

La prévention du sida

dans les foyers SONACOTRA et ARALIS en Rhône-Alpes

Omar ALLOUCHE *

**Les publics migrants résidents
en foyer sont doublement exposés
au sida : par leur isolement et par
l'inadaptation des moyens courants
d'information et de prévention.
L'exemple d'une stratégie adaptée
dans les foyers de l'agglomération
lyonnaise.**

Depuis l'année 1989, des patients de plus de 50 ans, originaires du Maghreb, vivant seuls dans les foyers SONACOTRA et ARALIS de l'agglomération lyonnaise, sont dépistés séropositifs, souvent à l'occasion de complications de l'infection par le virus du sida. Les premiers contacts de soignants français avec ces personnes jusqu'à « invisibles », ont fait apparaître étonnement et perplexité. Le nombre de cas augmentait d'année en année, les difficultés de communication également, notamment au moment de l'annonce de la séropositivité ou lors du suivi des malades. Comment en effet parler du sida à des personnes de culture différente et qui ne maîtrisaient pas la langue française ?

Consciente de cet enjeu important, l'Association de Lutte contre le Sida (ALS) s'est engagée sur le terrain, dès le début de l'année 1994 en initiant un programme de prévention primaire du sida « ciblé » sur les foyers d'hébergement de l'agglomération lyonnaise.

Pourquoi une prévention dans les foyers ?

Nous le savons aujourd'hui : la précarité sociale, les obstacles à l'information et l'isolement aggravent la vulnérabilité face au sida. Toutes ces conditions sont réunies dans ces foyers où les résidents maghrébins restent majoritaires (60 %) malgré une présence autochtone de plus en plus importante depuis une dizaine d'année (25 %). Un nombre encore important de ces résidents vit toujours « le provisoire qui dure » dans des foyers-dortoirs de quatre à douze personnes. D'autres occupent des chambres de quatre à cinq mètres carrés, appelées ironiquement « deux-chevaux » par les résidents. De plus, près de la moitié de cette population en majorité ouvrière, vieillissante, et sans

* Anthropologue, Responsable du programme de prévention sida dans les foyers, ALS, Lyon

qualification professionnelle, est frappée de plein fouet par le chômage. Elle vit d'allocations chômage, de RMI ou de pensions, sur lesquelles il faut économiser pour continuer à envoyer de l'argent à la famille restée au pays.

En dehors de rares contacts avec la population autochtone dans les bars-PMU, la participation de ces hommes à la vie du quartier est réduite à l'intérieur des foyers, notamment à travers les lieux de culte et les cafétérias qui permettent le contact avec la population maghrébine du quartier. L'analphabétisme dominant des résidents rend impossible l'accès à la presse écrite autant en arabe qu'en français. Par ailleurs, la connaissance approximative de la langue française rend difficile l'accès aux médias français (télévision, radio).

Une stratégie inadaptée

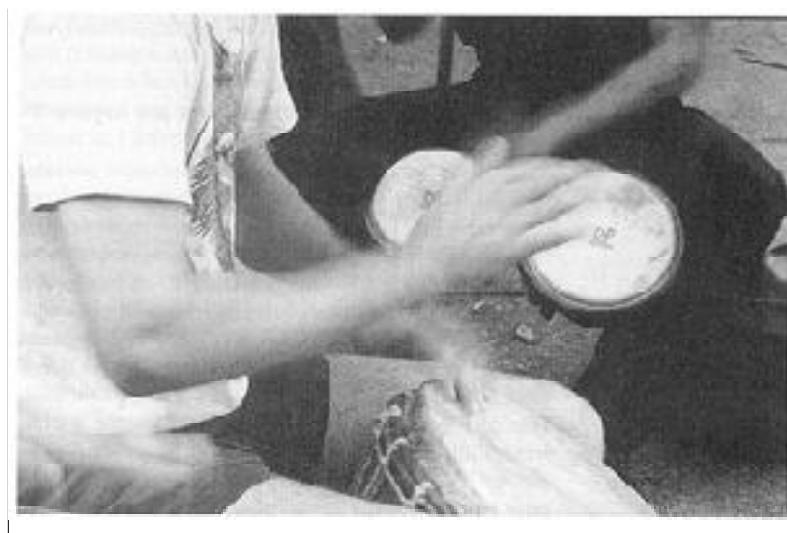
La communication entre les différents acteurs de prévention du sida et le public maghrébin est difficile et l'accès de ce dernier n'est pas évident à l'information et la prévention des médias «classiques» français qui semblent, par ailleurs, inadaptés culturellement. Un document franco-maghrébin (1) admet que «les représentations du corps, de la maladie en général et du sida en particulier, *sont différentes dans les cultures maghrébines et qu'il faut mettre en place un dispositif spécifique d'une approche communautaire*».

Pourtant, il a fallu attendre le début des années 1990 pour voir émerger une réflexion sur l'adaptation de la stratégie de lutte contre le Sida en direction des migrants et l'introduction timide de moyens humains et financiers. Aujourd'hui, les chercheurs et les acteurs de prévention s'accordent sur le fait que le déni, les méconnaissances et les rumeurs sur le sida demeurent très répandus dans les publics migrants.

Ne plus "cacher le soleil avec un tamis" (2)

Au début de notre action, la réaction de nos interlocuteurs maghrébins face au sida était celle du déni. Ce fléau ne semblait pas les concerter. La réalité de la maladie était encore mal perçue du fait que les résidents n'avaient pas été confrontés dans leur entourage immédiat à la maladie de personnes issues de leur communauté. Les seuls cas connus dans quelques foyers concernaient une population jeune et marginalisée de toxicomanes. L'argument récurrent était schématiquement celui-ci : la communauté musulmane (*Oumma*) est protégée du sida car les relations sexuelles, dans le cadre de la loi coranique, ne peuvent avoir lieu hors du mariage légal (*Nikah*). Voilà pour le discours. La réalité est tout autre. La solitude, la force du «*naf's*» (pulsion sexuelle) est souvent la plus forte. En aparté, les hommes reconnaissaient avoir fréquenté ou continué à fréquenter des «femmes de la rue» (3). S'ils connaissaient parfois la contamination par voie sexuelle, ils ne mesuraient pas encore les risques qu'ils prenaient lors de relations non protégées. Il a fallu l'apparition des premiers cas de sida dans des foyers de l'agglomération lyonnaise, pour commencer à lever le voile sur ce thème.

D'autre part, les connaissances sur les modes de transmission et la prévention de l'infection à VIH étaient incomplètes et souvent entachées d'erreurs, de confusions et de rumeurs (4). Concernant les modes de contamination, on incriminait les douches, les toilettes, le manque d'hygiène, l'haleine, la sueur, voire l'al-



cool, la consommation de porc et les produits chimiques. Les groupes considérés comme exposés au risque étaient «les déviants sexuels», ceux qui transgessaient les interdits religieux, plus particulièrement les homosexuels et les prostituées.

Informer et prévenir

Face au risque d'extension du sida dans les foyers, notre stratégie d'information et de prévention élaborée en 1994 s'est voulue pragmatique et réaliste. Elle s'est fixée trois objectifs prioritaires :

- Lutter contre les peurs irraisonnées liées aux rumeurs sur le sida et les attitudes de déni.
- Rétablir l'égalité face à l'information par la transmission de connaissances validées scientifiquement sur le sida et les moyens de le prévenir en tenant compte des données linguistiques et culturelles des résidents maghrébins.
- Encourager des démarches vers le dépistage du VIH.

Notre protocole d'intervention est basé sur les principes suivants :

- Un important travail en amont auprès des responsables d'établissements, du personnel (responsables de cafétérias, ouvriers de maintenance, gardiens, femmes de ménage), des personnes « leaders » issues des différentes communautés.
- Le bilinguisme (arabe et français) des intervenants, afin de pouvoir sensibiliser à la fois le public arabeophone et le public francophone
- Une pédagogie fondée sur l'oralité et des supports adaptés (dessins).
- Le travail en réseau et le partage de savoir-faire avec les acteurs médico-sociaux.

Bilan de l'activité dans les foyers

Pendant plus de six années (1994 à 2000), notre groupe d'intervenants a organisé 120 séances d'information/prévention du sida dans 40 foyers SONACOTRA et ARALIS, soit 3 passages par foyer (1 passage + 2 «piqûres de rappel»). Aujourd'hui, les chercheurs et les acteurs de prévention s'accordent sur le fait que le déni, les méconnaissances et les rumeurs sur le sida demeurent très répandus dans les publics migrants. Ces séances d'information ont touché plus de 3000 hommes et une centaine de femmes de diffé-

rentes origines, soit environ 80% de maghrébins 20 % de personnes d'autres nationalités (française, africaine, turque, asiatique).

Où en est-on aujourd'hui ? Les éléments d'information dont nous disposons restent subjectifs. Ils font apparaître les tendances suivantes : Le déni recule lentement, les connaissances semblent globalement meilleures, les démarches de dépistage sont signalées notamment dans les CIDAG. Une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (en cours) nous permettra d'apprécier de manière plus rigoureuse l'impact de notre action afin d'améliorer notre intervention dans les foyers.

Perspectives

Nos perspectives pour les années à venir sont les suivantes : poursuivre la lutte contre le déni de la maladie ; poursuivre le travail d'information et de prévention auprès des communautés maghrébines mais aussi autochtones vivant dans les foyers afin qu'elles gèrent elles-mêmes leurs risques face à la maladie, dans le respect de leurs propres croyances ; mettre en place des formations dans trois directions :

- Le personnel des foyers (encadrement, ouvriers de maintenance, gardiens, responsables de cafétérias).
- Les acteurs médico-sociaux (CIDAG, CDHS, etc...) dans les quartiers.
- Les « personnes-leaders » et les imams issus de la communauté des résidents dans les foyers.

Développer les thèmes du **non-jugement** et de la **solidarité** au sein de la communauté vis-à-vis de ceux qui sont touchés par la maladie.

(1) «Le retour des épidémies; ADS, n° 27.

(2) Expression algérienne signifiant cacher la vérité.

(3) Cette prostitution est très mal connue faute de travaux de recherche. Pourtant tous les témoignages des responsables d'établissements, des gardiens et des résidents confirment sa présence dans les foyers.

(4) Pour plus de détails, se référer à l'enquête évaluative effectuée par Daoudia SAHRAOUI sur les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du sida des migrants maghrébins vivant dans les foyers (Aides-Alsace), 1992.