux personnes du service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat Claude Bernard
- une personne d'AIDES
- une personne du CRIPS
- une personne de MIJAOS
- une personne de SOLENSI
- une personne du COMEDE

Les entretiens ont été absolument non directifs, les thèmes ont donc tous été évoqués spontanément par les interviewés.

*** Difficultés rencontrées :**

Cet aspect de l'enquête a également été difficile en raison du manque de disponibilité des professionnels. Ainsi, certains organismes contactés n'ont pas pu être rencontrés pour cette raison.

D'autre part, plusieurs personnes de sont montrées très réticentes l'une d'elle a refusé l'enregistrement, arrive en retard, dit n'être pas disponible et l'entretien a été entrecoupé à de multiples reprises par le téléphone.

Par contre, d'autres équipes (hospitalières en particulier), se sont montrées très coopérantes et accueillantes.

a) **Relation médecin-malade:**

* Les professionnels constatent que malgré les difficultés, les Africains gardent une grande confiance vis-à-vis des médecins qui les ont en charge même si:

" les docteurs blancs vous racontent des choses très compliquées et ne vous empêchent plus de mourir."

" Il y a une grande confiance dans la relation médecin/malade".

* Avec le Sida, le mythe de la médecine toute puissante est abattu et nombreux sont les malades qui recourent aux diverses religions pour trouver des réponses, et en particulier aux religions traditionnelles:

" Les guérisseurs ont toujours été là, c'est normal de se réinscrire dans sa culture."

Le discours médical ne répond pas aux interrogations des patients:

" Pourquoi j'ai eu ça, qu'est-ce que j'ai fait ? "

* *Déontologie* :

Un médecin se permet de passer outre le secret professionnel:

" j'ai rencontré un zaïrois malade, j'ai écrit à un père jésuite au Zaïre pour prévenir qu'il était contaminé et pour contacter les personnes contaminées ”.

* *éthique* :

Tous les entretiens soulignent le manque d'éthique généralisé du corps médical en ce qui concerne la pratique du test de dépistage vis-à-vis des communautés africaines.

b) Proposition du test de dépistage et annonce de la séropositivité :

" Peu d'Africains viennent à la consultation de dépistage anonyme et gratuit faire cette démarche volontaire de prévention. Sans doute pour des raisons multiples."

" Il est primordial de réfléchir sur les modalités de l'administration du test HIV aux Africains car si c'était mieux fait, nous aurions sans doute moins de difficultés en aval: ils arrivent le plus souvent après un dépistage sans demande préalable à l'occasion d'autres pathologies."

" Quand nous les voyons pour d'autres pathologies et que nous leur proposons le test, ça leur fait un sacré coup. Beaucoup préfèrent ne pas savoir, il faut alors savoir attendre, sinon, nous ne les reverrons pas, et nous n'avons de toute façon pas le droit de leur forcer la main. Certains patients qui avaient été brusqués dans une demande de sérologie ont pris leurs affaires dans la nuit et ont disparu."

" Il y a difficulté à faire comprendre que la séropositivité n'implique pas forcément la maladie."

" Il y a de grandes barrières quand on aborde la séropositivité asymptomatique, le centre de suivi, la prévention secondaire."

" Il ne peut pas y avoir de porteur sain. S'ils ont le sang pourri c'est qu'ils sont malades."

" Connaître sa sérologie signifie un souci de plus."

" Les malades regrettent d'avoir pratiqué le test pour se retrouver devant des situations insolubles et une impossibilité au retour."

"Je crois qu'il ne faut pas s'entêter à dire aux gens: " vous avez le virus et vous n'êtes pas malades", il faut revoir notre discours. Ceux qui l'intègrent ont un niveau intellectuel élevé, sont en France depuis longtemps et ont adopté un fonctionnement à cheval sur les deux cultures."

" Le dépistage du conjoint est difficile."

" La séropositivité signifie transmettre la mort à son enfant, et ne pas avoir d'enfants signifie ne plus être femme à ses propres yeux et aux yeux du groupe."

" Les femmes qui décident de garder leur bébé sont plus régulières que celles qui décident d'avorter. Beaucoup gardent leur enfant et le dépistage est tardif même au cours de la grossesse. Il y a une focalisation sur l'enfant: " est-ce qu'il est malade"?"

* En Afrique, c'est l'enfant qui est porteur de l'espoir du couple: s'il n'est plus là, on ne se soigne plus, s'il naît c'est lui le principal souci.

c) Suivi médical:

" Les patients viennent assidûment, mais à des jours et des horaires variables, le suivi est plus difficile et peut aboutir à des ruptures dans le traitement en raison d'un retard de 8 jours. L'organisation du suivi est plus difficile en termes d'horaires car ils travaillent."

" Il n'y a pas de différence notable dans la prise des médicaments entre un Africain et un autre patient."

" Il y a une absence de possibilité de prise en charge psychologique satisfaisante quand ils le demandent, cela nécessiterait une prise en charge particulière."

" Pas de suivi de couples, contrairement aux européens, chez qui la maladie rapproche, chez les Africains c'est le contraire."

* L'inadéquation des institutions et des associations aux prises en charges des communautés africaines est notée à de multiples reprises.

d) Problèmes des malades:

* *La solitude et la non communication:*

" Il n'y a plus de communication dans le couple et un risque réel de rejet des autres gens de la communauté."

" Difficultés de dialogue entre homme et femme dans le couple."

Effectivement, dans une culture du non-dit, nommer le Sida équivaut automatiquement à casser la relation:

" ce n'est pas complètement fantasmagorique s'ils ont un tel besoin du secret médical."

"La peur du rejet, de la perte de l'emploi du fait de la maladie impose de ne pas en parler."

Mais parfois c'est une autre image qui est donnée:

" Les proches d'un malade montrent leur implication personnelle qui correspond au besoin de comprendre et de sortir de la peur."

* *Les difficultés sociales, économiques et administratives :*

"Il existe une intrication entre les soins et les questions administratives."

" Certains sont en situation irrégulière et séropositifs. ce sont des gens qui rencontrent de grandes difficultés à cause des papiers."

"Très souvent ce sont des situations très dramatiques avec des femmes seules avec enfants."

" Déjà la violence économique, l'aggravation de la précarité, la fonction d'immigré au pays étaient des limites de plus en plus nettes, mais avec cette séropositivité, cette mort, cela devient impossible."

Certains médecins s'interrogent sur leur action:

" Quel sens donner au fait de se battre pour traiter un malade avec nos possibilités actuelles, alors qu'il est dans une extrême précarité sociale, familiale et administrative. Mais mettre un seuil à une intervention médicale équivaut à pratiquer une discrimination intolérable."

* *La perception de l'avenir et la mort :*

" Il y a un refus d'un retour au pays du fait de la maladie".

" Retourner au pays avec la honte au front de la maladie."

" Les gens ont à accepter de rentrer au pays en sachant lucidement que c'est pour y mourir, c'est une très grande violence."

" Il y a un rapport à la mort chez les Africains qui n'est pas le même. Elle est considérée comme un passage, elle est moins scandaleuse."

* *La prévention secondaire :*

"Il persiste une mauvaise protection car il y a des difficultés avec le compagnon."

* Il existe en effet une différence entre meilleure compréhension de la maladie et changement de comportement avec diminution des pratiques à risque.

Où placer le préservatif dans une société où l'identité sexuelle est la base de l'existence même des individus avec les équations suivantes:

homme=virilité + femme=fécondité = couple = procréation

e) **Actions de prévention:**

* La nécessité de travailler avec des professionnels Africains formés est constatée par la majorité des gens interrogés:

" Il faut former des Africains, besoin de travailler avec le personnel africain formé".

"Le message de prévention n'a de chances de passer que par des Africains car je pense qu'il n'y a absolument aucune chance que le discours passe par la rationalisation des docteurs occidentaux aussi précis soient-ils."

* Il faut prendre en compte les particularités culturelles dans le vécu et le traitement de la maladie, ainsi qu'au niveau de la prévention.

* Une personne aimerait que les visiteuses de foyer servent aussi de relais pour apporter l'information et pour la prévention, malheureusement: " c'est plus rentable sans capote ”.

* Certaines tentatives d'actions de prévention sont vécues comme des échecs et découragent les équipes:

" on touche peu d'Africains malgré la proximité de grands foyers. On essaie quand certains, dont on a l'impression qu'ils sont des personnages un peu importants dans le foyer, nous connaissent mieux. Les gens disent: c'est important docteur, mais en général ça s'arrête là. C'est quelque chose de beaucoup trop difficile, de trop lourd."

f) Perception des messages:

" Les femmes comprennent pour la plupart ce qu'est le virus du VIH, de même que ce qu'est la maladie."

" Il faut répéter pour faire passer l'information."

" Il y a une barrière culturelle à l'utilisation du préservatif. Il est impossible à la femme de demander à son compagnon de mettre une capote. L'homme refuse cet obstacle à la procréation et ce qu'il considère comme un obstacle à sa virilité."

" C'est difficile de faire passer le message qu'il faut prendre régulièrement des médicaments mais qu'on peut quand même tomber malade."

" Il y a une peur irraisonnée parce qu'ils ne connaissent pas, ce qui entraîne une construction aberrante. Il y a des problèmes de fausses croyances, mais l'information ne signifie pas toujours une compréhension. Notre but c'est d'équiper les gens pour qu'ils puissent écouter et éviter qu'ils véhiculent leurs propres croyances, ce qui entraîne de grands risques".

* On voit là l'opposition entre d'un côté les représentations africaines qui sont "irraisonnées", "aberrantes" et "fausses", et les conceptions médicales qui sont jugées seules valides, la prévention est alors conçue en deux phases: une sorte d'effacement du contexte culturel préexistant à remplacer par le discours médical de prévention.

g) Perception et représentations de la maladie:

* La maladie est considérée comme venant d'ailleurs :

“ c'est la maladie qui vient de l'occident, à l'hôpital les hommes quand ils voient une seringue disent tu vas me donner le Sida ”.

"Pour les jeunes, le Sida c'est la maigreur, les ganglions, c'est-à-dire les signes permettant de reconnaître une personne atteinte."

" Les musulmanes se croient à l'abri."

"Il y a la croyance d'une certaine guérison avec le traitement, ils demandent souvent si le virus est toujours là, Est-ce que vous êtes sûr?"

" Le Sida signifie le rejet, la peur, la honte et entraîne le refus d'en parler avec un lien entre Sida, tuberculose et peste."

" Sida transforme une femme en salope, pute, et induit une culpabilité violente."

“ Le Sida renvoie à des images de mort, les Africains ont l'air de vivre ça plus simplement et de l'exprimer plus facilement que les occidentaux ”.

" Depuis 4 ou 5 ans il existe dans les communautés africaines une connaissance extrême de la séropositivité et du Sida."

* En effet les Africains ont été mis en contact physique avec l'épidémie, et l'ignorance qui entraînait le déni a fait place à une "connaissance extrême" qui s'accompagne de peur et de fuite.

h) Etablissement du lien interculturel:

" On est confronté à deux langages qui ont du mal à se comprendre. Ce n'est pas un handicap pour le suivi du traitement médical si la confiance s'est instaurée entre le malade et le médecin, mais ce qui se passe dans la tête du malade, ses angoisses, nous restent inaccessibles."

" Même si on emploie les mêmes mots, on parle d'autre chose."

* Certaines équipes confrontées à la difficulté de la médiation interculturelle réagissent en s'ouvrant à la culture de l'autre.

Quelqu'un constate la difficulté d'informer les Africains et de faire de la prévention avec des relais qui ont du mal à appréhender la culture de l'autre.

" On a surtout affaire à des relais blancs qui ne savent pas comment intervenir par rapport aux cultures qu'ils ne connaissent pas bien ”.

* Il a bien compris que les *a priori* et les fantasmes sont trop présents pour permettre au travail de prévention de se faire bien.

" Les intervenants ont pas mal d'angoisse qui fait que les gens ne font rien ou peu de choses et qu'on ose pas. C'est une projection dans la culture de l'autre ”.

" Il faudrait être plus à l'écoute ”

* Il comprend bien qu'il y a beaucoup de choses à apprendre au contact des autres et qu'il faudrait essayer de connaître les besoins des communautés africaines avant de parler de prévention ou d'information ”.

" Il y a des différences culturelles qu'il serait important de prendre en compte, des différences de fonctionnement par rapport à cette maladie."

* Il existe une grande demande d'informations et de repères qui permettraient aux équipes de mieux comprendre des difficultés qu'elles identifient mais dont elles n'ont pas les clés.

* D'autres équipes face à ces difficultés ont tendance à se rassurer en confortant leurs propres représentations. Des contradictions apparaissent alors tout au long de certains interview montrant l'échec de la démarche mais n'offrant pas d'alternative: " l'association reçoit beaucoup de femmes africaines avec leurs enfants ”.

* Malgré cela, elle ne veut pas être vécue “ à l'africaine ” :

“ il n'y a pas de différence fondamentale entre la façon dont une femme africaine considère la maladie, parce que je crois qu'il y a une partie qui est basée sur la non connaissance de ce qui se passe et la non connaissance est valable dans les deux sens. Ce n'est pas que culturel ”.

Et dans le même entretien il ressort que : “ je crois qu'elles ont plus de mal que d'autres aussi à comprendre qu'il y a quelque chose qui ne va pas alors qu'elles ne sentent rien ”.

“ Dans la communauté africaine on entend moins de messages qui passent par rapport à la maladie ”.

“ C'est à dire qu'elles n'appréhendent pas la maladie de la même façon. C'est vrai qu'en revanche dans le milieu européen Sida = maladie grave et décès..., pour les femmes africaines non ”!

“ Elles parlent de la fatalité que Dieu a choisi pour elles ”.

* Il est constaté la grande solitude de ces femmes africaines mais en même temps on parle de leur soi disant incapacité à se prendre en charge.

Ces contradictions dans le discours montrent la réticence de certaines équipes à prendre en compte la différence de l'autre. Or la dénégation des différences est l'un des freins majeurs dans les prises en charge et pour le travail de prévention. En effet, cela bloque la compréhension et interdit l'accès aux codes culturels qui permettent l'établissement du lien interhumain.

Ces équipes sont donc confrontées à des constats négatifs mais continuent à nier que les différences culturelle sont l'une des raisons de ces échecs.

“ C'est pas simple, donc en plus je crois qu'au niveau africain c'est plus compliqué que ça, parce qu'il y a une tradition de récupération de l'enfant par le reste de la famille d'accueil. Soit dit en passant, pour ce que j'entends de ce que disent les femmes qui ont été élevées par des tantes ... elles ont été les bonnes de la maison. Je ne peut pas dire que je sois d'un enthousiasme délirant par rapport à l'idée que la communauté africaine accueille les enfants lâchés comme ça ”.

Face à des mécanismes culturels qu'ils ne comprennent pas, les professionnels peuvent avoir la tentation de renforcer leurs discours ou leurs modes d'intervention pour imposer leur conception :

“ Donc l'accueil dans la famille, dans la communauté, c'est quelque chose à laquelle je ne crois pas. Ce à quoi je crois, c'est à l'accueil personnalisé. Moi, je ne choisis pas parce que c'est le milieu où mon petit fils mais parce que dans cette solidarité par rapport à cette maladie, je choisis de donner une famille à cet enfant là et cette famille c'est la mienne ”.

Parfois les contradictions apparaissent dans la même phrase:

“ Il faudrait des lieux de parole sur un sujet tabou ”

i) Populations touchées par les institutions:

" On ne voit que la partie émergée de l'iceberg africain, c'est une minorité des Africains séropositifs que nous suivons."

" Ceux qu'on voit, c'est ceux qui connaissent assez bien déjà le territoire français. Même ceux qui ont l'habitude. Même ceux qui ont l'habitude de prendre de la drogue, ils ont des copains..."

" Je crois que le problème fondamental c'est que la plupart des Africains n'arrivent même pas à contacter les associations."

j) Les cultures africaines et la parole:

* *Le Non-dit :*

Le Sida met particulièrement en évidence la spécificité de la culture africaine par rapport au non-dit: si l'on nomme les choses à l'occidentale, on casse les processus traditionnels de régulation: l'épouse est répudiée, le groupe n'est plus solidaire, la famille rejette.

Par contre il ne faut pas s'imaginer que si le mot n'est pas prononcé les personnes de l'entourage ne savent pas exactement à quoi s'en tenir. Mais la tradition de l'utilisation des métaphores du type "nouvelle maladie" permet tout à fait de préserver les liens sociaux.

Dans le discours, le non dit est présent :

“ les Africains ne nomment pas la maladie ”

“ Cette année il y a eu quelques décès, on ne dit pas aux familles de quoi ils sont morts ”.

** La circulation de la parole dans la communauté :*

En effet, les difficultés à parler de la sexualité et de ce qui touche au sang sont culturelles.

“ Les relais ne se sentent pas concernés à cause des raisons culturelles et religieuses, très dur de parler de la sexualité et à ce qui touche au sang ”.

Il ne faut jamais oublier que certaines paroles peuvent circuler dans certains groupes, la prévention consiste à utiliser ces groupes privilégiés (groupes d'âge) et non d'en reconstituer d'autres où la parole sera bloquée. Par contre certaines choses pourront tout à fait être évoquées à condition de le faire dans le code culturel du groupe concerné.

D) Analyse des entretiens non directifs auprès des leaders d'associations africaines:

Les entretiens auprès des associations africaines ont été non directifs et enregistrés, une dizaine de personnes ont été interviewées dans quatre associations différentes (AFSIAF, KIYENGI, APEDEAF, NGOUALA association).

Difficultés rencontrées:

Il a été difficile d'être reçu par certaines associations: trop peu de personnes disponibles, trop de travail, et réticence à parler du Sida, avec une difficulté à introduire le magnétophone.

Mais l'accueil a toujours été chaleureux.

Nous avons pu observer nettement deux manières différentes de travailler: Certains ont choisi de transposer les méthodes apprises lors des sessions de formations et de les adapter à leur public. Les autres font comme au village avec des informateurs et des animateurs qui transmettent l'information aux membres du groupe dans des lieux informels où à l'occasion de réunions de groupe.

1) La prévention à la "française":

La préoccupation affichée par ces représentants associatifs est de " lutter contre les tabous ", " Il existe un tabou sexuel chez les africains ".

Les techniques utilisées consistent à traduire les messages classiques de prévention dans les différentes langues. Ils pensent que cette traduction dans les langues d'origine a un impact important sur la réceptivité au message de prévention qui est alors compris.

Ils réunissent des groupes pour des séances d'information où le thème est annoncé et les gens viennent pour entendre parler du Sida, poser des questions et recevoir des réponses.

Mais ces groupes mixtes accueillent une population de tous âges et posent beaucoup de problèmes:

" On veut rassembler les hommes et les femmes pour faire l'information, mais il y a beaucoup de réticence, surtout entre les maris et les femmes ".

" Nous distribuons des préservatifs lors de manifestations comme les concerts, les fêtes, mais les jeunes n'acceptent pas."

" Si on faisait autrement, en mettant le préservatif avec un chewing gum dans un papier? "

" nous invitons les parents et les enfants à des réunions et nous leur posons des questions pour évaluer leurs connaissances ".

Toutes les méthodes apprises ou entendues sont transposées sans aucun aménagement sur les populations africaines, la seule adaptation apportée étant la traduction.

Le constat est général:

" Traduire c'est pas facile! "

" Le préservatif dans le cas des relations sexuelles, on ne peut pas en parler, il y en a qui continuent à marcher ici comme en Afrique. "

" C'est vrai, parler en famille du sexe de la femme c'est délicat."

" Dans les familles conservatrices les femmes parlent avec les femmes et les hommes avec les hommes, si on les croise ça ne marche plus."

Ces difficultés renforcent la rigidité de leurs interventions, migrants eux-mêmes ils se doivent de montrer leur réussite sociale en adoptant les usages occidentaux et en se démarquant de leurs compatriotes analphabètes.

" Tous les moyens sont bons pour combattre les tabous et les informer ".

2) La prévention à l'"africaine" :

D'autres associations travaillent différemment. L'informateur du groupe n'est pas nécessairement quelqu'un "qui a fait l'école", mais il a acquis certaines connaissances sur la maladie (qu'il ait été sensibilisé par d'autres membres du groupe ou formé lui-même).

Les discussions ne se déroulent pas de manière formelle avec un thème prévu à l'avance, mais elles se font à l'occasion d'un débat, d'une discussion où l'informateur glisse des informations en profitant d'un questionnement, d'une anecdote, d'une histoire drôle ou d'un cas connu par tous.

Voici un exemple de dialogue recueilli lors d'un décès dans la communauté:

- " - On dit qu'untel est mort du Sida, mais sa femme elle l'a aussi alors?
- Et les enfants, ils sont malades aussi?
- Est-ce qu'on peut encore les recevoir sans problème à manger? les enfants peuvent jouer entre eux?
- Cet homme là était coureur, alors ça veut dire que toutes les femmes qui ont été avec lui vont mourir de ça?
- Il ne faut pas porter ses vêtements, il faut tout jeter, tout brûler.
- Au fait, ça s'attrappe comment?
- Si on va à la veillée chez eux, on va l'avoir aussi?
- ça vient d'où cette maladie? On veut culpabiliser l'Afrique, ça vient de l'Amérique, pas de chez nous."

On voit bien dans cet exemple que toute la problématique exprimée dans notre enquête ressort spontanément.

Cette technique reproduisant la circulation traditionnelle de la parole dans la palabre africaine au village est là utilisée par les relais de prévention du Sida. D'une parole, d'une seule question peuvent naître d'autres questions et le débat sur le Sida est lancé et peut durer de longues heures.

L'informateur n'est pas seul à dire ce qu'il sait, et il confronte son savoir aux représentations et au questionnement du groupe:

" Moi je suis infirmière, voilà ce qu'on nous a dit à l'hôpital; il faut faire ceci ou cela pour ne pas l'avoir ".

" moi, je crois qu'il vaut mieux être sage et fidèle, ne pas avoir plusieurs femmes ou maris.

En dernier lieu, la parole de l'informateur tranche. S'il ne peut pas donner de réponse, il ira la chercher et la donnera lors d'une prochaine rencontre.

Cette façon de faire trouve spontanément des groupes où la circulation de la parole est facile puisqu'ils sont constitués suivant des normes culturelles propres: " Nous sommes une association de femmes et c'est plus simple de parler de nos problèmes ensemble. "

" on a confiance même si on ne peut pas raconter tout, mais on parle de la même chose, on n'a pas trop honte de dire qu'on a un problème ."

Tout est fait sur le mode de la conversation, on s'instruit les uns les autres sans avoir l'impression qu'on a un professeur en face de soi, chacun y va de sa petite anecdote et l'information circule.

Le fait que la communication se fasse entre personnes de la même classe d'âge facilite les choses: on peut parler de tout: " Chez nous, les hommes aiment les femmes alors c'est difficile de parler de prévention. "

" Tu ne sais pas ce qu'ils font quand ils sont au pays, ils ont plusieurs bureaux; ici même si tu es fidèle, tu ne sais pas ce qui se passe là-bas. "

Des femmes parlant du préservatif: "Si tu proposes ça, tu as des problèmes, ça veut dire que tu vas dehors, que tu as des rapports avec d'autres hommes ."

Les problèmes sont abordés sur un mode ironique, on rit, on en parle comme d'une plaisanterie ou d'une fatalité qui atteint tout le monde: " Ah, les hommes, ils exagèrent, ils aiment trop les femmes, ce sont des bandits, ils nous font souffrir, mais que faire, ils sont tous pareils..."

D/ CONCLUSION

Cette enquête a été réalisée auprès de divers groupes socioculturels et professionnels, avec des modalités techniques différentes adaptées à chaque groupe social.

Les résultats sont tous concordants, chaque partie de l'enquête apportant toutefois une lumière particulière et précisant certains points particuliers.

1) Evolution par rapport à la précédente enquête de 1989 :

L'attitude générale des communautés africaines a changé par rapport au Sida : le déni virulent avec sentiment de persécution provoqué par la stigmatisation par les médias a fait place à une attitude de fuite, d'évitement face à une maladie qui s'est rapprochée et atteint déjà souvent un proche.

Ce nouveau comportement est aussi préjudiciable à la prévention que le premier. L'exemple le plus frappant en est le nombre croissant de difficultés que nous avons rencontrées pour faire l'enquête et qui sont, paradoxalement, plus importantes que lors de la précédente enquête. La disparition de certains enquêteurs, la difficulté à réunir les gens, le manque de motivation général autour d'un thème qui semble associer peur et lassitude. L'accablement des migrants africains par des difficultés insurmontables de tous ordres (administration, travail, logement, famille, racisme quotidien, pays d'origine en grande difficulté) renforce grandement l'inertie face au sida qui est une calamité de plus, mais peut-être pas pire que les autres.

La mobilisation des communautés africaines est encore plus difficile sur ce sujet, car elle se heurte à une résistance passive qui a remplacé les dénégations indignées.

Globalement, la connaissance de la maladie s'est considérablement améliorée : les voies de transmission sont bien comprises, les mesures de prévention aussi, les patients savent ce qu'ils peuvent attendre des équipes médicales.

Il y a disparition de la notion de groupe à risque, le Sida est l'affaire de tous.

Les campagnes d'information ont donc porté, néanmoins, compréhension ne signifie pas adhésion au modèle scientifique et changement de comportement.

Les africains renvoient aux scientifiques les questions restées sans réponses :

- d'où vient la maladie ?
- pourquoi moi ?
- Avez vous un traitement qui guérit ? et que veut dire soigner si ce n'est pas avec l'espoir d'une guérison ?
- Le préservatif d'accord, mais comment faire les enfants ?
- Vous conseillez d'avorter une femme qui a le virus car l'enfant a 20 % de chances d'être malade, mais au pays, c'est la même nombre d'enfants qui meurent des autres maladies, ce n'est pas pire !
- qui êtes vous pour m'annoncer ma mort, alors que je vais bien, sans me proposer de solution ?
- si je fais le test, ça va me remplir la tête avec les soucis, qu'est ce que ça changera pour moi de me faire suivre si je dois mourir ?
- j'ai déjà tellement de problèmes, vous voulez que j'en rajoute encore ?
- vous m'assurez que dans les conditions de la vie quotidienne ça ne se transmet pas, mais s'il se coupe et si je me coupe ? alors personne ne peut savoir, un accident arrive vite

Vis-à-vis du préservatif, nous assistons à un changement progressif des comportements. Certains indices prouvent qu'il est utilisé de plus en plus, même s'il l'est encore trop peu et jamais systématiquement, et même si la confiance en son utilité n'est pas totale: ainsi, le sujet, loin d'être tabou, provoque de nombreux commentaires concrets ou techniques et il trouve beaucoup de surnoms selon les groupes socio-culturels montrant qu'ils se le sont approprié.

Il n'existe pas de différence fondamentale entre les différents groupes socio-culturels qui forment la mosaïque des communautés africaines en France: hommes et femmes, africains de l'ouest ou d'Afrique centrale, musulmans ou chrétiens, les représentations et les thèmes récurrents sont les mêmes. La différence la plus marquée réside dans le degré d'acculturation de l'individu, ainsi les étudiants appréhendent plus facilement les notions scientifiques et les jeunes ayant grandi en France ont les mêmes représentations que leurs copains de classe.

Les gens très religieux mettent plus de temps à adhérer au message de prévention et interprètent l'existence de cette épidémie de façon mystique.

2) Les actions de prévention du Sida:

Elles répondent à une forte demande d'informations mais l'inadéquation des messages de prévention et des outils existants est constatée par les communautés et par les professionnels.

La priorité est la nécessité de travailler pour établir un lien transculturel entre les équipes pleines de bonne volonté mais découragées par les écueils du travail de terrain et les communautés africaines.

Ce lien indispensable aux actions de prévention nécessite l'aide de " médiateurs-formateurs " à cheval sur les deux cultures.

Au cours des années précédentes, les messages et les informations qui ont porté sont :

- la télévision en montrant des malades : quand on voit avec ses yeux, on ne peut plus dire que ça n'existe pas. Par contre, les spots de prévention semblent n'avoir aucun impact, ils ne sont jamais mentionnés et n'entraînent aucune remarque,
- la radio est parfois évoquée, mais assez rarement. Par contre les messages écrits (dépliants, affiches, articles...) ne sont reçus que par les étudiants,
- Cela confirme les résultats de la précédente enquête, la transmission du message de proche en proche est le vecteur privilégié du message de prévention. La notion de relais est donc plus que jamais d'actualité.

Les modalités de déroulement des actions de prévention doivent utiliser les codes culturels et non les heurter sinon la réaction sera une résistance passive s'exprimant par des phrases comme celle ci : " c'est intéressant docteur, ce que vous dites ! ", l'information sera comprise dans le meilleur des cas mais il se rajoutera en surimpression sur les conceptions préexistantes sans s'y mélanger.

Il faut garder à l'esprit que l'objectif de la prévention est la diminution des pratiques à risque.

La circulation de la parole dans un groupe d'Africains obéit à des règles culturelles et sociales strictes.

De la même façon qu'il nous est impossible en France de parler de sexualité avec son chef de service, avec le curé ou le maire de la ville, sans qu'on puisse dire que la sexualité est tabou, dans les communautés africaines, les discours sur la sexualité ne sont pas du tout tabou mais ils se font entre hommes, entre femmes et entre hommes et femmes de la même tranche d'âge, d'un groupe socio-culturel donné, et avec un langage précis qui est très cru mais métaphorique. Par contre on ne peut pas parler ainsi à son père, ou celui qui le représente. Or le médecin, l'enseignant avec son pouvoir et son savoir incarne le père...

Il existe des interactions très importantes entre la prévention faite en France dans les communautés africaines et celle qui est faite dans les pays d'origine, chacune validant l'autre. Ces messages de prévention sont intégrés après avoir vu un film avec un docteur du pays qui parlait la même langue, ou après avoir vu des malades au pays. On constate alors que les gens là-bas achètent les préservatifs.

3) Le counselling des malades du Sida:

Cela pose des problèmes particuliers pour les communautés africaines.

Les équipes médicales se sentent démunies, pour les modalités de proposition du test de dépistage qui doit impérativement cesser d'être pratiqué à l'insu des malades car cette pratique non éthique rend les suivis quasiment impossibles par la suite:

- pour annoncer la séropositivité,
- pour soutenir et aider les malades sur le plan psychologique.

La prévention secondaire est particulièrement difficile en raison des conceptions culturelles : être femme ou homme, c'est avoir la possibilité de devenir mère ou père. L'existence sociale de l'individu est à cette condition (de même qu'en occident, celui qui ne travaille pas n'existe pas.).

Les équipes doivent peu à peu être initiées à l'écoute et aux codes culturels africains, en particulier le non-dit et la métaphore, outils qui permettent de préserver les liens sociaux des malades.

3) Le counselling des malades du Sida:

Cela pose des problèmes particuliers pour les communautés africaines.

Les équipes médicales se sentent démunies, pour les modalités de proposition du test de dépistage qui doit impérativement cesser d'être pratiqué à l'insu des malades car cette pratique non éthique rend les suivis quasiment impossibles par la suite:

- pour annoncer la séropositivité,
- pour soutenir et aider les malades sur le plan psychologique.

La prévention secondaire est particulièrement difficile en raison des conceptions culturelles : être femme ou homme, c'est avoir la possibilité de devenir mère ou père. L'existence sociale de l'individu est à cette condition (de même qu'en occident, celui qui ne travaille pas n'existe pas.).

Les équipes doivent peu à peu être initiées à l'écoute et aux codes culturels africains, en particulier le non-dit et la métaphore, outils qui permettent de préserver les liens sociaux des malades.

BIBLIOGRAPHIE

Bibeau Gilles. *L'Afrique, terre imaginaire du Sida ; la subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes.* Anthropologies et Sociétés, vol.15, n°2-3, 1991, p.p. 123-147

Haxaire Claude. *Les maux qui le cachent ; étiologie et perception de troubles gynécologiques chez les femmes Gouro (Côte d'Ivoire).* In Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Paris, 1987, Ed. L'Harmattan, Collection Connaissance des Hommes p.p. 73-84

Héritier-Augé Françoise. *Ce mal invisible et sournois.* Revue Autrement. Série mutations, N° 130, Mai 1992, Ed Autrement "L'homme contaminé . La tourmente du Sida ", p.p. 148-157

Lallemand Suzanne. *Naissances en Afrique.* Topique, Paris, Ed Dunod, vol 43, 1989/1, p.p. 19-31

Luxereau Anne. *Perception de la santé et de la maladie en pays haoussa (région de Maradi, République du Niger)* In Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles. Ed. L'Harmattan, Collection Connaissance des Hommes, p.p. 135-144

Masquelier Bertrand. *Parler la maladie ; Querelles et langage chez les Ide du Cameroun.* Le journal des Africanistes, 1993, Tome 63 vol 1, p.p. 21-33

Thiaudière Claude. *Prescrire ou proscrire: la prévention comme négociation.* Revue Autrement, série mutations, N° 130, Mai 1992, Ed Autrement, "L'homme contaminé . La tourmente du Sida ", p.p. 140-147

Vincke Edouard. *Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale* In L'Univers du SIDA, Revue Anthropologie et Sociétés, Paris, 1991, Vol. 15, N°2-3, p.p. 167-188