



HAL
open science

Les transferts idéels entre le migrant et son entourage non-migrant. L'exemple du dialogue sur la santé entre Maliens d'ici et de là-bas

Claire Boulanger

► **To cite this version:**

Claire Boulanger. Les transferts idéels entre le migrant et son entourage non-migrant. L'exemple du dialogue sur la santé entre Maliens d'ici et de là-bas. Géographie. 2009. dumas-00708569

HAL Id: dumas-00708569

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708569>

Submitted on 15 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CLAIRE BOULANGER
Master 2 Recherche Migrations Internationales, Espaces et Sociétés
MIGRINTER
UFR de Géographie
Université de Poitiers

Mai 2009

Mémoire de Master 2

Les transferts idéels entre le migrant et son entourage non-migrant

L'exemple du dialogue sur la santé entre Maliens d'ici et de là-bas.

Sous la direction de
Patrick Gonin, Professeur de Géographie, Université de Poitiers,
Et Anne-Cécile Hoyez, Chargée de Recherches CNRS - MIGRINTER

Remerciements :
Anne-Cécile Hoyez, Patrick Gonin, Nathalie Kotlok, Olivier Lemasson, Soulaye Hassane,
Francois Debien, Samba Sylla, Pascal Revault, Micheal Hoare, Marianne Mailloux, Barbara
Bertini, Samba Diawara, Diomdera Oumar, Boucoum Lassana, Tiéni Dembélé, Moussa Macalou,
Maryse Boulanger, Florence Daniel et Maïder Dechamps.

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES

INTRODUCTION	7
1. CHOIX DU SUJET	7
2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU SUJET	8
1. PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE POUR ABORDER LES TRANSFERTS IDÉELS	12
1.1 UNE ÉTUDE DE CAS POUR APPRÉHENDER LES TRANSFERTS IDÉELS : LE PROJET DES LETTRES VIDÉO DE PRÉVENTION SANTÉ	12
1.1.1 Le choix d'une monographie	12
1.1.2 La mise en place du projet des lettres video de prevention santé.....	14
<i>Les acteurs et les raisons d'être du projet.....</i>	<i>14</i>
<i>Le processus de réalisation.....</i>	<i>16</i>
1.2 PROBLÉMATISATION ET OBJET DE L'ÉTUDE : LES TRANSFERTS IDÉELS.....	19
1.2.1 Le contexte des transferts idéels : les espaces sociaux transnationaux.....	20
1.2.2 La transmission des transferts ideels : la communication des idées.....	22
1.2.3 Les éléments constitutifs des transferts idéels.....	24
1.2.4 Les effets des transferts idéels.....	26
1.3 MÉTHODOLOGIE.....	27
1.3.1 Les entretiens.....	27
1.3.2 L'analyse des vidéos.....	30
2. ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION DE L'ANALYSE DE CAS : SANTÉ ET MIGRANTS MALIENS DE LA RÉGION DE KAYES	33
2.1 LA SANTÉ COMME UN ÉLÉMENT MOBILISATEUR DES TRANSFERTS IDÉELS	33
2.1.1 Les enjeux de la santé.....	33
<i>Des définitions plus ou moins larges</i>	<i>33</i>
<i>Enjeux globaux de la santé</i>	<i>34</i>
<i>Enjeux locaux.....</i>	<i>34</i>
<i>Enjeux de la santé publique</i>	<i>35</i>
2.1.2 La situation sanitaire au Mali, ses déterminants et ses conséquences	36
<i>Une politique de santé publique contrainte</i>	<i>36</i>
<i>Des conditions sanitaires inégales.....</i>	<i>37</i>
2.1.3 La prevention des maladies transmissibles.....	37
<i>La prévention.....</i>	<i>37</i>
<i>Les maladies abordées par les lettres vidéo.....</i>	<i>39</i>
<i>Les représentations de la maladie et de la contagion chez les populations de la Région de Kayes.....</i>	<i>40</i>
2.2 LA RÉGION DE KAYES, SES ÉMIGRÉS ET LEUR MOBILISATION ASSOCIATIVE.....	41
2.2.1 Histoire de l'émigration depuis la vallée du fleuve Sénégal	41
2.2.2 Projet migratoire, santé et lieu de vie des migrants.....	44
<i>Projet migratoire.....</i>	<i>44</i>
<i>La santé des migrants en France.....</i>	<i>45</i>
<i>Les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM).....</i>	<i>46</i>

2.2.3 Mobilisation associative des émigrés de la Région de Kayes.....	47
<i>Histoire des associations de ressortissants maliens en France et de leurs projets au Mali.....</i>	47
<i>Les associations de migrants participantes aux lettres vidéos.....</i>	50
3. ANALYSE DES RÉSULTATS	53
3.1 CONTEXTE HISTORIQUE, SANITAIRE ET POLITIQUE DU PROJET	53
3.1.1 Contexte sanitaire du milieu des années 1990	53
3.1.2 Contexte politique du milieu des années 1990, en France et au Mali	55
3.2 DESCRIPTION DU CONTENU DES LETTRES	57
3.2.1 Commentaires généraux : l'établissement du dialogue	58
3.2.2 Comparaison entre les séries de lettres vidéo : le contenu du dialogue.....	59
<i>La première série de lettres (Lettres Vidéo 1), une hétérogénéité fructueuse</i>	59
<i>La deuxième série de lettres (Lettres Vidéo 2), réponses et initiatives</i>	64
<i>La troisième série de lettres, les « Lettres Vidéo 3 », une homogénéisation au détriment de la qualité du message préventif.....</i>	67
3.2.3 Les réactions face au moyens de prévention préconisés.....	71
<i>Un projet apprécié, des éléments de prévention appropriés</i>	71
<i>Des affirmations réfutées par le déni, l'opposition ou l'évitement.....</i>	72
<i>Critiques de l'applicabilité des moyens préventifs prescrits par les migrants.....</i>	73
3.3 CE QUI PASSE AU TRAVERS DU MESSAGE DE PRÉVENTION, LA NATURE DES TRANSFERTS IDÉELS.....	75
3.3.1 Du rapport entre le migrant et son entourage non-migrant.....	75
<i>La perpétuation du projet migratoire.....</i>	75
<i>... mais la nécessaire participation de tous à l'amélioration de la santé</i>	78
3.3.2 Du rapport entre la médecine locale et la médecine occidentale.....	85
<i>Appel à la fréquentation du centre de santé.....</i>	85
<i>Les nécessités sanitaires d'un changement de certaines pratiques et représentations sociales.....</i>	88
<i>Place des savoirs anciens et complémentarité des deux systèmes de soins</i>	89
CONCLUSION ET MISE EN PERSPECTIVE	92
BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	102
I. TABLEAU DES ENTRETIENS	103
II. RETRANSCRIPTIONS DES LETTRES VIDÉO.....	104
a. Diboli 1	105
b. Diboli 2.....	108
c. Diboli 3.....	114
d. Sadiola 1	119
e. Sadiola 2.....	123
f. Sadiola 3	127
g. Gory Gopela 1.....	132
h. Gory Gopela 2.....	137
i. Gory Gopela 3.....	144

LISTE DES ACRONYMES

AFTAM	Association pour la Formation des Travailleurs Africains et Malgaches
AICS	Association Inter Centre de Santé
AOF	Afrique Occidentale Française
ARASF	Association des Ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France
ARDVE	Association des Ressortissants de Diboli et des Villages Environnants
AVAS	Association des Villages de l'Arrondissement de Sadiola
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DVD	Digital Video Disc
FIDA	Fond International de Développement Agricole (ONU)
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
GRDR	Groupe de Recherche et de Réalisations pour le Développement Rural
HCME	Haut Conseil des Maliens de l'Extérieur
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
MIES	Migrations Internationales, Espaces et Sociétés
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
PAS	Plan d'Ajustements Structurels
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SEMOS	Société d'Exploitation de la Mine d'Or de Sadiola
TOKTEN	Transfer Of Knowledge Through Expatriate Nationals
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VHS	Video Home System
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

1. Choix du sujet

Lors de ma dernière expérience professionnelle, j'ai travaillé, dans le cadre de la politique européenne de développement de la Commission européenne, au traitement administratif d'un appel à propositions sur le thème « migration et asile ». Les différentes priorités politiques¹ exposées, auxquelles les projets doivent répondre, illustrent la dualité des enjeux que revêt la migration pour les politiques publiques européennes. Ces priorités relayent en effet à la fois les intérêts, propres à l'Union Européenne, d'une immigration cadrée et contrôlée pour répondre aux besoins du marché du travail et du vieillissement de la population, mais également l'importance désormais accordée à la compréhension du couple migration/développement. L'ambiguïté de ces priorités potentiellement divergentes vient du fait que l'appel à propositions fut écrit par deux entités distinctes : EuropAid, l'organisme chargé de l'aide au développement de la Commission européenne, et la direction générale « Justice, Liberté, Sécurité », l'équivalent au niveau européen du ministère de l'Intérieur. Cette même ambiguïté se retrouve à l'échelle française lorsque l'on considère les politiques qui ont pu être développées sous le nom de « politique de co-développement ». En effet, sous couvert de promouvoir le développement, ces politiques cherchent principalement à gérer et contrôler les flux migratoires pour qu'ils répondent aux besoins et aux intérêts des pays d'arrivée.

Néanmoins, au-delà de ces intérêts divergents, ces deux échelles du politique ont récemment donné une importance particulière au rôle des « diasporas » dans le couple migration/développement. Ainsi, pour la Commission européenne, l'un des principaux outils pour « *stimuler le lien entre migration et développement* »², est de « *promouvoir des mesures visant à améliorer la contribution des diasporas et associations d'immigrants présentes dans les pays de destination au développement des pays d'origine, et soutenir leurs liens avec les communautés d'origine* »³. Cette volonté d'un renforcement des capacités des organisations diasporiques, considérées comme de nouveaux acteurs du développement, m'a interpellée. Trois ans plus tôt, j'avais effectué mon stage de fin d'études au Bureau des Affaires Internationales de l'Université d'Addis Abeba. Une partie de ma mission consistait à

¹ Dans « Programme Thématique de Coopération avec les Pays Tiers dans les domaines de la Migration et de l'Asile, Lignes directrices à l'intention des demandeurs dans le cadre de l'appel à propositions 2007-2008 », les différentes priorités politiques auxquelles les projets doivent répondre sont : stimuler les liens entre la migration et le développement ; encourager une gestion efficace de la migration des travailleurs ; lutter contre l'immigration clandestine et faciliter la réadmission des immigrés clandestins ; protéger les droits des migrants ; protéger les migrants contre l'exploitation et l'exclusion et soutenir la lutte contre le trafic et la traite des êtres humains ; promouvoir l'asile et la protection internationale des réfugiés.

² Programme Thématique de Coopération avec les Pays Tiers dans les domaines de la Migration et de l'Asile, Lignes directrices à l'intention des demandeurs dans le cadre de l'appel à propositions 2007-2008.

³ *Ibid.*

aider des étudiants éthiopiens à formaliser leur dossier de demande d'échange universitaire. Le règlement, qui au sein de l'Université encadrait les échanges avec l'étranger, et le discours de la part de tous les acteurs (étudiants, professeurs éthiopiens, professeurs étrangers, administration de l'université) qui l'entouraient, m'ont fortement sensibilisée aux questions de la « fuite des cerveaux », et aux nombreux paradoxes qui en découlent pour le développement des pays de départ. Ainsi, les problématiques liées au couple migration/développement se sont illustrées à plusieurs reprises lors de ma vie professionnelle, me poussant à faire une recherche sur ce thème.

En octobre de cette année, il m'a été donné d'assister à un groupe de travail sur « Migration et développement », au laboratoire MIGRINTER. J'y ai rencontré un représentant du Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement Rural (GRDR) qui m'a expliqué que, dans les années 1990, son organisation avait soutenu une initiative d'associations de migrants maliens. Le projet consistait à faire une campagne de prévention santé au travers de l'échange de « lettres vidéo » avec leurs villages d'origine. Ce projet m'a semblé une piste intéressante à suivre dans le cadre du Master 2 MIES.

2. Contexte d'émergence du sujet

Les migrations Sud/Nord sont aujourd'hui au cœur de nombreux enjeux politiques et géostratégiques. L'importance du débat public sur les politiques migratoires l'illustre bien. Ainsi, pour la première fois en 2007, le nouveau gouvernement français comprenait un «Ministère de l'immigration de l'intégration de l'Identité nationale et du codéveloppement».

Alors que la mondialisation, avec l'essor de pouvoirs supranationaux, remet en cause la prépondérance du cadre étatique, les états tentent de maîtriser les flux migratoires comme pour mieux maîtriser ce phénomène de mondialisation. Le ministère de l'immigration et de l'intégration en question, a ainsi développé une politique migratoire où seuls les ressortissants étrangers dont les qualifications répondent aux besoins du marché du travail national sont autorisés à entrer sur le territoire. Le nom choisi pour cette politique d'« immigration choisie », illustre bien les illusions de contrôle du phénomène de mondialisation dans lesquelles le gouvernement se berce.

En parallèle, la question du développement des pays du Sud n'a cessé de mobiliser les acteurs publics et privés. En effet, malgré des décennies d'expérimentations, aucune méthode globale n'a pu apporter de réponse efficace pour lutter contre la pauvreté endémique qui touche de nombreux pays, en particulier africains. Face à ces échecs, plus ou moins retentissants, les acteurs du développement sont dans une recherche continuelle de nouvelles stratégies pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que la communauté internationale s'est fixée pour 2015 (en termes d'alimentation,

d'éducation et de santé pour tous, principalement)⁴. C'est dans cette perpétuelle recherche de nouvelles alternatives pour un développement durable qu'a été formulée l'idée que les migrants en tant que ponts entre le Nord et le Sud, pouvaient représenter des acteurs-clés pour le développement de leur pays d'origine. Ainsi, depuis quelques années, les institutions en charge de l'aide au développement, ainsi que les gouvernements des pays qui la reçoivent, ont pris conscience des enjeux économiques et financiers que représentent ces migrations en raison, entre autres, de l'importance des transferts financiers effectués par les immigrés vers leur pays d'origine. A titre d'information, d'après le FIDA⁵, au cours de l'année 2006, les remises faites par les migrants africains vers leur continent d'origine s'élevaient à presque 40 milliards de dollars américains, ce qui représente 5% du PIB du continent, ou 27% de ses exportations. Dans le même temps, pour comparaison, le chiffre total de l'aide au développement des pays de l'OCDE vers l'Afrique s'élevait à 31,5 milliards⁶ de dollars pour 2006.

Ces remises ou transferts, évalués pour certains pays jusqu'à trois fois le montant de l'aide publique au développement, s'accompagnent aujourd'hui d'importantes ambitions. Beaucoup estiment qu'à terme, ils devraient servir le développement économique des régions d'origine.

Si les capacités financières et techniques des migrants ont été prises en compte, on oublie souvent que, parallèlement à ces flux financiers, des flux immatériels circulent également, et qu'ils sont eux, porteurs d'importants enjeux sociaux et culturels. Certaines études ont mis en lumière l'importance des transferts immatériels, en particulier les transferts de compétences. Différents programmes existent d'ailleurs pour faciliter ces transferts. C'est le cas du programme Transfer of Knowledge Through Expatriate Nationals (TOKTEN) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), qui consiste à utiliser les nationaux vivant à l'étranger pour fournir des services de court terme en développement économique et social, dans leur pays d'origine. Ces transferts immatériels que sont les transferts de compétences sont donc de nature technique. Les aspects plus politiques, sociaux et culturels que peuvent présenter les transferts immatériels restent ainsi aujourd'hui encore peu étudiés, et donc peu connus.

Le but de cette étude est justement de mettre en lumière ce que les migrants transfèrent vers leur pays d'origine, non pas en termes matériels, financiers ou techniques, mais à un niveau plus subjectif, en termes d'idées, de jugements, de valeurs ou de croyances.

Les sciences sociales se sont bien sûr elles aussi interrogées sur le phénomène de mondialisation et sur les possibilités, les manières et les moyens de l'analyser et de le comprendre. C'est ainsi que dans les années 1990, la multiplication des phénomènes transfrontaliers et des questions identitaires qui en découlent fut mise en lumière par des

⁴ Source : <http://www.un.org/french/millenniumgoals/>

⁵ Source : http://www.ifad.org/events/remittances/maps/brochure_f.pdf, "Travailleurs migrants et envois de fonds", 2006.

⁶ Source : http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?DatasetCode=ODA_RECIPIENT_REGION

auteurs comme Arjun Appadurai, Benedict Anderson, Alexandro Portes, etc. Les migrants, en tant qu'acteurs de ces phénomènes transfrontaliers, et porteurs de ces transferts, sont donc devenus l'objet de recherches scientifiques, avec par exemple les travaux de Peggy Levitt ou Thomas Faist.

Pour tenter d'appréhender ces transferts, le terme de « transferts non financiers » fut d'abord développé. S'il est encore le plus couramment utilisé, sa signification construite en négatif par rapport aux apports financiers et matériels, montre bien que l'intérêt pour cette question est récent, et qu'il reste soumis aux questions économiques, considérées comme primordiales par le politique. Une autonomisation progressive de cette problématique a fait naître d'autres dénominations telles que celles de « transferts idéels » et de « remises sociales ». Ce dernier concept est défini comme « the ideas, behaviours, identities, and social capital that flow from receiving to sending-country communities »⁷ (Levitt, 1998). L'hypothèse sous-jacente à l'utilisation de ce concept énonce que les remises sociales transforment peu à peu les comportements, les perceptions, voire les valeurs de ceux qui les reçoivent. Pour cette étude, nous retiendrons plutôt le terme de « transfert idéal », qui conserve la notion de transfert, mais y joint le concept de l'idéal utilisé par Maurice Godelier en 1984. Cette dénomination nous semble en effet la plus apte à décrire le caractère impalpable de ces transferts. De plus, à l'inverse de celui de « remise sociale », il ne limite pas l'analyse aux aspects sociaux de ces transferts, mais leur donne toute leur amplitude, s'attachant tout à la fois aux représentations, aux jugements et aux principes qui les constituent.

La globalisation culturelle, la circulation des idées est aujourd'hui un des grands enjeux de la mondialisation. Celle-ci est souvent définie comme un processus d'homogénéisation culturelle, économique, juridique... Pourtant, elle a une autre facette qui est celle de la différenciation économique et culturelle, ou pour reprendre les termes de Arjun Appadurai, de « production de la localité ». S'interroger sur les conditions et les conséquences des échanges d'idées entre les émigrés et leurs proches restés au pays devrait nous permettre d'apporter des éléments de réponse à la question cruciale qui est de savoir quelles sont les conceptions du mieux vivre, du mieux être, mises en débat par les transferts idéels produits par la migration ? Dans quelle mesure les transferts idéels sont-ils facteurs de transformation sociale dans les régions de départ ?

Nous allons à présent voir ce que sont plus précisément ces transferts idéels, et comment nous comptons les appréhender dans notre étude, en prenant l'exemple d'une expérience particulière, prenant place dans deux espaces (la France et le Mali ; plus

⁷ [les idées, comportements, identités et le capital social qui sont transféré des pays d'arrivée vers les communautés de départ]

précisément la région parisienne et la région de Kayes), et touchant à un domaine très sensible du social et du politique : la santé des migrants et de leur entourage non-migrant.

1. Problématique et méthodologie pour aborder les transferts idéels

1.1 Une étude de cas pour appréhender les transferts idéels : le projet des lettres vidéo de prévention santé

1.1.1 Le choix d'une monographie

Le projet de recherche que nous présentons ici est une monographie : l'étude de cas d'un projet de réalisation et de diffusion de lettres vidéo par des associations de migrants maliens en France à destination de leurs villages d'origine ; et les lettres vidéo "réponses" élaborées par les associations des communautés villageoises en question et adressées à ses ressortissants, en France.

Le choix de l'étude de cas se justifie ici par la volonté, non pas de tirer des conclusions sur la nature et la transmissibilité des transferts idéels en général, mais de s'attarder sur un cas particulier pour apporter des éléments de réponse sur la façon d'appréhender les transferts idéels.

Une démarche comparative aurait été possible puisqu'il existe une multitude d'autres projets (individuels et collectifs) initiés par des migrants vers leur entourage non-migrant. D'autres supports sont utilisés pour communiquer ces transferts idéels tels que les lettres manuscrites (Charpy et Hassane, 2004), les cassettes audio, ou aujourd'hui les nouvelles technologies de l'information et de la communication comme la téléphonie mobile, les sites web et forums associés (Diminescu, 2005). Il nous a néanmoins semblé pertinent de nous concentrer sur une étude de cas, de manière à pouvoir approfondir, dans le temps qui nous est imparti pour la réalisation de ce mémoire, la compréhension d'une population particulière et d'un thème particulier. En effet, en raison de la complexité des contextes propres à chaque ensemble de transferts idéels, un processus d'analyse comparatiste se ferait au détriment d'une réelle prise en compte des représentations sociales des acteurs.

Ainsi, le choix des Maliens de la région de Kayes immigrés en France nous apparaît comme pertinent en raison de l'importance de cette population (environ 120000 maliens vivent en France en 2009 dont une très large majorité originaire de cette région)⁸, mais aussi car cette communauté se situe dans un espace social transfrontalier à la fois bien établi et relativement restreint par rapport, par exemple, à l'échelle nationale Mali/France. En effet,

⁸ Source : RFI, sur http://www.rfi.fr/actufr/articles/109/article_77131.asp

la population concernée ici se situe plutôt dans le « glocal »⁹, mettant en relation la région parisienne et celle de Kayes.

A travers ces lettres vidéos, il nous est également offert de travailler sur le thème de la santé (qui sera développé dans le 2.1). En effet, l'action se concentre ici sur la prévention de maladies transmissibles, un domaine qui touche aux représentations sociales de la maladie, mais également du corps (Sayad, 1999), du couple, de la médecine et de la mort (Ziegler, 1975).

Quant au cadre particulier du projet de lettres vidéo, il offre plusieurs avantages. D'abord, parce que contrairement à l'étude de la communication interpersonnelle, le cadre collectif et organisationnel des associations, nous invite à travailler sur des transferts idéels qui sont le fruit d'un compromis entre les différentes stratégies et représentations individuelles. Celles-ci ont dû être conjuguées pour mettre en place le projet. D'abord par le choix des thèmes abordés par chaque association, ainsi que bien sûr, dans l'élaboration du scénario, le choix des acteurs, etc. Au-delà du message lui-même, ce sont ces discussions et arbitrages à l'intérieur de l'organisation qui ont conduit à la formulation finale du message. Ce contexte collectif nous permet donc de nous placer à une échelle particulière, celle de la communauté villageoise (ou communale). Cette échelle collective nous permet d'atténuer les risques liés à l'interprétation de messages qui seraient personnels, et dont le sens nous échapperait en raison des particularismes individuels.

Le fait également que nous soyons ici face à une « campagne » est un avantage non négligeable. En effet, le cas particulier des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention, offre la garantie d'une volonté manifeste, de la part des migrants, de transmettre un message à leur village d'origine. Dans ce cas précis, un message préventif, cherchant donc à modifier, si ce n'est directement les représentations sociales, tout au moins les pratiques relatives à la santé. Contrairement au cadre des relations interindividuelles, nous sommes plus systématiquement face à des tentatives d'influence profonde, et donc à la mise en place, par les créateurs/diffuseurs des messages, de mécanismes de persuasion et d'arbitrage entre le message préventif brut, et la manière dont il doit être formulé et diffusé pour être validé par les non-migrants.

Le choix d'une monographie portant sur ce projet particulier tient aussi à des raisons plus pragmatiques. Une question d'accessibilité des données et des acteurs tout d'abord, qui est due aux liens privilégiés existant entre le laboratoire MIGRINTER et l'association GRDR qui a encadré le projet de lettres vidéo. De la même manière, l'expertise particulière qu'a développé le laboratoire à propos des populations du bassin du fleuve Sénégal et de ses ressortissants en France, permet d'accéder à des données et des études qui n'auraient sûrement pas été disponibles à propos d'autres populations.

⁹ Voir explications page 16.

1.1.2 La mise en place du projet des lettres video de prevention santé

Différentes organisations sont à l'origine de ce projet dont la réalisation relève d'un processus long et complexe. Nous allons en présenter les acteurs et le processus de réalisation.

Les acteurs et les raisons d'être du projet

Fondé en 1969, le GRDR est une association de loi 1901 financée à plus de 80% par des fonds publics, européens, nationaux et de collectivités territoriales. Aujourd'hui, ses activités, basées sur le double espace France/Afrique, touchent principalement au développement économique et local en Afrique et à l'insertion sociale, économique et citoyenne en France. Mais au cours de son histoire, son action a pris différentes directions.

L'association s'est d'abord concentrée sur l'accompagnement au retour de migrants dans leur région d'origine. La principale qualification que le GRDR offrait aux migrants qui souhaitaient rentrer au pays concernait des techniques agricoles d'irrigation. Dès le début des années 1980, le GRDR a soutenu plus largement les initiatives des migrants pour des projets de développement de leur région de départ. A la demande des associations de migrants elles-mêmes, en raison des conditions de santé qui se dégradaient au Mali à cause de la sécheresse, l'accompagnement à l'aménagement de dispensaires ou de centres de santé dans les villages d'origine sont devenues un important secteur de ses activités. Ce n'est que plus tard, à la suite de ses expériences dans les foyers de travailleurs migrants au début des années 1990, que les actions du GRDR touchant à la santé sont également développées en France. Il s'agit tout d'abord de prévention et de sensibilisation au VIH/Sida auprès des migrants en France qui, pour la plupart, apprenaient leur contamination lors de leur séjour en France, et se trouvaient démunis face aux problèmes d'accès aux soins et d'accès à l'information. Cette action a abouti, en 1992 à la création de mallettes d'information en langue soninké et peul et à un film, « Ballawu » qui signifie « la Catastrophe ».

Progressivement, par des influences multiples, va naître le projet des lettres vidéo. Ces influences sont de divers ordres. Nous l'avons vu, les migrants eux-mêmes sont à l'origine de l'investissement du GRDR dans le secteur de la santé au Mali. Les associations de ressortissants des villages de la région de Kayes vivant en Ile-de-France sont préoccupées par la santé de leur famille et l'expérience de certaines d'entre elles démontre que l'existence d'un Centre de Santé n'est pas suffisante pour améliorer une situation sanitaire très dépendante des épidémies de maladies transmissibles. La nécessité de campagnes d'information et de sensibilisation se fait donc sentir, sans que les moyens de cette prévention ne soient disponibles, que ce soit en termes financiers ou conceptuels. En parallèle, les autorités sanitaires de Seine-Saint-Denis, préoccupées par la progression de la

pandémie du VIH/Sida, cherchent un moyen pour toucher les populations de migrants et mettent donc à disposition des fonds pour des campagnes de prévention qui s'adresseraient plus particulièrement aux populations africaines de Seine-Saint-Denis. Enfin, l'expérience de collaboration entre le GRDR et Avenir Vivable, une association de loi 1901 créée en 1991 qui réalise et produit des films documentaires, donnera naissance à un nouveau média de prévention santé : la lettre vidéo.

Une des caractéristiques du projet est d'entretenir l'amalgame entre les acteurs/réalisateurs et les bénéficiaires du projet. Les ressortissants en France, ainsi que les villageois au Mali sont tout à la fois acteurs et bénéficiaires de la sensibilisation. Cette confusion est en partie rendue possible par le fait que les bénéficiaires/usagers des projets GRDR sont également membres de son Conseil d'Administration et détiennent donc une partie du pouvoir de décision. Et c'est de cette confusion que vient le caractère innovant du projet. D'abord, en donnant aux migrants les outils pour devenir eux-mêmes des acteurs de prévention, dans leur communauté en France et au Mali. Jusque-là, les migrants installés en France étaient surtout des bailleurs de fonds pour la réalisation des centres de santé, l'approvisionnement en médicaments, etc.... Les lettres vidéo leur permettent de devenir des acteurs de la prévention, même à plus de 4000 Km de distance, alors qu'ils ne sont pas des professionnels de la santé, et n'ont peut être pas plus de connaissances dans ce domaine que les personnes à qui ils s'adressent.

De plus, le choix de la lettre vidéo comme moyen de prévention redonne la place qui leur est due à différents éléments.

L'oralité, tout d'abord, semble en effet la manière la plus adaptée de s'adresser à des personnes de culture orale, dont beaucoup sont analphabètes. Mais surtout, l'oral permet de transmettre un message dans la langue maternelle des bénéficiaires, ce qui est évidemment primordial pour la bonne compréhension d'un message, en particulier de prévention santé. Ainsi, les personnes qui prennent la parole dans les lettres vidéo s'expriment dans leur langue, ce qui permet de conserver « l'authenticité » du message, celui-ci n'ayant pas besoin d'être traduit, et donc, travesti. Tous les groupements de villages étant multiethniques, les interventions sont ensuite sous-titrées (doublées lorsque la personne s'exprime en français) dans la ou les autres langues (Malinké, Khassonké, etc.). Pour des raisons de coordination de la part du GRDR et de satisfaction des bailleurs de fonds, les lettres vidéo sont également sous-titrées en français.

Ce projet particulier permet aussi de redonner une place à la communauté. Les personnes qui dialoguent dans les lettres vidéo sont des proches. S'ils ne font pas toujours directement partie de la même famille, ce sont des proches, des voisins, des amis. Que l'on considère les dialogues au sein de chacune des lettres ou entre celles-ci, la communication se fait entre des personnes qui se connaissent, directement ou indirectement, ce qui renforce bien sûr la relation de confiance entre les participants.

Construit sur une démarche de double espace France/Mali, le projet des lettres vidéo est donc inscrit dans ce que l'on appelle le « glocal » (selon une expression de Roland Robertson). Il tient à la fois d'une démarche globale, puisque l'échange se déroule sur un espace transnational, et d'une démarche locale, le dialogue s'instituant entre des personnes appartenant à la même communauté. Ainsi, les lettres vidéo peuvent être décrites comme une démarche en santé communautaire, puisque la prévention y est horizontale et non verticale. Mettant en lien les associations de ressortissants avec leurs villages d'origine, le projet reproduit la logique spatiale du mouvement associatif, celle du groupement villageois, et part donc du principe que si l'émetteur du message est « proche » du récepteur, l'impact et la pertinence du message seront accrus.

Enfin, le choix de l'image participe également à cette mise en confiance en donnant un visage aux personnes qui s'expriment. Beaucoup des personnes participant ou assistant aux lettres vidéo ne se sont pas vues depuis des mois, voire des années. L'image permet à tous les spectateurs de voir ses proches s'exprimer, avec leur gestuelle, leurs expressions, etc. Le fait de se voir grâce à ce médium vidéo permet donc aussi, tout simplement, de faire naître des émotions, de faire plaisir, de montrer ce que l'on est devenu. La majeure partie des images consiste en effet en des gros plans sur la personne qui exprime son point de vue ou pose des questions. L'assemblée des participants au débat est parfois filmée plus largement, ne serait-ce que pour passer d'un intervenant à un autre. De plus, l'image permet tout simplement l'illustration des dires. Si l'utilisation de la mise en scène et de l'iconographie est minimale, certaines scènes sont faites de sketches, d'images des rues du village, permettant parfois de démontrer, par « a + b » la véracité des propos, ou d'illustrer concrètement des paroles faites de métaphores. Ainsi, l'image est surtout un outil. Il n'y a que peu d'efforts au niveau esthétique ou de la mise en scène. L'image est un outil dans la construction d'une démarche qui ait du sens ici, et là-bas.

Le processus de réalisation

Les participants

La Charte Santé était une fédération qui regroupait en France 24 associations de ressortissants maliens intéressés par des actions sur le thème de la santé. Grâce à son suivi sur le terrain des différentes actions sur ce thème, le GRDR sélectionna trois associations parmi les volontaires au sein de la Charte Santé pour réaliser le projet de lettres vidéo. Ces associations de ressortissants regroupent plusieurs villages et hameaux autour d'un village central qui donne son nom à l'association : l'Association des Ressortissants de Diboli et les Villages Environnants (ARDVE), l'Association du centre de santé de Gory Gopela (ASACO), et l'Association des Ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France (ARASF) (ces

associations seront décrites plus précisément dans la partie 2.2.3). Peu à peu, le GRDR se déchargea du pilotage du projet au profit de la Charte Santé et de son homologue au Mali regroupant les mêmes partenaires, l'Association Inter Centre de Santé (AICS). La réalisation de la deuxième série de lettres vidéo partant de Paris se fit donc de manière autonome vis à vis du GRDR.

En premier lieu, deux animateurs ont été choisis dans chacune des trois associations de ressortissants, sur la base de leur engagement associatif, de leur disponibilité et de leur volonté à participer. En parallèle, les associations des villages correspondants ont également choisi deux animateurs. En France, ces animateurs ont participé à une vingtaine d'heures de formation en technique d'animation participative et en santé publique (sur la situation et la prévention sanitaires, les structures socio-sanitaires existantes, etc.), données par des médecins du GRDR. Et d'une vingtaine d'heures de formation aux techniques vidéo par l'association Avenir Vivable. Au Mali, si les formations sont plus courtes en raison de la disponibilité des formateurs, elles suivent le même modèle. Tous les animateurs doivent s'appropriier ces connaissances pour pouvoir à leur tour les transmettre aux membres de leur association. Ils présentent ainsi aux membres le projet, ses buts et ses moyens, et proposent différentes maladies contagieuses et sexuellement transmissibles qui pourraient être abordées, dont le VIH/sida.

Les maladies

Le choix des maladies que les lettres vidéo allaient aborder fut un long processus qui a demandé plusieurs allers-retours. D'abord entre les membres, au sein de chaque association : le projet, et les différentes maladies qui pourraient y être abordées, ont fait l'objet de débats animés. Les membres cherchaient tout d'abord à bien comprendre les enjeux du projet avant de se lancer. Ensuite, ils n'étaient pas toujours d'accord sur le choix de la maladie à aborder, que se soit en relation avec la situation sanitaire sur place, leur avis sur l'urgence de lutter contre telle ou telle maladie, et la faisabilité du projet au vu des difficultés idéologiques, sociales et méthodologiques à parler, par exemple, d'une maladie sexuellement transmissible comme le VIH/sida. Le compromis obtenu au sein de chaque association est discuté entre les animateurs des différentes associations, pour s'assurer que la même maladie n'a pas été choisie par deux associations. Cela réduirait en effet la pertinence du projet puisque les lettres des différentes associations furent également projetées dans les villages des autres associations. Le choix du thème à aborder s'est donc finalement construit autour d'un double compromis, entre les associations, et en leur sein.

Il en fut de même pour le choix du scénario. Le choix des outils que sont la fiction, la musique, etc., sont aussi le résultat de nombreuses réunions, et donc d'un compromis entre les parties prenantes.

Le tournage et le montage

Suite à leur formation vidéo, les animateurs filment eux-mêmes les débats qui ont lieu entre les membres des associations de ressortissants en France, ou entre les villageois au Mali. Ils sont à la fois réalisateur, cameraman et preneur de sons. En France, les lieux de tournage privilégiés sont les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) où résident la majorité des membres de l'association de ressortissants en question et, au Mali, les locaux des CSCOM. En général, l'ensemble du tournage se fait en une journée ou une demi-journée, ce qui représente donc 4 à 6h de rushes. Le but fixé étant d'aboutir à des films de 30 minutes à 1h, le montage se révèle une étape décisive. En effet, celui-ci doit être validé par les participants. Le même responsable du GRDR, Pascal Revault, nous explique ainsi que « *il nous semblait important, à partir du moment où il s'agissait d'une lettre collective, qu'il y ait validation par la collectivité, de cette lettre unifiée* ». Cette étape est donc à nouveau l'objet de discussions entre les membres des associations. En parallèle, un important et fastidieux processus de sous-titrage par Avenir Vivable et certains animateurs est mis en œuvre.

La diffusion

Au Mali, lorsque cela est possible, les lettres vidéo en provenance de Paris, sont visionnées dans chacun des villages membres de l'association villageoise. Dans le cas d'un territoire trop étendu, comme c'est le cas de l'arrondissement de Sadiola qui comprend 46 villages, des représentants de chaque village sont informés à l'avance, et conviés à l'une des trois ou quatre projections qui ont lieu dans différents villages membres de l'association. Quant à la diffusion de ces réponses en France, elle se fera tout d'abord lors d'une réunion des membres de l'association de ressortissants concernée, puis dans la plupart des foyers où résident des ressortissants.

Au-delà de l'échange de lettres vidéo proprement dit, le projet aura des échos grâce à divers événements. Tout d'abord, à la fin de l'année 1997, c'est-à-dire au milieu du projet, le GRDR a réalisé un film documentaire d'une trentaine de minutes intitulé « Lettres vidéo pour la prévention », sorte de synthèse des six premières lettres vidéo échangées, c'est-à-dire celles pilotées par le GRDR. Le film décrit la naissance et la réalisation du projet. Composé d'extraits des lettres vidéo et des débats qui ont précédé leur réalisation, ce documentaire est commenté par une voix off qui remet le projet dans son contexte et décrit les différentes phases du processus. Ce film synthèse, réalisé en cours de route après un certain désengagement du GRDR au profit de la Charte Santé, permet de communiquer sur les réalisations du projet. De plus, le concept de lettres vidéo sera diffusé par le GRDR auprès de ses partenaires européens. Ainsi, les participants seront invités à venir présenter les lettres

vidéo de prévention santé lors d'un colloque à Londres. De plus, des associations, belges en particulier, reprendront par la suite le principe des lettres vidéo pour établir une autre communication entre les ressortissants d'Afrique centrale vivant en Belgique et leur médecin traitant par exemple. Ainsi, si ce n'est directement auprès des organisations pionnières de ce concept, les lettres vidéo recevront un écho positif, seront diffusées à la télévision publique Malienne, feront naître diverses initiatives à travers l'espace européen, et Africain, mais également, plus immédiatement, au Mali. En effet, de manière complètement indépendante de leurs ressortissants en France, deux villages de la région de Kayes, Gagny et Séro réaliseront chacun une lettre vidéo de prévention santé en 1998, Gagny sur le paludisme, et Séro sur la bilharziose¹⁰.

Les résultats

Les résultats du projet en termes de retombées sanitaires ou de changements dans les pratiques liées à la santé, n'ont pas été évalués. En effet, l'importance de l'évaluation des résultats et de l'impact des projets de développement ne sera instituée que plus tard. Ainsi, il est très difficile de dire quels résultats concrets le projet a eu sur les conditions de santé.

Parce qu'elles forment un dialogue, un échange, entre les migrants et leur entourage non-migrant, ces lettres vidéo forment un corpus particulièrement pertinent pour appréhender les transferts idéels, et les réactions qu'ils soulèvent chez les non-migrants. La section suivante aura pour but de problématiser notre recherche en mettant en parallèle cette expérience particulière et les interrogations que soulèvent les transferts idéels de manière générale.

1.2 Problématisation et objet de l'étude : les transferts idéels

L'appréhension des transferts idéels nécessite de faire appel à l'interdisciplinarité. Le besoin se fait sentir de créer des « patrons d'analyse en fonction des besoins cognitifs, sans les restrictions dues aux appartenances disciplinaires » (Assayag 2007). Les concepts que nous allons utiliser ont donc été créés dans différents champs théoriques (psychologie sociale, sociologie, linguistique, géographie, etc.), et pour l'étude de phénomènes différents. Pour nourrir notre étude, nous ferons donc des recoupements entre les arguments majeurs des théories en sciences sociales qui vont être explicités ci-dessous.

La dénomination de « transferts » est souvent utilisée pour décrire des flux Nord/Sud. Ici au contraire, à l'image du dialogue instauré par les lettres vidéo, les échanges qui

¹⁰ Le bilharziose est une maladie parasitaire chronique, due à un ver hématophage, le schistosome. En nombre d'individus touchés, elle est la seconde pathologie parasitaire après le paludisme.

constituent les transferts idéels se font dans les deux sens, Nord/Sud et Sud/Nord. Nous nous plaçons donc dans l'héritage des théories de sociologie de l'interaction d'Ervin Goffman, c'est-à-dire d'une analyse des rapports sociaux où l'influence entre les opérateurs est réciproque. Ainsi, les échanges ici considérés sont déterminés par un « cadre », qui structure la manière dont nous définissons une situation (le contexte/les circonstances), par l'importance de la « face », la valeur sociale que la personne revendique à travers la ligne d'action qu'elle adopte (le statut social des inter-actants), et par la « figuration », c'est-à-dire les pratiques normalisées utilisées pour que l'interaction atteigne ses buts, quels qu'ils soient.

Comme nous l'avons vu à la fin de notre introduction, les grandes interrogations qui guident notre travail sont : quelles sont les conceptions du mieux être mises en débat par les transferts idéels, et dans quelle mesure les transferts idéels peuvent-ils être facteurs de transformation sociale dans les régions de départ.

Nous distinguons ainsi les concepts qui vont nous permettre d'appréhender tour à tour le contexte, la transmission, la nature et les effets des transferts idéels, tout en distinguant pour chaque élément, les hypothèses que nous chercherons à valider au cours de cette étude.

1.2.1 Le contexte des transferts idéels : les espaces sociaux transnationaux.

Tout d'abord, pour comprendre ce que sont les transferts idéels, il nous faut voir quelles sont les circonstances (contextes historiques, géographiques, politiques et sociaux) qui font naître ces transferts.

Pour cela, nous utilisons les acquis théoriques développés par les courants du transnationalisme. Ceux-ci développent l'idée que le cadre de l'Etat-nation est dépassé par des acteurs et des phénomènes économiques, politiques et culturels qui ont lieux dans plusieurs pays à la fois, et qui nécessitent une présence concomitante dans deux espaces géographiques. Au départ, comme le fait Alejandro Portes, on a pu différencier (pour mieux les lier) le transnationalisme des grandes firmes multinationales et celui des communautés constituées pas les migrants et leurs proches restés au pays. Une fois recentrée sur les effets de cette « mondialisation par le bas » (Tarrow, 2002) dont les migrants sont les acteurs privilégiés, la notion de transnationalisme ouvre des perspectives pour une nouvelle appréhension des migrations. Dans son chapitre du *Handbook of International Migration*, l'anthropologue Nina Glick Schiller propose une définition de la migration transnationale : « *La migration transnationale est une forme de migration dans laquelle les individus, au lieu de traverser les frontières internationales pour s'installer et développer des relations sociales dans un nouveau pays, conservent des liens sociaux avec leur État d'origine. Dans la migration transnationale, les gens vivent littéralement leur vie à cheval sur les frontières*

internationales. C'est-à-dire qu'ils établissent des espaces sociaux transnationaux » (Glick Schiller, 1999, traduction de Louis-Jacques Dorais dans la Revue européenne des migrations internationales, vol. 20 - n°3, 2004). À la différence de la migration « simple », la migration transnationale implique donc une participation à l'organisation économique, politique et sociale de son espace d'origine, ainsi qu'une certaine intégration à son pays d'arrivée. Ainsi, sous des formes plus ou moins organisées, les liens sociaux entre le migrant et son entourage non migrant se développent au-delà des frontières grâce aux réseaux et aux circulations. Les migrations transnationales créent donc des espaces sociaux particuliers. L'espace social est ici défini comme la forme « à la fois concrète et symbolique, spatialement organisée et dynamique que produisent les activités socioculturelles des hommes » (Di Méo et Buléon, 2005). A cette première définition, s'ajoute celle de Pierre Bourdieu qui met l'accent sur le fait que les espaces (ou champs) sociaux sont constitués de multiples réseaux inter-reliés de relations sociales au travers desquelles des idées, des pratiques et des ressources sont inégalement échangées, organisées et transformées.

Les spécificités des espaces sociaux dit transnationaux ont été étudiées par Peggy Levitt et Nina Glick Schiller. Selon elles, ces espaces sont définis par le fait qu'ils intègrent à la fois ceux qui ont migrés et ceux qui sont restés. Les non-migrants, sans quitter leur territoire, font eux aussi l'expérience du transnationalisme, sur la base d'expériences réelles ou imaginées, partagées au-delà des frontières, avec leurs proches qui ont migré ou sont encore en migration. Cette perspective transnationale sur les migrations permet de réaffirmer que la vie sociale ne se confine pas à l'intérieur des frontières des états. Les personnes participant à ces espaces sociaux transnationaux ont leurs références dans plusieurs sociétés, en termes de droits, de devoirs et d'organisation sociale. Elles sont intégrées dans de multiples institutions légales et politiques qui déterminent et légitiment, de manières différentes, la citoyenneté, ou les rapports des classes, de genres... Ces personnes occupent donc simultanément différentes positions sociales.

L'espace social transnational spécifique, considéré par notre étude, est caractérisé par plusieurs éléments. Nous les aborderons ici rapidement avant de les présenter plus en détails dans le deuxième chapitre.

D'abord, puisque les transferts idéels s'illustrent géographiquement par des flux entre le Nord et le Sud, ils sont à replacer dans un contexte historique et idéologique particulier qu'est le post-colonialisme. En effet, l'environnement des transferts idéels de migrants ouest-africains en France ne saurait s'expliquer sans que l'on prenne en compte le rapport particulier que ces migrants maliens ont à l'Europe et, en particulier, à la France comme ancienne puissance coloniale. De même, le contexte établi par les politiques migratoires des états concernés est à prendre en considération. Ensuite, puisque nous interrogeons le cas d'une campagne de prévention santé, il nous faut remettre ses actions dans leur contexte sanitaire.

Ainsi, le contexte des transferts idéels, ou autrement dit les circonstances qui les voient naître, est donc caractérisé par l'établissement d'espaces sociaux transnationaux sur lesquels ces transferts idéels circulent. Contrairement aux théories transnationales dominantes qui voudraient chercher des généralités, des « *trends* », qui illustreraient la « globalisation culturelle », nous partons ici du principe d'une spécificité particulière à chaque situation spatio-temporelle. Dans le cas de notre étude, cette situation est caractérisée par l'histoire politique qui lie les deux espaces, ainsi que par les développements particuliers qu'ont connus les politiques de santé publique et la situation sanitaire en France et au Mali.

1.2.2 La transmission des transferts ideels : la communication des idées

L'étude de la communication, qui mobilise autant les ingénieurs que les psychosociologues, s'est d'abord focalisée autour de la question : comment améliorer la transmission d'un message ? Ainsi, dans les années 1950, la théorie de l'information, nous propose déjà quelques concepts intéressants à prendre en compte dans le cadre de notre étude. D'après cette théorie, la communication est « la transmission d'un message d'un endroit à un autre » (Abric, 1999). Pour être transmis, le message doit être *codé*, passer par un *canal*, et être *décodé* par le récepteur du message. Le codage étant ici la traduction de l'information dans un langage compréhensible pour le destinataire, et le décodage l'appropriation, la compréhension du message par ce destinataire. C'est l'appréhension par l'émetteur de ce qui est « compréhensible » par le récepteur qui nous importe ici, ainsi que les mécanismes d'« appropriation » du message par le destinataire.

C'est avec les théories de psychologie sociale que la recherche en communication va chercher à approfondir ces questions. Ainsi, en psychologie sociale, la communication est comprise comme « un processus d'échange d'informations et de significations entre des personnes, dans une situation sociale donnée » (Abric, 1999). Au-delà du fait que cette définition remet au centre de la communication l'interaction entre les acteurs, c'est la transmission de significations qui est concomitante à l'échange d'information qui nous intéresse ici. De plus, la question qui est posée par la psychologie sociale de la communication n'est plus « Comment améliorer la transmission d'une information? », mais « Quels sont les objectifs des acteurs communicants? Que cherchent-ils à atteindre et à éviter? ». La psychologie sociale va ainsi étudier les facteurs déterminants de la communication au travers du rôle des acteurs, des codes et canaux utilisés, et du contexte ou environnement. Nous étudierons donc ces transferts en tant qu'objets communicationnels, et plus spécifiquement, en tant que discours. Le discours se définit comme « *toute production (verbale et non verbale) d'énoncés accompagnés de leurs circonstances de production et*

d'interprétation » (Barry, 2001). Il s'agit donc d'un message produit à partir d'une position sociale ou idéologique, pris globalement. Appréhender les transferts idéels comme des discours nous permet ici de mieux prendre en compte l'ambiance psychologique dans laquelle se déroule la conversation.

Dans l'approche de la double absence initiée par Abdelmalek Sayad, l'univers social et psychologique du migrant apparaît comme constitué de plusieurs contradictions : entre son statut d'immigré et celui d'émigré, entre communauté et individu, sur les idées d'un provisoire qui dure et d'une ubiquité impossible (ni ici ni là-bas). Cette analyse nous permet d'aborder les transferts idéels non pas comme un rapport social simple entre deux acteurs aux intérêts propres, mais comme la coprésence de trois acteurs : l'immigré, l'émigré et le non migrant. Nous constatons ainsi un espace social particulier, réunissant paradoxalement trois « acteurs » dans une conversation pourtant faite de deux voix seulement. Ses travaux, et d'autres études sur les expériences particulières des migrants, nous aide à comprendre le statut social, la place dans le système social, qu'acquièrent les migrants vis-à-vis de leurs proches restés au pays en raison de leur situation migratoire. Cette compréhension est primordiale, car les théories de la communication nous enseignent également que la légitimité du message et le pouvoir de persuasion de ceux qui le transmettent dépendent intimement de la perception par les acteurs de leur statut réciproque et respectif. Or nous le voyons, les migrants qui occupent ce type d'espace possèdent simultanément plusieurs statuts. La transmission des transferts idéels va donc également dépendre de la position choisie par chaque acteur pour s'exprimer. Quelles stratégies emploie le migrant pour s'assurer de la bonne formulation des messages dont il est porteur? Comment choisit-il le contenu du message? Comment formule-t-il son message pour que celui-ci soit compris, sinon accepté, par son entourage ? Quels sont les outils de persuasion qu'il met en place?

Notre hypothèse est ici que, pour des raisons historiques et sociales, il existe une légitimité relative du discours du migrant, pour le non-migrant, et vice versa. Les participants au dialogue devront donc mettre en place des mécanismes de persuasion particuliers.

Enfin, il nous faut aborder les moyens utilisés pour la communication entre le migrant et son entourage non migrant, car la distance crée des formes particulières de communication. Malgré la distance, les informations circulent vite entre le village et ses émigrés. Le migrant est constamment tenu au courant des nouvelles du village, et celui-ci sait beaucoup de ce que vivent ses ressortissants à l'étranger et ce grâce à plusieurs moyens de communication bien établis.

Aujourd'hui, les interactions se déroulent de plus en plus souvent grâce aux moyens de communication que sont le téléphone à bas prix, l'internet, etc. A l'époque du projet, les nouveaux moyens de communication électroniques n'en sont pas au même stade de développement, ni d'accès. Ainsi, les populations considérées ici communiquent surtout, de

manière indirecte, grâce aux aller/retours, des uns puis des autres, au village. Chaque voyageur transmet ainsi des nouvelles de l'entourage de chacun. Il peut aussi être porteur de nouvelles communiquées directement grâce à l'utilisation de cassettes audio sur lesquelles, à Paris ou à Kayes, on s'enregistre à tour de rôle. Le courrier est aussi utilisé. Mais le passage par l'écrit est également une manière de diffuser les informations à d'autres personnes que celles directement concernées par l'échange, en raison de l'analphabétisme d'une forte proportion des résidents qui les oblige à se faire lire leur courrier par quelqu'un maîtrisant la lecture. Par un moyen ou par un autre, la communication entre les deux espaces est donc relativement dense, mais cela ne permet bien sûr pas d'abolir la distance qui existe entre le migrant et son entourage non migrant.

Dans notre étude, l'échange se fait par le médium de la vidéo. Ce médium a la caractéristique d'utiliser à la fois l'oral et l'image, ce qui est particulièrement pertinent dans le cadre d'une campagne de prévention santé.

1.2.3 Les éléments constitutifs des transferts idéels

Nous utilisons ici la définition de l'idéal de Maurice Godelier (voir point 2 de l'introduction). Selon lui, celui-ci est constitué de représentations, de jugements et de principes. Les transferts idéels sont donc les représentations, jugements et principes qui sont partagés, échangés, et surtout débattus sur l'espace social transnational constitué par les ressortissants maliens en France et leurs villages d'origine. Nous allons à présent détailler la nature de ces éléments constitutifs des transferts idéels.

En psychologie sociale, les représentations sociales au sens large, sont définies comme « la vision du monde et des choses que les individus ou les groupes portent en eux et utilisent pour agir ou prendre position », et plus particulièrement, comme « un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes à propos d'un objet donné » (Abric, 1994). Elles peuvent s'attacher à n'importe quel objet social (la politique, la maladie, les études...), et sont constituées à la fois de la vision individuelle et de la vision portée par le groupe. L'étude des structures des représentations sociales nous aide donc à comprendre en quoi les transferts idéels revêtent à la fois des aspects internes à l'individu, et d'autres éminemment sociaux. Les représentations sont « reconnues comme indispensables pour comprendre la dynamique des interactions sociales » (Abric 1994). Nous irons même plus loin, considérant la dynamique des représentations comme étant, à terme, un moteur du changement social. En effet, si par leur structure et leur caractère collectif, les représentations sociales sont dotées d'une certaine inertie, il n'en reste pas moins que, pour garder leur pouvoir explicatif, elles doivent s'adapter à un environnement en changement constant. Les travaux de psychologie sociale sur la stabilité et la dynamique des représentations sociales nous éclairent sur les mécanismes qui peuvent participer à la

dynamique de ces représentations. L'un de ces mécanismes, est l'apparition d'éléments ou de discours qui viennent en porte-à-faux avec tout ou partie de la représentation concernée. Ces éléments nouveaux peuvent faire naître différents mécanismes chez l'individu ou le groupe dont la représentation sociale est, pour un temps, remise en cause. Ces mécanismes, appelés « mécanismes de défense », ou « protection des savoirs anciens », ont pour but de maintenir la cohérence interne du système cognitif du groupe ou de l'individu, qui à terme ne peut supporter de trop criantes contradictions.

Cette notion extrêmement large et diffuse de représentation sociale, nous est utile en raison des travaux sur sa dynamique, mais aussi pour recadrer les autres notions que sont les jugements et principes, et qui sont, elles, plus aisément identifiables dans le discours. Les principes ici considérés concernent les principes moraux, c'est-à-dire les règles générales théoriques qui guident la conduite. L'ensemble des principes d'un groupe pouvant être rapproché de la notion de doctrine. Quant aux jugements auxquels nous nous intéressons, ce sont des jugements de valeur, qui expriment la subjectivité du locuteur, contrairement à des jugements de fait qui sont, eux, objectifs. Cette subjectivité, forcément normative, nous renseigne donc aussi, indirectement, sur les normes. Le jugement est l'acte de juger ou le résultat de cette action, c'est l'acte de la pensée qui affirme ou nie, et qui pose ainsi le vrai. Les opinions qui s'expriment au travers des jugements énoncés illustrent les appréciations des locuteurs sur quelque chose ou quelqu'un, et forment ainsi les arguments du débat. Or, l'expression de ces jugements de valeur est plus facilement identifiable dans le discours grâce à l'usage de marqueurs spécifiques dans le lexique utilisé (voir 1.3.2).

Ainsi ces quelques notions, intimement liées, et qui voient s'entremêler norme, principe, opinion, croyance, représentation collective, appréciation, doctrine, valeurs et jugements, etc., forment l'idéal. Au travers de ses actions, plus ou moins spontanées et institutionnalisées, pour son village d'origine, le migrant mobilise nécessairement, consciemment ou inconsciemment, les notions constitutives de l'idéal. Ainsi, lorsque celles-ci sont énoncées au cours d'un échange entre le migrant et le non migrant, elles deviennent des transferts idéels.

Puisqu'ils sont constitués de jugements, de représentations et de principes propres à leur locuteur, les transferts idéels peuvent constituer des éléments qui viennent contredire les jugements et principes existants dans les régions d'origine. Soulevant le débat, ils constituent un facteur potentiel de transformation sociale. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse qu'ils participent à porter certains thèmes sur le devant de la scène, et contribuent donc à créer des représentations sociales sur des sujets qui n'en étaient pas encore l'objet.

1.2.4 Les effets des transferts idéels

Sans aucun doute, cette interrogation sera la plus difficile à éclairer. En effet, ne travaillant pas sur des données directement quantifiables, « l'impact » au sens strict du terme ne saurait être l'objet de conclusions définitives.

Des recherches ont été menées sous divers angles, qui mettent en lumière certains effets des transferts idéels. Ainsi, par exemple, une littérature abondante existe déjà sur les associations de ressortissants maliens en France. Les travaux de Christophe Daum en particulier, ont déjà démontré à quel point les réalisations de ces associations dans leur village d'origine ont participé à interroger l'organisation sociale du village (Daum, 1998). Grâce à la présente étude de cas sur le thème de la santé, nous pensons pouvoir apporter des éléments de réponse à cette problématique de la transformation sociale, par le biais des éléments plus subjectifs qui constituent l'idéal.

Les éléments contenus dans les transferts idéels, fruits d'une double appartenance, sont susceptibles d'être consciemment, ou inconsciemment, interprétés par les non-migrants, comme une menace planant sur leurs valeurs, et donc un danger pour leur équilibre cognitif, voire pour leur identité. A l'image des théories sur la stabilité et la dynamique des représentations sociales, nous partons du fait que l'apparition de stratégies de protection des savoirs anciens face aux messages portés par les migrants dans les transferts idéels est un de ces facteurs qui limitera les effets des transferts idéels sur la transformation sociale. Ces stratégies sont de plusieurs ordres. Certains auteurs parlent de dissonance cognitive (Festinger, 1957), d'autres d'imperméabilité à l'information ou de l'interprétation défensive (Moliner, 2001). Plus prosaïquement, il s'agit pour les personnes sujettes à des arguments contradictoires, soit de rationaliser la contradiction, soit de la réfuter. La rationalisation consiste à minimiser l'importance de l'élément contradictoire ou d'en changer la signification. Réfuter la contradiction revient à nier l'existence même de l'élément contradictoire ou simplement à l'éviter. Prévoir ces mécanismes nous permet donc de mieux appréhender ce que les migrants, qui conçoivent et transmettent un message, doivent prendre en considération pour que le message soit réapproprié par son audience, et ne reste pas lettre morte.

Nous tenterons donc d'évaluer les effets des transferts idéels en examinant si les transferts idéels et les débats qu'ils entraînent ont, ou non, éveillé des mécanismes de défense des savoirs anciens chez les non-migrants.

Le projet des lettres vidéo va servir de support pour l'étude des transferts idéels. Nous allons à présent développer la méthodologie utilisée.

1.3 Méthodologie

1.3.1 Les entretiens

Les objectifs de ces entretiens réalisés auprès de différents acteurs du projet sont multiples. De manière générale, le but de ces rencontres fut d'obtenir une meilleure compréhension du contexte du projet, ainsi que des aspects organisationnels qui, nous l'avons vu, sont relativement complexes en raison de la multitude des organisations participantes. De manière plus détaillée, nous avons d'abord cherché à connaître l'histoire des associations qui sont à l'origine du projet, les raisons qui ont poussé à faire naître ce projet et les buts qui lui étaient assignés. Pour cela, la prise en compte de la vision qu'ont les acteurs du contexte sanitaire des populations en question, c'est-à-dire à la fois des migrants et des communautés villageoises, était nécessaire. Cette situation sanitaire étant également le fruit des campagnes de prévention précédentes, qu'elles soient l'œuvre des pouvoirs publics ou d'ONG, en France et au Mali, les perceptions qu'ont les acteurs de ces éléments sont également interrogées. Ensuite, nous avons cherché à savoir quelle était la répartition des tâches entre les différents acteurs (initiative, financement, coordination, réalisation...), ainsi que les différentes étapes de la réalisation des lettres vidéo, c'est-à-dire leur histoire. Une attention particulière a aussi été donnée aux stratégies qui ont été mises en place pour élaborer le choix du support et de la forme du contenu (débat, sketches, dialogues...), ainsi que pour dépasser les difficultés liées à la prévention. Enfin, les acteurs ont été interrogés sur leur perception des résultats du projet, leur estimation de son succès et de ses limites que ce soit en termes de coopération ou d'avancées sanitaires sur le terrain.

Méthodologiquement, nous avons fait ici le choix de l'entretien semi-directif, plutôt que du questionnaire. En raison, d'abord, de la taille réduite de la population interrogée, pour laquelle le questionnaire n'aurait certainement pas apporté de résultat tangible. Ensuite, car le questionnaire nécessite d'avoir préétabli une hiérarchisation des causalités du phénomène, ce que nous n'avons pas ici et qu'au contraire nous cherchons à dégager. La construction, la structuration du discours par les interviewés est en effet de première importance lorsque l'on ambitionne d'appréhender, non pas exclusivement des faits, mais des motivations, des significations, des opinions, etc. Si l'analyse biographique aurait pu amener des éléments intéressants sur le parcours des personnes rencontrées, elle ne paraissait par contre pas adaptée à l'appréhension d'un processus temporellement réduit à quelques années. De plus, centrée sur l'individu, elle n'aurait pas permis de conserver l'aspect collectif qui nous intéresse. Les personnes ont en effet été rencontrées davantage en tant que membres d'une structure qu'en tant qu'individus. L'entretien semi-directif permet par contre de dévoiler les logiques d'action individuelles et collectives. Le nombre de nos questions a donc été réduit au minimum, de manière à permettre aux interviewés de

s'exprimer plus librement. Avec l'accord des personnes concernées, la plupart de ces rencontres ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrites sur support informatique, de manière à en faciliter le traitement.

Un premier entretien exploratoire a eu lieu le 16/01/2009 avec deux des trois responsables du département d'appui aux actions socio-sanitaires du GRDR, Marianne Mailloux et Samba Sylla. Nous avons ainsi pu obtenir un premier aperçu de l'intérieur, sur les motivations, l'histoire, et le déroulement du projet. Cela a permis de mieux orienter nos lectures d'ici à la phase de terrain. Celui des responsables qui avait participé au projet (l'autre étant entré au GRDR plus tard), nous a également aidé à identifier les personnes-clefs du projet (pour la liste détaillée des entretiens, voir le tableau de l'annexe I)

L'identification et la mise en place de rencontres avec les interlocuteurs membres des associations qui ont coordonné ou soutenu le projet (comme le GRDR ou Avenir Vivable) n'a pas posé de difficulté particulière. Nous avons ainsi pu rencontrer l'un des coordinateurs du département d'action sociale et sanitaire du GRDR, le responsable de ce département à l'époque, qui fut également la personne en charge de la formation en méthode participative et santé publique, ainsi que le formateur en technique vidéo, membre d'Avenir Vivable (qui est aussi la personne qui a pu mettre à notre disposition les DVD des lettres vidéo).

Joindre les personnes membres des associations de migrants s'est avéré plus difficile. En effet, un problème d'accès aux lettres vidéo elles-mêmes, que nous expliquerons plus tard, a engendré un certain retard dans l'identification des participants à interviewer. De plus, une fois identifiées, ces personnes ont pu se révéler difficiles à contacter. Les liens interindividuels ont pu se distendre en dix ans, ce qui a compliqué la tâche pour retrouver leur contact téléphonique et fixer un rendez-vous avec eux. Ainsi, après le visionnage des lettres vidéo, nous avons identifié deux ou trois personnes, dans chacune des trois associations, puis nous avons demandé au GRDR s'il était possible de retrouver leur trace. Nous avons heureusement pu réaliser des entretiens avec des membres de chacune des trois associations participant à la réalisation des lettres vidéo. Désirant interroger les personnes les plus impliquées dans le projet, nous avons prioritairement cherché à entrer en contact avec les animateurs du projet au sein de chaque association. Nous avons pu les rencontrer pour les associations de Gory Gopela et Sadiola. Malheureusement, les deux animateurs de l'association de Diboli sont aujourd'hui décédés. Il a donc été décidé de rencontrer le président de l'association. Par chance, celui-ci a pris l'initiative de joindre deux de ses amis pour participer à la rencontre. Ceux-ci sont, et étaient déjà à l'époque, le secrétaire général et le secrétaire adjoint de l'association. De plus, puisque nous n'avons pas pu nous rendre au Mali, nous n'avons pas interviewé les membres des associations villageoises qui ont réalisé les lettres vidéo parties de Kayes. Par contre, avec l'aide de Patrick Gonin, qui s'est rendu au Mali dans le cadre d'une de ses missions, nous disposons d'un entretien, réalisé en notre nom,

avec l'un des responsables de l'AICS, la structure qui fédère les associations de gestion des centres de santé au Mali.

Les difficultés rencontrées dans la tenue de ces entretiens sont d'ordres divers. D'abord, pour tout entretien, la disponibilité des acteurs et de locaux appropriés à leur audition, sont des facteurs contraignants.

La mobilité des acteurs en question a été une difficulté importante puisque nous parlons ici de personnes actives (et donc rarement disponibles en journée), mais également mobiles à l'échelle internationale, comme le montre le cas particulier d'un des trois responsables du département d'appui aux actions socio-sanitaires au GRDR et de sa double résidence à Paris et dans la région de Kayes. Le calendrier de ces entretiens a donc été préparé le plus tôt possible pour éviter toute déconvenue. Ainsi, si la localisation des interviews avait été identifiée comme un facteur important pour garantir une certaine homogénéité, c'est-à-dire ne pas entraîner de trop grandes différences dans les discours dus à des facteurs extérieurs (lieu public/lieu privé, lieu de travail/de résidence...), tous les entretiens n'ont pas pu avoir lieu dans un même endroit, ou tout au moins dans des lieux remplissant des fonctions similaires. Et ce, en particulier à cause de la dispersion géographique des interviewés (Paris intra-muros et sa banlieue), et de leur disponibilité contrainte par leur temps/lieu de travail et leurs obligations familiales.

Enfin, une difficulté particulière, et non des moindres, à prendre en compte est celle de la temporalité. Comme nous l'avons vu, le projet date du milieu des années 1990, et donc ses prémisses ont presque une vingtaine d'années. Le nécessaire saut dans le temps qui a été demandé aux interviewés pour se remettre dans le contexte de l'époque a été source d'imprécisions voire de réécriture des faits, sans parler tout simplement de l'oubli que fait naître le temps. C'est pourquoi pour compléter les informations obtenues lors des interviews, notre outil méthodologique principal est l'étude des lettres vidéo elles-mêmes (voir section suivante). Il faut néanmoins noter que le temps écoulé peut aussi être un avantage. En effet, les années passant, chacun a pris un certain recul vis-à-vis des événements. Les détails du processus s'étant effacés avec le temps, seuls les situations, les éléments forts, qui auront marqué la conscience et la mémoire des personnes interviewées, sont encore vivaces. Le discours des intervenants est donc comme mûri par le temps, ce qui nous a permis de nous rapprocher du fond des choses, c'est-à-dire du vécu subjectif qu'ont provoqué les lettres vidéo.

De plus, les douze années qui se sont écoulées depuis le début du projet font qu'il y a « prescription ». Cette prescription est en effet nécessaire, car la confiance qui règne entre le GRDR et les associations de migrants est aussi basée sur le fait que leurs projets ont pour but de soutenir les villages d'origine, et non d'assouvir la curiosité anthropologique ou sociologique de chercheurs. La décennie écoulée réduit ainsi le problème éthique qu'il peut y avoir à analyser les discours, les représentations sociales de certaines personnes, à leur insu.

1.3.2 L'analyse des vidéos

Le visionnage et l'analyse des lettres vidéo échangées constituent l'élément central de notre étude. Nous allons à présent en décrire les principales étapes.

Il faut d'abord signaler que nous avons dû faire face à des difficultés particulières. De manière inattendue, l'accès aux lettres vidéo s'est révélé difficile. En effet, alors qu'on nous avait assurée de la disponibilité immédiate des vidéos au GRDR, le récent déménagement des locaux de l'association fait que la plupart de ses archives sont aujourd'hui dans des cartons non identifiables, dans un garde-meuble proche des nouveaux locaux. Avec quelques employés du GRDR nous nous sommes rendus sur place pour tenter de retrouver les lettres vidéo. Cette première tentative n'a guère été concluante, puisque seules les trois dernières lettres vidéo ont pu être retrouvées par cet intermédiaire. Les responsables du secteur santé du GRDR m'ont alors réorientée vers Avenir Vivable, l'association qui avait formé les participants aux techniques vidéo. S'il a été relativement difficile d'entrer en contact avec l'association, l'un de ses membres put néanmoins me rassurer sur la disponibilité des lettres. Mais le support utilisé pour les vidéos a, lui aussi, représenté un obstacle. Les moyens de communication à disposition des usagés ont en effet beaucoup évolué. Nous sommes aujourd'hui à l'ère de l'Internet, de la téléphonie à bas prix, etc. Les lettres vidéo sont elles sur VHS, ou en format professionnel SVHS, des supports vidéos aujourd'hui en voie de disparition, en raison de la concurrence des supports numériques tel que le DVD (et maintenant le Blu-Ray), mais également par les webcams. En effet, l'Internet est aujourd'hui un important support vidéo, à l'image du succès de sites comme You Tube où tout un chacun peut mettre en ligne les vidéos de son choix, et pour une durée qui n'est, en général, limitée que par un souci d'accès à ces vidéos. L'obsolescence du support utilisé a donc constitué une autre difficulté dans l'accès aux lettres vidéo, puisqu'il n'a pas été possible de les récupérer immédiatement. Avenir Vivable a aimablement accepté de travailler sur la mise sur DVD de ces vidéos, qui me furent, quelques semaines plus tard, envoyées par la poste.

Une fois les vidéos disponibles, l'étude des **discours** dont elles sont porteuses a été un long processus. D'abord, les personnes participant aux lettres vidéo s'expriment dans plusieurs langues (soninké, khashonké, malinké, peuhl), que nous ne comprenons malheureusement pas. Nous l'avons vu, certains coordinateurs du projet, en particulier au sein du GRDR, avaient insisté pour que les lettres soient sous-titrées en français. Une traduction simultanée des paroles prononcées est donc disponible pour notre travail. Bien sûr, le fait que nous soyons face à une traduction entraîne des approximations. D'abord, parce que toutes les nuances ne peuvent être transmises dans une autre langue, ensuite parce que le traducteur a dû lui-même interpréter les dires pour pouvoir les traduire, influençant par la même occasion notre propre interprétation des échanges. L'appréhension des nuances est bien sûr également gênée par le fait que nous ne connaissons pas les détails des rapports

interpersonnels entre les intervenants. Le discours du migrant est en effet influencé par le fait qu'il ait sa famille proche avec lui en France, ou qu'il s'adresse directement à eux par ces lettres à destination du Mali. De même, un villageois réagira différemment aux lettres s'il a déjà discuté de ces sujets avec un père ou un frère en migration. Nous n'avons néanmoins pas ces informations à notre disposition, et considérons donc que tout un chacun a des proches au village et en migration. Et au-delà de ces barrières que compose de la langue et l'intimité relationnelle, la signification du message nous parvient néanmoins. Pour pouvoir plus facilement analyser ces messages, nous avons fait une retranscription complète des sous-titres des neuf lettres vidéo (disponible à l'annexe II).

Le texte ou plutôt le discours, devenu écrit, a ainsi pu faire l'objet d'une analyse linguistique. Pour cela, nous utilisons les théories de l'analyse du discours, dans lesquelles ce dernier est défini comme « un ensemble d'énoncés considérés dans leur dimension interactive » (Charaudeau et Maingueneau, 2002), où les circonstances de production et d'interprétation sont donc primordiales. Aidée par cette méthodologie qualitative et multidisciplinaire, nous avons analysé les messages préventifs transmis, de manière à dégager les représentations, jugements et principes qu'ils véhiculent. Les recherches en linguistique, puis en analyse du discours, ont permis d'identifier des modalisateurs qui sont les marques de jugement ou de sentiments du locuteur qui se retrouvent dans son discours. En effet, il est rare qu'un texte soit neutre. Le locuteur exprime ses jugements au travers, par exemple, de sa certitude ou de son incertitude qui sera marquée grâce à des adverbes (certainement, peut-être, sans doute...). De même, la vérité ou la fausseté des propos qu'il rapporte sera rendue visible grâce à des verbes (croire, douter, ignorer...). Son jugement pourra aussi apparaître par l'utilisation qu'il fait d'adjectifs péjoratifs ou mélioratifs (bon, mauvais, beau, laid...), de noms normatifs (chauffard, type, génie...), de verbes comme « trouver que », « penser », etc.... Lorsque l'on est équipé de ces marqueurs, la lecture de la retranscription des lettres vidéo prend une autre dimension de laquelle ressortent, comme mis en lumière, les jugements, principes et représentations sociales qui ponctuent les échanges. Ainsi, les modalisateurs nous permettent d'identifier les éléments constitutifs des transferts idéels contenus dans le discours.

Une attention toute particulière a été donnée aux lettres réalisées au Mali à destination des migrants. N'ayant pas pu nous rendre au Mali, ces vidéos et les discours qu'elles comportent sont notre unique moyen d'évaluer la manière dont les transferts idéels ont été reçus par les non-migrants. De plus, une comparaison entre les lettres qui vont de Paris à Kayes, et celles allant de Kayes vers Paris, permet de dégager les points d'accord ou, au contraire, d'achoppement entre les deux espaces, ainsi que les décalages dans la mise en scène du dialogue, dans les représentations de la maladie ou dans les priorités à donner en terme de prévention. En effet, c'est sous l'influence des associations se trouvant au Mali que la prévention d'autres maladies (paludisme, maux de ventres) est peu à peu devenue

prioritaire, ce qui fait écho au fait que les préoccupations des migrants et celles de leur entourage non-migrant ne sont pas forcément en adéquation.

2. Eléments de compréhension de l'analyse de cas : santé et migrants maliens de la Région de Kayes

2.1 La santé comme un élément mobilisateur des transferts idéels

2.1.1 Les enjeux de la santé

Des définitions plus ou moins larges

Dans le dictionnaire Larousse, la santé est tour à tour définie comme « l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne bien », « l'état de l'organisme, bon ou mauvais », et « l'état sanitaire des membres d'une collectivité ». A l'OMS, elle est définie de manière plus holistique comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En sciences humaines et sociales, les chercheurs, dont Didier Fassin, anthropologue de la santé, insistent quant à eux sur les déterminants de la santé. Cet auteur propose ainsi de définir la santé comme *"le rapport, historiquement constitué, entre l'être physique et psychique, d'un côté, et le monde social et politique, de l'autre"* (Fassin, 2000). Considérer la santé comme un rapport du corps au monde politique et social revient à mettre en avant les déterminants politiques et sociaux de la santé. Abdelmalek Sayad, dans « la double absence », nous donne un bon exemple de ce que sont les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire le rôle des instances sanitaires et sociales dans la perception et la définition des causalités de la maladie, et donc du malade. Il utilise pour cela le cas de la «sinistrose». Définie au début du XXème siècle comme « *une attitude pathologique du blessé qui refuse de reconnaître sa guérison parce qu'il estime, de bonne foi, qu'il n'a pas obtenu de la loi une juste réparation du dommage subi* »¹¹, cette formulation transforme donc des revendications et/ou des frustrations d'origines sociales et politiques en pathologie.

Dans cette perspective de prise en compte des déterminants politiques et sociaux de la santé, il s'agit donc de considérer la santé comme étant particulière à chaque personne, envisagée dans son contexte relationnel et sa trajectoire, qu'elle soit migratoire ou non. Mais avant de réduire l'analyse de la santé à son niveau individuel, nous allons en présenter les

¹¹ Par le professeur Brissaud cité par Barbara Bertini dans «Régularisation et santé des migrants et des étrangers en France: une vieille nouvelle problématique ou un faux problème. Un détour par l'histoire », 2004

différents enjeux structurels. En effet, la santé doit aussi être considérée, dans un premier temps, dans ses composantes à la fois globales, locales et publiques.

Enjeux globaux de la santé

Didier Fassin parle de la santé comme d'un « fait social global ». Fait social d'abord, car nous l'avons vu, la santé est ici définie comme un rapport historiquement constitué. Global ensuite, à cause de l'interdépendance des déterminants de la santé. Celle-ci est bien sûr liée au fait que les épidémies n'ont pas de frontière, mais elle est aussi due au fait que les caractéristiques de la mondialisation (échange de marchandises, essor des transports, multiplication des politiques internationales) ont des impacts directs sur la santé des hommes qui y sont confrontés.

De plus, la santé est touchée par la globalisation car un « référentiel global », fruit de la circulation des modèles sanitaires et en particulier de l'exportation du modèle occidental, s'est peu à peu imposé dans les représentations et dans les pratiques de santé autour du globe. Diffusés par les organisations internationales, l'OMS en tête, certains indicateurs de mesures se sont généralisés, comme la « mortalité infantile » ou « l'accès aux soins prénataux ». De même, la mobilisation internationale pour l'accès aux « soins de santé primaires » ou des campagnes de vaccination élargies, soutenues en particulier par les programmes attendant aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), tendent à généraliser une certaine conception de la santé. Cette diffusion du modèle sanitaire occidental pose bien sûr de nombreuses questions sur l'avenir des systèmes thérapeutiques alternatifs, qu'ils soient présentés comme « traditionnels », « parallèles » ou « naturels ».

Enjeux locaux

Ainsi, cette globalisation de la santé doit être relativisée. D'abord, nous le verrons plus loin en détails, parce que, foncièrement inégalitaire, la globalisation l'est aussi dans la production des déterminants de la santé. De plus, il persiste des modèles sanitaires ne répondant pas aux critères globaux, ce qui nous empêche de conclure à une universalisation de la santé. L'objet d'étude traditionnelle de l'anthropologie médicale était en effet de décrire, dans telle ou telle société, le rôle et les pratiques des « guérisseurs ». Issus de traditions non occidentales ou, en tout cas, non soumis à la biomédecine, aujourd'hui modèle dominant en Occident, les guérisseurs ont et diffusent des représentations, des connaissances et des pratiques bien différentes de celles de la médecine que nous connaissons. Il existe en effet une « hétérogénéité [...] de l'espace social de prise en charge de la maladie et du malheur » (Fassin, 2000). En conséquence, les limites du champ thérapeutique sont différentes selon les sociétés. Dans les années 1970, cherchant à revaloriser les médecines

traditionnelles, les organisations internationales créèrent le statut de « tradipraticiens » ou « tradithérapeutes ». Ceux-ci tirent leur savoir à la fois de la tradition (connaissance des plantes) et de la « modernité » (éléments d'anatomie). Mais leur légitimité vient surtout de la reconnaissance dont ils jouissent de la part des pouvoirs publics. Ainsi, en Afrique, la mise en concurrence des systèmes thérapeutiques a créé des modèles sanitaires mixtes, combinant les représentations traditionnelles et occidentales de la maladie, qui aboutissent à un « *cheminement thérapeutique complexe, fait d'échanges entre pôles médicaux variés* » (Vidal, 1992). Si l'on prend l'exemple du VIH/Sida, le sens donné à la maladie n'est pas uniquement le fruit du discours scientifique, mais il est également basé sur les connaissances préalables qu'a la personne atteinte de la maladie, de ses causes (par exemple, la sorcellerie ou la présence d'étrangers) et de ses solutions.

Cette relativisation de la globalisation de la santé ne doit néanmoins pas glisser vers une vision trop culturaliste, comme cela a pu être le cas des discours épidémiologiques et médiatiques dominants à l'époque de l'émergence du VIH/Sida. Ce discours qui aboutit au début des années 1990 à une stigmatisation de l'Afrique, en tant que berceau et espace de prédilection de la maladie. La meilleure façon de contrecarrer ces tendances à recourir aux causalités culturelles des épidémies est de remettre la santé au sein des enjeux politiques qu'elle revêt.

Enjeux de la santé publique

En effet, l'état de santé d'une population dépend surtout des politiques de santé publique instaurées par l'Etat. Toujours d'après les travaux de Didier Fassin, l'irruption « *des désordres du corps dans l'espace politique a ainsi conduit, dans l'histoire, à une redéfinition progressive du gouvernement des hommes qui, à coté des fonctions traditionnelles visant à assurer la sécurité des gouvernés par des dispositifs de police et de défense, a inclus de plus en plus systématiquement l'administration sanitaire des populations et de la protection médicale des individus. Le corps est ainsi devenu peu à peu un lieu d'inscription de la légitimité politique* ». Une mise en œuvre plus ou moins efficace des politiques de santé publique, en particulier lors d'épidémies, se fera ainsi le miroir du pouvoir et de la légitimité de l'Etat. Parallèlement, l'essence même de ce qui doit être considéré comme relevant de la santé est au cœur du débat politique.

Les politiques de santé publique développées dans le cadre étatique africain sont très différentes de celles que nous connaissons au Nord. D'abord à cause du manque de moyens financiers et organisationnels, ensuite en raison du rôle important joué par les organisations internationales dans la mise en place de ces politiques de santé publique.

2.1.2 La situation sanitaire au Mali, ses déterminants et ses conséquences

Une politique de santé publique contrainte

Ainsi, la situation sanitaire en Afrique est en grande partie liée aux contraintes budgétaires qui limitent les possibilités de prévention, de dépistage et de traitement. Cette situation est en partie due aux Plans d'Ajustements Structurels (PAS) imposés par le FMI et la Banque Mondiale. Au Mali, dès 1982, un premier accord de crédit est signé avec la Banque Mondiale, avant que soit mis en place le premier PAS en 1987. Celui-ci impose à l'Etat qui se retrouve sous sa tutelle, de limiter ses dépenses publiques, et donc ses dépenses de santé. Au sein des PAS sectoriels (PDS pour le secteur sanitaire), ce sont les organisations internationales, avec à leur tête l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui prennent le relais de l'Etat dans l'organisation des réponses à apporter, par exemple, en cas d'épidémies. En parallèle, les ONG internationales comme la Croix Rouge Internationale ou Médecins sans frontière assurent une grande partie des soins prodigués aux populations. Le manque de moyens et le non-engagement de l'Etat ont des conséquences directes sur les conditions de vie de la population. Ainsi, de l'avis même de la Banque Mondiale, « *les premières causes de décès [au Mali] sont des maladies évitables comme le paludisme, la rougeole, le tétanos, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée* »¹².

Si les décès sont dus à des « maladies évitables », c'est ainsi parce que l'imposition verticale des politiques de santé publique par les organisations internationales n'a pas toujours été adaptée à la situation sanitaire du pays en question. Ainsi, à la fin des années 1980, la priorité donnée à la lutte contre l'épidémie du VIH/Sida a pu paraître démesurée face à l'urgence de la situation épidémique d'autres maladies comme le paludisme ou le choléra. Cette priorité, quasi-absolue, donnée au VIH/Sida a entraîné une inégalité entre les maladies, et donc entre les malades. Ensuite, la situation est aussi due au fait que pendant des décennies, ce sont les tarifs, imposés par les laboratoires pharmaceutiques d'Europe et d'Amérique du Nord sur les médicaments, qui ont empêché l'accès aux soins à de nombreuses populations. Ce non accès au soin a permis, voir encouragé le développement de réseaux clandestins d'achat et de vente de médicaments, ces « pharmacies par terre » (Sophie Schmidt, 1999), sur lesquelles aucun contrôle thérapeutique ou de qualité, ne peut être exercé, et qui peuvent en conséquence devenir un risque sanitaire.

¹² « Précis, La santé au Mali : Miser sur la participation locale » n°188, Printemps 1999, p2. Département de l'évaluation des opérations de la Banque mondiale, disponible sur [http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoelib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/33725DD635A9477D8525683C00570AA1/\\$file/188preFr.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/oed/oeddoelib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/33725DD635A9477D8525683C00570AA1/$file/188preFr.pdf)

Des conditions sanitaires inégales

Les rapports sur la Santé dans le Monde publiés par l'OMS situent l'état sanitaire du Mali comme l'un des plus précaires au monde. Pour avoir un rapide aperçu des causes de mortalité au Mali, nous nous reportons aux estimations de l'OMS selon lesquelles, en 2002, les infections respiratoires étaient responsables de 16% des décès; les maladies diarrhéiques (dont le choléra), 9%; le paludisme, 9%; les conditions périnatales (du quatrième mois de grossesse au septième jour après la naissance), 8%; le VIH/Sida, 5%; la tuberculose et la malnutrition, 3% chacun.

L'alimentation est bien évidemment un déterminant essentiel de la santé. Toujours d'après la Banque Mondiale: « *une analyse des résultats de l'enquête de 1995/96 indique que plus de la moitié de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans [135 % en 1996] pourrait être due à la malnutrition (qui atteint 1/3 des enfants de moins de 15 ans). Il est tout à fait évident que l'élargissement de l'accès aux services de santé sans une amélioration de la nutrition ne fera pas progresser sensiblement la santé juvénile* »¹³

Ainsi, les inégalités de la globalisation de la santé se reflètent aussi dans un indicateur de base essentiel qui est celui de l'espérance de vie à la naissance. Alors que celle-ci dépasse les quatre-vingts ans en France, elle est de quarante-six ans au Mali (OMS, 2006). Ces chiffres parlent d'eux-mêmes : 34 ans de « vie à vivre », séparent les deux espaces.

2.1.3 La prévention des maladies transmissibles*La prévention*

Puisque notre sujet concerne la prévention des maladies transmissibles, il nous faut relever quelques-unes des difficultés auxquelles doit faire face tout programme dont le but est de prévenir la maladie et donc, entre autres, de changer certaines pratiques à risque. Tout d'abord, bien sûr, d'importants moyens financiers et humains sont nécessaires. Or, comme nous l'avons vu, les moyens budgétaires ne sont pas toujours en accord avec les urgences épidémiques, et la formation des professionnels de la santé, pas toujours adaptée aux particularités propres à telle ou telle maladie. De même, l'organisation institutionnelle et administrative de la prévention peut être un frein si elle est imposée de l'extérieur sans appropriation par les acteurs locaux (comme ce fut le cas des Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida créés par l'OMS). En effet, comme l'explique Barbara Bertini, les messages construits par et pour la population majoritaire, peuvent se révéler inadaptés auprès de

¹³ Idem.

certaines publics, parce que les conceptions (du sujet, de la maladie, de la contagion) sur lesquels elles se basent ne sont pas toujours en adéquation avec celles des populations auxquelles elles s'adressent. Il faut donc dépasser la simple adaptation des campagnes aux contextes culturels pour aller vers un véritable ancrage dans les processus cognitifs et le tissu communautaire.

Pour faire face à ces difficultés, « *la prévention ne doit pas être entendue seulement comme l'apport de connaissances par des experts à des personnes "ne sachant rien" ou ayant de "fausses croyances"* » (Bertini, 2004). En effet, sans relais parmi la société civile, la prévention s'avère rarement efficace, d'où l'importance, par exemple, des associations de malades pour la sensibilisation d'un public plus large. Car, il faut nécessairement que la population ciblée se sente concernée par la maladie, qu'elle soit consciente de l'urgence de la situation, mais aussi qu'elle soit disponible pour assister à la « séance » de prévention quelle qu'en soit la forme.

L'accès de la population aux soins et à la prévention est également un facteur à prendre en compte. L'éparpillement des habitants, en particulier dans les zones rurales, complique le travail de prévention. Dans le cas particulier d'une prévention censée se faire dans les pays du Sud, un fort taux d'analphabétisme peut aussi représenter une difficulté importante puisqu'il élimine la possibilité de recourir à un certain nombre de supports, faisant de l'image et de l'oralité les seuls modes adaptés de transmission de l'information. Se pose alors également le problème de la langue, surtout lorsque l'on ambitionne d'intervenir dans une zone multilingue, comme c'est le cas du Mali où près de cinquante langues différentes sont quotidiennement parlées.

Enfin, une dernière difficulté, qui s'est particulièrement illustrée dans la prévention du VIH/Sida, est la construction de « groupes à risque ». Si elle peut avoir une certaine justification épidémiologique, cette catégorisation a également pu constituer un frein important à la prévention auprès d'une population plus large. Ainsi, pendant des années, malgré des programmes de prévention soutenus, le public occidental a longtemps considéré le VIH/Sida comme une maladie réservée aux homosexuels et aux toxicomanes. En plus de stigmatiser et de marginaliser ces populations plus encore qu'elles ne l'étaient déjà, cette construction de « groupes à risque » a retardé la prise de conscience par l'ensemble de la population que le virus VIH/Sida peut toucher tout le monde.

Toutes ces difficultés, propres aux campagnes de prévention, les acteurs du projet de lettres vidéo ont dû les contourner pour lui assurer une certaine efficacité. Il nous faudra voir comment ces difficultés ont été levées, car les stratégies mises en œuvre sont plus largement celles qui permettent la transmission des transferts idéels.

Les maladies abordées par les lettres vidéo

Les maladies transmissibles abordées par les lettres vidéo sont les suivantes : le VIH/Sida, la méningite, la rougeole, le choléra, le paludisme, et le cas particulier des « maux de ventres ».

Le virus du VIH/Sida, découvert au début des années 1980, reste encore très mystérieux, en particulier en ce qui concerne ses origines. On sait néanmoins qu'il se diffuse par voie sanguine et sexuelle et qu'en l'absence de traitement efficace, il reste une maladie mortelle, malgré les récents progrès thérapeutiques. On évalue aujourd'hui à 40 millions les personnes contaminées par le virus dans le monde¹⁴, dont 27 millions en Afrique, soit les deux tiers. Mais trois quarts des décès dus à cette maladie adviennent en Afrique subsaharienne. La particularité de ce virus est qu'il peut rester asymptomatique pendant des années, jusqu'à l'apparition de la maladie, le Sida qui en général n'est pas directement la cause du décès. En effet, la caractéristique de cette maladie est d'affaiblir les défenses immunitaires des personnes atteintes. Celles-ci décèdent donc le plus souvent des suites de maladies opportunistes, au premier rang desquelles, la tuberculose.

La méningite d'origine bactérienne a quant à elle donné son nom à une « ceinture de la méningite » qui correspond aux régions semi-désertiques d'Afrique subsaharienne, de l'Ethiopie jusqu'au Sénégal, ce qui la lie intimement aux conditions climatiques. En effet, au cours de la saison sèche, entre décembre et juin, à cause des vents chargés de poussières et des infections des voies respiratoires supérieures contractées à cause des nuits froides, l'immunité est diminuée, augmentant les risques de contracter la méningite. Celle-ci se transmet ensuite d'homme à homme par la salive. Les symptômes méningés sont particuliers. Il s'agit de raideur de la nuque, de léthargie, d'apparition de taches hémorragiques sous la peau, de **troubles** de la conscience, voire de coma. Elle se caractérise par un taux élevé de mortalité (8 à 10%), et nécessite un traitement par antibiotiques.

La rougeole, malgré l'existence d'un vaccin efficace depuis longtemps, reste très meurtrière (540 décès par jour en 2007). Comme la méningite, elle touche principalement les enfants en bas âge, et devient mortelle en particulier si la personne souffre de malnutrition. Le développement récent des campagnes de vaccination permet de toucher de plus en plus systématiquement l'ensemble des enfants de moins d'un an.

Intimement lié aux conditions socio-économiques, le choléra est une maladie diarrhéique qui se diffuse par la consommation d'eau et d'aliments contaminés. Cette maladie trouve donc un terrain privilégié dans les conditions de vie les plus précaires, comme l'a montré cette année encore le développement d'une épidémie au Zimbabwe. Les concentrations de population associées à une hygiène défectueuse (en particulier dans le

¹⁴ Source : Institut Pasteur. Sur <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0hv/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/sida>

traitement des eaux usées) sont donc les principales, voire les seules, causes de la naissance et de la diffusion des épidémies de cette maladie qui, en l'absence de traitement, tue en quelques jours, alors qu'une simple réhydratation permet une guérison rapide.

Quant au paludisme, il tue un enfant toutes les 30 secondes en Afrique, et entre 1 et 3 millions de personnes par an. Ces chiffres en font l'une des maladies les plus meurtrières de notre planète. Elle est transmise d'homme à homme par la piqûre de moustiques femelles. En l'absence de médicament efficace, les moyens les plus sûrs de s'en prémunir restent les répulsifs et/ou l'utilisation de moustiquaires.

Il nous reste enfin à aborder le cas particulier des « maux de ventres ». Ceux-ci ne correspondent pas, comme les autres maladies, à une pathologie spécifique qui serait énoncée comme telle dans notre système médical occidental. D'ailleurs, le fait même de savoir s'il s'agit d'une maladie est source de débats dans les lettres vidéo. Nous allons néanmoins décrire ces maux de ventre comme ils le sont dans les lettres. D'abord, la discussion porte sur les « maux de ventre des femmes ». Nous pouvons y voir l'ensemble des problèmes touchant aux douleurs et aux anomalies liées à la menstruation, ainsi qu'à l'obstétrique voire à la gynécologique en général (fausses couches, infections postnatales, avortements incomplets, etc.). Ensuite, les maux de ventre sans spécification du sexe, touchent potentiellement toutes les maladies dont un des symptômes consiste en des douleurs abdominales (intoxication alimentaire, maladies diarrhéiques...). Ainsi, les « maux de ventre » ne sont pas forcément des maladies transmissibles. Néanmoins, beaucoup des problèmes qu'ils soulèvent, en particulier ceux liés à l'obstétrique, peuvent connaître une nette amélioration grâce à la prévention, c'est-à-dire au suivi des grossesses et des accouchements qui sont une cause de décès pour beaucoup de femmes maliennes.

Les représentations de la maladie et de la contagion chez les populations de la Région de Kayes

Une constante, commune à toutes les sociétés, est de considérer la maladie comme venant d'ailleurs. Et donc, d'avoir tendance à attribuer son origine à l'étranger, en considérant implicitement l'altérité comme dangereuse. Mais « chaque société et chaque culture associent aux pathologies un ensemble de représentations dont découlent les attitudes face à la maladie et ses victimes » (Bertini, 2004).

Ainsi, d'après Andréa Caprara, les théories africaines de la contagion ne font pas exclusivement référence à la théorie pasteurienne des germes. Cela ne signifie pas que le rôle d'agents pathogènes comme le microbe n'est pas reconnu, mais que d'autres facteurs sont mis en cause. Ainsi, la vision africaine de la contagion est caractérisée par une recherche intensive du « pourquoi ». Cette recherche de sens, fait appel à de nombreux facteurs explicatifs, personnels, sociaux, naturels et surnaturels. Certains expliquent leur rejet d'investir dans leur capital santé par le fait que s'assurer ou payer d'avance pour se faire

soigner (comme c'est le cas avec une cotisation) attire la maladie. Mais cette vision de la contagion est surtout enracinée dans l'organisation sociale. La maladie est ainsi fréquemment interprétée en termes de sanction d'une mauvaise conduite, de la transgression d'une norme rituelle, religieuse ou sociale. Ce lien avec les structures et les dynamiques sociales se retrouve également dans le rôle social des thérapeutes, parfois encore appelés « guérisseurs » par les anthropologues, qui va bien au-delà de la prestation de soins.

Ainsi, malgré un contact prolongé avec le modèle de soins dit « moderne », les représentations de la contagion propres aux populations de la région de Kayes n'ont pas complètement disparu. Cela s'explique par le fait qu'elles sont enracinées dans l'ordre social et les conceptions du corps. Elles ne peuvent donc se transformer qu'au prix d'un processus complexe touchant à la connaissance, au sens et à l'action de la société dans son ensemble.

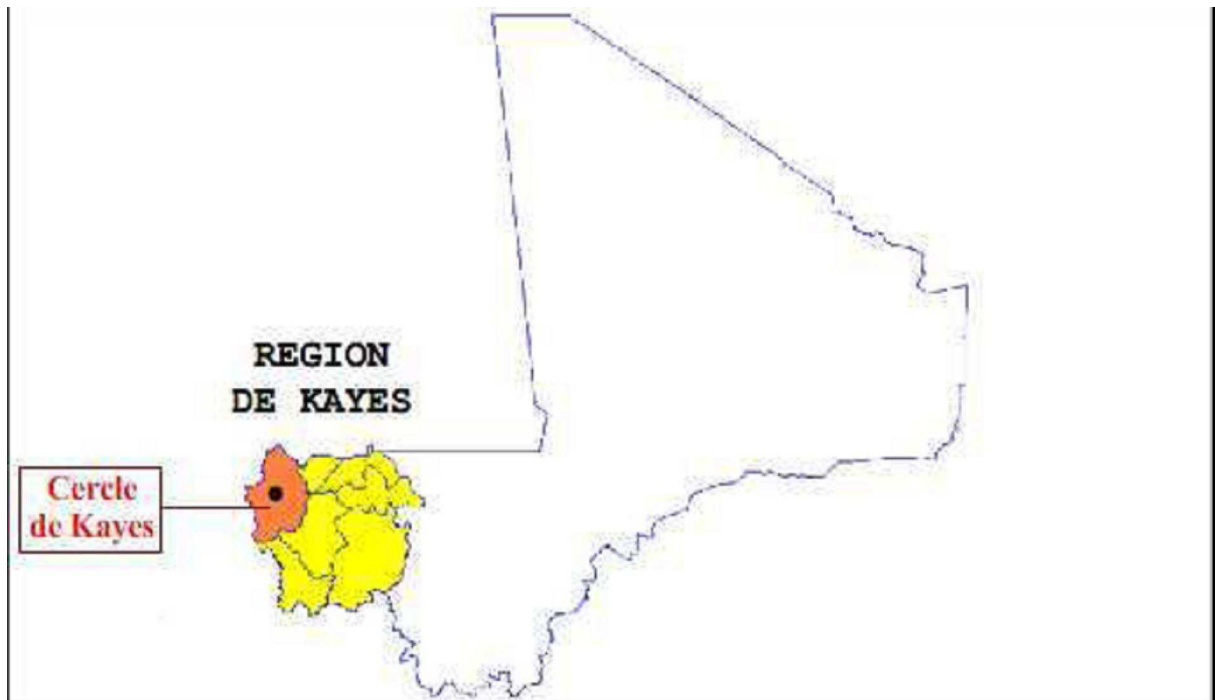
2.2 La Région de Kayes, ses émigrés et leur mobilisation associative

Avant d'être un immigré, l'homme qui participe aux transferts idéels, est un émigré. Il nous faut donc découvrir son environnement de départ, ici le Mali, et plus précisément la Région de Kayes. De même, son projet et son parcours migratoire doivent être exposés pour nous permettre de comprendre les conditions de vie, et surtout les conditions de santé, des migrants maliens en France. De là, nous pourrions voir comment et pourquoi la mobilisation associative s'est développée parmi cette population.

2.2.1 Histoire de l'émigration depuis la vallée du fleuve Sénégal

Le Mali est un grand pays d'Afrique de l'Ouest qui comptait environ 13,5 millions d'habitants en 2006¹⁵. Une large majorité de la population est située dans le tiers sud du pays, irrigué par les fleuves Sénégal et Niger. Le pays est divisé en huit régions et un district (celui de Bamako). Chaque région porte le nom de sa ville principale, dont celle de Kayes, à l'extrême sud-ouest du pays, jouxtant les frontières sénégalaises et mauritaniennes.

¹⁵ D'après les chiffres de la Banque Mondiale sur : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/PAYSEXTN/AFRICAINFRENCHEXT/MALIINFRENCHEXTN/0,,menuPK:462464~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:462451,00.html>



Source : http://www.museum.agropolis.fr/pages/savoirs/organisations_paysannes/william_loveluck.pdf

L'histoire migratoire des populations de la Région de Kayes, sur laquelle nous ne pouvons faire l'impasse, est longue. Si nous abordons particulièrement cette région, c'est parce que la grande majorité des migrants maliens en France en sont originaires. En 1986, 93,5% des Maliens présents en France venaient de la région de Kayes, (Condé, 1986) qui est habitée par de nombreuses populations que sont les Soninkés, Khassonkés, Malinkés, Peulhs, et quelques Bambara. Plus directement, c'est de cette région particulière que sont originaires les réalisateurs des lettres vidéo.

Nous pouvons arbitrairement faire commencer cette histoire au VIIIème siècle. Récemment islamisée par les Berbères venus du nord, la Région de Kayes, et plus largement du Bassin du Fleuve Sénégal, connaît plusieurs empires puissants. A cette époque, c'est l'Empire Wagadu (ou du Ghana) qui commence à prospérer, grâce à son rôle de carrefour et d'instance de contrôle du commerce transsaharien (Adams, 1977). Au fil des siècles, nombreux sont donc les conflits pour la maîtrise de ce poumon économique, et en particulier ses réserves en or. La région est en effet très riche. Avant la «découverte » des Amériques, la moitié du stock d'or mondial provient de cette région, et plus spécifiquement de l'Empire Manding (ou du Mali) (Maïga, 2000). Ces conflits ont bien entendu poussé la population à se disperser. C'est le début des migrations saisonnières, alternant des mois de travaux agricoles et des mois dédiés au commerce. Ainsi, la migration est une pratique connue de ces populations bien avant l'arrivée des colons européens.

A partir du XVème siècle, le commerce transsaharien est peu à peu délaissé au profit du commerce atlantique. Les parcours et réseaux commerciaux sont donc déjà bien établis

lorsque la demande d'esclaves se fait plus importante de la part des Européens, justement présents sur la côte atlantique. Les commerçants s'adaptent à ce nouveau « produit », qui devient prédominant au XVIIIème siècle. Mais avec l'abolition de l'esclavage en 1815, le commerce des esclaves va peu à peu péricliter. Sa disparition nécessitera cependant plusieurs dizaines d'années, entre autre parce que les instances du pouvoir local elles-mêmes utilisent beaucoup d'esclaves pour le travail des champs. Et ce n'est qu'en 1905 que les esclaves, qui représentent alors près de la moitié de la population de la région, sont affranchis. Cela entraîne une certaine baisse de la production agricole, empêchant les « nobles » de payer leurs impôts. En effet, suivant le parcours du fleuve Sénégal depuis Saint-Louis où ils sont installés depuis le milieu du XVIIIème siècle, les commerçants européens s'introduisent de plus en plus vers l'intérieur des terres. Ils font main basse sur ces terres, y instaurant la monoculture pour l'exportation, prennent le contrôle des autres formes de commerce, et sur les ressources naturelles en générale, obligeant les commerçants locaux à chercher d'autres alternatives économiques. Au milieu du XIXème, les européens entament finalement la conquête militaire, politique et administrative de la Région.

C'est sous les effets conjugués de tous ces facteurs que la dispersion des habitants de la Région de Kayes prend son essor. Une grande majorité d'entre eux reste sur le continent et pratique le « navetanat », c'est-à-dire la circulation entre les zones de culture arachidière et leur région d'origine, ou partent vers les pôles urbains, en particulier ceux du Sénégal. Par ailleurs, une partie d'entre eux est engagée pour le transport fluvial, puis maritime, sur les navires européens de commerce. Au début du XXème siècle, ils embarquent également sur les navires de guerre. C'est ainsi que, dès le tout début du siècle dernier, les premiers Maliens (qui sont à l'époque des Français) s'installent en France, en particulier dans les zones portuaires (Marseille, Bordeaux, Le Havre). Ce qui fait d'eux les pionniers de l'immigration d'Afrique noire en France.

Après la Seconde Guerre mondiale, les entrepreneurs français ont d'importants besoins de main d'œuvre. Le contexte de la Guerre d'Algérie suscite une certaine méfiance vis-à-vis des travailleurs algériens et pousse les industriels à se tourner vers les immigrés d'Afrique noire. Ainsi, à la fin des années 1950, l'émigration malienne vers la France va peu à peu s'amplifier, s'appuyant sur des réseaux de mieux en mieux organisés. Cette émigration est d'abord un moyen de profit rapide, à l'intérieur d'un système dit de « noria ». En effet, on estime que dans les années 1960, un turn-over entre les membres de la famille élargie en migration se faisait tous les deux ans, chacun pouvant collecter sur cette période un capital estimé suffisant pour vivre pendant des années. Mais la dépendance des villages d'origine vis-à-vis de la migration s'accroît, et celle-ci devient assez rapidement un moyen de subsistance pour toutes les communautés touchées. En effet, les déclarations d'indépendance des pays qui constituaient l'Afrique occidentale Française (AOF), instaurant des frontières, freinent les possibilités de déplacement nécessaires au navetanat dans le sous-continent. De

plus, les conditions de vie sur place se dégradent. Entre 1968 et 1973, la sécheresse devient récurrente dans la région. Les conséquences sur la situation sociale et économique sont importantes, par exemple en raison de la sédentarisation de populations jusqu'alors nomades, phénomène qui accentue encore la pression démographique sur les terres.

Cette dépendance accrue de la région vis-à-vis de ses émigrés, en particulier de ceux résidant en France, s'illustre par une baisse continue de l'âge des migrants à leur arrivée. L'immigration officielle malienne se stabilise dans les années 1970. Elle est contrainte par des politiques migratoires de plus en plus restrictives de la part du gouvernement français qui gêne la circulation, le turn-over. Beaucoup des nouveaux arrivants seront dès lors contraints à vivre dans la clandestinité. En parallèle, le regroupement familial va favoriser l'installation des migrants en France. La dégradation du marché de l'emploi qui intervient à la même époque, finira de transformer, à la veille des années 1980, la migration de travail en une migration de peuplement. Illustration du durcissement des politiques migratoires, en 1986, un charter plein de 101 Maliens « clandestins » s'envole à destination de Bamako, marquant le début des expulsions massives.

La migration est donc bien ancrée dans l'histoire contemporaine de cette région et s'accompagne de nombreuses répercussions sociales et culturelles que nous allons explorer.

2.2.2 Projet migratoire, santé et lieu de vie des migrants

Projet migratoire

Si le migrant quitte sa région d'origine, c'est pour répondre à un projet collectif, celui de la survie de la communauté villageoise (d'après Leuenberger, 2004, plus de 80% des émigrés de la Région de Kayes viennent de zones rurales). Ainsi, l'émigration a d'abord comme but de subvenir aux besoins du groupe. Ensuite seulement, elle peut se faire dans un projet d'ascension sociale individuelle et collective.

Pour pouvoir partir, ce n'est pas seulement une dette financière que l'individu contracte auprès de ses proches qui sont ou non en migration, mais également une dette morale. Cette dette va peser sur le parcours du migrant qui, une fois arrivé en France au sein de sa communauté, sera l'objet d'un contrôle social fort. La structuration sociale de la communauté en migration reflète donc celle du village. Le système y est hiérarchisé selon trois critères : l'âge, le sexe et la naissance. Le principe de séniorité selon lequel le pouvoir revient aux aînés, reste dominant. De manière à garantir la continuation du projet migratoire collectif, les aînés doivent s'assurer que les jeunes ne succombent pas aux tentations de la société de consommation en France. Tout l'argent qui ne sert pas à se loger et à se nourrir doit être envoyé au village. Bien entendu, ce contrôle social n'est pas sans faille. Peu à peu, en particulier avec le regroupement familial, certains individus se détachent de la

communauté, échappent petit à petit à la pression sociale du groupe, au profit de leurs parents les plus proches. Mais cet éloignement n'aboutit à la rupture que dans de rares exceptions.

Dans ce contexte, où la migration n'a pour but que de soutenir le village, « *être en bonne santé pour un immigré est avant tout un devoir envers la famille restée au pays* » (témoignage dans Bertini, 2007), et l'annonce d'une maladie est l'incarnation de l'échec du projet migratoire dans son ensemble (Sayad, 1999).

La santé des migrants en France

Si la maladie remet en cause le projet migratoire, c'est parce que l'inactivité qu'elle engendre empêche le travail. En effet, dans la région de Kayes, la notion de mauvaise santé est étroitement liée à l'incapacité de conduire sa vie quotidienne. Ainsi, les migrants ont tendance à consulter un médecin moins souvent et plus tardivement. Parfois même, ils renoncent aux soins. D'abord, nous l'avons vu, parce que l'annonce d'une maladie est très redoutée par le migrant, dont l'identité même dépend de sa capacité à être actif. A cela s'ajoutent plusieurs autres facteurs. La langue, tout d'abord. Une mauvaise compréhension de la langue ne permet pas de réaliser les enjeux de la maladie ni de son traitement. Même si la langue est relativement bien maîtrisée, communiquer avec le personnel de santé n'est jamais facile « *quand les mots du corps, l'expression de la souffrance et des symptômes, les codes relatifs à la honte et la pudeur, ont été acquis dans une autre société* » (Bertini, 2004). Ensuite, la méconnaissance des droits existants, des différentes institutions de santé et des méandres administratifs permettant le remboursement des soins, rendent plus difficile encore l'accès aux soins pour les migrants.

Alors qu'aujourd'hui la maladie se révèle un moyen (avec le mariage) d'accéder à la régularisation, l'immigré a longtemps été considéré en France comme un « risque sanitaire ». Ainsi dès les années 1920, la question du contrôle médical des travailleurs immigrés est l'objet de débats. Un médecin parlementaire proposa ainsi que la carte d'identité ne soit attribuée aux immigrés qu'après qu'ils aient produit un certificat médical assurant qu'eux-mêmes ou leur famille n'étaient atteints d'« aucune maladie contagieuse, d'aucune infirmité, tare physique ou mentale susceptible de constituer un danger ou une charge pour les nationaux »¹⁶. Aujourd'hui encore, une visite médicale de prévention « constitue une étape obligatoire pour l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois »¹⁷. Il est heureusement peu à peu admis parallèlement, que les migrants contractent aussi des maladies en France. Des rapports sur les conditions de vie des

¹⁶ J.O. Documents du Sénat, proposition de loi, 17 avril 1926 annexe 251, p.928, Ibid, p.508, cité dans Bertini, 2004

¹⁷ Source : http://www.ofii.fr/l_anaem_1/en_savoir_plus_20/visite_medicale_35.html

immigrés soulignent les conditions d'insalubrité des logements (surpopulation, problèmes d'aération, de vétusté des équipements sanitaires, etc.) et leurs rôles dans la prévalence de certaines affections dont la tuberculose.

Les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM)

De manière à dépenser le moins possible de leurs revenus en France où tout est si cher, beaucoup de travailleurs immigrés vivent dans des FTM. En 1990, c'est le cas de 71% des Maliens en France (Quiminal, 1990). Créés pour répondre à la pénurie de logement pour les « travailleurs musulmans d'Algérie en France », mais aussi dans le contexte sécuritaire de la Guerre d'Algérie, les FTM sont conçus de manière à pouvoir contrôler ses résidents, pour limiter les risques qu'ils rejoignent les rangs du Front de Libération Nationale (FLN). Ce sont des organismes semi-publics qui en ont la gestion. La SONACOTRAL puis SONACOTRA, devenu aujourd'hui ADOMA, en est la principale. D'autres organismes se créent bientôt pour accueillir d'autres populations, en particulier noire-africaines, comme par exemple l'Association pour la Formation des Travailleurs Africains et Malgaches (AFTAM).

Comme le décrit Abdelmalek Sayad, les conditions de vie dans ces foyers sont difficiles. En effet, un principe domine l'ensemble de l'organisation formelle des foyers : le caractère provisoire de cet habitat. Les immigrés n'y sont pas locataires mais résidents. Il leur est donc interdit de modifier le mobilier de leur chambre, et en cas de conflit avec le gérant qui est chargé de faire appliquer le règlement intérieur, ils peuvent être expulsés à tout moment de leur logement. Les visites sont interdites, ce qui participe encore à « célibatérer » les migrants. Alors que les foyers sont parfois décrits comme un univers quasi carcéral, l'accès des ressortissants d'Afrique noire aux FTM, originellement mis à disposition des seuls ressortissants du Maghreb, est néanmoins le fruit de luttes sociales initiées par les migrants eux-mêmes. Jusque-là, ils étaient obligés de vivre dans des taudis ou à la merci de propriétaires peu scrupuleux. L'obtention de l'accès aux foyers est donc une victoire sociale pour ces populations qui ne tardent pas à en prendre possession, avec la perspective assez contradictoire d'une « demande d'égalité des droits et du respect des différences ». En effet, pour citer Catherine Quiminal, le foyer est à la fois une « place assignée [et une] place conquise ». C'est-à-dire qu'il est à la fois un lieu de contrôle, mais aussi un lieu d'affirmation de la présence malienne en France.

Les foyers ont en effet un rôle très important d'ancrage social des migrants. Il est le premier logement lors de l'arrivée de l'émigré en France. Celui-ci vit dans la chambre d'un proche qui finance sa vie quotidienne, jusqu'à ce que le nouvel arrivant trouve un travail et puisse subvenir à ses besoins. Le foyer est donc un lieu d'accueil où les membres de la communauté trouvent à la fois sécurité, compréhension, et un réseau structuré pour les aider à trouver du travail. La vie quotidienne s'organise de manière collective, les repas sont pris

en commun dans un réfectoire souvent convivial malgré des équipements rudimentaires voire défectueux. Pôle de sociabilité, le foyer permet de mieux vivre l'immigration, d'atténuer la perte de repères qu'elle procure. Même pour les personnes qui ne vivent pas au foyer, celui-ci constitue un espace de convivialité, et de ressourcement grâce aux produits et aux nouvelles du pays qui y sont échangés.

Ainsi, le foyer est un refuge pour les plus précarisés en l'absence d'autres structures communautaires. Nous l'avons vu, l'équilibre social au sein du foyer et entre celui-ci et la région d'origine, dépend foncièrement de l'accès au marché du travail des nouveaux arrivants. Pourtant, depuis la crise des années 1970, il est de plus en plus difficile de trouver une source de revenus. Barbara Bertini résume bien la situation actuelle : *« la précarité du travail, son irrégularité, les situations d'exploitation, la dureté de la tâche, le surpeuplement locatif, le manque permanent et étalé dans le temps de place et d'intimité, les revenus instables et insuffisants, la pression de la famille restée au pays, les cotisations à verser pour la réalisation des ouvrages collectifs dans le village d'origine, les tracasseries administratives, les épisodes de discrimination voire de racisme ordinaire, la solitude sentimentale et sexuelle, l'éloignement, le dépaysement, la difficulté à se projeter à moyen et long terme... sont autant de facteurs fragilisant souvent réunis dans le contexte du Foyer ».*

Les foyers où vivent les participants aux lettres vidéo sont tous situés dans la région parisienne. Celle-ci accueille d'ailleurs aujourd'hui près de 45% de ces établissements (Leuenberger, 2004). Les ressortissants d'un même village ne sont pas forcément réunis dans un même foyer. Mais les associations se réunissent le plus souvent dans les foyers où vivent la majorité des ressortissants concernés. Il s'agit ici du « Foyer Bara », géré par l'AFTAM et situé à Montreuil, du « Foyer Quai de la gare » Paris 13^{ème}, du « Foyer Arbustes », Paris 14^{ème}, et du « Foyer Marc Séguin », Paris 18^{ème}.

Les migrants semblent peu concernés par leur propre capital santé, nous allons voir qu'ils sont néanmoins très préoccupés par les conditions de vie de leurs proches restés au pays. Ainsi, c'est entre autres dans le but d'assurer de meilleures conditions de santé à leurs familles que les migrants se sont mobilisés.

2.2.3 Mobilisation associative des émigrés de la Région de Kayes.

Histoire des associations de ressortissants maliens en France et de leurs projets au Mali.

Dès le début de l'immigration, les Maliens en France créèrent des associations (qui n'ont pu être reconnues juridiquement en tant que telles qu'en 1981 avec l'ouverture aux étrangers de la loi de 1901 sur les associations) dites villageoises ou « village-bis », car

portant le plus souvent le nom du village d'origine des migrants, et agissant à cette échelle. Ces associations ont d'abord pris la forme de caisses de solidarité et d'entraide, sorte de mutuelles servant à financer l'accueil des nouveaux arrivants, le rapatriement des morts, le soutien aux malades, aux chômeurs. Au départ, les responsables des caisses sont choisis en fonction de leur position statutaire. Le doyen du lignage du chef de village est président, l'imam est trésorier, etc. Puis, le bureau est progressivement élu, ce qui introduit l'idée que les compétences (maîtrise de l'écrit, connaissance des réseaux associatifs de la société d'arrivée, dévouement à la communauté...), sont plus importantes que le statut. Mélange hybride de tradition et de modernité, la reconnaissance des compétences permet à des descendants d'esclaves d'accéder à des positions importantes et des postes honorifiques sont créés pour tenir compte de la position des notables.

La constitution des associations de migrants venant de la Région de Kayes n'est donc pas le fait de quelques-uns. Bâtie sur le contrôle social lié au projet migratoire décrit plus haut, la généralisation des associations de ressortissants à l'ensemble de la communauté crée un réel mouvement social. Christophe Daum, auteur d'un ouvrage sur les associations de Maliens en France, s'est intéressé à plusieurs « village-bis ». En comparant le nombre estimé de ressortissants des villages considérés et le nombre de cotisants, il estime que près de 70% des ressortissants sont membres actifs d'une association.

Dans les années 1960, ces caisses de solidarité grossissent en importance, et commencent à financer des projets collectifs dans les villages d'origine. Les régions d'émigration sont des régions délaissées par l'Etat et par la coopération internationale. Les associations de migrants occupent donc la place laissée vacante. Le plus souvent, il s'agit de construire une mosquée, puis un dispensaire, une école, etc. Au lieu de simplement répondre aux demandes des villageois, les associations deviennent peu à peu des lieux d'initiatives de la part des migrants, pour leurs villages. Elles réalisent ainsi des actions « développementalistes », de manière permanente depuis les années 1970, et de façon massive depuis le début des années 1980. D'après le site internet de l'une de ces associations (l'ARDVE), « *l'association a pour objet de soutenir la communauté villageoise de Diboli et des villages environnants dans sa volonté de prendre en main son développement en vue de l'autosuffisance alimentaire, de promouvoir la santé, l'éducation, l'agriculture et d'améliorer ainsi l'organisation économique et sociale de cette région* »¹⁸. D'après Lebercier et Schneider, au milieu des années 1990, 64% des infrastructures de la Région de Kayes sont ainsi attribuables aux migrants.

Peu à peu, de manière à réduire la dépendance des villages vis-à-vis de l'extérieur, les projets mis en place par ces structures se sont diversifiés vers le microcrédit, la construction de puits, de systèmes d'irrigation ou de coopératives agricoles. En introduisant des techniques hydrauliques ou la scolarisation par l'écrit, les projets mis en œuvre font

¹⁸ Source : <http://ardve.free.fr/>

entrer l'inédit dans le village. Les émigrés se retrouvent en position de novateurs. Ils sont aussi souvent des médiateurs entre le monde industrialisé et le village, ainsi qu'entre celui-ci et ses partenaires, dont les ONG, mais aussi l'administration et l'état malien.

Sur place au Mali, pour s'assurer de la bonne gestion et du suivi des projets mis en place, les communautés villageoises s'organisent également. Si la formalisation des groupements villageois est assez récente, datant des années 1980-1990, les alliances entre villages voisins sont relativement anciennes. Plus ou moins indépendamment des découpages administratifs imposés durant la colonisation, ou remodelés à l'indépendance, des villages sont regroupés autour d'un village central, s'entraident et se réunissent régulièrement pour parler des problèmes qu'ils ont en commun. Ainsi, ils répareront ensemble des pistes abîmées par la saison des pluies, mettront en œuvre des projets de construction d'écoles ou d'autres structures, en collaboration. Plus tard, les migrants qui en France ont pu voir les bénéfices d'une organisation formelle, chercheront à convaincre les groupements de village à faire de même. Plus ou moins indépendamment de projets précis telle la construction de centres de santé, ces villages se sont donc regroupés pour créer des Associations de Santé Communautaire (ASACO), partenaires privilégiés sur le terrain des associations de migrants.

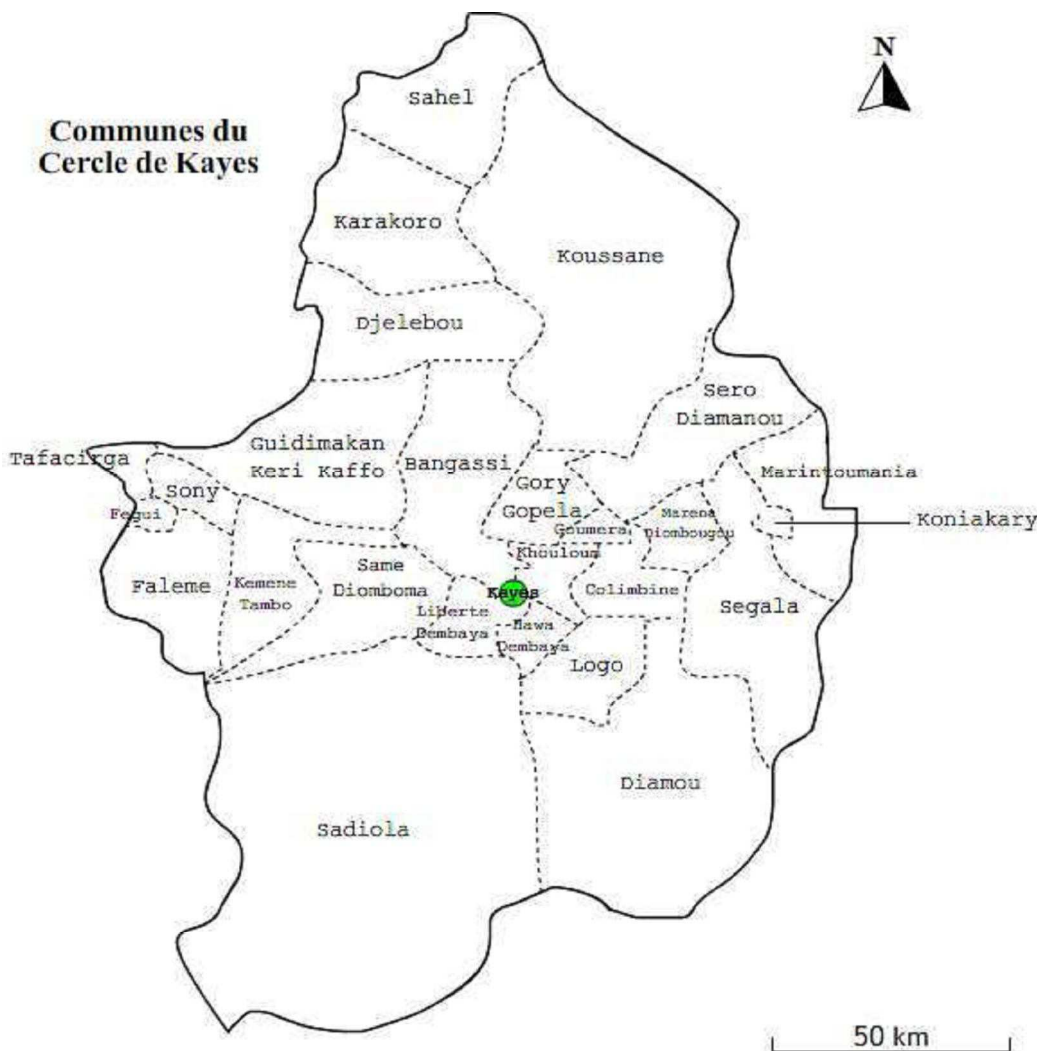
La santé est en effet le premier poste, en termes financiers, de réalisation des associations de Maliens installées en France (Daum, 1998). La part d'autofinancement y est élevée (si on le compare par exemple au poste dédié à l'agriculture, où la proportion de financement extérieur atteint plus de 60%). Près de 83% du coût est assuré par les émigrés, alors que des ONG ou des institutions publiques françaises complètent surtout par des dons en nature, c'est à dire en médicaments ou matériel médical. La principale réalisation dans ce secteur est la construction de centres de santé communautaires (CSCOM). Ceux-ci sont composés d'un dispensaire, d'une pharmacie et d'une maternité. Chaque centre de santé est géré par un comité de gestion dans lequel est représenté chacun des villages participants. Le site de l'ARDVE nous explique comment fonctionne son CSCOM : « Chaque habitant des six villages verse une cotisation annuelle obligatoire (500F CFA c'est-à-dire 0,76 euros) permettant l'accès aux soins à des tarifs préférentiels. Une participation financière est demandée pour chaque consultation (1.000F CFA), vaccination (300F CFA), accouchement (2.000F CFA). Seuls les pansements sont gratuits »¹⁹. Dans ce cas précis, il n'y a eu aucune participation financière de la part de l'état malien. Mais il arrive, surtout depuis quelques années, que l'état soit lui aussi à l'origine de la construction d'un CSCOM. Malheureusement, les protagonistes n'arrivent pas toujours à se mettre d'accord, ce qui crée parfois une mise en concurrence inutile des centres de soins (d'après la loi malienne, un CSCOM doit prendre en charge 5.000 personnes au minimum).

¹⁹ Source : <http://ardve.free.fr/>

Ainsi, les lettres vidéo sont dans la continuation d'autres projets portant sur la santé et d'une longue tradition associative en migration. Nous allons à présent décrire plus en détail les trois associations qui ont participé aux lettres vidéo et leurs villages.

Les associations de migrants participantes aux lettres vidéos

Pour rappel, la Charte Santé, est une fédération qui, au milieu des années 1990, regroupait plus d'une vingtaine d'associations de ressortissants maliens intéressées par les problématiques de santé. Au Mali, sa structure jumelle, l'Association Inter Centre de Santé (AICS), est composée des mêmes associations. Trois associations sont choisies en leur sein pour réaliser les lettres vidéo. Ces dernières sont l'Association des Ressortissants de Diboli et des Villages Environnants (ARDVE), l'Association du Centre de Santé de Gory Gopela (ASACOGG), et l'Association des Ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France (ARASF).



Source : http://www.museum.agropolis.fr/pages/savoirs/organisations_paysannes/william_loveluck.pdf

Pour chaque association, nous allons présenter la localité concernée, faire une brève description de l'association, et des structures sanitaires existantes à l'époque du projet.

L'Association des Ressortissants de Diboli et les Villages Environnants (ARDVE)

Cette association couvre sept villages dans un rayon de dix kilomètres autour de Diboli, dans ce qui est aujourd'hui la commune de Faleme, à la frontière avec le Sénégal. Les villages concernés comptent entre 6.000 et 8.000 habitants en 1998.

Créée en mars 1995, l'association dont le siège est à Valenton (Val-de-Marne) est encore toute jeune lors de la réalisation des lettres vidéo. Mais elle a été fondée dans le but principal de construire un centre de santé, ce qui la lie intimement aux problématiques sanitaires dans la zone. La construction du CSCOM a débuté le 21 avril 1996 et s'est terminée en février 1997. Inauguré en février 98, le centre était donc en train d'être aménagé pendant la réalisation des lettres vidéo.

Sur place, pour répondre aux obligations légales du pays, l'association DJIKE a été constituée, dont les membres sont l'ensemble des habitants de ces villages. Le conseil d'administration est composé de deux représentants de chaque village, élus par l'assemblée générale des membres de l'association²⁰.

L'Association du centre de santé de Gory Gopela (ASACOGG), devenu Association des ressortissants de la Commune de Gory Gopela en France (A.R.C.G.G.F) en 2003.

La commune de Gory Gopela regroupe cinq villages, dans un rayon de douze kilomètres autour du village de Gory Gopela. Ces villages comptent 8.000 habitants en 2006 dont 3.600 au village de Gory Gopela lui-même, situé à vingt-cinq kilomètres au nord de Kayes. Les habitants sont Soninké, Khassonké, Bambara, Peulh ou Maure, et la population en migration est estimée à environ 800 personnes.

L'ASACOGG a été créée en 1974, à la suite d'une réunion entre officiels et villageois, d'où il est ressorti que la santé est la principale préoccupation des habitants. Si l'état et les villages environnants se sont retirés du projet, les ressortissants de Gory Gopela, regroupés dans une association créée à cet effet, ont pris en charge, seuls, la construction du centre de santé, qui a été achevée en 1983. Le changement de régime ayant redistribué les cartes, l'alliance entre les cinq villages sera réactualisée et l'ensemble des villages ont donc participé à la réalisation des lettres vidéo.

L'association qui, sur place, a pris en charge la réalisation des lettres vidéo a été créée dans ce but, principalement à partir des membres du comité de suivi du centre, et sur base du volontariat, lors de réunions inter villageoises²¹.

²⁰ Source : Op.cit

²¹ Source : entretien avec le trésorier adjoint de l'association et le Commissariat à la sécurité alimentaire de la république du Mali sur http://www.csa-mali.org/plans/Kayes/plansa_kayes/P_S_A_GoryGopela.pdf

L'Association des Ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France (ARASF), devenue ARCSF Association des ressortissants de la commune de Sadiola en France

L'arrondissement de Sadiola est le plus large concerné par les lettres vidéo. D'une superficie de 3.000 km² au sud-ouest du cercle de Kayes, il regroupe quarante-six villages et vingt-deux hameaux, pour une population d'environ 23.000 habitants. Une des particularités du village de Sadiola est que, depuis 1996, une mine d'or est exploitée dans ses environs immédiats par la Société d'Exploitation de la Mine d'Or de Sadiola (SEMOS), appartenant à AngolGold Ashanti à 40%, (une société Sud-Africaine), à IAMGOLD à 40% (société canadienne) et au Gouvernement du Mali à 20%. Quelques années plus tard, la Banque mondiale (IFC) en deviendra à son tour actionnaire, à hauteur de 6% (prenant 2 points à chacun des actionnaires fondateurs). L'existence de cette mine a bien sûr des conséquences directes sur le développement du village, qui a d'ailleurs été déplacé à quelques kilomètres de son emplacement d'origine, en 1999. Elle explique aussi peut être le fait que les ressortissants de Sadiola aient choisi de faire leur film sur la méningite, pathologie dont le risque est accru par exemple par la poussière que contient l'air à coté d'une mine à ciel ouvert.

L'ARASF dont le siège est au foyer Bara à Montreuil (Seine-Saint-Denis), fut fondée en 1989 dans le but principal de créer un CSCOM. Alors que le projet était déjà bien avancé, l'arrivée de la SEMOS a poussé les migrants à revendiquer que les frais de construction du nouveau centre soient assurés par la compagnie. Celui-ci a vu le jour en 1999.

Sur place, l'Association des Villages de l'Arrondissement de Sadiola (AVAS), chargée de la réalisation de la lettre vidéo réponse, fut créée à l'initiative des migrants. Conscients au fil du temps de l'intérêt d'être réunis dans une structure associative formelle, les migrants ont fait des démarches auprès des chefs et des délégués des différents villages pour qu'ils forment à leur tour une association. Cela facilite en effet le travail sur le double espace de la structure basée en France qui détient ainsi un partenaire organisé et privilégié, sur place au Mali²².

²² Source : interview du président de l'association sur <http://www.afiradio.net/audio45.html>, et entretien avec le secrétaire administratif de l'association.

3. Analyse des résultats

Avant de présenter les résultats de l'analyse des lettres vidéo en fonction de ce qu'elles nous apprennent sur les transferts idéels, il convient de remettre le projet dans ses divers contextes.

3.1 Contexte historique, sanitaire et politique du projet

Il y a plus de douze ans que le projet des lettres vidéo a été amorcé. Pour avoir une bonne compréhension de ses enjeux, il faut donc le replacer dans le contexte de son époque, celui du milieu des années 1990.

3.1.1 Contexte sanitaire du milieu des années 1990

Le 12 septembre 1978, une première conférence internationale à Alma-Ata au Kazakhstan, incite les gouvernements du monde entier à tout mettre en œuvre pour assurer l'accès de tous à la santé pour l'an 2000. Dans ce but, les soins de santé primaires (SSP) sont définis, de manière très large puisqu'ils incluent l'alimentation, l'eau, ainsi que l'éducation et la prévention. Mais les financements ne suivent pas. Une décennie plus tard, l'Initiative de Bamako (1987), dont le Mali est l'un des premiers signataires, réunit les ministres africains de la santé sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS. Le but de cette initiative est de relancer et revitaliser le système des soins de santé primaires dessiné à Alma-Ata en limitant la portée aux soins médicaux et en décentralisant le pouvoir décisionnel de l'échelon national vers celui des districts, en initiant le processus de participation communautaire (c'est-à-dire le financement et le contrôle de la gestion des dispensaires par la communauté elle-même), et en prônant le développement des médicaments essentiels génériques (MEG)²³.

Quels sont, au milieu des années 1990, les résultats de ces politiques sur la situation sanitaire au Mali? Prenons l'exemple de deux des maladies transmissibles abordées par les lettres vidéo pour illustrer cette situation. La rougeole, d'abord. Le VIH/Sida, ensuite.

Avant l'arrivée de la vaccination, au début des années 1960, la rougeole était la première cause mondiale de mortalité par infection (135 millions de cas annuels entraînant 6 millions de décès). La mortalité en a été divisée par trois à la fin des années 1980, après près de dix ans d'une politique de vaccination de masse. Néanmoins, à l'époque des lettres vidéo, environ un million de personnes meurent encore chaque année dans le monde de cette maladie, en raison d'une couverture vaccinale imparfaite mais aussi en raison de l'échec de la vaccination dans près de 15 % des cas. Depuis, entre 2000 et 2007, le nombre de décès a

²³ Source : <http://www.bioltrop.fr/00-entete/ib.htm>

chuté de 750.000 à 197.000, soit une baisse de 74%, selon l'Organisation mondiale de la Santé, entre autres grâce à la mise en place de système de stockage réfrigéré pour les vaccins et à la création d'un maillage de dispensaires²⁴.

En ce qui concerne le VIH/Sida, à l'époque la mobilisation populaire n'a que quelques années. Par exemple, le ruban rouge, symbole de la solidarité avec les victimes du VIH/Sida et les personnes touchées, ne fait son apparition qu'en 1991. ONUSIDA et l'OMS estiment qu'au Mali, en 1996, le taux de prévalence du VIH/Sida (taux des 15-49 ans affectés, sur l'ensemble de la population) était d'environ 1%. En 2005, il est de 1,9% en Région de Kayes, soit légèrement supérieur à la moyenne nationale de 1,7%²⁵.

La « trithérapie », qui sauve jusqu'à 80% des personnes qui suivent ce traitement, a été découverte puis commercialisée en 1996, soit un an avant la réalisation des lettres vidéo. Ce traitement fait passer le VIH/Sida du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique, ce qui conduit à une évolution des représentations collectives de cette maladie dans la société française. En parallèle, dès 1995, des données épidémiologiques préoccupantes sur la séroprévalence et sur l'accès au dépistage et aux soins de la population étrangère résidant en France, circulent dans les milieux des associations de lutte contre le Sida et parmi les chercheurs (Bertini, 2004). Ce n'est qu'avec la publication d'un rapport public en 1999, que, dit Didier Fassin, le sujet est devenu « dicible » et « pensable ». Les migrants deviennent « victimes » et non plus « coupables », et de nouveaux acteurs investissent le paysage de la prévention. En effet, avec les antirétroviraux (ARV) le Sida n'est plus un « fléau » sans recours, et les associations se tournent vers de nouveaux objectifs : le dépistage précoce, l'accès à l'information, et aux soins. Mais ce n'est qu'au bout de longues années de négociations entre les ONG et les laboratoires pharmaceutiques, au sein des organisations internationales dont l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), que les médicaments génériques de la trithérapie sont autorisés en 2001. « *C'est donc une démarche originale d'arriver à parler du Sida, tout en sachant qu'en face, on n'a pas vraiment de choses concrètes à proposer, [...] alors que la trithérapie est accessible en France, mais pas au Mali* » explique Barbara Bertini. En effet, à l'époque du projet des lettres vidéo, les ARV ne sont donc pas encore disponibles au Mali. Ils ne le seront, gratuitement, à l'Hôpital Régional de Kayes qu'en 2004. « *On peut faire toute la prévention qu'on veut, si les gens n'ont pas accès aux soins, ce n'est plus de la prévention, ça devient de la propagande et ça pose de grosses questions éthiques* » explique un des responsables du département santé du GRDR (Pascal Revault, 13/03/2009).

²⁴ Source : Global Alliance for Vaccines and Immunization sur http://www.impactmc.net/downloads/samples/design/Funding_Proposal_72_Countries.pdf

²⁵ Source : Programme solidarités santé en Région de Kayes, GRDR

3.1.2 Contexte politique du milieu des années 1990, en France et au Mali

Nous l'avons vu dans la partie 2.2.1, les politiques migratoires françaises sont restrictives depuis le milieu des années 1970. Contraints de vivre dans la clandestinité, beaucoup de Maliens résidant en France se retrouvent dans les années 1990 au cœur de la lutte des sans-papiers. De l'été 1996 à l'hiver 1997, l'église St Bernard à Paris est occupée. L'expulsion *manu militari* des sans-papiers de ce lieu de culte participa à la médiatisation de la communauté et de ses difficultés.

Parallèlement, une loi Balladur prévoit, dès 1995, la fin des foyers de travailleurs migrants, et la création de « résidences sociales », réaffirmant le caractère temporaire de ce type d'habitat (officiellement limité à deux années de résidence). Si cette politique de destruction progressive des foyers et de relogement des habitants dans des résidences sociales met des années à se mettre en place, il n'en reste pas moins que le contexte politique de l'époque est donc très hostile au style de vie communautaire que mènent les migrants dans les FTM. Ainsi, en 1996, plusieurs rapports gouvernementaux décrivent les FTM comme des « zones de non droit », justifiant ainsi la destruction des foyers. Cette attitude, relativement médiatisée, est bien sûr vécue par les migrants comme une entrave à leur mode de vie.

Pour clore ce tableau, il faut noter qu'en 1997 le gouvernement Jospin dote son Ministère de l'Intérieur d'un Conseiller aux questions d'intégration et de co-développement. Cette notion de co-développement, créée dans les années 1970, est reprise à cette époque de manière à favoriser le rôle des migrants dans le développement de leur région d'origine, ce qui passe apparemment surtout par l'encouragement au retour volontaire des migrants vers leur pays de départ. Ainsi, pour la première fois dans l'histoire, un Premier Ministre français en exercice fait à cette époque une visite au Mali. Le but de cette visite est de développer la coopération sur les thèmes de « migration et développement ». L'idée étant d' « *endiguer les causes de l'immigration à la base, et d'en maîtriser les effets ici* » (Sami Naïr, Le Monde, 20/11/97). Ainsi, si l'alternance de gouvernement en 1997 entraîne certains changements dans le discours, elle ne transforme pas les fondements de l'orientation des politiques vis-à-vis des immigrés.

Qu'en est-il de la situation politique au Mali ? La chute du dictateur Moussa Traoré, qui imposa un régime sanglant d'oppression entre 1968 et 1991, est encore toute récente. Dès l'instauration du gouvernement de transition cette année-là, par Amadou Toumani Touré²⁶, est créé le Haut Conseil des Maliens de l'Extérieur (HCME). Cette institution démontre, par son existence même, que le gouvernement malien est conscient des enjeux économiques et politiques que représentent les près de 3,5 millions de Maliens vivant à l'étranger. Modifiant

²⁶ Alpha Oumar Konaré fut après lui Président de 1992 à 2002. A cette date, Amadou Toumani Touré fut démocratiquement élu Président de la République du Mali, place qu'il occupe encore aujourd'hui.

son idéologie nationale pour faire des Maliens de l'extérieur une partie prenante de la nation, le gouvernement va peu à peu faire évoluer ses lois pour faciliter les démarches administratives de ses ressortissants vivant à l'étranger. Ainsi, en 1995, un nouveau code de la nationalité²⁷ est mis en place. Il crée et réglemente le droit à la double nationalité. Démontrant encore son ouverture vis-à-vis de ses ressortissants, le pouvoir malien met en place en 1998 avec le PNUD, le programme TOKTEN, dont nous avons déjà parlé en introduction. Quelques années plus tard, à la faveur d'un remaniement ministériel, le pouvoir crée le Ministère des Maliens de l'Extérieur et de l'Intégration Africaine (MMEIA) qui reprend les compétences du HCME et devient également l'interlocuteur des pouvoirs publics européens et français pour la gestion des flux migratoires.

De telles décisions ne sont pas anodines de la part d'un pays d'émigration. Elles reflètent la volonté du pouvoir à maintenir de bonnes relations avec ses ressortissants, marquant une rupture avec le climat de suspicion envers les migrants qui régnait durant les années de dictatures, et permettant ainsi aux Maliens de l'extérieur de devenir officiellement des « transborder citizens », pour reprendre la formulation de Glick Schiller et Fouron (Levitt et Glick, 2004).

Enfin, il nous faut noter qu'à l'époque des lettres vidéo, un programme de décentralisation est en cours au Mali. En effet, lors de la description des associations participant au projet, nous avons parlé d'« arrondissements ». Ce découpage administratif, fruit des premières politiques qui suivirent l'indépendance, a disparu. Mis en place en 1993, dans les textes, et en 1999 sur le terrain, la décentralisation découpe le territoire malien en « communes ». Ainsi, Gory Gopela et Sadiola, en regroupant les villages et les hameaux environnants sont tous deux devenus des communes. Quant à Diboli et ses villages environnants, ils sont aujourd'hui inclus dans la commune de Faleme.

²⁷ Disponible sur http://www.maliensdelexterieur.gov.ml/mes_photos/Codenationalite.pdf

3.2 Description du contenu des lettres

Tableau technique

	Lettres Vidéo 1 PARIS → KAYES Mai/juin 97	Lettres Vidéo 2 KAYES → PARIS Nov./déc. 97	Lettres Vidéo 3 PARIS → KAYES Mai 98/déc. 99
DIBOLI	Sida Durée : 38' Lieu de tournage : Foyer Quai de la gare, Paris 13ème et Ivry sur Seine Nombre d'intervenants : 10 hommes puis 3 femmes	Sida et maux de ventre des femmes Durée : 42' Lieu de tournage : CSCOM de Diboli, Mali (intérieur) Nombre d'intervenants : 23 dont 13 femmes	Maux de ventre et MST Durée : 22' Lieu de tournage : indéterminé Nombre d'intervenants : 9 dont 0 femme + 2 médecins français
	Versions : Soninké, Peulh, Français ²⁸ .		
SADIOLA	Méningite et rougeole Durée : 32' Lieu de tournage : Foyer Bara, et salle Montreau, Montreuil-sous-Bois Nombre d'intervenants : 11 dont 2 femmes	Méningite et rougeole Durée : 39' Lieu de tournage : Sadiola, Mali (intérieur) Nombre d'intervenants : 15 dont 2 femmes	Méningite et rougeole Durée : 36' Lieu de tournage : Foyer Arbustes, Paris 14ème. Nombre d'intervenants : 16 dont 2 femmes + 2 médecins français
	Versions : Soninké, Malinké, Français ²⁹ .		
GORY GOPELA	Choléra Durée : 48' Lieu tournage : Foyer Bara, Montreuil-sous-Bois Nombre d'intervenants : 6 acteurs dont 2 femmes + 8 autres intervenants dont 1 femme	Choléra et paludisme Durée : 53' Lieu tournage : au CSCOM de Gory Gopela, Mali (extérieur) Nombre d'intervenants : 32 dont 9 femmes	Choléra et paludisme Durée : 38' Lieu de tournage : Foyer Marc Séguin, Paris 18ème Nombre d'intervenants : 16 dont 5 femmes + 2 médecins français
	Versions : Soninké, Khassonké, Français.		

²⁸ Une version supplémentaire existe peut-être, mais nous n'avons pas pu vérifier cette information.

²⁹ Idid.

La lecture de ce tableau permet de comprendre la dénomination que nous allons donner par la suite à chacune des lettres. Ainsi, les « Lettres Vidéo 1 » désignent la première série de lettres, celles réalisées par les migrants installés à Paris et envoyées aux non-migrants, dans la Région de Kayes. Les trois « Lettres Vidéo 2 » composent la deuxième série de lettres, les réponses réalisées au Mali, à destination des migrants. Enfin, les « Lettres Vidéo 3 » forment la troisième et dernière série de lettres, celles conçues à Paris en réponse aux lettres reçues des villages. Et ainsi de suite pour chacun des villages. Nous utiliserons donc par exemple « Diboli 1 » pour parler de la lettre qui a été tournée par l'association de ressortissants à Paris et qui a été envoyée vers le village de Diboli. « Sadiola 2 » fait partie de la deuxième série de lettres, elle est donc partie du Mali, vers les migrants, etc.... Ce codage des lettres permettra de remettre dans leur contexte les citations utilisées. En effet, une retranscription complète des dialogues contenus dans les lettres vidéo est disponible dans l'annexe II.

3.2.1 Commentaires généraux : l'établissement du dialogue

Réalisées entre mai 1997 et décembre 1999, les lettres vidéo ont une durée qui varie entre 22 et 53 minutes. Les séries 1 et 3 ont été tournées dans les salles communes de foyers. Ces salles sont conçues comme des salles de loisir (équipées de télévision, jeux, etc.), mais ont de multiples fonctions comme celles de lieu de réunion pour les associations de ressortissants. Lors de ces réunions, l'endroit accueille aussi des résidents d'autres foyers, comme c'est le cas pendant le tournage des lettres vidéo. Dans la deuxième série, les abords ou l'intérieur du centre de santé sont les lieux privilégiés par les villageois pour tourner les cassettes.

L'image se compose principalement de gros plans sur la personne qui exprime son point de vue ou pose une question. L'assemblée des participants au débat est parfois filmée plus largement. C'est en particulier le cas durant la mise à l'écran des titres des chapitres. Dans la plupart des lettres, c'est alors l'occasion d'une pause musicale, accompagnée ou non d'images de danses. L'animateur ouvre systématiquement le débat en présentant le projet puis en posant une première question. Chaque intervenant prend la parole en commençant par se présenter, donnant au minimum son nom, puis sa fonction s'il est membre du bureau d'une association ou professionnel de santé, et enfin le nom de son village d'origine.

On le comprend aisément, la limite de temps défini pour le produit fini fait que toutes les personnes présentes ne prennent pas forcément la parole, alors que certaines personnes interviennent plusieurs fois. La plupart de ces documents se présentent sous la forme de questions/réponses entre les protagonistes, offrant la possibilité à chacun d'exposer son point de vue, ses expériences, ses inquiétudes, ses propositions de solutions, ce qui nous permet d'appréhender la richesse et la diversité des discours individuels. Le fait d'avoir développé ce

projet de prévention sous forme de dialogue permet une réelle implication des gens, ici, là-bas, et sur le double espace. En effet, le jeu de questions/réponses se fait à la fois à l'intérieur de chacune des lettres grâce au rôle de l'animateur, qui pose des questions aux autres participants, mais également entre les séries de lettres d'un même village.

Au-delà de la prévention santé elle-même, les cassettes sont l'occasion, aussi bien pour les migrants que pour les villageois, d'aborder l'ensemble de leurs préoccupations socio-sanitaires, en exposant leur point de vue sur la maladie, mais aussi sur l'association, sur la situation sociale des différents groupes (hommes, femmes, enfants, commerçants, responsables villageois, personnel de santé, etc.). De même, les aspects organisationnels de la réponse aux problèmes d'accès aux soins, aux médicaments, aux moyens de transport ou de communication entre les acteurs sanitaires en cas d'épidémie sont abordés, voire prédominant.

3.2.2 Comparaison entre les séries de lettres vidéo : le contenu du dialogue

La première série de lettres (Lettres Vidéo 1), une hétérogénéité fructueuse

	Diboli 1	Sadiola 1	Gory Gopela 1
Thème	« Au sujet du Sida »	« La gestion des épidémies de méningite et de rougeole »	« Prévention des épidémies de choléra »
Titre	« Que Dieu ne nous réveille pas ensemble ! »	« Diangaro Magni ! » (La maladie n'est pas bonne)	« Balaaho » (La catastrophe)
Chapitres	<ul style="list-style-type: none"> • Chez Seydou Diawara (assemblée d'hommes) • Chez Samba Diawara (assemblée de femmes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi parler de la méningite et de la rougeole ? • Quel est le rôle des femmes contre la maladie ? • Quand la maladie arrive quel est le rôle du CS ? • Avec quels partenaires le CS doit-il travailler ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Le sketch • Le débat
Procédé	Démonstration par un intervenant principal ; Témoignage	Questions/réponses	Sketch ; Questions/réponses

Les trois Lettres Vidéo 1 sont les plus hétérogènes en termes de procédé. En effet, Diboli 1 prend principalement la forme d'une démonstration par un intervenant principal, Sadiola 1 est divisée sur le modèle classique de questions/réponses, et Gory Gopela 1 fait apparaître une fiction sous forme de sketch.

Nous commençons ici par aborder le cas particulier de Diboli 1 qui est la seule lettre à s'intéresser à une maladie sexuellement transmissible, le VIH/Sida. Comme dans beaucoup de sociétés, la sexualité est un sujet tabou parmi les populations de la Région de Kayes. Le choix d'aborder la prévention d'une MST doit donc s'accompagner de certaines précautions. Le titre même du film annonce le choix qui a été fait d'utiliser la religion comme vecteur du message préventif.

« L'ARDVE a choisi une maladie et a nommé sa cassette : "Que Dieu ne nous réveille pas ensemble !". Si nous sommes tous réveillés ensemble, cela annonce un malheur. Que Dieu nous en garde. » (Diboli 1, p.1)

L'utilisation d'un proverbe pour introduire le débat permet de réaffirmer l'importance de la prévention. Les migrants expriment ainsi leur refus de se réveiller un jour et de constater que la prévalence du VIH/Sida dans la population du village est exponentielle. Ce titre a été choisi avec d'autant plus de pertinence qu'il fait apparaître le rôle, le pouvoir de Dieu.

« Concernant le sida, tout le monde a peur. On a aussi peur à propos de la manière de le représenter. » (Diboli 1, p.1)

Les migrants doutent donc de la manière dont il faut aborder la maladie, de la façon de formuler le message préventif pour qu'il ne choque pas, pour qu'il soit compris, « travaillé », approprié, par un public pieux. Conscients des critiques auxquelles ils risquent de devoir faire face au village, les migrants choisissent d'utiliser la religion comme vecteur du message.

« Pourquoi cette cassette ? C'est pour expliquer la maladie dans la voie de l'Islam. Ce n'est pas pour trahir la religion. [...] Nous avons décidé de faire cette cassette après avoir vérifié qu'elle correspond à la parole de l'Islam. » (Diboli 1, p.1)

Pour tenter de court-circuiter les critiques potentielles, des arguments religieux sont utilisés pour justifier la prévention et le fait que la vidéo a légitimement pour but d'informer, de diffuser de l'information et des connaissances.

« Dieu a dit que lorsque tu connais quelque chose, il faut approfondir cette connaissance jusqu'à sa limite. » (Diboli 1, p.1)

Tout comme dans la religion catholique, l'islam ne prévoit pas la nécessité de se protéger contre les MST, puisque les rapports sexuels avant le mariage sont interdits, et l'adultère sévèrement puni. Si les préceptes de l'islam sont suivis à la lettre par tous, les risques de contamination par voie sexuelle sont en effet réduits. Ainsi, le fait même de parler de l'utilisation du préservatif sous-entend que tous ne respectent pas ces préceptes, que la sexualité hors mariage et l'infidélité existe, et qu'il est donc nécessaire de savoir comment se protéger. En effet, dans le cadre de familles transnationales, où les époux sont séparés pendant de longues années par plusieurs milliers de kilomètres de distance, les questions de la fidélité et l'abstinence prennent une autre dimension. Ainsi, plutôt qu'un débat, la parole

est donnée à un intervenant principal, un imam qui fait une démonstration orale et visuelle de plus de 15 minutes (sur un total de 37 minutes).

Celui-ci commence par démontrer la légitimité de la prévention en soi.

« Celui qui est malade et qui ne veut pas se protéger, [...] il oublie que Dieu a dit qu'il faut se soigner quand on est malade. » « Nous avons construit les deux choses primordiales, la mosquée et le centre de santé. L'homme s'inquiète pour les deux choses : la vie présente (la santé) et la vie future (la religion). Quand tu es malade, tu ne peux pas prier comme il faut. » (Diboli 1, p.2)

Pour introduire le thème de l'intimité, l'imam expose d'abord les interdits qui s'appliquent à la femme qui a ses règles. Il s'appuie ainsi sur quelque chose d'à la fois intime et de longuement accepté, pour faire l'analogie et ainsi minimiser le caractère nouveau de l'usage du préservatif.

« Dieu nous a tout expliqué. Il n'a pas honte. Pourquoi est-ce que nous, êtres humains, aurions honte des explications ? [...] Dieu n'a pas honte de dire cela à des musulmans, et les musulmans n'ont pas honte de dire cela à leurs frères musulmans. Maintenant, Dieu nous a envoyé une maladie qui nous inquiète beaucoup et pour laquelle, il n'y a pas de guérison pour l'instant.[...] Les savants qui ont trouvé le tissu pour la femme on trouvé le préservatif pour l'homme. Les savants ont dit à l'homme, si l'un d'entre vous est malade, tu vas le porter pour éviter la contamination » (Diboli 1, p.2)

Si le tabou portant sur la sexualité est déjà perceptible à l'oral, il l'est peut-être encore plus visuellement. L'islam a en effet un rapport particulier à l'iconographie. Les représentations (dessin, peinture, gravure, sculpture) des personnages religieux, sans parler de Dieu lui-même, sont interdites, d'où une conception rigoriste de ce qu'il est convenable ou non de représenter, de montrer. Pourtant, le support vidéo reste d'après l'intervenant, un outil privilégié pour la prévention.

« Il y a des gens qui comprennent quelque chose seulement quand ils le voient. C'est pour cela que nous montrons des images dans cette cassette pour que les gens puissent comprendre. Nous avons construit l'image qui montre comment se protéger pour que vous puissiez vous protéger. Tout cela pour que l'on ne quitte pas la voie de l'Islam. » (Diboli 1, p.2)

Contraint par tous les facteurs que nous venons d'exposer, l'imam fait la démonstration de l'utilisation d'un préservatif en utilisant quelques objets et nombre de métaphores.

« Il est interdit de montrer la femme nue et l'homme nu. Ça c'est une lampe. C'est la lampe que chaque musulman utilise pour éclairer son chemin vers la mosquée. On a choisi la lampe comme exemple (il pose la lampe de poche en position verticale sur la table) [...] Quand tu l'enlèves de son enveloppe de plastique qu'est-ce qu'il faut faire ? (il enfle le préservatif sur la lampe de poche posée devant lui). Tu le glisses, tu le descends. Maintenant, c'est comme si tu as gonflé le vélo. Tu ne te fatigues pas. Tu vas faire tes courses avec ton vélo. Tu vas satisfaire ta femme et toi aussi, tu es satisfait. On a choisi cette image parce que, même si l'œil voit, ce n'est pas interdit. Dans l'Islam, ce n'est pas interdit de voir. Si on avait fait ça vulgairement, cela aurait été interdit. On s'excuse auprès des vieux et des personnes âgées ».

L'imam fait ainsi une longue argumentation, bien articulée, à la fois pratique et spirituelle, exposant toute une réflexion sur la tolérance, sur la relation entre Dieu et les hommes, etc. Il utilise plusieurs figures de style pour contourner les interdits. On le comprend aisément, la

lampe de poche représente le pénis; la chambre à air gonflée, le sexe en érection. Mais, malgré toutes ces précautions, l'imam craint encore les réactions des villageois, en particulier des plus anciens, et ce, nous le verrons, à juste titre.

Il nous faut également détailler le cas de Gory Gopela 1 qui est le seul film utilisant la fiction. Si la culture de l'image est peu diffusée dans la Région de Kayes, celle du théâtre y est ancienne. Ainsi, la fiction ici montée est un sketch sur le thème du choléra, filmé dans une salle commune d'un FTM. Il met en scène un étranger qui est accueilli chez le chef du village et sa femme. Partageant le repas du chef du village et de sa famille, l'étranger leur apprend qu'une maladie a tué un enfant dans son village. Plus tard, la fille du chef de village se plaint de maux de ventre. Comprenant qu'il s'agit d'une maladie transmissible, le chef de village convoque l'assemblée du village pour discuter des moyens d'empêcher la propagation de la maladie. La transition avec le débat est faite par l'intervention du griot³⁰ qui ameute les villageois, puis pendant de débat, ponctuée de « humhum » les interventions des autres participants. Sa participation permet d'affiner la mise en scène. Le décor que l'on cherche à reproduire, est en l'occurrence le village lui-même. Les scènes du sketch servent ensuite l'argumentation dans le débat.

« Ma fille a bu dans le même verre que l'étranger. Elle s'est lavée dans la même eau que l'étranger, et maintenant elle a eu la maladie. [...] Il faut acheter beaucoup de gobelets » (Gory Gopela 1, p.3)

Pour en revenir aux éléments concernant l'ensemble des lettres de la première série, les participants sont des membres du bureau de l'association (président, vice-président, trésorier, secrétaire général), ainsi que de simples ressortissants, que l'on devine membres actifs de l'association. Les femmes n'étant pas membres des associations, celles qui participent sont soit les cuisinières qui viennent faire à manger dans les cuisines collectives des foyers, et que les animateurs ont choisi d'inviter à participer car « *C'est bien d'avoir le point de vue d'autres personnes* » (Tiéni Dembélé 19/04/2009) ; soit les femmes des migrants, comme c'est le cas pour Diboli 1, mais elles interviennent alors dans un autre espace : le salon de l'un des ressortissants et au sein d'une assemblée exclusivement féminine.

En ce qui concerne le contenu des interventions, on peut noter les affirmations concernant des causes de la maladie et de sa transmission.

« Pendant la saison sèche, les animaux meurent un peu partout. Donc, pendant l'hivernage, il vaut mieux que tout le monde apporte son eau en brousse pour éviter de prendre l'eau dans les mares. Car cette eau apporte la maladie. » (Gory Gopela 1, p.3)

³⁰ Généralement, le griot est un poète, conteur itinérant qui transmet la tradition par voie orale. Ici, il a plus particulièrement le rôle d'intermédiaire entre le pouvoir et le reste du village, dont il est le porte parole.

Si l'animateur a surtout pour rôle de poser des questions auxquelles les autres participants répondent, il se permet aussi d'apporter des réponses ou d'éclairer certains aspects. Puisqu'il est celui qui a suivi la formation en prévention santé dispensée par le GRDR, il relaie les paroles des médecins.

« Les médecins m'ont dit que la contamination se fait par voie respiratoire. Si on se trouve assis à côté du malade, quand il tousse, ses petites gouttes de salive peuvent entraîner la contamination lorsqu'on les respire. Il ne faut pas que les parents oublient de faire attention à cela. » (Sadiola 1, p.2).

Ce genre d'informations biotechniques sur les moyens de propagation de la maladie restent cependant rares et sont presque exclusivement apportées par les animateurs.

Ensuite, viennent différentes propositions concrètes de solutions à apporter pour améliorer la situation sanitaire. Elles sont de plusieurs ordres: par exemple, l'amélioration de l'organisation des partenariats entre les structures concernées, en particulier une meilleure circulation de l'information en cas d'épidémie. La discussion sur le rôle et les responsabilités de chacun est ainsi largement développée.

« Que peuvent faire l'AICS ou les migrants en France en cas de maladie ? Les gens vivant en France, peuvent-ils aider les gens du village ? » (Gory Gopela 1, p.5)

Ce point sur le partage des rôles, et donc du pouvoir entre les acteurs, sera approfondi dans la partie 3.3.1.

D'autres solutions proposées touchent aux pratiques quotidiennes. Ainsi la prévention du choléra s'appuie sur une individualisation de la vaisselle.

« Pour nous les femmes, l'idée que j'ai, c'est de ne plus boire dans les mêmes verres. » (Gory Gopela 1, p.3)

Ou par la javellisation et le filtrage de l'eau.

« Il faut toujours demander au médecin le dosage de l'eau de javel. Pour filtrer l'eau, il faut utiliser un morceau de tissu propre afin d'éviter que les saletés et les microbes passent. Après chaque utilisation du tissu, il faut le laver à l'eau de javel. » (Gory Gopela 1, p.4)

Enfin, l'aménagement de petites infrastructures est aussi mis en avant. Prendre soin des environs immédiats des puits passe par exemple par l'installation de poteaux sur lesquels accrocher les puisettes pour ne pas qu'elles soient à même le sol. La gestion des eaux usées est aussi abordée.

« Il faut que chacun creuse une fosse couverte pour recueillir les eaux usées. Si on laisse couler les eaux usées dans la rue, les gens marchent dedans, les mouches se posent dessus, elles se posent sur les aliments qui vont dans le ventre. » (Gory Gopela 1, p.7)

Les Lettres Vidéo 1 proposent donc plusieurs techniques pour mettre en scène le message préventif. Fiction, démonstration et débat sont utilisés par les différentes associations. Mais, malgré cette hétérogénéité de la forme, le fond lui reste comparable puisqu'on y retrouve tour à tour des informations sur les causes et les moyens de transmission

de la maladie, des propositions de solutions concrètes pour améliorer la situation, ainsi qu'une problématisation du rôle et des responsabilités de chacun.

La deuxième série de lettres (Lettres Vidéo 2), réponses et initiatives

	Diboli 2	Sadiola 2	Gory Gopela 2
Thème	Sida et maux de ventre	Prévention de la méningite et de la rougeole	La gestion des épidémies de choléra et sur le paludisme
Titre	« Alla Ganna o Jiidi Ti Leminan wu-xanne yi » (Que Dieu nous facilite la procréation par le cri d'un bébé)	« Nxa Nfanu tanga jangaroma » (Protégeons-nous contre les maladies)	« Taaxalen Buure sigui niokho diakho » (Mauvais voisin)
Chapitres	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse à la lettre vidéo de la France sur la prévention du sida • Les maux de ventre des femmes. Que sont ces maux de ventre et d'où viennent-ils? • Qu'est-ce qu'on peut faire face aux maux de ventre ? • Que peuvent faire les immigrés ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Que faire face à la méningite ? • Comment se manifeste la rougeole et que faire ? • Quel est le rôle du comité de gestion en période d'épidémie, et dans le cadre de la prévention ? • Quels sont les problèmes que rencontrent les agents de santé ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Le choléra • Le paludisme, notre mauvais voisin : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce que le paludisme ? - Comment l'attrape-t-on ? - Comment peut-on prévenir le paludisme ? - Comment lutter contre cette maladie? • Face au mauvais voisin, comment travaille le CS? • Comment les immigrés peuvent-ils aider la population?
Procédé	Réponse ; Présentation d'une nouvelle pathologie ; Questions/Réponses ; Débat	Questions/Réponses ; Témoignage(s)?	Réponse ; Présentation d'une nouvelle pathologie ; Questions/Réponses ; Témoignages

Les trois lettres vidéo tournées au Mali sont plus longues que celles envoyées par les migrants. Elles durent en moyenne 45 minutes contre 39 minutes pour la première série, et 32 minutes pour les Lettres Vidéo 3, qui sont donc les plus courtes. Cette durée s'explique entre autres par le fait que les participants sont plus nombreux: 23 en moyenne, contre 12 pour les Lettres Vidéo 1, et 14 pour les Lettres Vidéo 3. Cette longueur entraîne beaucoup de répétitions, mais permet la participation de tous ceux qui veulent intervenir. Parmi ces intervenants, le personnel de santé est largement représenté. Par exemple, dans Sadiola 2,

sur les 15 intervenants, 4 sont des professionnels de santé (l'infirmier d'état, la sage-femme, le pharmacien et le Président du comité de gestion). Les autres participants sont des « notables » (chef de village, premier conseiller du chef de village), des fonctionnaires (adjoint chef de poste), des représentants délégués des villages environnants et, enfin, de simples villageois dont on peut imaginer qu'elles sont proches du CS, qu'elles en suivent les activités, et/ou qu'elles sont proches des migrants intervenant dans la première série.

Les trois cassettes répondent aux lettres des migrants et aux questions qu'elles posent, mais pour deux d'entre elles (Gory Gopela 2 et Diboli 2), les villageois ont choisi de parler d'autres maladies que celles abordées par les migrants, ce qui illustre que les priorités et/ou les préoccupations des villageois sont différentes. Si ce n'est pas le cas de Sadiola 2, on peut tout de même noter que les villageois prennent l'initiative de parler des problèmes rencontrés par le personnel soignant, donnant par exemple la parole à la sage-femme qui se plaint du peu de femmes qui font un vrai suivi de leur grossesse, ce qui n'a rien à voir avec la méningite ou la rougeole.

Dans Gory Gopela 2, le passage du choléra au paludisme est justifié.

« Le médicament qu'on utilise pour traiter le choléra est le Reinzer. On a toujours un stock de Reinzer ici. Nous renouvelons les stocks de médicaments. Quand il n'y en a pas suffisamment, on procède à l'achat. Il y a de l'argent pour ça. » (Gory Gopela 2, p.3)

« Ce n'est pas une maladie difficile à prévenir.[...] En ce qui concerne la prévention, nous avons les outils adéquats.[...] Nous avons le nécessaire pour ce traitement. » (médecin chef, Gory Gopela 2, p.3)

Ainsi, les traitements sont disponibles, les solutions sont connues et appliquées dans la mesure du possible. Le choléra n'est donc pas une maladie à propos de laquelle le village a besoin de l'aide des migrants. Voilà pourquoi seul un quart de Gory Gopela 2 est consacré au choléra qui est ensuite abandonné au profit du paludisme.

« Les agents de santé nous ont dit qu'actuellement c'est le palu qui sévit ici. Et plus généralement, que le palu a embauché toute l'Afrique. Et ça, c'est un symbole pour tous les Africains. » (Gory Gopela 2, p.4).

Donc le changement de thème est justifié par la forte prévalence de la maladie dans le village, mais également dans toute l'Afrique. Cette priorité de la lutte contre le paludisme est aussi un signe de solidarité avec le reste du continent. Pour la situation dans le village, le médecin donne quelques chiffres qui illustrent encore l'urgence que représente cette maladie.

« Pour montrer que le palu est un de nos grands soucis, je vais donner quelques chiffres. Dans un mois d'octobre, sur 534 consultations, 323 étaient de nouveaux cas de palu - 60% des nouveaux cas de maladie. Si le palu est à 60%, ça montre sa force dans le village. Parmi ces 323 cas, 5 enfants sont morts. » (Gory Gopela 2, p.5).

Enfin, un dernier argument expliquant le choix du paludisme est que depuis quelque temps celui-ci sévit, tous les jours, en toute saison.

« Les gens disaient que les moustiques étaient toujours nombreux à la fin des cultures. On disait que c'était la période de la maladie parce que toutes les terres familiales autour du village étaient cultivées. Mais aujourd'hui, le palu est notre voisin. Il ne privilégie ni la saison des pluies ni la saison sèche. Le palu est avec nous tout le temps. Il nous gâche la vie. » (Gory Gopela 2, p.4)

Même si le choléra est une maladie préoccupante, elle reste saisonnière, alors que le paludisme, autrefois dénommé « maladie de la fin des cultures », n'a plus de saison, ce qui en fait le « mauvais voisin ».

Mais aborder une autre pathologie ne se fait pas complètement au détriment des messages préventifs contenus dans la lettre des migrants sur le choléra.

« Le palu se transmet par les moustiques. Les moustiques se développent dans les eaux usées, les eaux de toilette et les eaux sales. C'est là où se trouve le palu » (Gory Gopela 2, p.3)

Le moyen de prévention capital qu'est la gestion des eaux usées et l'assainissement du village reste pertinent malgré le changement de maladie traitée dans le débat.

En ce qui concerne Diboli 2, la proportion entre la maladie abordé par les migrants et celles que les villageois ont choisie est la même que pour Gory Gopela 2, seulement un quart du temps est consacré au Sida, le reste du film étant dédié aux maux de ventre. Le fait de quitter le thème de la MST qu'est le Sida n'est pas vraiment justifié par les villageois. Mais les « maux de ventre » sont présentés comme une maladie sexuée puisqu'il s'agit d'abord des « maux de ventre des femmes ». Des jeunes femmes se plaignent de menstruations douloureuses et irrégulières qui les inquiètent.

« Après, il se passe deux ou trois mois sans règles. [...] Maintenant elles veulent que les migrants les aident à soigner cette maladie. Quand ton mari voyage et tu as ce malheur-là, les gens disent que tu t'amuses beaucoup. Or ce n'est pas ça. C'est une maladie. » (femme, Diboli 2, p.4)

Ainsi, le poids du contrôle social et des suspicions qui pèsent sur la femme dont le mari est en migration poussent les femmes à identifier l'ensemble de leurs difficultés obstétriques comme étant une maladie. Mais les « maux de ventre » ne concernent finalement pas que les femmes.

« Les hommes ont des maux de ventre, les femmes aussi. Même moi, là, je peux dire que j'ai des maux de ventre. Tout le monde en a. [...] La première cause des maux de ventre, c'est la saleté. » (homme, Diboli 2, p.6).

Comme nous l'avons vu dans le point 2.2.3, les maux de ventre désignent en fait toutes les maladies provoquant des douleurs abdominales.

Au-delà de ces initiatives pour traiter d'autres pathologies, les Lettres Vidéo 2 ont aussi la particularité d'aborder la maladie de manière différente. Ainsi, c'est l'expression de la peur qui domine.

« La méningite est une maladie qui s'attaque d'abord aux enfants. C'est pour cela qu'elle nous fait peur. L'avenir ce sont les enfants. » (Sadiola 2, p.1)

Directement touchés, les villageois voient chaque jour leurs voisins, leurs proches, mourir autour d'eux et donnent donc une plus grande place aux témoignages décrivant, par exemple, les symptômes de la maladie.

« Si l'enfant est atteint du palu, il a la fièvre pendant la nuit. Certains en ont tellement marre qu'ils veulent mourir. » (Gory Gopela 2, p.4)

Leur présence sur le terrain fait aussi que d'autres problèmes sont abordés, comme celui de l'accès au CSCOM.

« Nous, pour aller de Kakadian à Sadiola, tout le monde sait que c'est très loin. Il y a une seule personne dans le village qui a une moto. Il s'appelle Konady Mody. Et c'est à lui qu'il faut s'adresser pour aller à Sadiola. Nous utilisons nos charrettes pour amener nos malades et pour cela, il nous faut 3h. Cela nous inquiète beaucoup. Une personne qui a la méningite sera morte avant d'arriver à Sadiola. » (Sadiola 2, p.7)

L'absence d'ambulance ou d'autre véhicule à la disposition du personnel du CSCOM, les difficultés de déplacement liées à l'état des pistes, sont ainsi rendu directement responsables du manque d'accès au soin.

Bien sûr, certaines solutions sont aussi exposées pour limiter l'expansion de la maladie. Il peut s'agir de la construction de lazarets (ancien nom des léproseries, lieux de quarantaine), ou de ne pas laisser les enfants dormir dehors, où ils sont en proie aux moustiques. Mais les moyens d'améliorer la situation sanitaire proposés sont surtout liés à deux points qui seront développés plus tard en détail : les moyens offerts par les savoirs traditionnels (voir 3.3.2), et l'aide apportée par les migrants (voir 3.3.1).

La principale particularité des Lettres Vidéo 2 est donc d'aborder d'autres maladies que celles proposées par les migrants, que ce soit pour éviter de toucher aux tabous liés à la sexualité, ou parce que la prévalence d'une autre pathologie est plus préoccupante encore.

La troisième série de lettres, les « Lettres Vidéo 3 », une homogénéisation au détriment de la qualité du message préventif.

Nous l'avons vu, les Lettres Vidéo 3 ne sont plus pilotées par le GRDR. C'est la Charte Santé qui coordonne leur réalisation. La finalisation de ces lettres a pris beaucoup de temps puisque qu'elle s'est étalée de mai 1998 à décembre 1999. Cela est dû à plusieurs facteurs, et tout d'abord à un problème de leadership. Le secrétaire administratif de la Charte Santé, nous explique que la Charte Santé s'est dissoute juste après la fin du projet.

« C'est très difficile de diriger une association comme ça, avec la rencontre de plusieurs groupes, plusieurs ethnies, qui n'ont pas vraiment le même point de vue. Moi je crois que c'est pour ça que... On veut tous arriver au même but, mais on ne voit pas les choses de la même façon, ce qui est dommage. On peut dire que ça a fini par la guerre des chefs. [...] Le GRDR demande des subventions, au niveau de la DDASS pour la Charte Santé. C'est ça qui était la base de la création de la Charte Santé, que le GRDR subventionne. Ça a

commencé par là, que cette subvention était mal gérée, ce qui a mené à la dislocation de l'association» (Tiéni Dembélé, 19/04/2009).

	Diboli 3	Sadiola 3	Gory Gopela 3
Thème	Prévention sanitaire : les maux de ventre et les MST	Prévention sanitaire : la méningite et la rougeole	Prévention sanitaire : le choléra et le paludisme
Titre	« L'inquiétude commune »	« Mieux vaut prévenir que guérir la maladie »	« Combattons l'ennemi commun : la maladie »
Chapitres	<ul style="list-style-type: none"> • Les maux de ventre - Point de vue des médecins sur les maux de ventres • Le rôle du centre de santé • La mobilisation du village 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment lutter contre la méningite - Protection maternelle infantile Voltaire, Montreuil-sous-Bois, 19 juillet 99 • Comment lutter contre la rougeole • Problèmes de fonctionnement du centre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment lutter contre le choléra - Point de vue sur le choléra - Point de vue des médecins sur le choléra - Point de vue sur le paludisme - Point de vue des médecins sur le paludisme • La promotion de la santé au village
Procédé	Questions/réponses avec intervention de deux médecins français		

Le cadre fédératif offert par La Charte Santé a néanmoins permis une plus grande coopération entre les trois associations. Nous avons pu le remarquer grâce aux génériques des films qui indiquent la participation de techniciens venant d'autres associations pour la réalisation, par exemple, des films des associations dont l'animateur est mort, ou parce que certains ne sont plus disponibles. L'image et le son de Sadiola 3 sont ainsi l'œuvre d'un animateur de Diboli et d'un animateur de Gory Gopela. Mais ces échanges nous laissent également penser qu'avec le temps, seules les personnes les plus investies dans le projet y sont restées fidèles, et que les désertions furent nombreuses. Si c'est un des aléas bien connus du monde associatif, il s'agit ici peut-être aussi du fait que le projet a dû faire face à des réactions très partagées au village. La pression sociale de la part des responsables villageois sur les migrants s'est faite sentir. C'est apparemment particulièrement le cas de Diboli. De treize intervenants dans Diboli 1 (dix hommes et trois femmes), ils ne sont plus que neuf hommes dans Diboli 3. Les femmes n'apparaissent plus. En outre, Diboli 3 est la plus courte de toutes les lettres avec seulement 22 minutes, dont la moitié est dédiée à l'interview de deux médecins français. Il faut souligner que, des deux animateurs mobilisés pour Diboli 1, un est décédé avant de pouvoir participer à Diboli 3. Nous n'avons pas la date

exacte de sa disparition, mais nous avons appris que le deuxième animateur était lui aussi décédé, quelque temps après. Ainsi, un projet déjà délicat en soi parce qu'il abordait un tabou, a vu disparaître assez vite ses deux principaux moteurs. Même sans que nous n'ayons pu connaître les détails des conflits qui se sont joués entre responsables villageois et migrants à propos de ces lettres, tous ces éléments expliquent sûrement les réactions recueillies, le 20/04/2009 à Paris, auprès d'un ressortissant de Diboli ayant participé au projet.

« La cassette, ici et au village, c'est comme perdu. Parce qu'on a fait la cassette, et après les gens ils ont commencé à critiquer le truc. Nous, on s'est fait calmer, et on a laissé tomber. Ça a été causé comme ça, et ça a été presque enterré. Depuis le commencement de la cassette jusqu'à aujourd'hui, je n'ai jamais entendu le mot cassette parce que je le vois pas. » (Diomdera Oumar, 20/04/2009)

En raison de la violence des critiques contre les lettres des migrants, celles-ci ont donc été « enterrées ». Plus personne ne veut en entendre parler, car chacun veut éviter de remettre sur la table des oppositions qui menacent l'unité de la communauté villageoise sur le double espace.

Pour en revenir aux éléments communs aux lettres de la troisième série, sans pouvoir évaluer le rôle précis de la Charte Santé dans la scénarisation, il ressort néanmoins une très nette homogénéisation de ces trois lettres, à l'inverse des lettres de la première série qui étaient très différentes les unes des autres. Nous le voyons, dans le tableau ci-dessus, même les titres des vidéos ont été harmonisés. Il s'agit à présent de faire de la « prévention sanitaire ». Et en effet, l'orientation, la conception même du projet a changé, en particulier à travers l'intervention, dans chacune des trois lettres, de deux médecins généralistes français du Centre de Santé de Montreuil-sous-Bois. Certaines parties du montage ont même été reprises à l'identique, par exemple lorsque les deux médecins en question se présentent. Pourquoi avoir fait appel à des médecins ? L'un des animateurs nous répond.

« Les médecins, ils sont plus capables d'expliquer la maladie. Plus que nous, puisque nous on a juste appris une base de la prévention. Donc on aura du mal à convaincre un malade par exemple de la façon de se protéger du sida, ainsi de suite. Un médecin connaît mieux les thèmes à aborder, plus que nous. Et puis c'est aussi quand même quelque chose qui va expliquer, qui va être vu là-bas, donc avec un médecin ça va avoir beaucoup plus d'influence que ce que nous tout simplement disons, parce que c'est quelqu'un qui travaille là-dedans, une autre personne que nous. Donc s'il parle de la maladie, les moustiques, le choléra, c'est quelqu'un qui doit pouvoir bien expliquer, voila. » (Tiéni Dembéle, 19/04/2009).

Donc l'intervention de médecins français est pensée comme moyen de donner une vision plus technique et professionnelle de la prévention. Nous pouvons également supposer que le recours à ces personnes ressources est dû au fait que les migrants se sont retrouvés désarmés face à certaines questions du village.

Ces personnes en particulier ont été choisies à cause de leur proximité immédiate, tous deux travaillant à proximité du FTM de Montreuil. Mais cette proximité spatiale ne paraît pas suffisante pour que leur propos soient réellement adaptés dans le ton, la langue, le

vocabulaire, etc. En effet, le même animateur qui justifie ci-dessus l'intervention des deux médecins, se positionne différemment plus tôt durant l'entretien.

« On peut toujours parler de la santé, mais je crois que les lettres vidéo, la diffusion a été beaucoup plus aperçue, a eu beaucoup plus d'ouverture pour les gens que les informations faites autrement, puisque la lettre vidéo c'est les gens même concernés du village qui parlent. C'est pas des gens qui viennent d'ailleurs. » (Tiéni Dembélé, 9/04/2009)

Ainsi, une intervention venue de l'extérieur rompt avec l'idée que le message préventif circule mieux grâce à l'utilisation d'une langue, d'un vocabulaire et de représentations communes. Puisque les deux médecins s'expriment en français, leurs interventions ont besoin d'être doublées (processus long en partie responsable de la longue période nécessaire à la réalisation des Lettres Vidéo 3), ce qui est encore compliqué par l'utilisation d'un vocabulaire très biomédical. De plus, les interviews de ces médecins sur leur lieu de travail rompt aussi avec l'idée d'une prévention participative, puisque seul l'animateur et les techniciens sont présents durant ces entretiens.

Certains commentaires très critiques vis-à-vis de ces interventions ont pu être relevés, en particulier auprès de la personne en charge de la formation aux techniques vidéo.

« On a cherché la voix de la vérité [...] avec les deux toubabs³¹ que vous avez dans le film, qui interviennent avec à chaque fois, "voilà ce que dit le savoir médical". Alors, à l'époque je n'ai pas trop réagi à ça, mais moi aujourd'hui, quand je regarde ça, je trouve ça assez offensant. Je trouve ça pas bien (rire). A la limite, si ça avait été des médecins noirs, ou des médecins africains, j'aurais trouvé ça un peu plus dans le mood. Mais le fait que dans l'ensemble de ce processus ils aient choisis ces deux médecins de quartier, ce n'est pas bien dans le film. Ça change le ton, ça casse, et ça fait lourdement pédagogique, là où avant c'était une volonté de dialogue et d'échange » (Michael Hoare, 20/04/2009)

Ces allers-retours entre le discours des médecins, voix de la vérité, et l'intervention des migrants qui se tromperaient s'illustrent comme suit.

« Avant, les femmes faisaient la fumée dans les cases. Elles coupaient des feuilles et bouchaient les trous des cases au crépuscule. Maintenant, il y a beaucoup de maisons en dur. Même si on ne peut pas boucher ces maisons, on peut mettre la fumée. Même si tu as la moustiquaire, en faisant la fumée au crépuscule, ça ne peut que réduire les moustiques. » (femme, Gory Gopela 3, p.5)

Ses propos sont immédiatement suivit par l'intervention des deux médecins.

« Faire une grosse fumée dans la pièce, souvent ça éloigne les insectes. Je ne suis pas sûr que ça va faire partir tous les moustiques de la pièce » commence le premier, relayé par sa consœur : « Et puis c'est toxique aussi pour les individus qui sont dans la maison, parce que pour se débarrasser de la fumée, c'est irritant pour les voix respiratoires, on risque de ne plus pouvoir revenir dans la pièce avant quelques heures, donc on est obligé de sortir, attendre (rire). » (Gory Gopela 3, p.5)

³¹ « Toubab », du mandingue « toubabou » signifie personne blanche.

La parole de la femme qui propose d'enfumer les chambres est, plus que remise en doute, presque ridiculisée. Le risque est donc de décrédibiliser tout ce que les migrants disent, ce qui nuit au processus de prévention et de dialogue entre les migrants et les villageois.

D'autant que leur absence d'expérience en Afrique fait que ces deux médecins ne sont pas forcément très qualifiés pour intervenir dans ce cadre. Certaines comparaisons sont par exemple mal venues.

« La mort par rougeole a disparu en France... parce que c'était une mort difficile, ça attaquait le cerveau des enfants et ils mourraient, ou s'ils ne mourraient pas, ils étaient vraiment handicapés de façon très importante pour la suite. Donc le vaccin a vraiment révolutionné, puisque moi, comme médecin je n'ai jamais vu de rougeole depuis que j'exerce parce que les enfants sont vaccinés, ils n'ont plus la rougeole. » (Sadiola 3, p.5)

Ce manque d'expérience se retrouve dans d'autres maladroites. L'un d'eux, à propos des éruptions cutanées dues à la rougeole, explique :

« Après ça, ça se diffuse à tout le corps, et donc les boutons, c'est tout rouge. Il peut y avoir des espaces de peau saine, c'est-à-dire que la peau est blanche... Ou noire, bon ... » (Sadiola 3, p.4)

Les Lettres Vidéo 3 sont donc principalement définies par la rupture qu'elles introduisent avec la philosophie qui est à l'origine même du projet, celle d'un dialogue entre les membres d'une même communauté sur le double espace.

3.2.3 Les réactions face au moyens de prévention préconisés

Quelles sont les réactions qui apparaissent dans les lettres vidéo, tournées au Mali, en réponse aux messages des migrants? Les points de vue sont divers. En général, il y a un certain décalage entre les propos du personnel de santé qui relaie les messages préventifs diffusés par les migrants dans Lettres Vidéo 1, et les autres villageois qui ont regard plus critique.

Un projet apprécié, des éléments de prévention appropriés

L'initiative, le projet en lui-même est en général apprécié et engendre donc des remerciements, voire un certain enthousiasme.

« Nous avons vu la vidéo-lettre de la France et cela nous a plu. » (Gory Gopela 2, p.1)

La nécessité des actions sanitaires préventives est donc relayée.

« Le problème du sida qu'ils ont posé et ce qu'ils ont dit sur le sida est une réalité [...] Selon moi, c'est une leçon pour nous. Et ce qu'ils nous ont montré c'est pour nous enseigner. Ce qu'on ne sait pas, on doit l'apprendre. Dire que c'est pour augmenter la débauche, moi, je trouve que non, au contraire, c'est pour nous conseiller. Mais tous les gens n'ont pas la même vision. Je pense

qu'ils nous ont donné de bons conseils. D'autres peuvent penser autrement.»
(Diboli 1, p.2)

Et d'autres exemples nous montrent l'appropriation par certains villageois, des messages préventifs véhiculés par les Lettres Vidéo 1. Les causes de propagation du choléra exposées dans Gory Gopela 1 sont ainsi reprises dans Gory Gopela 2.

« Ce sont les eaux sales qui provoquent le choléra » « Quelle que soit l'eau que tu trouves, il faudra la filtrer et la javelliser. » (Gory Gopela 2, p.1)

Des affirmations réfutées par le déni, l'opposition ou l'évitement

Le déni total est rare mais apparaît à certaine occasion, en particulier de la part de personnes âgées.

« Mais cette cassette qu'ils nous ont envoyée pour dire que celui qui peut payer des capotes... Nous ne sommes pas d'accord. De toute manière, nous ne connaissons pas le Sida. » (Diboli 2, p.1)

C'est donc l'existence de la maladie qui est ici niée. Si les oppositions frontales au propos tenu par les migrants dans Lettres Vidéo 1 sont, elles aussi, assez peu courantes, il faut en relever certaines.

« Nous avons une association qui s'occupe du balayage des rues et des alentours des puits et des forages. Nous gardons nos enfants propres. Nous faisons tout parce que nous avons peur de la maladie. [...] C'est l'eau non potable qui provoque les maladies. Au début de l'hivernage, il y a des maladies liées à l'eau sale. Si on n'a pas d'eau potable, on est obligé de consommer l'eau non potable. Sinon, les mesures d'hygiène ne manquent pas. Les rues ne sont pas sales, les alentours des puits non plus ». (femme, Gory Gopela 2, p.2)

L'opposition n'est pas exprimée explicitement, mais il est néanmoins clair que cette femme veut signifier aux migrants que les villageois font déjà attention à l'hygiène, et qu'en conséquence, les émigrés mentent en disant que son environnement est sale. La remise en cause des propos des migrants va même plus loin. Le pharmacien de Sadiola critique le projet des migrants de faire de la prévention. Il ne les considère pas comme des interlocuteurs compétents dans le domaine.

« Le fait de dire aux gens : "restez sur place, faites comme ceci ou cela", n'est pas le travail des migrants. Ça doit être entre nous ici. Mais essayer de fournir les moyens de déplacement, voilà le travail de nos migrants ».
(pharmacien, Sadiola 2, p.6)

Cette critique est compréhensible si l'on considère que les migrants, n'étant pas des professionnels de la santé, n'en savent donc guère plus que ceux à qui ils s'adressent, et qu'ils peuvent diffuser, à travers les lettres, des messages confus voire contradictoires.

Le principal mécanisme d'évitement a déjà été décrit dans la partie concernant les Lettres Vidéo 2, puisque, pour deux de celles-ci, les non-migrants changent tout simplement

de sujet et traitent d'une autre maladie. Sinon, il faut noter que de manière volontaire ou non, certains messages restent lettres mortes. S'ils ne sont pas dénoncés, ils sont néanmoins remplacés par des arguments différents. Par exemple, les moyens de transmission (par voie respiratoire) de la rougeole, exposés par l'animateur dans Sadiola 1, ne sont pas repris dans Sadiola 2.

« C'est une maladie liée à l'air. Au début de la saison froide, le vent souffle. Il y a des arbres dans la brousse qu'on appelle « kapokier ». Quand les fruits sont murs, le vent apporte ces fruits et d'autres éléments dans le village. Au début de la saison chaude, la rougeole profite de cela pour attaquer les enfants. Les enfants présentent des boutons sur le corps qui donnent du pus. Les mouches se posent sur les plaies et transmettent la maladie à d'autres enfants » (Sadiola 2, p.1)

Les villageois ne prennent donc pas ce qui est dit dans les Lettres Vidéo 1 pour argent comptant, et les informations, comme ici sur les moyens de transmission de la maladie, ne sont visiblement pas appropriées.

Critiques de l'applicabilité des moyens préventifs prescrits par les migrants

Nombres d'arguments développés par les non-migrants, plutôt que d'être en accord ou en désaccord, avec ceux des migrants, sont en décalage. Les solutions proposées par les migrants ne semblent pas toujours réalistes aux villageois. Les exemples sont parlants dans le cas du choléra.

« Il faut acheter beaucoup de gobelets » (femme, Gory Gopela 1, p.3)

« Il n'y a que la javellisation qui est efficace ». (homme, Gory Gopela 1, p.4)

Mais dans Gory Gopela 2, l'animateur demande aux participants s'ils pensent que tout le monde peut se procurer plusieurs pots, ou si tout le monde a de l'eau de javel. Une femme lui répond :

« Pour répondre à ta question, je dirai que nous sommes pauvres. Nous ne sommes pas toujours en mesure d'acheter[...] » (Gory Gopela 2, p.2)

Les migrants se trouvent donc contraint de proposer d'autres solutions.

« Celui qui ne peut pas en acheter doit bouillir son eau et la laisser refroidir avant de la mettre dans la jarre. Il n'y a pas que l'eau de javel pour tuer les microbes. Il y a d'autres solutions qu'on peut faire soi-même. » (Gory Gopela 3, p.4)

Ces décalages sont en grande partie dus au fait que les déterminants sociaux de la santé ne sont pas assez pris en compte dans les Lettres Vidéo 1. Par exemple, à propos de la rougeole, les intervenants de Sadiola 1 ne parlent pas de la malnutrition, alors que c'est le plus souvent elle qui rend la maladie mortelle.

A l'inverse, les ressortissants de Gory Gopela en France relaient bien l'idée selon laquelle la gravité choléra est liée à la déshydratation. Mais ils n'abordent pas le fait qu'il est difficile de trouver de l'eau propre et que boire de l'eau non potable ne permettra pas de se réhydrater si on a le choléra. Au village, les participants sont bien conscients de ce problème.

« Il y a peu d'eau dans les forages qu'ils ont creusés [...]. Certaines personnes n'ont pas leur nourriture. Si on te dit de boire de l'eau propre, mais tu n'en as pas, tu vas boire l'eau sale que tu as. » (Gory Gopela 2, p.9)

Un autre décalage est relevé par les villageois à propos du nécessaire isolement des personnes touchées par une maladie contagieuse.

« Chez nous, nous cohabitons tous ensemble et quand une personne tombe malade à cause de la méningite, ses parents cherchent à lui rendre visite malgré le risque de contagion. Même lorsqu'on installe des lazarets, les visiteurs accompagnés d'enfants sains viennent dire bonjour. Tout cela facilite la contamination d'enfants sains, qui ne devraient pas être touchés par la maladie.[...] Ici notre société est organisée de telle sorte que nos buvons et mangeons ensemble. » (Sadiola 2, p.2)

Isoler une personne, et qui plus est un enfant, pour éviter contamination est donc difficile lorsque la coutume veut que l'on rende visite aux malades. La maîtrise de l'épidémie passerait donc par un changement d'habitudes et de pratiques sociales comme, par exemple, la prise du repas en commun. Cette question de la nécessité d'un changement de comportements n'est pas vraiment abordée dans Sadiola 1. Mais dans Sadiola 3, les migrants argumentent sur ce qu'il faut changer.

« Lorsqu'on est atteint d'une maladie transmissible, le mieux c'est de séparer les victimes des autres. Ne te dis pas : je ne vais pas travailler sans voir le malade. Une fois que ça s'attaque à une personne, ça peut se propager à tout le monde. On est trop marqué par notre foi et notre humanisme. » (Sadiola 3, p.1)
« Pour éviter la transmission de la maladie, il ne faut pas trop de compassion, car sinon l'enfant peut contaminer les autres. Il ne faut pas perdre deux enfants au lieu d'un seul. » (Sadiola 3, p.3)

Ainsi d'après eux, les conceptions de la compassion, de la foi, de l'humanisme, devraient donc être repensées pour que tout le monde accepte la mise en quarantaine d'un de ses proches. Conscient de l'ampleur de ces difficultés, l'animateur dans Sadiola 3, demande leur avis aux médecins français.

« S'il ne faut pas aller voir les malades, comment on peut s'en occuper ? » (Sadiola 3, p.4)

Ceux-ci lui répondent qu'il faut prendre des précautions en se lavant les mains avant et après avoir vu le malade et en portant un morceau de tissu ou un masque. Mais cette proposition pose à nouveau le problème de la disponibilité du matériel nécessaire.

Les réactions des non-migrants aux messages communiqués par les migrants sont donc variées. Si certains les confirment et se les approprient, d'autres vont à l'inverse s'y opposer. Mais cette dichotomie entre accord et désaccord ne suffit pas à rendre compte de la diversité des effets produits par le message sur la communauté villageoise. D'abord parce que les solutions d'amélioration proposées par les migrants peuvent être acceptées, mais sans que les villageois estiment avoir les ressources nécessaires pour les appliquer. De plus, l'initiative du changement de thème, consistant à aborder d'autres pathologies que celles traitées par les migrants, est elle-même une réaction particulière, celle de l'évitement de certains sujets.

3.3 Ce qui passe au travers du message de prévention, la nature des transferts idéels

3.3.1 Du rapport entre le migrant et son entourage non-migrant

La perpétuation du projet migratoire...

Comme nous l'avons vu précédemment (dans la partie 2.2.2), le projet migratoire des Maliens de la Région de Kayes est un projet collectif. Le but de la migration est de garantir la survie de la communauté villageoise.

« Le pays ne peut pas se construire sans les fils du pays. Le travail des villages ne peut pas se faire sans les chefs du village et sans les fils du village. Aujourd'hui nous devons tous faire des efforts. » (Sadiola 3, p.7)

Les lettres vidéo sont ainsi l'occasion de réaffirmer l'unité de la communauté dont les membres sont ou non en migration.

« Nous aussi nous sommes inquiets parce que quand ta femme t'envoie une lettre disant qu'elle est malade, tu ne peux pas dormir. » (Diboli 3, p.1)

Il s'agit ainsi pour les migrants de rappeler à leur proches non-migrants que, malgré la distance, leurs préoccupations restent les mêmes, que leurs actions sont toujours destinées à améliorer les conditions de vie au village.

« Nous connaissons les difficultés que vous avez là-bas. Tout ce qu'on a dit, c'est pour vous. » (Gory Gopela 1, p.7)
« Toujours, nous prions au Dieu de nous donner les moyens pour vous envoyer des médicaments » (Diboli 3, p.5)

L'usage fréquent d'un « nous » qui englobe à la fois les migrants et les villageois est aussi significatif de cette volonté d'affermir l'unité. Le « nous » est en effet le marqueur d'une identité collective ou, comme le dit Thomas Faist, de « we-feeling » ou « we-consciousness » (Faist, 2000).

« Nous avons réalisé le centre de santé pour nous soigner afin de pouvoir prier convenablement. » (Diboli 1, p.2)

Dans cette phrase, « nous » représente théoriquement les migrants et les villageois. Pourtant, dans la pratique, c'est bien à l'usage des seuls villageois que les CSCOM ont été construits.

Il s'agit ensuite pour les villageois de réaffirmer qu'ils ont besoin de l'aide de leurs ressortissants vivant à l'étranger. Ces demandes de soutien, émanant des villages, prennent des formes diverses, plus ou moins directes. Elle peut par exemple se faire de manière elliptique.

« Je pense qu'il devrait y avoir un véhicule à notre disposition pour que l'on puisse aller rapidement dans les villages en cas d'épidémie pour vacciner tout le monde. » (pharmacien, Sadiola 2, p.4)

Souvent, elle est exprimée de manière assez retenue, ou conditionnée par ce dont les migrants disposent. Les migrants ne sont d'ailleurs pas toujours la première référence, la première ressource à laquelle on fait appel lorsque l'on manque de quelque chose.

« Si, par malheur, nous n'avions pas de médicaments des autorités sanitaires, nous prenons contact directement avec les migrants. Nos ressortissants, comme d'habitude, nous envoient leur contribution. » (Sadiola 2, p.4)

Pour ce membre du comité de santé, les migrants sont comme une roue de secours sur laquelle on peut compter pour combler les lacunes des pouvoirs publics. Mais le plus souvent les migrants sont considérés comme une source première, voire inépuisable, de revenus, en raison de leur présence en France.

« Vous qui êtes avec les toubabs, il faut demander l'aide des toubabs. [...] Si on parle de l'union, cela veut dire que l'on doit travailler ensemble, nous ici et vous là-bas. Une personne en Europe peut fournir beaucoup de médicaments. Ils ont les moyens pour soigner ces maladies et envoyer des médicaments. Dès que nous sommes à l'étranger, nous devons penser aux parents et comment les aider. [...] Il faut que les gens à l'étranger nous aident pour avoir une meilleure santé. Il faut expliquer nos conditions aux grandes personnes. Ils peuvent nous aider à sortir de cette maladie. Sinon, ça ne va pas. Le palu fait des ravages ici. Il tue tout le monde ici. Les gens sont finis. C'est fini. » (Gory Gopela 2, p.9)

L'homme qui s'exprime demande donc aux migrants de faire du lobbying, de former des partenariats avec des organisations et des bailleurs de fonds du Nord afin de fournir au village « une meilleure santé ». Mais il rappelle surtout aux migrants leur obligation morale à aider leurs proches non-migrants. Le rappel de cette obligation peut, à de rares occasions, s'accompagner de reproches.

« Il y en a qui sont installés en France. Ils se sont mariés et ont des enfants. Ils sont devenus des Français ». (premier conseiller d'un chef de village, Diboli 1, p.1)

L'ancien sous-entend ainsi qu'en faisant venir leur famille en migration, en prolongeant leur séjour, les migrants ne font plus partie de la communauté villageoise, que le projet migratoire a été rompu. Ce sentiment peut d'ailleurs pousser certains villageois à défier les migrants.

« Vous avez pris l'engagement de soigner tout le Niagala, alors on vous écoute [...] C'est vous qui avez montré la voie. Avant la venue de la première pluie, nous verrons ce que vous êtes capable de faire auprès des agents de santé et les enfants. » (Sadiola 2, p.7)

Du côté des migrants, cette volonté de confirmer la perpétuation du projet migratoire se lit également très bien dans la manière dont ils s'expriment. La figuration, au sens de Goffman, c'est-à-dire les pratiques normalisées utilisées pour que l'interaction fonctionne, est très éloquente. D'abord, dans le respect de la cérémonie de présentation, les salutations et même les condoléances Le ton est ainsi donné, humble et très respectueux, mais également très prudent.

A partir de cette base commune, on peut distinguer deux attitudes liées aux conceptions individuelles des objectifs du projet. Le premier profil est celui d'un migrant dont le ton est

très hésitant, qui ne semble pas se considérer comme compétent pour émettre un message préventif, encore moins pour apporter un enseignement. S'il participe, c'est pour témoigner, poser des questions, exposer des points de vue et demander aux villageois de faire de même. Il est donc très loin de l'idée de transferts de connaissances qui n'iraient que dans un sens. Il prône plutôt l'établissement du dialogue, de l'échange, pour trouver des solutions communes à l'expansion de la contagion.

« Cette cassette n'est pas faite pour démontrer nos connaissances, ou pour montrer qu'on est en Europe, mais pour vous demander de nous donner de vos connaissances, pour mettre en place un échange de savoir-faire ». (Diboli 1, p.4)

Dans le deuxième profil, la personne est plus sûre d'elle et se donne comme mission d'informer voir d'instruire les non-migrants.

« Le jour de la projection de la cassette, ils peuvent dire au griot d'appeler tout le village parce que c'est un enseignement que nous donnons à tout le monde ». (Gory Gopela 1, p.6)

Les personnes répondant à ce deuxième profil, vont donner des informations pratiques sur moyens de prévention (javellisation, filtrage de l'eau...) en se positionnant comme relais des conceptions de la médecine occidentale.

« Comme les toubabs disent, il faut éviter les microbes. » (Gory Gopela 1, p.4)

Quels que soient les buts attribués au projet, et donc l'attitude correspondante, le discours des migrants est plein de précautions et de déférence.

« Après tout ce qu'on a dit aujourd'hui, il ne faut pas croire que nous nous pensons plus intelligents que vous. C'est tout simplement pour éviter la maladie. Vous êtes nos parents, nos pères, nos mères, nos enfants. Que ceux qui ont été vexés nous pardonnent au nom de Dieu. » (l'animateur, Gory Gopela 1, p.7)

On peut noter ici que comme pour de nombreuses autres notions, il serait intéressant d'avoir une traduction plus exhaustive du verbe traduit ici par « vexer ». A-t-il peur de faire de la peine ? De blesser ? D'humilié ? De contrarier ? De fâcher ? Parce qu'il remet en cause des pratiques, des connaissances ou des pouvoirs, le migrant prend des risques et le sait.

«Après ça, on adresse un mot aux chefs des cinq villages. Nous, on ne se considère pas plus intelligents que vous, mais le monde évolue. » (Gory Gopela 3, p.4)

Conscient des attaques auxquelles il s'expose, le migrant s'excuse à l'avance.

« Tout ce que je dis ici, ça ne vise personne. C'est juste le niveau de ma connaissance. Si jamais j'ai dit quelque chose qui déplaît, je vous fais des excuses. » (Diboli 3, p.7)

Enfin, pour encore limiter ses risques de conflit, pour ne pas que la communauté soit fragmentée par la distance et par la migration, les migrants utilisent à outrance des formules neutres telle « il faut », « il ne faut pas », « les gens doivent », « on ne doit pas », « certains disent que » ... Ces formules permettent de ne jamais cibler une personne ou un groupe en particulier, et surtout, elles servent à marquer une nécessité imposée, de manière

impersonnelle, par des circonstances extérieures, et non un savoir que les migrants se serait donné comme objectif de diffuser.

Le responsable, à l'époque, du département santé du GRDR explique bien la différence d'ambiance qui résulte du contrat migratoire.

« [Les migrants] étaient dans une espèce de tenue, correcte, [...] en se présentant très sobrement dans les foyers, un milieu un peu tristounet, etc. Et puis à l'inverse, on se retrouvait au village avec tout le monde mélangé, [...] une parole d'apparence plus libérée on va dire, en tout cas pas sous la même contrainte. J'ai vraiment cette image du costard gris, ici, et, en face, du boubou coloré à Kayes » (Pascal Revault, 13/03/2009).

Ainsi, dans la deuxième série de lettres, celles partant du village, le ton est plus libre, plus assuré, plus direct. L'assemblée y est systématiquement nombreuse, mixte, et animée. Le passage d'un chapitre à un autre est l'occasion de mettre à l'image des participants en train de danser sur de la musique traditionnelle. Les musiciens sont eux aussi à l'image. Si la prise de parole des villageois n'est pas soumise aux mêmes contraintes et que le ton général est plus libre, il n'en reste pas moins que le respect demeure. Ainsi, après un long discours relativement violent, le pharmacien de Sadiola lui aussi s'«excuse par avance ». Il prend aussi des précautions et veut rester en bons termes avec les migrants parce que leur situation migratoire reste pour lui la source de soutien la plus probable pour voir ses conditions de vie et de travail s'améliorer.

... mais la nécessaire participation de tous à l'amélioration de la santé

L'union fait la force

Les personnes intervenant dans les lettres appuient à de nombreuses reprises le fait que la maladie est un problème commun. Le titre même d'un des films est là pour le rappeler.

« Nous appelons notre cassette "Combattons l'ennemi commun!". Le combat n'est pas seulement le vôtre, mais aussi le nôtre. Il faut s'unir contre cet ennemi. » (président de l'association, Gory Gopela 3, p.1)

« Qu'est ce que c'est que la prévention ? Que tout le monde essaie de faire face à la maladie. » (Sadiola 3, p.3)

Tous les partenaires, toutes les structures sanitaires présentes, doivent collaborer, en particulier en faisant circuler l'information, ce qui peut paraître complexe en raison du nombre des parties prenantes et de leurs natures variées.

«Les migrants ici sont membres de la Charte, et le bureau à Sadiola est membre de l'AICS. Il y a aussi la Direction Régionale de la Santé. Il faudrait que ces structures travaillent ensemble. Le travail ne peut pas être bien fait si les structures ne se donnent pas la main. [...] Tout le monde doit s'informer réciproquement, ne pas dissimuler les informations s'il y a une maladie.» (Sadiola 1, p.5)

A l'intérieur même des villages, la solidarité entre les habitants est nécessaire pour que tous aient accès aux soins.

« Que ce soit mon fils, mon frère, ou le fils de mon frère, ou moi-même, quand on est malade, il faut pouvoir se déplacer. Mais parfois les malades n'en ont pas les moyens. Il faut donc avoir pitié de lui car celui qui a les moyens peut se soigner, alors que celui qui n'en a pas ne peut pas. » (Sadiola 1, p.1)

La santé étant l'affaire de tous et puisque la solidarité est nécessaire entre les structures et les individus, personne ne peut se permettre de ne pas prendre part aux actions qui participent à la prévention des maladies.

« Je viens du village. J'ai constaté que s'il y a un travail en commun, certaines personnes ne participent pas, en disant qu'ils sont chefs du village ou marabout. Cela n'est pas une bonne chose. Si on veut avancer, tout le monde doit participer sans considération de classe sociale. C'est pour ça que je dis que si un jeune peut diriger quelque chose dans le village, il faut l'aider sans tenir compte de sa jeunesse. » (Gory Gopela 3, p.3)

Une place élevée dans la hiérarchie sociale, qu'elle soit due au statut linéaire ou à la classe d'âge ne dispense donc pas, d'après les migrants, de contribuer à l'effort commun. A l'inverse, le rôle de groupes sociaux habituellement infériorisés, est valorisé, leur participation mise en avant.

« Pour ça j'interpelle le Président de l'ASACO qui est à Koutoubouso, quand il constitue le comité de prévention, que ce soit coûte que coûte un groupe mixte d'hommes et de femmes. Il ne faut pas que ce soit un groupe ni de vieux, ni de jeunes, ni de femmes, mais un groupe mixte. Si un vieux parle à un jeune, celui-ci peut l'écouter, mais si un jeune parle à un vieux il peut être complexé. » (Gory Gopela 3, p.7)

Le dialogue sur la santé va donc être l'occasion de solliciter l'ensemble des groupes sociaux. Le rôle et les responsabilités qui échoient aux jeunes et aux femmes vont ainsi être débattus au sein et entre les deux espaces.

Discussion sur le rôle des femmes

Tout d'abord, il faut savoir que les centres de santé ont été créés pour les femmes.

« C'est elles qui vont fréquenter le centre parce que les hommes n'ont pas beaucoup de problèmes. Mais les femmes, si elles ont trois ou quatre enfants, l'un a mal à la tête, l'autre au ventre, l'autre au pied, l'homme ne connaît rien de tout ça. » (Diboli 3, p.7)

Le rôle particulier des femmes dans la prévention santé est donc directement questionné par les animateurs (voir tableau des Lettres Vidéo 1). De par son rôle dans le travail reproductif, la femme est la première au courant si quelqu'un tombe malade. Elles sont donc le relais essentiel de la communication en cas d'épidémie.

« Si la maladie arrive, ce sont les femmes qui souffrent. Ce sont elles qui assistent à toute la souffrance du malade et des autres membres de la famille. A ce moment-là, il faut s'entraider car c'est la femme qui s'occupe de l'entretien de la famille. C'est elle qui apporte l'eau, prépare la nourriture, lave les habits et la vaisselle » (femme, Sadiola 1, p.2)

Ainsi, les rôles distincts entre homme et femme sont nettement découpés.

« *Vous, les femmes, devez faire attention à la propreté de l'eau.* » (homme, Gory Gopela 1, p.4)

Ici par exemple, l'homme se décharge complètement de la responsabilité de veiller sur la qualité de l'eau. Tout repose sur les femmes, qui sont traditionnellement en charge de la corvée d'eau. Un discours d'ouverture sur la distribution des tâches est également énoncé : l'homme doit aider sa femme. Mais la division "naturelle" des rôles n'est pas réellement remise en question. Seule l'imperméabilité de cette division est questionnée.

« *Au village il y a beaucoup de saleté, et ils disent que c'est aux femmes de s'en occuper. Mais si l'homme fait le travail d'une femme, ça ne veut pas dire qu'il est soumis. Si la femme fait le travail d'un homme, ça ne veut pas dire qu'elle est soumise à son mari. Donc l'homme prend un bout du travail, et la femme fait un bout du travail. Ils s'entraident. [...] Si l'homme voit que la femme n'a pas bien fait quelque chose c'est le travail de la femme, mais tu dois le faire. Si tu vois ta femme occupée, par exemple si l'enfant fait des selles, et la femme à la main dans la farine, si l'enfant doit attendre jusqu'à ce que la femme finisse, et toi tu restes là assis, ce n'est pas bien. [...] C'est le travail des femmes, si tu le vois, il faut le faire. Si l'homme devient esclave de sa femme, ce n'est pas grave. On a marié une femme. Ce n'est pas pour ça qu'elle est mon esclave. Le mariage c'est un partenariat. Toi, tu prends la tête, je prends les pieds, et on s'entraide. Toi tu es un adulte. Si on dit que c'est ta femme qui te dirige, ce n'est pas grave. Celui qui peut diriger les familles, il faut le laisser faire.* » (homme, Gory Gopela 3, p.3)

Paradoxalement, les femmes plutôt que d'appuyer ces discours d'ouverture, réaffirment leurs responsabilités en termes de santé.

« *C'est les femmes qui doivent rendre le manger propre, les enfants propres, et le mari propre.* » (Gory Gopela 3, p.4)

En s'attribuant le rôle de gardienne de l'hygiène, même vis-à-vis de leur mari, elles s'assurent en effet certains pouvoirs.

« *Si la femme se présente devant son mari pour dire que son enfant est malade, et si le mari n'a pas d'argent, il est obligé d'aller se promener (pour éviter d'entendre les récriminations).* » (Gory Gopela 2, p.9)

Acceptant, revendiquant même les responsabilités qui leur incombent, elles peuvent ainsi se permettre de rappeler à leur mari celles qu'ils sont censés assurer.

« *S'il n'y a pas d'eau de javel, si on demande aux hommes d'en acheter, ils disent qu'ils n'ont pas d'argent. Il ne faut pas que les hommes fassent cela. Il faut que les jeunes hommes mariés aident leurs femmes puisque leurs mères ne font plus la cuisine.* » (Gory Gopela 1, p.7)

L'argent de la concession (du foyer) doit provenir du travail de l'homme. Si l'homme ne remplit pas son devoir, les femmes ne peuvent respecter leurs engagements en termes d'hygiène. Bien entendu, les hommes ne restent pas insensibles à ces critiques, et se justifient en exposant leurs propres difficultés.

« *Moi, aujourd'hui, je n'ai pas le prix de la nivaquine. J'ai le palu, mais je ne peux pas payer la nivaquine. Je ne peux pas donner à ma femme l'argent pour acheter la nivaquine.* » (Gory Gopela 2, p.9)

Pour que les femmes puissent remplir leur rôle, il faut également qu'elles soient informées de ce qui se fait au centre de santé.

« Mais la plupart des informations est échangée entre les hommes à la sortie de la mosquée. Les femmes n'entendent pas ça. Pour apprendre quelque chose, il faut l'entendre. Il y a des hommes qui n'expliquent pas ce qu'ils ont compris à leur femme. Si on dit aux femmes de créer un comité moi, je serai d'accord, mais d'autres hommes ne seront pas d'accord. Mais c'est possible de créer un comité en désignant deux femmes par village, et ces deux femmes vont transmettre les informations aux femmes qui ne peuvent pas aller au centre. Mais il faut désigner des femmes intelligentes et qui peuvent rapporter les informations correctement pour que les femmes comprennent le travail. » (Diboli 3, p.7)

L'idée (présentée comme une nécessité) ressort ainsi du débat entre les migrants de créer des comités de femmes pour faire la sensibilisation auprès des autres femmes. Mais cela induit de confier à certaines d'entre elles de nouvelles responsabilités, et donc de nouveaux pouvoirs, ce que tous ne semblent pas prêts à accepter.

« Au village ils vont dire : c'est des parisiens, c'est la politique, mais c'est seulement pour donner des solutions. » (Diboli 3, p.7)

Discussion sur le statut social et les initiatives des jeunes

Cette thématique est principalement abordée dans Gory Gopela 1, et ce pour une raison simple : ce sont les jeunes migrants qui sont à l'initiative de la seule fiction utilisée, le sketch que nous avons décrit dans le point 3.2.2. Conscient de l'intérêt et du potentiel de ce sketch dans la prévention, l'animateur leur donne la parole.

« Vous, les jeunes d'ici, qu'en pensez-vous ? Quelles questions pouvez-vous poser aux jeunes là-bas ? Car l'avenir c'est les jeunes. Nous ne sommes pas plus intelligents qu'eux et ils savent aussi beaucoup de choses. D'après vous, les jeunes, comment faut-il traiter cette maladie ? » (Gory Gopela 1, p.4)

Par cette question, l'animateur réaffirme que les compétences sont plus importantes que le statut social ou la classe d'âge et reconnaît donc des compétences particulières aux jeunes qui sont habituellement un groupe minorisé. Dans la réponse des jeunes à cette question, la tension est palpable. L'un d'eux finit par critiquer le poids du principe de séniorité.

« Il faut que les jeunes se serrent les coudes car les vieux ont fait leur temps. (d'autres parlent, non traduit). Il reste aux jeunes de faire leurs preuves car demain c'est pour eux » (Gory Gopela 1, p.6)

Ces propos suscitent des réactions (non traduites) dans l'assemblée. Le jeune termine donc son intervention sur ces mots, en riant, gêné et interrompu par les commentaires d'autres participants.

Le discours énoncé par les jeunes est également intéressant parce qu'ils abordent d'autres thèmes que ceux développés par leurs aînés.

« Le progrès du village commence d'abord par le progrès de la famille. Et le progrès du village fait progresser la ville et le pays. Si on laisse tout faire à un gouvernement qui n'en a pas les moyens, il n'y a pas de progrès. Si on veut que le gouvernement s'occupe de Gory alors qu'il a lui-même des difficultés, Gory

ne progressera pas. Ce qu'on peut faire nous-mêmes, il faut qu'on le fasse. Il faut qu'on essaie de trouver la solution à notre problème.» (Gory Gopela 1, p.6)

Cette citation contient la seule et unique critique directe de l'inaction de l'état contenue dans les lettres vidéo. Mais, indirectement, l'absence de l'état est problématisée puisque la mise en place de règles, et de structures garantissant leur respect, est discutée.

Les jeunes proposent ainsi de se faire les garants de l'application des normes sanitaires, grâce à l'institutionnalisation de comités de surveillance composés de jeunes.

« Les gens laissent couler les eaux usées dans la rue. [...] Il faut que les jeunes se regroupent pour surveiller les familles qui laissent leurs eaux usées couler dans les rues. S'ils voient cela, il faut aussi qu'ils mettent des amendes » (Gory Gopela 1, p.7)

De la même manière que pour les comités de femmes, la revendication de ces nouvelles responsabilités est un moyen pour les jeunes de valoriser leur position en acquérant de nouveaux pouvoirs.

Cette vision de la nécessité d'imposer certaines règles, d'institutionnaliser le contrôle et les sanctions, est également présente dans d'autres lettres.

« Que tu aies mangé de la mauvaise nourriture, ou qu'on te l'aie donnée, il faut le dire au docteur sans avoir peur que le responsable aille en prison. A partir du moment où on a construit un centre de santé, nous devons respecter la loi appliquée dans le monde si on veut que notre loi avance. Tant qu'on n'applique pas les règles générales, ça ne peut pas avancer. » (Diboli 3, p.6)

Le non-respect des règles est ici directement associé au danger sanitaire. Comme une tentative pour donner à la règle plus de pouvoir que n'en ont les notables. Si les notables jouissent d'une large légitimité traditionnelle (au sens de Weber, c'est-à-dire fondée sur le caractère sacré de la tradition), la légitimité des règles que les migrants proposent d'imposer est, à l'inverse, mise en cause.

« Certaines femmes sont plus propres que d'autres et elles leur disent de faire attention à leur nourriture. On ne doit pas être vexé si on te fait la remarque. C'est seulement pour éviter la contamination. » (Gory Gopela 1, p.5)

Une loi qui n'est pas légitime risque d'abord tout simplement de ne pas être appliquée. Mais ce manque de légitimité peut aussi devenir un problème si la personne à qui on fait remarquer son manquement se « vexe ». Le conflit n'est plus très loin, d'autant plus lorsque la définition des règles et des sanctions à appliquer passe par la stigmatisation de certains groupes. Au cours du débat, les commerçants de denrées alimentaires sont ainsi rendus responsables de la propagation des épidémies de choléra ; les bouchers et les vétérinaires accusés de corruption.

« On apporte un animal malade au boucher, il l'égorge, on t'apporte la viande sans la tête, sans les pieds. Tu manges la viande. Tout ça, on sait, amène les maladies. On peut penser que le vétérinaire peut faire quelque chose, mais les vétérinaires et les bouchers sont complices. Ils peuvent savoir que l'animal est malade, mais notre coutume empêche d'appliquer la loi. » (Diboli 3, p.4)

A la fin de Gory Gopela 1, le tournage s'étant déroulé en une seule prise, l'atmosphère est à la fois décontractée et fatiguée. Les langues se délient, le discours est moins formalisé, tout

le monde parle un peu en même temps. Au fil de la conversation (principalement entre les acteurs du sketch), les peulhs, au sein des commerçants sont, à leur tour, stigmatisés.

« Si on met des amendes, celui qui ne peut pas, ou ne veut pas payer, il faut lui interdire de vendre, car c'est comme s'il donnait la maladie au village. (« voila, c'est vrai » en français dans l'assemblée). Les plus difficiles à surveiller ce sont les peulhs, parce que ce sont eux qui vendent le lait. » (Gory Gopela 1, p.7)

A la fin du débat, un des animateurs s'excuse au nom des participants

« Que ceux qui ont été vexé nous pardonnent au nom de Dieu, qu'ils soient soninké, khassonké ou peulh. » (Gory Gopela 1, p.7)

Quant à la réponse des villageois, elle n'aborde cette stigmatisation que façon lacunaire.

« Les vendeurs dont ils parlent dans la cassette peuvent effectivement véhiculer la choléra. » (Gory Gopela 2, p.2)

Et surtout les participants à la cassette Gory Gopela 2 ne répondent pas du tout à l'idée de sanctions nécessaires l'application des règles sanitaires.

La nécessaire mobilisation du village

« Nous ne pouvons faire qu'une partie du travail qu'il y a à faire dans votre intérêt. Donc c'est à vous de retrousser vos manches. » (Sadiola 3, p.8)

« On ne va pas demander tout le temps aux immigrés, parce que les immigrés font ce qu'ils peuvent mais les villageois doivent aussi participer à l'effort » (Sadiola 3, p.7)

Les efforts qui sont ainsi demandés aux villageois sont de plusieurs types. Il s'agit d'abord de tenir les migrants informés des activités du CSCOM.

« Le comité de gestion, les gens du village et les immigrés, nous voulons tous la même chose, la réussite. Pour qu'il y ait de la confiance, il faut qu'il y ait la transparence en tout entre nous ici et vous là-bas. Les immigrés et les gens du village doivent s'unir mais c'est l'argent qui fait avancer les choses. S'il y a une affaire d'argent entre nous, il faut faire attention... Sinon on va dire des paroles qui ne doivent pas être dites. On peut travailler dans la transparence. Toute dépense doit être justifiée par un papier. Le travail ne peut pas aller sans la clarté. Lorsqu'on est franc, et l'autre n'est pas franc, après ça va finir dans des disputes. » (Sadiola 3, p.7)

Les migrants n'ont donc pas une confiance aveugle dans les villageois lorsqu'il s'agit de gérer leur argent. Le dialogue entre les deux espaces est conditionné par la situation de dépendance financière du village vis-à-vis de ses émigrés. Ceux-ci revendiquent un droit de regard sur chacune des dépenses effectuées par le CSCOM, tentent d'instaurer des mécanismes pour garantir la transparence, la « bonne gouvernance » des structures sanitaires.

Les migrants insistent également sur le fait qu'il est possible de mieux s'organiser, pour mieux s'entraider, par exemple au sein des groupements villageois.

« Tout le monde connaît la difficulté de transporter des malades.[...] La première chose que les villageois doivent réfléchir, c'est que si les routes ne sont pas en bon état, les malades vont souffrir. Entre deux villages, s'ils savent

que l'état de la route n'est pas bon pour transporter les malades, ils peuvent discuter ensemble pour voir comment réparer les parties qui ne sont pas bonnes, que ce soit pour une moto, un cycliste ou une voiture. Ils doivent avoir à l'esprit l'idée de réparer les mauvaises parties des routes. » (Sadiola 3, p.6)

Alors que dans Sadiola 2, le personnel médical insiste sur la nécessaire participation des migrants dans l'acquisition d'un véhicule, ceux-ci retournent la responsabilité vers les villageois.

Cette demande d'effort peut être justifiée par la distance même, qui fait qu'en cas d'urgence, l'aide risque de mettre trop de temps pour aller de la France au village.

« C'est à eux, au village, de se prendre en charge car le temps que l'aide des migrants arrive chez eux peut être trop long. La maladie aura déjà fait trop de ravages. » (Gory Gopela 1, p.5)

Mais la justification principale à cette demande de mobilisation du village est plus profonde.

« Ce que nous pourrions faire, nous le ferons. Mais il y a une chose sur laquelle j'insiste. Il y en a qui nous ont dit qu'il y a des Européens qui peuvent nous aider en achetant et transportant des médicaments. Dans le monde actuel, avant de compter sur les autres, il faut compter sur soi-même. Quelle que soit l'aide des autres, ça ne peut pas construire ta maison. Il faut compter sur tes propres efforts. L'aide des Européens doit s'ajouter à nos propres efforts. » (Gory Gopela 3, p.4)

Réduire la dépendance du village par rapport à ses ressortissants à l'étranger est donc aussi un objectif pour les migrants. Que ce soit vis-à-vis d'eux ou d'autres bailleurs de fonds, les migrants poussent leur village à sortir de l'assistanat, à se prendre en main. Et cet effort est aussi de nature financière.

« On ne pourra pas donner les moustiquaires imprégnées gratuitement dans cinq villages. C'est quelque chose qu'il faut dire dès maintenant : ça ne peut pas être gratuit. » (Gory Gopela 3, p.8)

Plus généralement, les migrants relèvent l'importance et la nécessité du fonctionnement communautaire des centres de santé, c'est-à-dire la participation de tous au travers de cotisations qui, à termes pourront permettre l'autonomie et plus précisément l'autofinancement des CSCOM. Cette position en faveur de la mutualisation des dépenses est tout d'abord justifiée par le fait que les ressources des émigrés ne sont pas intarissables. Ceux-ci préfèrent donc ne rien promettre plutôt que de décevoir leurs proches non-migrants.

« Comme dit le proverbe, on peut toujours promettre des choses en paroles, mais on ne peut pas toujours donner. » (Sadiola 3, p.6)

Mais c'est surtout une vision d'indépendance à long-terme qui, pour les migrants, nécessite la participation des villageois. L'autonomie des centres de santé est présentée comme la condition même de leur durabilité.

« L'association qui a mis en œuvre le centre ne pourra pas toujours donner, donc le centre va vivre de ses propres moyens. [...] Si on soigne les gens gratuitement, que deviendront nos enfants et nos petits enfants demain ? [...] Il n'est pas question que l'on sorte de l'argent tout le temps...L'argent sortira du centre. Donc si je viens, je paie la consultation, ou si je suis hospitalisé, je paie les nuits, c'est ainsi que le centre peut tourner. / Le centre ne peut pas

marcher s'il fait du crédit. [...] Pour la gestion du dépôt, on ne peut pas donner l'argent tout le temps, mais il faut qu'ils achètent les médicaments avec les recettes. Le centre va tourner avec son travail. On mettra les bénéfiques de coté. Les sommes vont augmenter, augmenter... Et ça donnera une capacité d'action pour le futur. » (Sadiola 3, p.6)

Le personnel de santé, au village, relaie les conceptions des migrants sur ce nécessaire autofinancement des CSCOM.

« Les médicaments ne sont pas gratuits. Si on donnait des médicaments gratuitement à la population, la pharmacie ne pourrait pas fonctionner. Le centre n'est pas un lieu de commerce, mais on doit renouveler le stock à l'aide des produits vendus. Nous ne sommes pas là pour ceux qui veulent des médicaments gratuits. » (pharmacien, Gory Gopela 2, p.7)

Mais certains villageois réagissent autrement, se plaignent qu'il y ait « trop de cotisations » (Gory Gopela 2, p.9), que les soins sont trop chers, et revendiquent ainsi que tous services offerts par le centre, soient gratuits.

Les lettres vidéo sont donc l'occasion pour les migrants de réaffirmer l'unité de la communauté et la perpétuation de la solidarité entre ses membres. Mais il s'agit aussi de s'assurer de la participation de tous. D'abord au processus de prévention santé en débattant du rôle des groupes habituellement minorisés que sont les jeunes et les femmes. Ensuite dans la gestion des CSCOM, au travers des cotisations. La participation de tous serait assurée par la mise en place de règles contraignantes et de structures responsables de leur application. Les migrants remettent ainsi en cause les normes et la distribution des pouvoirs au sein de la société villageoise.

3.3.2 Du rapport entre la médecine locale et la médecine occidentale

Appel à la fréquentation du centre de santé

« Il y a une chose : quand on a construit le centre de santé et l'école, on a pas construit ces bâtiments pour rien. Donc il faut travailler dedans. » (Gory Gopela 3, p.7)

En tant qu'artisan de la construction des centres de santé, les migrants expriment une certaine frustration quant à la non utilisation par les villageois des services offerts par les CSCOM. Pour contrecarrer ce phénomène, ils font d'abord état de la confiance qu'ils ont dans médecine occidentale.

« Si chacun se soigne à sa manière, ce n'est pas bien. Donc il faut s'adresser au docteur et au comité de santé. C'est seulement avec le docteur qu'on peut connaître la maladie. Il peut nous dire de quelle maladie il s'agit. » (Gory Gopela 1, p.4)

Les animateurs en particulier se font le relais des conceptions de la santé et de la prévention qu'ils ont entendues durant leur formation et les présentent comme telles. La pratique de la médecine « moderne », et donc la fréquentation du CSCOM est souvent présentée comme la

seule solution pour voir les conditions de santé des villageois s'améliorer. Le personnel de santé au village confirme les positions prises par les migrants sur ce sujet.

« Les femmes d'ici ne fréquentent pas le centre. [...] Même si leur mari leur dit d'aller au dispensaire, elles n'y vont pas. Notre travail, c'est de recevoir les femmes. Nous les soignons, et les femmes qui ne viennent pas, nous ne pouvons pas leur courir après. » (la sage-femme, Diboli 2, p.6)

Si la population ne se rend pas aux consultations offertes par le CSCOM, c'est en premier lieu en raison d'un manque de confiance dans techniques utilisées.

« Un autre problème, ce sont les gens qui ne sont pas vaccinés, car ce sont eux qui nous amènent la maladie. [...] Pour la méningite, il n'y a pas de problème parce qu'elle est mortelle. Pour la rougeole, quand on commence la vaccination, certaines mamans la refusent pour leurs enfants et s'en vont en brousse. Et ce sont ces enfants la qui attrapent la maladie » (pharmacien, Sadiola 2, p.5)

Mais aussi à cause d'un manque de reconnaissance des compétences du personnel soignant.

« La population doit écouter les conseils du personnel sanitaire. Quand l'agent de santé dit : "fais ça maintenant", il faut le faire. S'il dit : "ne fais pas ça", il ne faut pas le faire. Parce que sinon, cela rend son travail plus difficile. Nous aussi n'aurons jamais une renommée tant que la population ne nous aidera pas. Et puis, concernant la maladie, les traitements sont difficiles. » (pharmacien, Sadiola 2, p.5)

Les villageois sont présentés ici comme refusant de coopérer, ne respectant pas assez les recommandations faites par les professionnels de santé présents. L'infirmier d'état de Sadiola 2 est d'ailleurs la seule et unique personne, sur l'ensemble des lettres, qui se fait chahuter. La renommée et la reconnaissance et même le respect vis à vis des praticiens est sur la sellette.

« J'ai vu des gens parler agressivement au docteur. Ce n'est pas une bonne chose. Ils sont là pour notre bien, et il faut les respecter. » (Gory Gopela 3, p.7)

Le pharmacien explique indirectement que ce manque de reconnaissance est du au fait qu'il ne dispose pas des moyens nécessaires pour travailler correctement. Ne pouvant pas appliquer son savoir en raison de limitations matérielles, ses promesses ne sont pas tenues, ses succès sont insuffisants aux yeux des villageois.

« L'absence de matériel met notre compétence en cause. » (sage-femme, Sadiola 2, p.6)

Pour les migrants, ce manque de reconnaissance et de confiance est surtout du à un manque de connaissances. Ils vont donc tenter de combler ce manque en expliquant le fonctionnement du CSCOM, les modalités spécifiques de la prise en charge et des soins qui y sont proposés.

« Si tu décides d'aller voir le médecin, il faut tout lui dire. Même ici en France, c'est le malade qui aide le médecin. S'il appuie sur le ventre et tu dis "c'est là où ça fait mal", il peut savoir ce qui ne va pas, mais si tu ne dis rien, le médecin ne peut rien savoir. Il continue d'appuyer. S'il ne sait plus quoi faire, il t'envoie faire une radio. Et à Diboli, on n'a pas de radio. Notre radio à nous,

c'est de dire au docteur tout ce qui ne va pas. Il ne faut pas avoir peur, ni honte. » (Diboli 3, p.6)

En exposant ici les techniques de diagnostic utilisées par le médecin, le migrant insiste sur la nécessité du dialogue entre patient et soignant. Le soignant a en effet besoin de la pleine collaboration du patient pour bien faire son travail. Pour que cette collaboration, cette confiance naisse, il ne faut pas que les villageois soient intimidés par le statut social élevé du médecin. Les migrants essaient donc de changer la représentation sociale courante du médecin qui fait de celui-ci quelqu'un d'inaccessible.

« N'ayez pas peur. [...] Il ne faut pas penser qu'à cause de son comportement ou à sa manière de paraître on ne va pas être considéré. Il faut laisser tomber ces idées. Les médecins sont là pour aider les gens. » (Sadiola 1, p.3)

La qualité de la relation avec le personnel soignant est une chose, mais il faut aussi avoir le réflexe d'aller consulter. Or, nous l'avons vu, c'est loin d'être un automatisme.

« Celui qui tombe malade, il ne faut pas attendre pour aller voir le médecin. Attendre c'est une erreur. Tu sais que tu es malade. Va chez le soignant ! Si tu caches la maladie, la maladie est dans ton corps, tous les jours elle progresse. Tu ne bouges pas, tu ne vas pas chez le soignant. Jusqu'à ce qu'elle arrive à un certain point, même si tu veux la combattre, c'est trop tard. Tu vas rester un bon moment malade. » (Diboli 3, p.5)

Les migrants cherchent ainsi à développer chez les non-migrants un réflexe qui serait de se rendre immédiatement au CSCOM, sans attendre que la maladie vienne empêcher la conduite de la vie quotidienne. L'idée sous-jacente étant que c'est parce que la consultation se fait trop tardivement que le personnel soignant ne peut pas convenablement soigner les patients.

« Dès que la maladie s'aggrave, on va voir le médecin pour se faire examiner. Il fait ce qu'il peut mais si son travail n'est pas satisfaisant, certains disent qu'il n'est pas compétent. Les gens doivent enlever cela de leur tête. » (Sadiola 1, p.3)

Mais le bon déroulement de la consultation n'est pas tout. Les mécanismes propres aux soins médicamenteux doivent aussi être expliqués.

« Quand tu vas chez le médecin, il peut prescrire des injections. Il faut faire les injections comme il l'a dit. Beaucoup de gens prennent quelques produits, et dès qu'ils se sentent mieux, ils arrêtent le traitement. Ils négligent le reste du traitement et cela aggrave la maladie. » (Gory Gopela 2, p.7)

Le respect de la posologie et la baisse de l'automédication sont en effet particulièrement important dans le cas du paludisme où les traitements sont de moins en moins efficaces à cause développement de résistances aux médicaments antipaludiques.

« Dire seulement de prendre de la nivaquine ne sert à rien. Il faut que les gens arrêtent de prendre de la nivaquine eux-mêmes. Si ce n'est pas prescrit par quelqu'un de compétent, ne le prenez pas. Cela peut provoquer la résistance et sélectionner le microbe. Celui qui fait cela viendra au centre. On lui donnera des médicaments. Mais il va dire que cela n'a servi à rien. La loi malienne est formelle. Il faut laisser de côté l'automédication. Il faut arrêter de payer le médicament soi-même et de l'utiliser sans consultation. Il faut arrêter cela. » (médecin, Gory Gopela 2, p.7)

Les nécessités sanitaires d'un changement de certaines pratiques et représentations sociales

« Avant il n'y avait pas beaucoup de voyages. Maintenant il y a beaucoup de voyageurs de France, du Congo, etc.... Ils peuvent transporter des maladies qui ne se soignent plus avec des feuilles. Ce ne sont plus les même maladies » (femme, Gory Gopela 1, p.5)

En affirmant que les choses ont changé, qu'il est nécessaire de s'adapter à des réalités nouvelles, les migrants préconisent l'évolution de certaines pratiques sociales.

« Si la femme est malade et son mari meurt, le frère de celui-ci peut dire : "j'ai confiance en Dieu". Lui aussi se marie avec la femme, et après il peut mourir. Dans la famille, il ne faut pas alors être étonné et dire des choses comme : "Pourquoi est ce qu'elle tue tous ses maris ?". Il ne faut pas avoir cette idée dans la tête. Celui qui pense cela n'est pas intelligent. Il y en a qui peuvent vivre avec la maladie pendant 100 ans. Cela dure toute la vie. Il y en a qui, dès qu'ils sont atteints, meurent dans les deux mois. Il est possible que la femme était malade, ou bien le mari, et il n'a pas voulu le dire avant de se marier avec la femme. Nous ne disons pas qu'il ne faut pas se marier avec cette femme. Mais il faut acheter le préservatif et il faut le porter. » (Diboli 1, p.3)

Cette pratique du lévirat, selon laquelle une veuve doit se marier avec le frère de son défunt mari, n'est pas condamnée en soi. Cela se comprend puisqu'elle constitue une forme de sécurité sociale pour les veuves. Mais le fait de ne pas savoir de quoi est mort le mari est considéré comme un danger potentiel pour la réputation de la veuve, et pour la survie de toute la famille. En disant « celui qui pense cela n'est pas intelligent », le locuteur est à la limite de l'insulte. La vision habituelle de la responsabilité de la veuve est critiquée, et de nouvelles pratiques sont encouragées. L'une d'elle est de porter le préservatif tant que le dépistage n'a pas été fait.

Les villageois prenant l'initiative d'aborder la prévention de nouvelle maladie, ils se retrouvent parfois eux aussi, et en particulier le personnel de santé, à relever les pratiques qui représentent un risque sanitaire.

« Avant il n'y avait pas beaucoup de monde. Actuellement, il y a beaucoup de monde et beaucoup d'animaux attachés près de la maison. On ne doit pas garder les animaux près des hommes.[...] Les animaux ne doivent pas être dans la cour de la maison mais à la campagne. Je ne propose pas d'abandonner la culture des champs autour des maisons mais il faut la réduire.» (Gory Gopela 2, p.7)

Les cultures intra-domiciliaires sont ici pointées du doigt car elle représente un risque pour la santé. Mais profondément ancrées dans les habitudes, et pleines de significations sociales (l'importance du cheptel par exemple, étant une preuve de richesse qui se doit d'être exposée), elles ne sont pas réellement condamnées. Les migrants qui répondent à ces remarques semblent tout aussi prudent.

« On ne peut pas demander d'interdire tout de suite la culture intra-domiciliaire. Mais comme c'est dans notre intérêt, on peut demander aux chefs de villages de voir avec les populations comment réduire ces cultures. » (Gory Gopela 3, p.3)

En faisant appel au chef de village, les migrants confortent le pouvoir de celui-ci, et s'en font un allié. A l'inverse, des invectives directes telle que la proposition de l'interdiction de ces cultures, risqueraient de braquer la population, qui se fermerait dès lors à ce changement. Ces difficultés, pour les migrants, à introduire le changement dans le village, s'accompagne d'une frustration qui est exprimé à plusieurs reprises.

« Si une femme avec un enfant arrive et tu apportes l'eau dans le bol commun, tu donnes l'eau à la mère, elle donne l'eau à son enfant malade, et il y a des gens qui remettent l'eau restante dans le canari commun. Presque toute la famille est contaminée. Même si tout le monde n'est pas contaminé, si Dieu le décide, il y aura des personnes contaminées. Tu dis : "le malade a bu du bol, vas jeter l'eau puis lave-le". Tu as un problème. On te critique, on dit que tu es quelqu'un de difficile. Il faut qu'on explique aux gens du village, que si on dit ça, ce n'est pas parce qu'on pense qu'ils sont sales, ou bien qu'on est meilleur qu'eux. Mais, même ici, les immigrés qui sont ensemble mangent et boivent séparément. Chacun avec son propre bol. » (Sadiola 3, p.4)

Tous ces éléments nous rappellent que les changements de comportements liés à la diffusion de la médecine dite « moderne » sont difficiles à faire accepter. La confiance dans le personnel de santé est limitée parce que les références aux pratiques traditionnelles restent fortes.

Place des savoirs anciens et complémentarité des deux systèmes de soins

« Nous devons parler de la médecine traditionnelle, comment on soignait ces maladies, et comment on les soigne maintenant. » (animatrice, Diboli 2, p.7)

Les Lettres Vidéo 2 constituent une opportunité pour les villageois de diffuser les savoirs traditionnels en exposant des savoir-faire thérapeutiques.

« Si vous me demandez comment lutter contre la rougeole, et bien, un enfant qui a de la fièvre, je le lave avec de l'eau fraîche, ce qui permet d'accélérer la sortie des boutons sur la peau. Une fois les boutons sortis, nos premiers parents vont récolter du miel pour masser le corps de l'enfant. D'autres vont cueillir les feuilles d'un arbre qu'on appelle « fara ». On pile et on fait bouillir les feuilles pour laver l'enfant. » (Sadiola 2, p.3)

Les réponses apportées par les villageois illustrent le rôle que les conceptions traditionnelles tiennent par exemple dans l'interprétation des causes de la maladie.

« Ce que je pense sur la maladie du sida, c'est que Dieu nous l'a envoyé pour nous punir. » (Diboli 2, p.1)

Les causalités « surnaturelles » de la maladie (qu'elles soient liées à la religion ou à la sorcellerie) sont donc encore présentes. Certains migrants tentent donc de déprécier les systèmes de soins ne répondant pas aux mêmes conceptions que celles diffusées dans et par les CSCOM.

« Il y a des gens qui sortent, qui se rendent à Kayes, et font de grosses dépenses autrement sans arriver à la vérité. Au lieu d'aller là où ils doivent être soignés, ils vont en ville et expliquent à quelqu'un qui demande à quelqu'un d'autre, et

encore quelqu'un d'autre. Tu arrives au bout de ton argent sans arriver là où tu dois être soigné, c'est-à-dire à l'hôpital » (Sadiola 1, p.3)

Les Lettres Vidéo 2 sont, elles aussi, un lieu de critique et de remise en cause de ces interprétations et de ces savoirs anciens. Un homme dénonce ainsi le « *médicament bouilli et amer* » (Diboli 2, p.5) utilisé d'après lui habituellement pour avorter. Mais si la remise en cause de ces savoirs est assez courante, elle n'aboutit néanmoins pas à un remplacement général des conceptions de la maladie.

« Quand une épidémie commence, certains disent que les enfants sont ensorcelés. Mais ce n'est pas ça. C'est le palu. Si la fièvre monte beaucoup, la maladie monte à la tête. Tu perds conscience. Les gens vont dire que c'est l'oiseau (la sorcellerie). Ce n'est pas l'oiseau. Ils vont dire que c'est le diable. Ce n'est pas le diable. C'est la force du palu. » (Gory Gopela 2, p.4)

La maladie continue en effet d'être personnifiée, ce qui fait qu'elle conserve ses aspects « maléfiques ». Ainsi, c'est « la maladie [qui] te prend » ou « t'attrape ».

Le décalage entre les savoirs anciens et les pathologies d'aujourd'hui est aussi parfois abordé par ceux-là même qui les pratiquent, et qui en viennent donc à dévaloriser leurs propres compétences.

« Les vieilles d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Avant, nous sommes tous passé par ce chemin où l'on soigne la maladie de façon traditionnelle. Actuellement, c'est différent. Ce que je souhaite pour tous, c'est que celui qui tombe malade, même la nuit, fasse tout pour réveiller quelqu'un qui peut l'amener au dispensaire. C'est cela qui peut diminuer la maladie. Si une personne tombe malade, ou si quelqu'un a des maux de tête ou de ventre, qu'il fasse vite pour venir au dispensaire. Le docteur est le mieux placé pour connaître la maladie. Avant je soignais les femmes, mais maintenant mes médicaments ne servent à rien parce que se sont les femmes qui ne les prennent pas comme je leur dis ou bien moi-même, je traite par tâtonnements. Donc que tu sois à côté du dispensaire ou pas, faisons tous des efforts pour venir nous soigner au dispensaire puisque ces agents sont là pour nous. Mais rester à la maison et prendre des médicaments à tort et à travers, ou aller chez une vieille pour qu'elle vous donne des médicaments traditionnels, pour moi, c'est le passé, et on doit l'abandonner. Le seul médicament traditionnel que j'ai remarqué qu'on peut utiliser, c'est le konkiliba. » (Diboli 2, p.7)

On le voit, plus qu'une concurrence entre les systèmes de soins, c'est une conception mixte qui est la plus répandue. Savoirs traditionnels et modernes ne sont pas incompatibles. Les plantes médicinales locales et les vaccins peuvent par exemple être utilisés conjointement.

« En dehors de cela, ce sont des offrandes que nous faisons ici : des noix de baobab, du fonio. Ces choses-là servent à laver les enfants et à les protéger de la méningite. Il faut faire appel aux agents de la santé pour qu'ils vaccinent les enfants contre la méningite. » (Sadiola 2, p.1)

Mais le mélange des conceptions issues de deux systèmes différents peut présenter certains risques.

« Que les vieux et les jeunes filles m'excusent, je pense que la première cause de ces maux de ventre c'est que les femmes prennent trop de pilules, trop de médicaments pour ne pas avoir d'enfant. » (femme, Diboli 2, p.4)

La suite de son intervention nous fait comprendre qu'il ne s'agit pas d'une critique de la contraception en soi, mais plutôt des dangers de la non-observance, en l'occurrence, de la

posologie des pilules contraceptives. On peut aussi remarquer que face à certaines valeurs dominantes, les deux systèmes de soins peuvent aussi être critiqués de façon égale.

« Interrompre la grossesse en allant voir les guérisseurs ou le médecin, c'est tout cela qui provoque les maux de ventre. » (Diboli 2, p.5)

Les lettres vidéo apparaissent donc pour les migrants comme un outil pour attirer les villageois vers le centre de santé. En exposant les processus propres au système de soins occidental, les migrants cherchent à transformer les représentations sociales portant sur le personnel de santé et les services qu'il offre, et ce au détriment des savoirs anciens. Si le système de soins traditionnel est également mis en question, il n'en reste pas moins la source principale de référence en ce qui concerne les interprétations de la maladie ou de la contagion. La « coexistence de paradigmes explicatifs hétérogènes » en termes de santé (Caprara, 2000) semble vouée à se perpétuer tant que les savoirs traditionnels jouiront d'une légitimité basée sur des systèmes de représentations inchangés et communs à la majorité de la communauté. Certains membres de la communauté penchent vers une reconnaissance des compétences des agents de santé du CSCOM et donc de l'efficacité de la médecine occidentale.

Conclusion et mise en perspective

Le projet des lettres vidéo de prévention santé, en instaurant un dialogue entre Maliens d'ici et de là-bas, nous offre un cadre privilégié pour l'étude des transferts idéels. L'étude des discours contenus dans les films a en effet révélé la présence de nombreux débats portant sur des normes, des principes, ou des représentations sociales, c'est-à-dire une grande densité de transferts idéels.

L'analyse de ces transferts nous a permis de dégager plusieurs thèmes sur lesquels le débat est récurrent. Ainsi, les messages communiqués par le migrant à son entourage non-migrant dans les lettres vidéo sont à la fois marqués par la nécessité de la perpétuation du projet migratoire et par celle de son évolution. Toujours plein d'attentions et de déférence, en prônant l'autofinancement des centres de santé, le migrant cherche en effet à se désengager, en poussant le non-migrant à ne plus être aussi dépendant des revenus de la migration. En valorisant la participation de tous, et en particulier des groupes habituellement minorisés que sont les femmes et les jeunes, le migrant ajoute d'autres poids dans la balance des pouvoirs, et remet ainsi en cause la distribution des rôles et des responsabilités au sein de la société.

De plus, parce qu'en construisant des centres de santé, les migrants proposent une certaine conception des soins, qui n'est pas celles existant dans la région, le message préventif sert surtout à convaincre les non-migrants de l'efficacité de la médecine occidentale. Car c'est par l'acceptation de ce système de soins par la population que passe aussi le succès et la légitimité de leurs propres projets. Les migrants cherchent à introduire un changement dans les pratiques et dans les représentations liées aux soins pour que ses proches fréquentent le CSCOM, car ils pensent sincèrement que cela va améliorer les conditions de santé de leurs entourages restés au village, mais aussi parce que la reconnaissance des bienfaits du système de soins à l'occidentale leur permet de valoriser leurs propres initiatives et investissements pour l'amélioration des conditions de vie dans le village.

Les transferts idéels portés par le migrant entraînent toutes sortes de réactions parmi les non-migrants. De l'appropriation au déni, en passant par l'acceptation, la confirmation et la réfutation par l'évitement ou l'opposition. Il est donc difficile de savoir si les messages diffusés par les migrants et les débats qu'ils suscitent, ont eu des répercussions, à court ou à moyen terme, sur les pratiques ou sur les conceptions de la maladie et des moyens de s'en prévenir, qui prévalent au village.

Néanmoins, cette étude nous permet d'en savoir plus sur la nature des transferts idéels, et démontre la faisabilité de travaux portant sur les effets potentiels de ces transferts sur les transformations de l'environnement social des non-migrants. L'espace social

transnational entre les Maliens résidant en région parisienne et leur entourage non migrant est bel et bien constitué de débats qui remettent en cause des pratiques, mais aussi des jugements, des principes et des représentations sociales. Prudemment, les migrants tentent d'introduire certains changements. Mais ceux-ci ne peuvent être acceptés qu'à la condition que les principes qu'ils sous-tendent n'entrent pas trop directement en contradiction avec ceux préexistants.

Les pistes d'ouvertures pour un approfondissement de ce thème de recherche sont nombreuses. Il pourrait s'agir tout d'abord de travailler sur des projets de prévention santé plus récents. Depuis la réalisation des lettres vidéo, l'espace social transnational entre Maliens d'ici et de là-bas a en effet beaucoup évolué, ne serait-ce qu'en raison du développement des politiques migratoires européennes (pour rappel, l'agence européenne FRONTEX fut créée en 2004). Analyser des projets plus récents nous permettrait donc d'être moins en décalage avec les réalités contemporaines.

En outre, si ce mémoire nous a permis d'identifier des transferts idéels touchant à de nombreuses thématiques, il pourrait être intéressant d'approfondir l'une ou l'autre d'entre elles, en particulier celles touchant aux représentations de la santé et des soins d'une part, et à la politique de santé publique du pays de départ, d'autre part. Les représentations des soins, et du traitement de la maladie dans des pays comme le Mali juxtaposent et confondent aujourd'hui des pratiques et des systèmes de santé différents (« traditionnel/local/naturel » et « moderne/occidental/officiel », la terminologie devra être déterminée). En participant à la mise en place de CSCOM dans leurs villages d'origine, les migrants sont des acteurs primordiaux de l'évolution des représentations touchant à chacun de ces systèmes. Les migrants mettent aussi en débat les politiques de santé publique des pays de départ, puisque leurs actions, qui comblaient les vides laissés par des services publics quasi inexistantes, sont ensuite entrées en concurrence avec eux.

Bibliographie

(1997), Migration internationale et changements sociaux dans le Maghreb, *Colloque international Migration internationale et changements sociaux dans le Maghreb*, Faculté des sciences humaines et sociales, Tunis.

(2009), *Dictionnaire Larousse*, Petit Larousse illustré, Larousse, Paris.

Abdullah Awil, Mohamoud et Frechant, Monica (2006), Social remittances of the african diaspora in Europe, Case studies: Netherland and Portugal, *Council of Europe*.

Abric, Jean Claude, (1994), *Pratiques sociales et Représentations*, Psychologie sociale, PUF.

Adams, Adrian, (1977), *Le long voyage des gens du Fleuve*, Textes à l'appui, François Maspero, Paris.

Amougou, Emmanuel, (1998), *Afro-métropolitaines, Emancipation ou domination masculine*, Etudes africaines, L'Harmattan, Paris.

Andrea, Réa et Tripier, Maryse (2003), *Sociologie de l'immigration*, Repères, La Découverte.

Appadurai, A., (1996), *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

Appleyard, Reginald, (1989), *L'incidence des migrations internationales sur les pays en développement*, OCDE, Centre de développement, Paris.

Assayag, Jackie, (2007), Les sciences sociales à l'épreuve de la mondialisation, le cas de l'Inde et bien au delà, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 123.

Badie, Bertrand, (1995), *La fin des territoires*, Fayard, Paris.

Bailly, Antoine, (1984), *Les concepts de la géographie humaine*, Masson, Paris.

Bailly, Antoine, (1998), Une géographie consciente de sa de sa subjectivité, *Enseigner les représentations spatiales*, André, Y., Anthropos, Paris.

Bargès, Anne, (1996), Entre conformismes et changements : le monde de la lèpre au Mali, *Soigner au Pluriel*, pp. 280-313.

Barry, Alpha Ousmane, (2001), *Les bases théoriques en analyse du discours*, consulté le 6/12/2008 sur http://www.infoamerica.org/teoria_articulos/discurso01.pdf

Basch, L., Glick Schiller, N., Blanc-Szanton, C., (1994), *Nations Unbound: Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States*, Gordon and Breach Publishers.

Belai, Bathseba H., (2007), Enabling Diaspora engagement in Africa: Ressources, Mecanismes and Gaps, *Association for Higher Education and Development*.
<http://www.aheadonline.org/publications.html>

Bertini, Barbara, (2004), *Régularisation et santé des migrants et des étrangers en France : une vieille nouvelle problématique ou un faux problème. Un détour par l'histoire*, Table Ronde Conseil Général de Seine-Saint-Denis.

Bertini, Barbara, (2007), Traiter en situation de précarité. Comment prescrire ? Comment prendre ?, Intervention lors de la conférence *Le médicament chez les migrants : représentations et usages*, Hôpital Avicenne, Paris.

Bertini, Barbara, (2008), De la citoyenneté à la stigmatisation : La prévention VIH/Sida dans les Foyers Travailleurs Migrants Défis à l'incohérence, *Soins de santé et pratiques culturelles*, C. Bellascabane, Edition Karthala, Paris.

Boudon, R., (1983), Individual action and social change: a no-theory of social change, *British Journal of Sociology*, vol. 34, pp 1-18.

Bourdieu, Pierre, (1977), La production des croyances: contribution à une économie des biens symboliques, *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 13, pp 3-43.

Bredendiek, M. et Krewer, B., (1999), Processus d'acculturation: le cas des étudiants étrangers à l'Université de la Sarre, *Identité collective et altérité, diversité des espaces, spécificité des pratiques*, Hily, M-A et Lefebvre, M-L, L'Harmattan.

Bromberg, Marcel et Trognon, Alain, (2004), *Psychologie sociale et communication*, DUNOD.

Brun, J., (1993), La mobilité résidentielle et les sciences sociales. Transfert de concept et questions de méthodes, *Les Annales de la recherche urbaine*, vol 59-60, pp 3-14.

Caprara, Andréa, (2000), *Transmettre la maladie. Représentation de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Médecines du monde, Karthala, Paris.

Castoriadis, Cornelius, (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Esprit, Seuil.

Charaudeau, P. et Maingueneau, D., (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*, Seuil, Paris.

Charef, Mohamed et Gonin, Patrick, (2005), *Emigrés-Immigrés dans le développement local*, Mobilité et dynamique spatiale au Maroc, Sud Contact.

Charpy, Manuel et Hassane, Souley, (2004), *Lettres d'émigrés. Africains d'ici et d'ailleurs 1960-1995*, Lettres ouvertes, Nicolas Philippe, Paris.

Cherabi, Kemal et Fanget, Delphine, (2007), Le VIH/sida en milieu migrant arabo-musulman en France, *ARCAT*.

Colineau, Nathalie, (1997), *Etude des marqueurs discursifs dans le dialogue finalisé*, dirigé par Caelen, Jean, Université Joseph-Fourier, Grenoble.

Collin, Barry E., (1970), *Social Psychology*, Social Psychology, Addison Wesley publishing company, Los Angeles.

Comby, L., Devos, T. et Deschamps, J.C., (1993), Représentations sociale du Sida et attitudes à l'égard des personnes séropositives, *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 17, pp 6-33.

Condé, Julien, (1986), Les migrations internationales sud/nord. Une étude de cas: les migrants maliens et sénégalais de la vallée du fleuve Sénégal en France, *OECD*.

Dantioko, Oudiary Makan, (1978), *Contes et légendes Soninké*, Fleuve et Flamme, Edicef, Paris.

Daum, Christophe, (1998), *Les associations de Maliens en France*, Collection Hommes et Société, Karthala, Paris.

Denis Cogneau et Flore Gubert, (2005), Migration du Sud et réduction de la pauvreté: des effets ambigus pour les pays de départ, *Les nouvelles migrations, un enjeu Nord-Sud de la mondialisation*, E. M. Mouhoub, pp 59-77, Universalis.

Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, (2002), VIH/sida : sensibilisation et évolution des comportements, Résumé, *Nations Unis*.

Deschamps, Jean-Claude, Moliner, Pascal, (2008), *L'identité en psychologie sociale, Des processus identitaires aux représentations sociales*, Cursus, Armand Colin.

Desclaux, Alice et Raynaud, Claude, (1997), *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/Sida en Afrique*, Réseau Société d'Afrique et Sida, L'Harmattan, Paris.

Desclaux, Alice et Taverne, Bernard, (2000), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*, Médecines du monde, Karthala.

Di Méo, Guy (1987), Objectivation et représentation des formations socio-spatiales: de l'acteur au territoire, *Annales de géographie*, vol n° 537, pp 564-593.

Di Méo, Guy et Buléon, Pascal, (2005), *L'espace social, lecture géographique des sociétés*, Arman Collin.

Diarra, Hamédy, (1998), Associations d'immigrés et développement: le point sur deux décennies d'intervention, *Hommes et Migrations*, vol. 1214.

Diminescu, Dana, (2005), Le migrant connecté : pour un manifeste épistémologique, *Migrations Société*, vol. 102.

Dozon, Jean-Pierre et Fassin, Didier, (1988), Les Etats africains à l'épreuve du sida, *Politique africaine*, vol. 30.

Dozon, Jean-Pierre et Fassin, Didier, (1989), Raisons épidémiologique et raison d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique, *Sciences sociales et santé*, vol. 7.

Dozon, Jean-Pierre, (1997), L. Vidal, Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique, *L'Homme*, vol. 37 (143), pp 241 - 244.

Dozon, Jean-Pierre, (2008), Des appropriations sociales et culturelles du sida à sa nécessaire appropriation politique : quelques éléments de synthèse, consulté 3/12/2009 sur <http://www.codesria.org/Links/Publications/aids/dozonfr.pdf>

Dumont, Antoine, (2007), *La marocanité associative en France, Militantisme et territorialité d'une appartenance exprimé à distance*, Université de Poitiers.

- Eboko, Fred**, (1999), Introduction à la question du sida en Afrique, *Travaux et documents*, vol. 62.
- Faist, Thomas**, (2000), Transnationalization in international migration: implications for the study of citizenship and culture, *Ethnic and Racial Studies*, vol 23(2), pp189-222.
- Fall, Abdou Salam et Vidal, Laurent**, (2005), Emergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte d'Ivoire, *Université du Québec en Outaouais*.
- Fassin, Didier**, (1994), *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, consulté le 20/12/2009 sur <http://www.amades.net/publications/txtligne/txt04/fassin.pdf>
- Fassin, Didier**, (2000), *Les enjeux politiques de la santé*, Karthala, Paris.
- Fassin, Didier**, (2001), La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique, *Système et politique de santé*, consulté le 20/12/2009 sur <http://www.amades.net/publications/txtligne/txt14/chap1.pdf>
- Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés, FASTI**, (1990), *Immigration actrice de développement*, L'Harmattan, Paris.
- Festinger, Léon**, (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press.
- Flament, C.**, (1994), Consensus, Saliency and Necessity in Social Representations, *Papers on Social Representations*, vol. 3, pp 97-105.
- Frémont, A.**, (1998), Le territoire des hommes, *Projet*, vol.254, pp 33-38.
- Ghiglione, M.** (1986), *L'Homme communicant*, Collin, Paris.
- Gibbal, Jean-Marie**, (1984), *Guérisseurs et magiciens du Sahel*, Collection Traversées, A.M. Métailié, Paris.
- Godelier, Maurice**, (1984), *L'idéal et le matériel*, Fayard.
- Goffman, Erving**, (1974), *Les rites de l'interaction*, Le sens commun, Les éditions de minuit.
- Gonin, Patrick**, (1990), Migration et développement les lieux d'origine: l'exemple de la communauté de l'Afrique de l'Ouest installée en France, *Espace, Population, Société*, vol. 2, pp 304-309.
- Gonin, Patrick**, (1997), *D'entre deux territoires. Circulations migratoires et développement entre le bassin du fleuve Sénégal et la France*, Université des Sciences et Technologies de Lille.
- Guist-Desprairies, Florence**, (2002), Représentation et imaginaire, *Vocabulaire de psychosociologie, Référence et position*, Jacqueline Barus-Michel et Eugene Enriquez, Eres, pp 231-250.
- Habermas, J.**, (1987), *Théorie de l'agir communicationnel*, Collection l'espace du politique, Fayard.
- Hamadi Bekouchi, Mohamed**, (2003), *La diaspora marocaine, une chance ou un handicap?*, EDDIF.

- Haut Conseil National de Lutte contre le sida, (2008), Rapport National UNGASS 2008, *ONUSIDA*.
- Hochdoerffer, Aliné, (2008), *Initiatives migrantes: entre dynamique entrepreneuriale et questions de retour*, Université de Poitiers.
- Jakobson, Roman, (1963), *Essais de linguistique générale*, Editions de Minuit, Paris.
- Joule, R.V., Beauvois, J.-L., (1998), *La soumission librement consentie*, PUF, Paris.
- Kerouedan, Didier et Eboko, Fred, (1999), Politiques publiques du Sida en Afrique, *Centre d'étude d'Afrique noire*, vol. 61-62.
- Kerouedan, Dominique, (1999), Christine, jeune femme séropositive, Réflexion sur la prévention et la prise en charge du sida de la mère et de l'enfant en Côte d'Ivoire, *Travaux et documents*, vol. 61.
- Khachani, Mohamed, (2006), L'impact de la migration sur la société marocaine, séminaire international, AMERM, GTZ, Goethe-Institut, Tanger, ImprimElite.
- Khaldûn, Ibn, (1967), *Discours sur l'histoire universelle, Al Muqaddima*, Les œuvres représentatives, UNESCO, Beyrouth.
- Lafleur, Jean-Michel, (2005), *Le transnationalisme politique*, Cahiers Migration, Academia Bruylant, Louvain la Neuve.
- Leuenberger, Céline, (2004), *Les Soninké du foyer Pinel, lieux de vie et organisation*, Maîtrise de Sociologie Urbaine, Université Paris X, Nanterre.
- Levitt, Peggy et Glick Schiller Nina, (2004), Conceptualizing simultaneity: a transnational social field perspective on society, *International Migration Review*, vol. 38(145), pp 595-629.
- Levitt, Peggy, (1998), Social remittances: migration driven local-level forms of cultural diffusion, *International Migration Review*, vol. 32 (4), pp 926-948.
- Levitt, Peggy, (2001), *The transnational villagers*, University of California Press.
- Lévy, Jacques et Lussault Michel, (2003), *Dictionnaire de la Géographie et de l'espace des sociétés*, Belin, Paris.
- Libercier, M-H. et Schneider, H., (1996), Les migrants, partenaires pour le développement, *OCDE*.
- Ma Mung, Emmanuel, (1996), *Mobilités et investissements des émigrés : Maroc, Tunisie, Turquie, Sénégal*, L'Harmattan, Paris.
- Maïga, Mahamadou, (1995), *Le bassin du fleuve Sénégal, De la traite négrière au développement sous-régional auto-centré*, Collection Afrique 2000, L'Harmattan.
- Manchuelle, F., (2004), *Les diasporas des travailleurs Soninkés (1848-1960): migrants volontaires*, Karthala, Paris.
- Manço, Altay, (2008), *Valorisation des compétences et co-développement*, Compétences interculturelles, L'Harmattan, Paris.

Mazars, Céline, (2003), Les lettres vidéo : une action de promotion de la santé auprès des migrants, *Lettre de l'Institut Renaudot*, vol. 44.

Millet, Elodie, (2005), *La place des associations de migrants dans la solidarité internationale*, Université de Paris I.

Moliner, Pascal et Eric Tafani, (1997), Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach, *European Journal of Social Psychology*, vol. 27, pp 687-702.

Moliner, Pascal, (2001), *La dynamique des représentations sociales, pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?*, Vies Sociales, Presses Universitaire de Grenoble.

Morin, Michel et Vergès, Pierre, (1992), Enquête sur une représentation en voie d'émancipation : le sida pour les jeunes, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 15.

Moscovici, Serge, (1961), *La psychanalyse, son image et son publique*, PUF, Paris.

Mounga, Bauvarie, (2007), *Les procédés de modalisation dans l'œuvre romanesque de Jules Verne: le cas de Michel Strogoff*, Mémoire de DEA, Université Yaoundé.

N'Neme, Jean-Clair, (2005), *Contribution des migrants maliens de France au développement de la région de Kayes : aperçu historique. Monographie du centre de santé de Maréna Diombougou*, Université de Poitiers.

Nyberg Sorussen, Ninna, (2004), The development dimension of migrant remittances, *Danish Institute for International Studies*.

Oriol, M., (1984), *Les variations de l'identité. Etude de l'évolution de l'identité des enfants d'émigrés portugais en France et au Portugal*, Ideric, Nice.

Ostergaard-Nielsen, Eva, (2003), *International Migration and sending countries. Perceptions, Policies and Transnational Relations*, Palgrave Macmillan, London.

Oumarou Sidibé, Ousmane et Kester, Gérard, (1994), *Démocratie et concertation nationale, la mise en oeuvre du Conseil Economique, Social et Culturel du Mali*, PADEP, L'Harmattan, Paris.

Piolle, X., (1991), Proximité géographique et lien social, de nouvelles formes de territorialité, *Espace géographique*, vol 4, pp 349-358.

Portes, Alejandro, (1997), *Globalization from below: the rise of transnational communities*, Princetown University.

Quiminal, Catherine, (1990), Du foyer au village: l'initiative retrouvée, *Hommes & Migrations*, vol. 1131, pp 19-24.

Ridde, Valéry, (2004), L'initiative de Bamako 15 ans après, Un agenda inachevé, *World Bank's Human Development Network*.

Rist, Gilbert, (1996), *Le développement, Histoire d'une croyance occidentale*, Références Inédites, Presses de Sciences Po.

Sayad, Abdelmalek et Bourdieu, Pierre, (1992), *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité* (2e éd.), De Boeck-Wesmael, Bruxelles.

Sayad, Abdelmalek, (1999), *La double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Liber, Seuil.

Sayad, Abdelmalek, (2006), *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. 1. L'illusion du provisoire*, Raisons d'agir, Paris.

Schmidt, Sophie, (1999), *Contrefaçons et malfaçons de médicaments en Afrique*, Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie, Université Henri Poincaré, Nancy. Consulté le 11/05/2009 sur <http://contrefait.ifrance.com/>

Simmel, Georg, (1999), Excursus de l'étranger, *Sociologie, Etude sur les formes de la socialisation*, PUF.

Tarrius, Alain, (2002), *La mondialisation par le bas, les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Balland, Paris.

Trémoulinas, Alexis, (2006), *Sociologie des changements sociaux*, Repères, La Découverte, Paris.

Vidal, Laurent, (1992), Sida et représentations de la maladie. Eléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahier des Sciences Humaines*, vol. 28.

Vidal, Laurent, (1999), Anthropologie d'une distance : le sida, de réalités multiples en discours uniformes, *Autrepart*, vol.12, pp 19- 36.

Vigour, Cécile, (2005), *La comparaison en sciences sociales, pratiques et méthodes*, La Découverte.

Weigel, J.-Y., (1982), Migration et production domestique des soninkés du Sénégal, *Travaux et documents de l'ORSTOM*.

Ziegler, Jean, (1975), *Les vivants et la mort*, Points, Editions du Seuil, Paris.

Audiovisuel

Afrique Avenir, AISFAS, GRDR, (2001), *Ensemble nous vaincrons*, DDASS 93, CPAM 93, UE DG5(SANCO), FAS, Ensemble contre le sida.

AICS, (1998), Vidéo *Lettre Afrique 1998 envoyé par l'Association de Santé Communautaire de Gagny sur le thème : La Biharziose*, Conseil Régional Nord-Pas de Calais, Ensemble contre le Sida, Ministère de Coopération française, UNICEF

AICS, (1998), Vidéo *Lettre Afrique 1998 envoyée par l'Association de Santé Communautaire de Séro, sur le thème : Le Paludisme*, Conseil Régional Nord-Pas de Calais, Ensemble contre le Sida, Ministère de Coopération française, UNICEF

Ben Messaoud, Sonia, (2003), *Trajectoire santé ici et là-bas*, Associations des ressortissants malien de Maréna Diombougou, Sadiola et Koussané, GRDR.

Ben Messaoud, Sonia, (2007), *Le syndrome du silence*, GRDR et INEPS

Camille de Vitry (2004), *Le prix de l'or*, autoproduction, consulté le 29/04/2009 sur http://www.dailymotion.com/relevance/search/le+prix+de+l%27or+sadiola/video/x2n2qx_les-geyneyrations-futures_creation?hmz=746162736561726368

GRDR et Avenir viable, (1997), *Lettres vidéo pour la prévention*, DDASS et CPAM.

Hoare, Michael, (1987), *Diama Djigui (L'espoir d'un peuple)*, La cassette vidéo de l'inauguration du Centre de Santé de Maréna Diomboukou, Diama Djigui France.

Hoare, Michael, (1988), *Ici et là-bas*, JBA production, La Sept, L'institut National de l'Audiovisuel

Hoare, Michael, (1991), *Ballawu*, GRDR, Avenir Viable, Medias Mundi France.

Site Internet

<http://www.pasteur.fr>

<http://www.unaids.org>

<http://www.who.int/fr/>

http://www.maliensdelexterieur.gov.ml/mes_photos/Codenationalite.pdf

http://www.malikounda.com/nouvelle_voir.php?idNouvelle=5311

<http://ardve.free.fr/>

Annexes

I. Tableau des entretiens

II. Retranscriptions des lettres vidéo

I. Tableau des entretiens

Organisa- tion	Rôle	Nom	Contenu	Lieu	Durée	Date en 2009
GRDR	Département santé	Samba Sylla	Entretien préparatoire sur les raisons d'être et le déroulement du projet.	Bureaux du GRDR, Montreuil	+/- 1h	16/01
GRDR	Département santé	Samba Sylla	Pré-identification des membres des associations de migrants à rencontrer.	Bureaux du GRDR, Montreuil	50min	09/03
GRDR	Responsable du département santé de 1995 à 2002	Pascal Revault	Vision globale du contexte du projet, implication personnelle, vision de enjeux et des résultats.	Bureaux du COMEDE, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin- Bicêtre	1h10	13/03
Avenir Vivable	Formateur technique vidéo	Michael Hoare	Détails du choix du support et de la réalisation technique des lettres vidéo.	Studio, Paris 8ème	50min	20/03
Association de Gory Gopela (ASACO)	Animateur du projet et trésorier adjoint de l'association	Tiéni Dembelé	Histoire de l'association et de son centre de santé, vision personnelle du contexte, processus de réalisation, débats engendrés, et résultats du projet.	Bureaux du GRDR, Montreuil	1h20	20/03
Association de Sadiola en France (ARASF)	Animateur du projet et secrétaire administratif de l'association	Moussa Macalou	Histoire de l'association et de son centre de santé, vision personnelle du contexte, processus de réalisation, débats engendrés, et résultats du projet.	Café, Paris 19ème	+/- 1h20	21/03
Association des Ressortis- sants de Diboli (ARDVE)	Président	Samba Diawara	Histoire de l'association et de son centre de santé, vision personnelle du contexte, processus de réalisation, débats engendrés, et résultats du projet.	Voiture stationnée, Paris 13ème	1h20	20/03
	Secrétaire général	Diomdera Oumar			15 min	
	Secrétaire adjoint	Boucoun Lassana				

- Rencontres complémentaires pour la mise en perspective des activités de prévention santé des associations de migrants en lien avec le GRDR depuis 2003 : Barbara Bertini, Responsable du département santé, GRDR et Marianne Mailloux, Département santé, GRDR

II. Retranscriptions des lettres vidéo

- a. Diboli 1
- b. Diboli 2
- c. Diboli 3
- d. Sadiola 1
- e. Sadiola 2
- f. Sadiola 3
- g. Gory Gopela 1
- h. Gory Gopela 2
- i. Gory Gopela 3

Note : sur la police utilisée dans les retranscriptions.

- Tout ce qui apparaît à l'écrit sur l'image (en dehors des sous-titre eux-mêmes), tel le générique, le nom des intervenants, le titre des chapitres, etc., est retranscrit en *Italique*.
- Mes commentaires personnels touchant à l'habillement des intervenants, au minutage, etc., sont entre parenthèse.
- Les titres des différentes parties sont soulignés.
- Enfin, les « / » correspondent à des coupures faites au montage³².

³² Toutes les coupures n'ont probablement pas pu être repérées.

a. Diboli 1

Diboli 1, p.1

« La Charte Santé de la région de Kayes et ses environs,
L'Association des Ressortissants de Diboli et des Villages Environnant (ARDVE)
En collaboration avec le Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le tiers-monde
(GRDR), présentent
'Que Dieu ne nous réveille pas ensemble !'
Lettre vidéo adressés à la population de Diboli et des villages environs au sujet du SIDA
Filmée au foyer Quai de la gare, 11-13 rue Bellièvre, 75013 Paris le 31 Mai 97 et a Ivry sur Seine le 7 Juin 97 »

Samba Diawara, Président ARDVE (manteau jaune, à côté d'un interprète qui parlera après aussi, petite lunette et veste bleu) : Gens du village, nous allons bien ici et nous souhaitons que cette cassette vous trouve dans le bonheur là-bas. Aujourd'hui les six villages de l'ARDVE se rencontrent à propos de notre centre de santé. La construction est terminée mais il y a encore beaucoup à faire. Le but de cette vidéo lettre est d'améliorer la communication entre ici et là-bas. Avant la création de notre association, il n'y avait pas de communication comme maintenant.

Samba Camara, animateur (veste jaune, cravate bariolée) : Nous travaillons tous pour le même but. Il y a 24 associations qui appartiennent à la Charte Santé avec l'appui du médecin Pascal et du vidéaste Michael. On s'est réuni pour travailler ensemble nous ici, vous là-bas. La Charte a désigné 4 associations pour faire la vidéo-lettre. Nous avons été choisis à cause de notre motivation. Nous travaillons sur les maladies transmissibles. Chaque association a choisi une maladie. L'ARDVE a choisi une maladie et a nommé sa cassette : « Que Dieu ne nous réveille pas ensemble ! ». Si nous sommes tous réveillés ensemble, cela annonce un malheur. Que Dieu nous en garde.

Bakary Dramé, imam (chéchia blanche, keffieh rouge, lunette) : Nous remercions Dieu. Nous remercions Mohammed, son prophète. Lorsque Mohammed prie Dieu, ce n'est pas pour lui-même ni pour sa famille mais pour tous ceux qui le suivent. C'est sur la base de l'Islam que nous avons fait cette cassette. Les six villages de l'ARDVE se sont regroupés pour travailler ensemble. Ca vient de Dieu. Dieu a demandé qu'on se regroupe. En s'unissant, on a la force. Notre union n'a pas commencé aujourd'hui. Elle existe depuis nos ancêtres. Nous sommes nés dans cette union et elle dure jusqu'à aujourd'hui. Dans le temps, les gens vivaient très longtemps. Aujourd'hui les gens vivent mois longtemps. Dans le temps, la vidéo n'existait pas. Aujourd'hui elle existe. Tous ces changements, c'est Dieu qui les a décidés. Il ne faut jamais que l'homme cesse de chercher la vérité ou d'approfondir son savoir. Si l'homme ne sait pas d'où il vient, ni ou il va, sa vie n'est rien. Il ne faut pas avoir de doutes là-dessus. Si tu ne cherches pas à savoir, tu es perdu. Pourquoi cette cassette ? C'est pour expliquer la maladie dans la voie de l'Islam. Ce n'est pas pour trahir la religion. Le prophète a démontré qu'on continu de chercher jusqu'à notre mort. Dieu a dit que lorsque tu connais quelque chose il faut approfondir cette connaissance jusqu'à sa limite. Si un homme parle au nom de Dieu, il faut aller écouter ce qu'il dit. Maintenant nous parlons de la santé. Nous, nous sommes basées sur la parole de l'Imam Malik. Le livre de l'Imam Malik parle de la santé. Où a-t-il appris cette parole ? Dans le livre de Dieu et de son prophète. Aujourd'hui nous travaillons sur notre parole qui s'en va vers vous. Nous avons décidé de faire cette cassette après avoir vérifié qu'elle correspond à la parole de l'Islam.

Diboli 1, p.2

(10'30) *Abdoulaye Tirera, marabout membre de l'ARDVE* (boubou blanc, grandes lunettes, foulard blanc sur la tête) : Je vous salue tous, des enfants jusqu'aux vieux. Je salue Dieu et son prophète qui nous donnent tout et ne demandent rien. C'est Dieu qui a créé la vie et la mort. On a vu que les gens meurent afin que les autres aient peur et suivent le chemin de Dieu. Dieu nous a crée pour travailler sur la terre. C'est comme faire un voyage. Tu te prépares, c'est la même chose. Il faut travailler aujourd'hui pour demain. Et après la mort, chacun est récompensé selon ce qu'il a fait sur la terre. Il n'y a personne sur terre qui n'a pas vu ou entendu parler de la mort. Tout ca, Dieu l'a fait pour que l'homme puisse comprendre que tôt ou tard il va mourir. Dieu a tout montré au prophète Mohammed, le passé et le futur, sauf comment donner la vie et la mort. Tout ce qui est né sur la terre va mourir. Tout ce qui est sur la terre va finir. Il ne restera que Dieu. C'est petit à petit que le fleuve avance jusqu'à ce qu'il déborde et provoque l'inondation. Dieu merci, il nous a fait avancer, avancer. Et maintenant, on n'a pas fini mais on a commencé une bonne partie du travail du centre de santé (ne lit pas, mais a des notes). On ne va pas faire un long discours parce que le temps est limité. Parce que dans l'Islam, on ne peut pas tout dire. Mais nous allons faire une courte explication pour que les gens puissent comprendre. La maladie dont nous allons parler, nous l'avons choisie afin que Dieu nous en protège. Il y a des gens qui comprennent quelque chose seulement quand ils le voient. C'est pour cela que nous montrons des images dans cette cassette pour que les gens puissent comprendre. Nous avons construit l'image qui montre comment se protéger pour que vous puissiez vous protéger. Tout cela pour que l'on ne quitte pas la voie de l'Islam. Au moment de créer l'Homme, Dieu qu'a-t-il fait ? Dieu a dit : "avant toute chose, il faut que la foi soit entrée dans le cœur de l'homme". Parce qu'avant de croire en la parole de qui que ce soit, il faut avoir foi en Dieu. C'est ce qui conditionne tout le reste. Si tu n'as pas foi en Dieu à l'intérieur de toi-même tu ne peux pas croire en un autre. Nous allons montrer une image. Si les gens voient l'image, il faut qu'ils travaillent dessus. Il faut faire comme ce qu'on explique. Il y a plusieurs catégories de foi. Il y a ceux qui croient seulement avec la langue. D'autres croient avec la foi qui est en eux-mêmes. Il faut croire ce qu'on dit et travailler avec. Cette maladie nous inquiète et nous préoccupe. Si cette maladie vous préoccupe comme nous, vous allez travailler dessus comme on travaille à partir de l'Islam. / Nous avons construit les deux choses primordiales, la mosquée et le centre de santé. L'homme s'inquiète pour les deux choses : la vie présente (la santé) et la vie future (la religion). Quand tu es malade, tu ne peux pas prier comme il faut. Où vas-tu aller ? Dans le centre de santé. Nous avons réalisé le centre de santé pour nous soigner afin de pouvoir prier convenablement. Si on travaille, il faut le faire dans le sens de Dieu. On a fait ce travail non pas pour sauver de la mort. Tout le monde doit mourir. Nos ancêtres étaient plus forts que nous, et ils sont morts. Personne ne peut échapper à la mort. Nous avons fait le centre de santé

pour le bonheur de l'âme parce que si tu es malade tu ne peux pas faire la prière de Dieu. / Dieu nous a tout expliqué. Il n'a pas honte. Pourquoi est ce que nous, êtres humains, auront honte des explications ? / La bonté et le plaisir ne sont pas les mêmes choses. Dieu a interdit le péché, mais quand on risque de mourir de faim même si Dieu a interdit le cochon, tu peux le manger si tu n'as pas mangé depuis trois jours. Dieu a dit que quand la femme a ses règles, elle ne doit pas faire la prière, ni le jeûne, et elle doit s'abstenir de rapports sexuels avec son mari jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête. Comment peut-on savoir que c'est arrêté ? Les savants ont inventé le morceau de tissu qu'elle porte (il sort un protège slip, ou une gaze) et lorsqu'il n'y a plus de sang, elle peut faire la prière. Dieu n'a pas honte de dire cela à des musulmans, et les musulmans n'ont pas honte de dire cela à leurs frères musulmans. Maintenant, Dieu nous a envoyé une maladie qui nous inquiète beaucoup et pour laquelle, il n'y a pas de guérison pour l'instant. Le même Dieu a donné l'idée aux savants qui ont inventé autre chose pour l'homme. Les savants qui ont trouvé le tissu pour la femme ont trouvé le préservatif pour l'homme.

Diboli 1, p.3

Les savants ont dit à l'homme, si l'un d'entre vous est malade, tu vas le porter pour éviter la contamination. Et cela évite d'avoir des enfants malades aussi. Celui qui est malade et qui ne veut pas se protéger, même s'il dit « dieu est grand » (oui, Dieu est grand), il oublie que Dieu a dit qu'il faut se soigner quand on est malade. Celui qui refuse de se protéger et qui contamine sa femme et ses enfants, il est coupable puisqu'il ne pourra plus s'occuper de sa famille. Qu'est ce qu'on doit faire ? Il est interdit de montrer la femme nue et l'homme nu. Ca c'est une lampe. C'est la lampe que chaque musulman utilise pour éclairer son chemin vers la mosquée. On a choisi la lampe comme exemple (il la pose droite sur la table). Qu'est ce qu'on doit faire ? Le tissu qui a été fait pour la femme, c'est comme le préservatif qui a été fait pour l'homme (il tient un sachet de préservatif). C'est comme la chambre à air du vélo. Tu montes sur ton vélo, tu fais tes courses, tu reviens. Et ce préservatif, c'est pareil. L'homme doit le porter. Ce n'est pas pour autre chose, c'est pour éviter la contamination si toi tu es malade, ou ta femme est malade. Au lieu d'avoir des enfants malades, tu n'auras plus d'enfants. (22'37) Parce qu'on ne peut pas faire la prière si on n'est pas en bonne santé. Pour garder la santé, c'est ce qu'il faut mettre. Maintenant, si tu as honte, tu mets ça dans une enveloppe. Tu vas à la pharmacie, même si tu ne connais pas le nom, (il ouvre le sachet, dépose la capote sur la table) ou tu ne veux pas dire le nom, tu mets ça dans l'enveloppe (le sachet vide). Le pharmacien va regarder dans l'enveloppe. Il en remet dans l'enveloppe. Il ne dit pas le nom. On doit faire ça. Quand tu l'enlèves de son enveloppe de plastique qu'est ce qu'il faut faire ? (il enfila la capote sur la lampe de poche posée devant lui) Tu le glisse, tu le descends. Maintenant c'est comme si tu as gonflé le vélo. Tu ne te fatigues pas. Tu vas faire tes courses avec ton vélo. Tu vas satisfaire ta femme et toi aussi, tu es satisfait. On a choisi cette image parce que, même si l'œil voit, ce n'est pas interdit. Dans l'Islam, ce n'est pas interdit de voir. Si on avait fait ça vulgairement, cela aurait été interdit. On s'excuse auprès des vieux et des personnes âgées. / Depuis le début de notre discussion, nous n'avons pas nommé la maladie qui est le SIDA. / Donc nous avons nommé cette cassette : « Que Dieu ne nous réveille pas tous ensemble ! ». Parce que la nuit, quand on va dormir, on dit : « Bonne nuit, que Dieu nous réveille un par un ». Cela veut dire quoi ? Cela veut dire que si nous sommes réveillés ensemble, il y a une catastrophe. Si la femme est malade et son mari meurt, le frère de celui-ci peut dire : « j'ai confiance en Dieu ». Lui aussi se marie avec la femme, et après il peut mourir. Dans la famille, il ne faut pas alors être étonné et dire des choses comme : « Pourquoi est ce qu'elle tue tous ses maris ? ». Il ne faut pas avoir cette idée dans la tête. Celui qui pense cela n'est pas intelligent. Il y en a qui peuvent vivre avec la maladie pendant 100 ans. Cela dure toute la vie. Il y en a qui, dès qu'ils sont atteints, meurent dans les deux mois. Il est possible que la femme était malade, ou bien le mari, et il n'a pas voulu le dire avant de se marier avec la femme. Nous ne disons pas qu'il ne faut pas se marier avec cette femme. Mais il faut acheter le préservatif et il faut le porter. / Nous avons peur que l'image que nous venons de montrer choque un père, une femme ou un frère. Deuxièmement, les gens ne sont pas tous les mêmes. Il y en a qui peuvent se retenir, il y en a d'autres qui ne peuvent pas, comme dans le cas de l'adultère. Depuis que cette maladie est venue, les gens adultères ont peur. Elles ont laissé tomber l'adultère. Il y en a d'autres qui peuvent dire : « il y a quelque chose pour se protéger », et qui vont continuer donc à pratiquer l'adultère. Nous n'avons pas fait notre travail pour ça. Nous avons réalisé notre cassette pour le bonheur des musulmans. Qu'ils puissent se maintenir en bonne santé et faire la prière comme il faut.

(26'44) (l'interprète, à côté de Samba Camara) : Il faut écouter ces paroles et les comprendre. Il faut regarder devant soi avant de se cogner contre quelque chose. Quand on tombe malade, il faut aller voir le docteur. Et avant de tomber malade, il faut faire attention à soi même. Depuis les temps anciens, on tombe malade. Il y a des maladies dont on connaît le mode de transmission et d'autres, non. Les maladies de maintenant, on sait comment on les attrape. Et il faut expliquer les mesures de prévention contre ces maladies.

Diboli 1, p.4

On dit de regarder devant soi avant de se faire cogner. Mais si tu te fais cogner, ça peut servir de leçon pour la prochaine fois. Il faut qu'on travaille la main dans la main. Nous n'avons pas fait cette cassette pour dire que nous sommes plus intelligents que vous. On ne l'a pas fait pour prendre la place du docteur. On l'a seulement fait pour se soigner. Tout ce qui va dans le sens des soins est bon à dire. Ce ne sont pas deux ou trois personnes qui ont eu l'idée de faire cette cassette. Ce sont tous les membres des six villages qui ont parlé de cette cassette en assemblée générale. Ils ont tous été d'accord pour faire cette cassette et vous l'envoyer.

Mamadou Soumaré (chemise blanche bien fermée, veste beige, à côté de Samba) : Je salue tout le monde. Concernant le sida, tout le monde a peur. On a aussi peur à propos de la manière de le représenter. Mais on est parti dans la voie de l'Islam, avec le but de se protéger contre cette maladie. Le sida en soi ne tue pas. Il tue par les vomissements, les diarrhées, les autres petites infections permises par le sida. Les chercheurs peuvent calmer la maladie, ils ne peuvent pas la guérir, pas pour le moment. Les médicaments peuvent donner la force aux cellules qui combattent le virus du sida. Mais la maladie continue de tuer. (Samba se lève et part). Le virus peut être dans le corps dix ou vingt ans sans tuer. Il faut se protéger pour ne pas l'attraper. On sait qu'on est tous des musulmans. Dieu a dit faut se protéger, se retenir. Il faut être fidele. Si tu te retiens, Dieu te protégera contre la catastrophe. Cette cassette est pour note

protection, pour dire que nous les musulmans, on doit faire attention.

Demba Diallo (jeune en costume cravate bleue) : Nous sommes des animateurs désignés par l'ARDVE. Un animateur, ce n'est pas quelqu'un qui parle, c'est quelqu'un qui fait parler les gens. L'objet de cette cassette c'est le SIDA. Il y a des gens qui disent que le Sida n'existe pas chez nous. Le Sida est partout, n'importe où. Chez l'enfant, chez l'adulte, chez la femme, chez l'homme, chez le vieillard, chez le nourrisson allaité. Si la maman a le virus, elle peut le donner à l'enfant. De plus en plus de gens sont contaminés. On n'a pas fait cette cassette parce qu'on connaît tout, mais pour vous demander votre point de vue. Comment faire pour qu'il ne nous tue pas, pour qu'il ne tue pas nos vieillards et enfants ? Cette cassette n'est pas faite pour démonter nos connaissances, ou pour montrer qu'on est en Europe mais pour vous demander de nous donner de vos connaissances, pour mettre en place un échange de savoir-faire. La cassette a commencé ici, mais ça ne s'arrête pas ici. Vous aller faire une cassette. Vous allez nous la renvoyer. Nous allons faire un échange de connaissances. Tout ce qu'on fait, c'est Dieu qui le fait, mais il faut que l'homme se protège. C'est Dieu qui donne la maladie, mais aussi le remède. Comment attrape-t-on le sida ? Ce n'est pas en mangeant ou en buvant, mais avec des rapports sexuels ou par le sang. Si on utilise une seringue deux fois sans la stériliser, on peut transmettre la maladie. Tu n'as pas été infidèle, mais tu peux avoir la maladie. Le sida peut s'attraper si le sang coule sur la plaie. On peut l'attraper avec des blessures. Les scientifiques et les médecins ont dit que la maladie se transmet par le sang et par les liquides sexuels. Le sida, c'est le vent, c'est la catastrophe. C'est pour ça qu'on a appelé cette cassette « Que Dieu ne nous réveille pas ensemble ! ». Dieu doit nous réveiller un par un. C'est une bénédiction. Pas seulement réveiller un par un, mais comprendre un par un. Que cette cassette puisse être la base d'un échange pour que tout le monde puisse comprendre le message.

(L'interprète du début présente les autres) : Samba Diawara, Président de l'ARDVE ; Samba Camara, animateur ; Amara Traoré, Digui ; Diomdera Oumar, secrétaire général ; Demba Diallo animateur ; Massa Macalou (□ . dans une autre langue, applaudissements).

Chez Seydou Diawara, le 7 juin 97

Diboli 1, p5

Chez Samba Diawara, le 7 juin 97

(Un salon coloré plein de femmes en très beaux boubous)

Diénéba Diawara (au second plan avec un boubou orange) : Nous sommes réunies pour faire la cassette vidéo qui parle de la maladie. Les femmes peuvent expliquer les choses aux femmes, les hommes aux hommes. La maladie dont on parle n'est pas seulement pour les femmes. Elle concerne aussi nos enfants. En Europe, les mères conseillent leurs enfants. Ils découragent leurs enfants de pratiquer l'adultère. Beaucoup de maladies s'attrapent de cette manière. On peut conseiller nos enfants. Dire à des enfants de faire attention n'est pas mauvais. Il faut qu'on sache que ce centre de santé a été construit pour les femmes. Quand on est malade, il faut aller s'y soigner.

(35'37) *Hawa Ba* (boubou blanc et bleu ciel) : On fait cette cassette pour parler de la santé, surtout à propos du sida. Cela fait un moment que le sida existe. Là il faut qu'on fasse attention.

Diaratou Traoré (boubou bleu marine) : le conseil qu'on peut donner aux enfants est le suivant : quand tu es malade, il faut aller chercher la mère. L'enfant et la mère sont du même corps. Si tu ne parles pas à ta mère, ça peut devenir mauvais pour toi. Quant à la maman, si tu vois que ton enfant suit un mauvais chemin, il ne faut pas avoir honte de lui dire de ne pas persister. Il faut que tu l'appelles et que tu lui parles. Sitôt que tu vois qu'il y a une maladie chez les enfants, chez un voisin ou chez quelqu'un que tu connais, il ne faut pas avoir honte d'aller vers cette personne pour lui conseiller d'aller chez le médecin. Dieu nous a tous créés, mais chacun est différent. Tu peux les amener chez le docteur. Dieu lui a donné son savoir sur comment soigner leur maladie et il va les soigner. (Un homme entre). Si tu penses que tu as une maladie honteuse ou ton enfant, ou ton mari, il faut en parler. Une maladie qui se cache ne peut pas se soigner. Elle ne peut pas guérir. Il faut aller au centre de santé. Et tout ce qu'on souhaite, c'est que cette maladie recule. Et nous souhaitons du courage à vous là-bas et à nous ici.

(37'30, générique)

Animateur et montage : Samba Camara, Demba Diallo

Image et sons : Messaoudé Coulibaly, Salif Diallo, Doua Sissoko

Formateurs, animation et santé : Felix Popotte, Pascal Revault (GRDR)

Formateurs, vidéo : Michael Hoare (association avenir vivable)

Remerciement (liste des participants)

Filmé le 1^{er} juin 97 au foyer AFTAM, Le 7 juin 97 chez Samba Diawara Ivry sur Seine

Avec le soutien : CPAM Seine-Saint-Denis, DDASS Seine-Saint-Denis, Ensemble contre le sida ; Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles Ile de France, Union Européenne (DG 5), 1997, Charte Santé, L'ARDVE.

b. Diboli 2

Diboli 2, p.1

L'Association inter centre de santé (AICS) et le CS communautaire de Diboli présentent avec la collaboration du Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le tiers monde (GRDR),

Alla Ganna o Jiidi Ti Leminan wu-xanne yi

(Que Dieu nous facilite la procréation par le cri d'un bébé)

Lettre vidéo sur la prévention du sida et des maux de ventre des femmes

Filmée au centre de santé communautaire de Diboli, Mali

Le 2 décembre 1997.

(Sur fond de musique et danses)

1ere partie : Réponse à la lettre vidéo de la France (01/06/97) sur la prévention du sida.

(Petite salle, audience sur plusieurs niveaux, mixte)

(1') (vieil homme en boubou turquoise et bonnet): Je suis Amara Diko. Je viens de Digui. Je suis le premier conseiller du chef du village. Les migrants nous ont envoyé une cassette pour qu'on puisse prévenir le sida. Nous ne connaissons pas la maladie du sida mais eux sont à l'étranger. / Il y en a qui sont installés en France. Ils se sont mariés et ont des enfants. Ils sont devenus des français. Mais cette cassette qu'ils nous ont envoyée pour dire que celui qui peut payer des capotes nous ne sommes pas d'accord. De toute manière, nous ne connaissons pas le Sida. Si quelqu'un attrape la maladie, il y a une diarrhée et des vomissements. L'idée de se payer des capotes pour pouvoir coucher avec une femme tout en évitant cette maladie, cela est fait pour augmenter la débauche chez nous. Le sida est une maladie de non-croyant. Mais chez nous les musulmans, la seule chose à retenir pour éviter la maladie, c'est la fidélité. Si on respecte cette règle, on peut éviter le sida. Mais dire qu'une femme peut utiliser des capotes pour partir s'amuser et échapper ainsi au sida, non ! Ce qui est bien pour nous, c'est d'éviter toute débauche, c'est de se conformer aux règles d'Allah. Voilà ce qui peut nous sauver du sida. Mais acheter des capotes pour aller se débaucher, c'est contraire aux prescriptions d'Allah. Celui qui respecte les règles d'Allah, Dieu le sauvera. Mais prendre des capotes, je ne suis pas pour ça. Nous n'avons pas retenu cela. Chez nous et chez les migrants, que tout le monde bénisse Dieu pour que le Sida n'arrive pas jusqu'à chez nous. Mais acheter la capote pour ta femme ou toi-même, nous les musulmans nous ne sommes pas pour ça.

(3'46) (manteau en toile, camaïeux de bleu) : Je salue tout le monde. Je suis Fodé Diarra de Diallambi. Ce que je pense sur la maladie du sida, c'est que Dieu nous l'a envoyé pour nous punir. En réponse à la cassette des migrants, l'idée de prendre des capotes pour nous protéger du sida, à lui seul, ce conseil ne peut pas nous protéger contre le sida. Le sida se transmet de multiples façons. Le sida se transmet par les rapports sexuels, par la seringue, les lames. On parle de certaines causes, et on ne parle pas des autres. Concernant la capote, qu'on obéisse à Allah. Abandonner l'adultère c'est mieux que d'utiliser la capote.

Khalilou Gakou (boubou blanc et foulard violet sur la tête, il lit) : Nous saluons les migrants qui sont en France. Nous avons regardé et écouté la cassette qu'ils nous ont envoyée sur le sida. Nous sommes très contents. Nous avons compris. Nous les remercions beaucoup parce que c'est une maladie qui est partout. C'est une maladie qui vient de l'Europe qui est en Afrique, qui est partout. Que Dieu nous protège contre cette maladie. Ils nous ont conseillé de nous protéger contre cette maladie. Si cette maladie vous contamine la mort seule vous en délivrera. La maladie se transmet par l'intermédiaire des lames. Si on se rase la tête et qu'on rase la tête d'un autre avec la même lame, la maladie peut se transmettre.

Diboli 2, p.2

C'est la même chose pour les seringues et les ciseaux. La maladie se transmet par les ciseaux utilisés pour la circoncision, ainsi que par les seringues des médecins. Que Dieu nous protège contre cette maladie.

(5'42) (femme vieille avec grand foulard jeune) : Je m'appelle Diénéba Touré. Je viens de Diabou. Nous avons vu des informations sur le sida il y a longtemps à la télé. Cette maladie est depuis longtemps au Mali. Mais elle n'était pas arrivée en brousse. Maintenant elle commence à venir dans les villages. Et d'après ce qu'on a vu à la télé, le microbe peut rester 10 ans dans l'individu sans qu'il sache qu'il a le sida. Le sida se transmet par les rapports sexuels entre un homme et une femme. Il se transmet aussi par une blessure, et par le sang. Le sida peut aussi se transmettre quand une femme est enceinte. Le sida peut se transmettre par le cordon ombilical à l'enfant qui vit dans l'utérus. Tous, mari, femme, enfant peuvent l'attraper. De ce qu'on nous a dit à la télé voilà ce que j'ai compris.

(Femme, foulard rouge sur la tête) : Je m'appelle Coumba Coulibaly. Je viens de Diallambi. De ce que nous avons entendu, j'ai retenu que le sida se transmet par le rapport sexuel entre un homme et une femme, et par blessure faite avec lame.

(6'49) (homme, boubou bleu dans le coin de la pièce, il regarde bien la camera) : Je m'appelle Abdoulaye Sidibé de Dabougou. Nous avons très bien compris la cassette envoyée par nos parents en France. Le problème du sida qu'ils ont posé et ce qu'ils ont dit sur le sida est une réalité. Chez nous, le nom du sida c'est « fooré » parce que le sida c'est la mort. La maladie qui ne se soigne pas, qui ne se guérit pas, pour nous s'appelle « la mort ». Les immigrants ont fait la cassette parce que le sida les inquiète. Voilà pourquoi ils nous donnent ces conseils. Ils veulent nous protéger. Ils veulent que, comme eux, on se soucie de cette maladie. Leur intention n'est pas d'augmenter la débauche. C'est pour que nous nous soucions de cette maladie. Pourquoi appelons nous cette maladie « la mort » ? Parce qu'elle ne guérit pas, elle ne se soigne pas. C'est bien vrai que tu es dans le monde, mais tu es déjà mort. Parce que c'est une maladie

qui tue. Selon moi, c'est une leçon pour nous. Et qu'ils nous ont montré c'est pour nous enseigner. Ce qu'on ne sait pas, on doit l'apprendre. Dire que c'est pour augmenter la débauche, moi, je trouve que non, au contraire, c'est pour nous conseiller. Mais tous les gens n'ont pas la même vision. Je pense qu'ils nous ont donné de bons conseils. D'autres peuvent penser autrement. Je pense que nous devons travailler ensemble, faire face à cette maladie pour trouver une solution. Je salue tout le monde.

(femme en boubou bordeaux et crème) : Je m'appelle Moussa Maka Sidibé. Je suis de Diboli. Le sida est bien une maladie. Mais le sida ne se transmet ni par l'intermédiaire des habits, ni par le contact des toilettes. Si vous mangez ensemble, cela ne donne pas le sida. Ce sont surtout les seringues qui peuvent transmettre le sida. Quelqu'un qui ne veut pas avoir le sida doit utiliser la capote. Il y a des gens qui disent que c'est vrai, d'autre disent que ce n'est pas vrai. Mais selon moi, ca existe.

(9'13) (jeune homme en rayure blanc et gris, prêt de la porte,) : Je m'appelle Baissa Balayoko. Nous savons que le sida est une maladie récente. Tu m'as demandé comment le sida se transmet. Je vais répondre. Si deux personnes s'unissent et qu'une des deux personnes tombe malade l'autre peut tomber malade aussi. La maladie peut se transmettre ainsi. Le sida n'a pas de remède pour le moment. Dieu a perfectionné l'être humain et a mis des défenses dans son corps qu'on appelle les cellules. Le sida détruit les défenseurs du corps. Ainsi toute maladie peut t'atteindre, que ce soit les maux de ventre ou m'importe quelle autre maladie. Une fois que tu as attrapé le sida tu peux avoir toutes les maladies. Maintenant comment se transmet-il ?

Diboli 2, p.3

On peut avoir le sida par les injections. Si on réalise une injection à un malade du sida et qu'on utilise la même seringue sur une personne saine, on peut lui donner le sida. Toi tu penses que tu es sain alors que tu as déjà le sida. Si le couteau te poignarde et qu'un autre l'utilise et se blesse, il peut attrape le sida. Il faut rester fidele. Il faut se calmer. C'est surtout la débauche qui donne le sida.

(L'animatrice *Nayé Traoré*, debout, boubou noir et blanc) : On dit que le sida est une maladie. On dit que le sida est une mauvaise maladie. Comment peut-on soigner le sida de manière traditionnelle ou moderne ? Quelles sont tes réponses ?

(Femme qui ferme les yeux, boubou rose) : Je m'appelle Haby Soumaré de Diboli. Ce que je sais à propos du sida, c'est que ce n'est pas notre maladie. Elle vient de l'Afrique centrale. Nous devons nous en méfier. Elle se transmet par les rapports sexuels. La personne qui ne se méfie pas et a des rapports avec n'importe qui aura le sida. Pour se protéger du sida, il faut se méfier aussi des seringues et des lames. Il n'y a pas de médicament pour le sida, ni traditionnelles, ni modernes. On n'a jamais trouvé de médicament pour le sida. Le sida est une maladie qu'on appelle « la mort ». Celui qui a le sida est parmi les morts et non les vivants. Voilà ce que je sais du sida.

(11'46) (vieille femme, boubou multicolore et foulard blanc) Tacko Sow : Nous avons entendu ce que les migrants ont dit en France. La maladie concerne aussi les enfants. Le sida est dans notre pays. Si quelqu'un le conteste, il ment. Le souci des migrants est notre souci. Que Dieu nous protège contre le sida.

(vieil homme en chéchia et boubou blanc) : Je suis Mamadou Karé Dramé, président du comité de santé de Diboli. Chacun doit se méfier du sida. Pour éviter le sida, il faut s'en méfier. Chacun doit s'abstenir pour ne pas avoir le sida par ce que les gens savent que le sida se transmet par les rapports sexuels.

(Sur fond de musique et danse) :

2eme partie : les maux de ventre des femmes

1ere question : Que sont ces maux de ventre ?

(Un animateur, debout au milieu de la salle) *Moussa Ka Traoré* : Quand on parle des maux de ventre des femmes, de quelle maladie s'agit-il ? Dites-nous ce que vous en pensez ?

(13'45) (femme en boubou orange et noir) : Mon nom est Coumba Samgaré. Je viens de Diabougou. Je trouve les maux de ventre des femmes très perturbant parce que selon les prescriptions de Dieu, la durée normale des règles c'est 3 ou 4 jours. Alors que maintenant, il y en a qui durent 10 jours, d'autres une journée, d'autres 6 jours. Tout cela est une maladie. Parfois la date des règles est dépassée. Les femmes pensent être enceintes. Mais en réalité c'est une maladie. Voilà ce que je sais sur les maux de ventre des femmes.

L'animateur : je pose la question à cette femme, dites-nous ce que vous pensez de cette maladie ?

(Femme avec foulard beige sur la tête et foulard blanc sur les épaules) : Je suis Maimouna Diallo de Momory, Nayé Peulh. Ce que je sais, c'est que parfois une personne peut avoir ses règles une seule journée alors que d'autre les ont pendant 10 jours. Mais normalement les règles doivent durer 4 jours. Il y a aussi des femmes qui les ont 2 fois dans le mois. Ca c'est une maladie.

Diboli 2, p.4

(15'20) (une vieille femme avec un foulard saumon) : Je m'appelle Maritou Sakiliba. Je suis de Dialambi. Les maladies des jeunes d'aujourd'hui c'est les règles. Les règles doivent durer 3 jours normalement. Normalement 3 ou 4 jours. Mais maintenant, certaines règles durent une semaine ou 10 jours. C'est la maladie. Nous sommes inquiètes parce que les jeunes femmes ont trop de maux de ventre.

(Une vieille femme en boubou blanc, foulard à motifs violet) *Maimouna Traoré* : Il s'agit d'une vraie maladie. Tu as les

règles pendant 2 ou 3 jours et ça s'arrête. Après il se passe 2 ou 3 mois sans règles. Les femmes qui accouchent maintenant sont très fatiguées. Maintenant elles veulent que les migrants les aident à soigner cette maladie. Quand ton mari voyage et tu as ce malheur-là, les gens disent que tu t'amuses beaucoup. Or ce n'est pas ça. C'est une maladie. Je m'appelle Maimouna Traoré de Nayé.

(Musique et danse)

2eme question : D'où viennent ces maux de ventre ?

L'animateur : Qu'est ce qu'il faut faire pour toutes ces maladies de femmes. Dis-nous ce que tu en penses.

(Vieille femme a foulard jaune, déjà vue) : Je m'appelle Diénéba Touré de Diabougou. Que les vieux et les jeunes filles m'excusent, je pense que la première cause de ces maux de ventre c'est que les femmes prennent trop de pilules, trop de médicaments pour ne pas avoir d'enfants. Alors qu'elles ne peuvent pas se passer des hommes. Ça ne peut pas aller. Il y a aussi les femmes, à qui ont prescrit des médicaments, on leur donne la posologie mais elles ne la respectent pas. Si on leur dit de prendre 3 par jour, elles ne le font pas. Si elle s'en vont au dispensaire, consulter elles ne respectent pas ensuite le traitement. Si on leur demande pourquoi elles ont arrêté le traitement, elles disent qu'elles ont oublié parce qu'elle travaillait trop. Alors que ce n'est pas vrai. Si une femme tombe enceinte, elle va une fois au dispensaire, la matrone lui donne un nouveau rendez-vous, elle ne viendra plus au dispensaire. Si tu accouches dans ces conditions, tu peux avoir de maux de ventre. Les vieilles qui faisaient les accouchements traditionnels étaient différentes de celles d'aujourd'hui. Si une femme commence à accoucher, elle doit obligatoirement aller au dispensaire. C'est ainsi qu'elle évitera toutes ces maladies et ces maux de ventre. Les femmes prennent ces pilules comme elles veulent. Elles ne respectent pas les prescriptions des médecins. Ce n'est pas bon. Tu prends des médicaments pour ne pas avoir d'enfant ou bien pour espacer les naissances, mais il faut respecter la prescription. Si un enfant tombe malade et tu l'accompagnes au dispensaire, si tu ne continues pas le traitement, comment seras tu guérie ? Tu ne seras jamais guérie. Or nous savons que si on ne respecte pas les traitements des maux de ventre, ça ne sert à rien. Voilà tout ce que je sais sur cette maladie.

(19'18) (jeune en chemise blanche rayée, affalé sur son siège) : Je m'appelle Waoundé Camara de Diallambi. En ce qui concerne les maux de ventre des femmes dont nous parlons, il ne faut pas qu'on s'inquiète, dire que c'est le sida, les règles, tout ça ce sont des mensonges. Jusqu'à présent, vous n'avez pas parlé correctement des maux de ventre des femmes. Le commencement, c'est la brousse. Les jeunes filles ont des maux de ventre, ainsi que les femmes mariées dont les maris se trouvent en France et aussi celles qui sont ici. Tous ceux qui sont là n'ignorent pas ce qui se passe dans leurs familles. (Il s'anime, se redresse).

Diboli 2, p.5

Dans ta famille, il y a des jeunes filles qui tombent enceintes. Elles avortent sans passer au dispensaire. Les médicaments qu'elles prennent sont des médicaments amers. Pourquoi ton ventre ne te ferait-il pas mal ? Il faut aller consulter le médecin pour avorter. C'est lui qui sait ce qu'il faut faire pour avorter. Toi tu penses que c'est ta mère ou ta grand-mère qui est médecin. Vous avortez sans aller au dispensaire. Vous avortez avec des comprimés. Le médicament bouilli et amer que vous utilisez ça vous donne des maux de ventre. Ton père ne peut pas t'aider pour l'avortement. Ta mère non plus. Et tu veux que ton ventre ne te fasse pas mal ? Obligatoirement, ton ventre ça te faire mal. Un autre problème, nous ne prenons pas soin de la nourriture. Par exemple, toi tu tamises la poudre de mil pendant que moi je balaie. Ou passe la poussière ? Elle va dans le mil. Et ce mil ou va-t-il ? Dans le ventre. La nourriture que tu as préparée, où la mets-tu ? Dans un récipient. Et bien il faut d'abord le laver et le faire sécher loin de la poussière. Mais c'est quand tu commences à servir à manger que tu penses à ton récipient sale. Donc il faut le nettoyer avant d'y mettre ton repas. Certaines prennent un pagne pour nettoyer le récipient. Mais si le pagne est sale, ou va cette saleté ? Dans l'estomac. Si tu attrapes la maladie, et tu ne va pas au dispensaire comment veux tu guérir ?

(L'ancien du tout début) : C'est moi, Amara Diko de Digui. Nous ne faisons que nous répéter. Mes parentes et mes parents, il ne faut pas que nos paroles vous choquent. Nous ne connaissons pas toutes ces maladies. C'est le monde actuel qui apporte tout cela. Au moment où nous sommes venus au monde nous ne connaissons pas toutes ces maladies. Il y a des docteurs à Kayes ou à Bamako. Il n'y avait pas de docteurs dans la Yaguiné, surtout pas à Diboli. Nous avons eu des enfants sans aller chez le docteur. Pourquoi actuellement les maux de ventre sont ils plus nombreux ? Mes parents, vous les femmes, nous les hommes, nous le savons, et vous aussi vous le savez. Maintenant les enfants ne sont plus dans les mains des parents. Ton enfant, ta fille, tombe enceinte. Tu le sais. Vous partez acheter des comprimés. Mais c'est sur, l'enfant que Dieu veut protéger ne va pas mourir. Vous voulez que la débauche finisse chez nous. Comment cela va-t-il finir ? Cela ne va pas finir. Toi, homme, tu t'en vas en France. Tu t'en vas pour cinq ans, et tu laisses ta femme ici, et si elle tombe enceinte tu te demandes pourquoi. C'est Dieu qui va nous sauver de l'enfer parce que Dieu seul sait ce que tu fais là-bas. Après on cherche à avorter cette grossesse. Parce que si son mari la trouve avec l'enfant, il va divorcer. C'est cela qui pousse les femmes à se faire avorter chez les médecins ou en prenant des médicaments. Interrompre la grossesse en allant voir les guérisseurs ou le médecin, c'est tout cela qui provoque les maux de ventre.

(22'50) (vieille femme foulard vert pomme) : Je m'appelle Fatouma Waly Traoré. Toutes les femmes savent comment les maux de ventre sont venus. Ce n'est pas le résultat de la débauche. Quand une femme attend ses règles cela peut commencer par des maux de ventre ou par de la diarrhée. Il y a aussi des femmes qui ont mal aux reins, d'autres qui ont des vertiges, et certaines même se couchent. Normalement cela dure 4 jours. Mais si cela dure 5 ou 6 jours, une boule se forme dans ton ventre et te fait mal. Il y a d'autres douleurs aussi, mais personne ne les connaît. Toi, seul, les ressens. Toi seule connais la maladie.

(Femme en foulard orange sur la tête, un papier dans la main) : Je m'appelle Oumou Dembélé. Je travail au centre de santé. L'origine des maux de ventre des femmes, se trouve en elles-mêmes. Par exemple, les femmes qui sont là,

quand elles vont au dispensaire une fois, elles prennent des comprimés une ou deux fois, puis elles arrêtent si les maux de ventre s'atténuent. Celles qui tombent enceintes, si on leur dit d'aller consulter au dispensaire, elles n'y vont pas. La cause principale des maux de ventre, c'est l'accouchement. Cela est très important. La plupart sont le résultat d'infections. L'accouchement peut bien se passer comme il peut mal se passer. Il y a des femmes qui pensent avoir accouchée alors qu'elles n'ont pas totalement perdu les eaux.

Diboli 2, p.6

Si l'utérus se ferme là-dessus, elle peut provoquer une infection. D'autres ont des avortements incomplets avec des gens non formés. Cela aussi provoque des maux de ventre. Les femmes d'ici ne fréquentent pas le centre. Le mensonge n'est pas bon. Leurs maris et elles même le savent très bien. Même si leur mari leur dit d'aller au dispensaire, elles n'y vont pas. Notre travail, c'est de recevoir les femmes. Nous les soignons, et les femmes qui ne viennent pas, nous ne pouvons pas leur courir après. La majorité des maux de ventre, est causé par des infections, et chez les femmes, ce n'est pas autre chose que les conséquences des avortements ou des accouchements. La plupart des avortements sont incomplets. Donc les maux de ventre ne s'arrêteront jamais.

(Musique et danses)

3eme partie : Qu'est ce qu'on peut faire face aux maux de ventre ?

(26'09) Waoundé Camara (le jeune en chemise blanche rayée): Vous avez dit que les règles provoquent les maux de ventre, mais vous n'avez pas tout dit. Les femmes tombent enceintes. Qu'est ce qu'elles doivent faire ? Elles doivent aller consulter au dispensaire quelque soit les difficultés. Si ta femme consulte au dispensaire, même si c'est cher, les médicaments ne vont pas dépasser 5.000 FCFA. Par contre, si tu n'as pas consulté avant l'accouchement cela va être difficile. Tu as essayé avec les vieilles femmes. Cela n'a pas marché. C'est à ce moment que tu viens au dispensaire. Qu'est ce qui va être fait au dispensaire ? Tu vas devoir payer des piqûres, des médicaments. Tout cela fera 50.000 FCFA, ou plus même pour certains. Tout cela pourquoi ? Parce que tu n'as pas soigné ta femme quand elle est tombée malade. Il ne faut pas inquiéter les femmes. Il faut veillez sur les enfants, veiller sur les femmes. Empêcher qu'ils aillent dans les mauvais coins. C'est cela qui provoque les maux de ventre. Donc soyons propre. L'origine de tous les maux de ventre, c'est la saleté.

(L'homme au grand boubou bleu assis dans le coin): je m'appelle Abdoulaye Sibidé de Diabougou. Je vais répondre à la demande de nos parents. Ce n'est pas seulement un problème de femmes. Les hommes ont des maux de ventre, les femmes aussi. Même moi là, je peux dire que j'ai des maux de ventre. Tout le monde en a. C'est comme mon parent Waoundé qui a parlé. Selon moi il a touché le point important. La première cause des maux de ventre, c'est la saleté. Qu'on soit homme ou femme, tout le monde doit être propre. Je donne un exemple. Une femme qui lave un récipient, et l'essuie avec son pagne croit qu'il est propre alors qu'il est plus sale qu'auparavant, parce que le pagne est sale. C'est ici que la propreté commence. Il faut qu'on corrige ceci. On ne peut pas laver l'intérieur d'un être humain. Donc toute la saleté qui y rentre, y reste, et provoque une maladie. Il faut donc contrôler la propreté de tout ce qui entre dans le ventre. C'est cela la chose la plus importante. Merci.

(28'20) (vieux femme eu boubou jaune) : Je m'appelle Diénéba Touré. Je viens de Diabougou. A mon avis, le temps passé, c'est du temps passé. Actuellement, tous ceux qui tombent malades qui ont un dispensaire au village ou qui sont proche d'un centre de santé, doivent tout faire pour se soigner au dispensaire. Car les vieilles d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Avant, nous sommes tous passées par ce chemin où l'on soigne la maladie de façon traditionnelle. Actuellement, c'est différent. Ce que je souhaite pour tous, c'est que celui qui tombe malade, même la nuit, fasse tout pour réveiller quelqu'un qui peut l'amener au dispensaire. C'est cela qui peut diminuer la maladie. Si une personne tombe malade, ou si quelqu'un a des maux de tête ou de ventre, qu'il fasse vite pour venir au dispensaire. Le docteur est le mieux placé pour connaître la maladie. Avant je soignais les femmes, mais maintenant mes médicaments ne servent à rien parce que ce sont les femmes qui ne les prennent comme je leur dis ou bien moi-même, je traite par tâtonnement.

Diboli 2, p.7

Donc que tu sois à coté du dispensaire ou pas, faisons tous des efforts pour venir nous soigner au dispensaire puisque ces agents sont là pour nous. Mais rester à la maison et prendre des médicaments à tort et à travers, ou aller chez une vieille pour qu'elle vous donne des médicaments traditionnels, pour moi, c'est le passé, et on doit l'abandonner. Le seul médicament traditionnel que j'ai remarqué qu'on peut utiliser, c'est le konkiliba. Si une femme accouche, elle chauffe le konkiliba et le boit. Sinon elles ne veulent pas des autres médicaments traditionnels. Et si elles n'en veulent pas, qu'elles prennent des médicaments modernes. C'est mieux. Le konkiliba sert beaucoup dans les suites de couches. Il ne faut pas que les femmes abandonnent cela. Aussi l'eau de Xamaré (racine qui filtre et parfume l'eau) même les médecins sont d'accord avec cela.

L'animateur : Je m'adresse à cette femme ici. Qu'est ce que tu peux nous dire sur cette maladie des maux de ventre ?

(Femme boubou bleu et blanc avec un bébé sur les genoux, regardant la camera) : Je m'appelle Hawa Kanouté de Somankidi. Je suis avec mon mari qui est en service à Diallambi. Chez beaucoup de femmes, les règles débutent par des maux de ventre, des douleurs. Les règles viennent petit à petit. Après ça augmente. Mais la durée normale est de 3 ou 4 jours. Toute femme qui dépasse 3 ou 4 jours doit savoir qu'elle a une maladie. Si la maladie te prend et ton mari n'est pas là, le grand frère de ton mari sera là. Il faut lui parler pour qu'il sache ce que tu as. Ou ton beau père peut aussi jouer ce rôle. Mes parents, allons au dispensaire. Les médecins ne sont pas Dieu, mais ils peuvent nous aider. Si nous allons au dispensaire, il faut prendre tous les médicaments donnés par le médecin comme il les a prescrits. Le médecin connaît la maladie. Mes parents, nous sommes tous ici. Si le médecin nous dit de prendre les médicaments matin et soir, les femmes ne les prennent pas comme il faut. Elles les prennent une journée, deux jours, et les laisse

trois jours, puis elles recommencent à les prendre. Ca ne sert à rien. Même si on vous prescrit d'en prendre chaque heure, il faut les prendre. C'est ça qui peut soigner les hommes. Vous les hommes, vous êtes tous là. Il faut aider les femmes. Si une femme est enceinte, il faut l'aider. Si une femme fait une fausse couche, et une deuxième fois une fausse couche, la faute incombe à vous, les hommes. Il faut amener les femmes au dispensaire pour les soigner. C'est cela que je peux conseiller aux hommes. Du côté des jeunes femmes mariées faites tout pour rester fideles à votre mari. Il ne faut pas que la jeunesse vous emporte. Si tu penses faire la débauche avec chaque jeune homme que tu vois, tu auras une maladie. Si tu reste avec ton mari et tu attrapes la maladie, si c'est Dieu qui te l'a donnée et que tu l'as attrapée de ton mari, Dieu t'aidera à avoir un remède. Mais si tu as attrapé la maladie à cause de la débauche, puisque c'est la débauche qui te plait, Dieu jugera entre toi et ton mari et il te donnera une maladie qui ne sera jamais guérie. Donc les enfants, qu'on fasse toujours effort pour rester fideles, et surtout aussi pour obéir à nos maris et à nos parents. C'est cela que j'avais à dire. Merci.

L'animatrice : Tu as entendu les paroles que les jeunes ont dit sur les maux de ventre. Nous devons parler de la médecine traditionnelle, comment on soignait ces maladies, et comment on les soigne maintenant. Je veux que vous nous parliez de cela.

(La vieille femme au boubou blanc avec foulard à motif violet) : Mon nom est Maimouna Traoré. Je suis de Nayé. Mes parents, j'aimerais parler des maux de ventre. Avant, quand une femme accouchait, on faisait chauffer de l'eau. Tu bois de l'eau chaude. On amenait un médicament qui s'appelle « menyedji ». On prépare cela et on le boit. Tout le sang sort de ton ventre. Maintenant quand une femme a un mois de grossesse, elle dit : « j'ai mal à la tête, au ventre, aux reins ».

Diboli 2, p.8

L'homme l'amène au dispensaire pour la soigner. Alors les jeunes femmes, du courage ! Si ton mari te donne la grossesse, alors du courage ! Il faut prendre les médicaments comme il faut. Quand un autre homme te donne la grossesse, même si tu veux te soigner, tu n'auras personne pour t'acheter des médicaments. Et si tu gâtes ton ventre □ Souhaitons que vous restiez fideles à vos maris. Nos enfants qui sont en France ont eu le courage de nous aider. Nous aussi prenons courage. Que dieu nous aide, que Dieu nous protège contre la maladie. Nous sommes très contentes de leur travail. Nous les bénissons nuit et jour. C'est tout ce que je peux dire.

Ba Issa Bakayogo (accroupie près de l'entrée, haut à rayures, blanc et gris) : Je commence tout d'abord à vous dire que si on met la charge du chameau sur un âne, il va mourir. Il faut éduquer nos filles avant qu'elles ne sortent. Lorsqu'une fille est petite, avant que ses seins ne se développent, tu dois l'instruire. Tu dois contrôler la fille. Si ses seins commencent à se développer, tu dois lui expliquer comment faire face à la vie féminine. Même si elle a ses premières règles, elle ne sait pas ce que c'est. Si elle ne dit rien à sa maman, sa maman aussi ne dira rien. Est ce que la fille va connaître la vie ? Elle ne va pas la connaître. Si les premières règles commencent, tu fais asseoir ta fille. Tu explique ce que c'est. Apres cela, si elle a une anomalie, tu l'amène au dispensaire pour la soigner. Mais toi, si tu n'as pas tout fait pour la fille, elle commence à faire sa vie elle-même. Apres elle se marie sans rien connaître. Avant de se marier, elle se livre à la débauche. Elle tombe enceinte. La famille juge que c'est une honte. La famille pousse à avorter. Est ce qu'il n'y aura pas de maladie pour la fille ? Bien sûr il y aura une maladie. Moi je pense qu'il serait mieux pour la fille et pour nous tous, d'amener la fille au dispensaire. Elle peut accoucher de son enfant tranquillement plutôt qu'avorter. Le deuxième problème c'est que les enfants se livrent à la débauche très tôt avant d'avoir l'âge. A 13 ans si tu commences déjà à te coucher avec les hommes, tout le monde sait que tu n'as pas l'âge. On te dit la vérité. Tu ne vas pas en finir avec les problèmes. Il y a aussi ce point qu'on doit évoquer. Il faut qu'on parle aux enfants d'arrêter ces choses là. Il faut qu'on leur parle. Un parent qui n'a pas appris, peut il instruire l'enfant ? Nous devons tous apprendre. Même Dieu nous prescrit cela. Tout le monde doit apprendre ? Mais quelqu'un qui n'apprend pas est toujours dans l'obscurité.

(36'11) Oumar Dembélé (celle au foulard orange qui travail au centre de santé) : Ce que je peux conseiller aux femmes, il ne faut pas qu'elles accouchent à la maison. Qu'elles accouchent au dispensaire. Le but du dispensaire n'est pas de se soigner à la maison. On a construit le dispensaire pour que tout le monde puisse se faire soigner, pas pour accoucher à la maison. Si vous appliquez cette règle, les maux de ventre vont diminuer. Le deuxième point concerne l'avortement. La majorité des maux de ventre sont dus à l'avortement. Si tu fais un avortement incomplet, une partie des choses est sortie, mais une partie reste, et l'utérus se ferme là-dessus. Les maux de ventre n'en finissent jamais. Et tu n'auras jamais un autre enfant. Si ce qui est resté ne part pas, cela provoque des règles douloureuses ou bien trop longues. Au dispensaire, nous prenons toutes les précautions pour assister les femmes à l'accouchement. Ce que je demande surtout, quand elles rentrent à la maison, c'est de respecter la propreté et l'hygiène. Si la garniture donnée par le médecin est souillée à la maison, cela peut infecter la femme. Quelles que soient nos précautions au dispensaire, si la femme n'applique pas la même propreté chez elle, elle peut avoir les mêmes infections. Car si l'utérus s'infecte, cela provoque des maux de ventre. Beaucoup rentrent à la maison disant : « j'ai eu mes règles, donc j'ai avorté. ». Mais cela ne suffit pas. Il peut y avoir beaucoup de complications après l'avortement. Ces complications peuvent provoquer la stérilité. Nous devons nous entraider, vous et nous. Si tu viens expliquer que c'est l'avortement qui te donne les maux de ventre, nous savons traiter le problème. On peut soigner les pertes, les maux de ventre, mais pour tout cela, il faut fréquenter le centre.

Diboli 2, p.9

On va savoir ce que tu as, et on va trouver la solution. Nous demandons aux migrants de nous envoyer beaucoup de médicaments. Et quant aux conseils sur l'organisation, nous en tiendrons compte pour nous organiser ici. Voilà ce que je peux dire.

(Musique et danses, toujours à l'extérieure)

4eme question : Que peuvent faire les immigrés ?

(L'ancien du tout début) : Mon dernier mot concerne les gens de Digui parce que Digui est loin de Diboli. Le centre a été

construit avec la participation de nous tous. Mais à certains moment de l'année, il est difficile, voir impossible pour nous de venir au centre parce qu'il n'y a pas de route. Ce matin nous avons fait 15km à pied. Pendant l'hivernage, comment peut-on faire ? Pour se soigner il faut pouvoir venir au dispensaire. Si tu n'arrives pas, ca pose un problème. Le dispensaire c'est pour les 6 villages. Mais nous ne pourrons jamais venir pendant l'hivernage parce qu'il n'y a pas de route. Les gens de Noyé peuvent prendre la pirogue si le fleuve est rempli. A Diallambi aussi, il y a des pirogues. Mais chez nous il n'y a rien. Il faut chercher une solution pour avoir accès au dispensaire. Il faut dire cela aux migrants en France. S'ils peuvent nous aider, tant mieux. Sinon, il faut leur dire que sans route nous ne pouvons pas venir au dispensaire. Dakassenou a construit son propre centre de santé. Ils ont beaucoup de monde. Mais nous, nous sommes associés à vous. C'est pour avoir la santé. Mais on ne peut pas amener un malade au centre sur 15 km il n'y a pas de route.

(40') *Mamadou Karé Dramé, Président du comité de santé de Diboli, (blouse blanche, lunettes de soleil) : Je présente mes excuses à tout le monde. On se retrouve pour une bonne chose. Personne ici n'est venu chercher de l'or ou de l'argent. Nous sommes tous ici pour un but : la santé. Que Dieu nous donne une meilleure santé. Nous avons tous entendu ce qui a été dit ici. Chacun, homme ou femme, sait ce qu'il doit faire pour se protéger des maladies. (Il enlève ses lunettes). Une personne doit rester tranquille et propre. Beaucoup de maladies sont liées à la saleté. Que tout le monde fasse attention. Aux immigrés, je leur demande toujours du courage. Qu'ils nous aident. Nous n'avons rien ici. Eux, ils ont des moyens. Ils ont parlé surtout du sida dans leur cassette. Qu'ils nous aident à avoir les moyens pour dépister le sida quand les gens viennent consulter. C'est ce que j'avais à dire. On les bénit. Que Dieu nous protège !*

(Musique et danses)

(41'30, générique)

Animateurs et montages : Moussa Ka Traoré ; Nayé Traoré

Images et sons : Sadio Macalou ; Bako Touré

Formation ; animation et santé : Karim Diakité ; Pascale Revault ; Djonké Sissoko (GRDR)

Vidéo : Michael Hoare (association Avenir Vivable)

Coordinateur Programme Afrique pour l'AICS : Siré Sarambounou ;

pour le GRDR : Baraka Fofana

Remerciements à la population et aux responsables des villages de Diabougou, Diallambi, Diboli, Nayé, Tissi ; et au personnel soignant du CSCOM de Diboli

Avec le soutien de : Ensemble contre le sida ; Ministère de la coopération française ; UNICEF

Fév. 98, AICS, le CSCOM de Diboli.

c. Diboli 3

Diboli 3, p.1

Vidéo lettre France 1998-99
ARDVE (Association des Ressortissants de Diboli et des Villages Environnant) et Charte Santé de la région de Kayes et de ses environs
Sous-titre français
Avec l'appui de GRDR et Avenir Vivable présentent
L'inquiétude commune : les maux de ventre, lettre vidéo de prévention sanitaire à propos des maux de ventre et des maladies sexuellement transmissibles
France mai 98 à déc. 99

1ère partie : les maux de ventre

Samba Camara, animateur (costume cravate bleue) : La réunion aujourd'hui concerne l'échange de cassettes. Concernant la maladie, soyons unis. Que nos esprits s'unissent. C'est la seule manière de gagner. On échange nos inquiétudes à propos de la maladie.
Nous avons envoyé une cassette au village. Les villageois l'ont visionné et nous ont répondu. Leur inquiétude, c'est les maux de ventre.

Seydou Diawara, président (manteau jaune) : Le sujet de cette cassette, c'est les maux de ventre qui gênent les femmes. Nous aussi nous sommes inquiets parce que quand ta femme t'envoie une lettre disant qu'elle est malade, tu ne peux pas dormir. On est désespérés. Si on avait les moyens de guérir cette maladie, la situation aujourd'hui ne serait pas aussi grave. Chaque chose a son temps.

Madani Ndiaye (écharpe et manteau beige, regarde la table): Nous vous saluons, nos parents, qui êtes en Afrique. Moi qui vous parle, je suis Madani Ndiaye de Naye Peulh. Notre association se compose de 6 villages qui ont construit le centre de santé. Nous l'avons construit pour soigner tous ceux qui sont malades. / Plusieurs villages ont fait de la sensibilisation. Nous, notre action de sensibilisation concerne le Sida. On vous a envoyé ce message, mais ce n'était pas pour notre plaisir. C'est une maladie que vous ne connaissez pas. Certains disent qu'ils ne savent pas ce que c'est. Maintenant nous avons compris. Après cela, vous nous avez dit vos préoccupations. Nos femmes sont malades, elles souffrent de maux de ventre. On nous dit de chercher d'autres solutions. Nous n'avons pas d'autre solution que les centres de santé. Parce qu'avec tout ce qu'on dit ici, on ne connaît pas mieux que vous. Nous connaissons tous ces maladies, mais vous connaissez ces maladies mieux que nous. Parce que les gens qui sont là-bas, sont nos enfants et nos femmes. On sait qu'il y a des maladies qui s'attrapent dans l'eau. Dieu merci, aujourd'hui nous avons des puits et nous buvons l'eau de ces puits. Nous savons comment traiter l'eau de puits. Une fois par mois, il faut mettre quelques gouttes d'eau de javel. Ca enlève les microbes de l'eau de puits.

Samba Camara : Ma première question est pour Abdoulaye. Chez nous qui sommes là, il y en a qui disent que trop manger, ou subir la famine provoque les maux de ventre. Qu'on pense-tu ? /

Abdoulaye Diakité, vice président (costume, veste beige, cravate rouge) : Tu peux manger de la nourriture que tu ne connais pas. Il peut y avoir des microbes dedans, que tu ne vois pas. Ca peut te provoquer une maladie après. Parce que, parfois, le fait de trop manger peut provoquer une maladie. La famine aussi entraîne la maladie si on reste plusieurs jours sans manger.

Diboli 3, p.2

Amara Traoré (vieux homme avec barbe et lunette, veste beige) : Au village il y a des nourritures froides. La nourriture froide peut mettre la maladie dans le ventre. Il y a des endroits où, quand on a fini de faire la cuisine, on ne couvre pas les plats. Il y a des mouches qui se posent dessus, d'autres bestioles rentrent dedans, et ca crée des problèmes. Dans tous les cas, si on tombe malade, il faut aller voir le docteur qui fait la recherche sur la maladie, et qui peut te soigner.

(3'30) Point de vue des médecins sur les maux de ventres

Bénédicte Piketty : Bonjour, je suis médecin généraliste, je m'appelle Bénédicte Piketty, je travail dans des centre de santé à Montreuil, dont un centre qui est à coté d'un foyer ou il y a principalement des maliens qu'on connaît bien.

Didier Duhot : Bonjour, Didier Duhot, je suis médecin généraliste à Montreuil dans deux centre de santé dont un qui est à 200m du foyer Bara. Donc j'ai une clientèle de Maliens qui est importante./

Samba Camara : Maintenant leurs inquiétudes sont sur les maux de ventre. Ils ont insisté sur ceux qui font les avortements dans leur domicile, dans leur maison, et qui ne viennent pas au centre pour vraiment faire le nettoyage de l'utérus. Y en a beaucoup qui ont parlé de ça. Est-ce que cela provoque vraiment les maux de ventre ? Ou les règles, ils ont insisté là-dessus. Il y des femmes, c'est 3, 4 jours normalement. Y en a qui font plus que ca. Ils ont des douleurs mais ils ne savent pas exactement ce que c'est.

Bénédicte Piketty : On ne peut pas dire que des règles qui durent plus que 4 jours c'est à tous les coups une infection ou quelque chose de grave. Je crois que ca survient toujours avec une histoire. Une femme qui a fait un avortement quelque temps auparavant, si elle à des saignements ou des règles qui durent un peu plus longtemps, je pense qu'elle a raison de s'inquiéter. Ca peut être le signe d'une infection, et ce n'est pas toujours accompagné d'une fièvre. Ca peut aussi être responsable de douleurs, parce qu'une femme qui vient d'avoir un avortement a souvent des douleurs parce

que son utérus se contracte et donc ça donne des douleurs./

Didier Duhot : La durée des règles peut aussi varier selon les femmes, il y a des femmes qui ont des règles de 3 jours toute leur vie, d'autres peuvent avoir des règles qui sont un peu plus longues. C'est sûr que si c'est habituel des règles un peu plus longues, ce n'est pas très grave. Le problème, quand on a des douleurs, quand on a des pertes qui sont avec du sang ou alors des pertes qui blanches ou jaunes, alors il faut avoir un avis de la sage femme ou du médecin, ou du professionnel de santé du centre de santé local, pour voir s'il faut faire des examens et donner un traitement. /

Samba Camara : Pour les filles qui se marie. Toujours c'est les relations sexuelles. Pour les filles qui se marient, l'âge majeur exigé c'est 18 ou 19 ans. / Qu'est ce que ça peut faire exactement.

Bénédicte Piketty : Il y a toujours le risque infectieux est le même, c'est d'avoir une maladie sexuellement transmissible lors d'un rapport sexuel, et puis il y a toujours le risque d'une grossesse qui peut survenir. Mais le rapport sexuel en lui-même, s'il n'y a pas d'infection ou s'il n'y a pas eu de grossesse, n'est pas forcément quelque chose de dangereux.

Diboli 3, p.3

Je pense qu'il faut qu'une femme, quand elle ne connaît pas un homme et qu'elle a des rapports sexuels avec lui, il faut qu'elle pense à se protéger d'une éventuelle infection.

Samba Camara : Quelles infections ?

Bénédicte Piketty : Alors les infections, ça peut être le sida. C'est pour nous vraiment une source de contamination la plus fréquente. Le sida je pense, c'est très inquiétant de ne pas se protéger, parce qu'on ne peut pas le voir. ON ne voit pas forcément sur un partenaire sexuel les traces du sida. Donc il faut vraiment se protéger systématiquement quand on ne connaît pas l'homme avec qui on va avoir un rapport sexuel. Et c'est d'une façon quand même assez simple, puisque c'est ce que vous appelé les capote, nous le préservatif, d'un mot un petit peu plus scientifique, et donc ça préserve du sida jusqu'à présent. C'est le seul moyen qu'on ait de prévenir cette maladie. C'est un moyen qui est quand même assez simple. / Il faut absolument qu'elle se protège.

Didier Duhot : Il y a d'autres maladie qui sont sexuellement transmissible, qui sont moins dramatique que le sida, mais ça protège, le fait de mettre un préservatif ça protège aussi de Hépatite B qui donne des maladies du foie, et puis des fois on peut mourir tout de suite, des fois on va mourir 30 ans après. Donc ça protège des virus qui attaquent le foie, ça protège des maladies sexuelle transmissible qui sont, comme disait Bénédicte, qui sont des maladies bénignes parce qu'on n'a pas de grand tableau avec de grandes douleurs, ou avec de grands problèmes, mais qui avec le temps peuvent donner des problèmes de stérilités pour faire des bébés. Il y a les trompes qui sont des petits tuyaux qui reçoivent les ovules pour aller faire les bébés et avec les infections ces tuyaux se bouchent, et donc les ovules ne peuvent plus circuler et à ce moment là on se retrouve avec un problème de stérilité. Donc le préservatif protège des maladies effroyables comme le sida, mais ça protège aussi de l'hépatite, des infection comme la syphilis qui est aussi une maladie qui peut être grave avec le temps, et ça protège aussi des maladies qui sont peut être moins dramatiques, mais qui sont embêtante et qui sont graves pour els femmes parce que après elles peuvent plus faire de bébés qi elles ont une infection quand elles sont très jeune, elles peuvent attraper ces maladies là, et après elles peuvent pas faire de bébés. C'est un bon moyen de protection le préservatif.

Samba Camara : Les fausses couches. L'utérus non propre, ya a la moitié qui est sorti, la moitié dedans. Qu'est ce qu'ils devraient faire exactement pour pouvoir éliminer ce que ils pas dans les villes, la question à été posé, il y a qu'une seul moyen l'utérus, l'avortement moitié dehors, à moitié dedans. Comment elles peuvent faire exactement.

Bénédicte Piketty : il faut absolument que l'utérus il n'y ait plus rien dedans, c'est-à-dire que si il y a une fausse couche et que la moitié à été éliminé, ce n'est pas suffisant. C'est une source d'infection, donc il faut complètement vérifier que l'intérieur de l'utérus à bien été vidé. Donc ça veut dire aller consulter un médecin qui va faire ce geste qui est nécessaire pour que la femme puisse continuer à vivre normalement. Sinon elle s'infectera, elle ne pourra pas reprendre une activité sexuelle normale avec une grossesse normale, s'il reste quelque chose dans son utérus.

Samba : Est-ce que une prise de médicament seulement peut vraiment faire le nettoyage correct de l'utérus ?

Bénédicte Piketty : Moi dans tous les cas que je connais, c'est une révision de l'utérus, c'est médecin qui le fait.

Diboli 3, p.4

Didier Duhot : ou la sage femme. Il faut absolument aller voir la sage femme ou le médecin ou l'infirmier qui est dans le centre pour que le geste technique, le geste de vidage de l'utérus soit fait, sinon ça va continuer, ça va saigner, il va y avoir des infection, et la aussi c'est le risque d'avoir après des stérilités, parce que s'il y a des infection, l'utérus il peut se coller à cause de l'infection, et après on peut plus faire de bébé, donc c'est vraiment important pour la suite de bien avoir l'ensemble des soins, et d'avoir aussi après, soit un avortement soit une fausse couche, les soins qui permettent de vider l'utérus, et que ça soit bien propre.

(Dans la salle de réunion)

(9'13) Madani (qui à nouveau regarde la table): Ce que je vais dire est lié à notre décision de construire un centre de santé. Les maladies sont nombreuses en France, mais les médecins sont aussi nombreux. Il y a des gens de tous les pays ici. Nous savons, chez nous les animaux meurent dans les marigots et ils sont portés vers les rivières. Nous savons aussi que nos animaux sont malades. On apporte un animal malade au boucher, il l'égorge, on t'apporte la viande sans la tête, sans les pieds. Tu manges la viande. Tout cas, on sait, amène les maladies. On peut penser que le

vétérinaire peut faire quelque chose, mais les vétérinaires et les bouchers sont complices. Ils peuvent savoir que l'animal est malade, mais notre coutume empêche d'appliquer la loi. C'est tout ça qui amène des maladies.

Samba Sissoko (vieux, veste marine, casquette beige) : Chez nous à la saison des pluies, on prend l'eau n'importe où. Et on le boit. On ne sait pas ce qu'il y a dans l'eau. Dès qu'il est dans notre ventre, on ne sait plus. Ce qu'ils ont dit sur les animaux, c'est vrai. L'animal est malade, tu ne sais pas pourquoi. Le vétérinaire ne sait pas pourquoi. On dit : il faut l'égorger, c'est pour nous tous. On le mange. On l'a égorgé, on l'a partagé, on l'a mangé. Si tu tombes malade, tu ne sais pas si c'est l'animal, ou autre chose. Mais tu sais que tu as mangé un animal malade et de la viande pourrie. / Je suis né là-bas, j'ai grandi là-bas, et j'ai fait mes enfants là-bas. Les maux de ventre, ça ne finit pas. Surtout ce qu'ils mangent maintenant, les cubes Maggi. Il faut mettre les cubes Maggi dans la sauce, pas les manger crus. Si tu fais ça, c'est toi-même qui veux la maladie.

(Au centre de santé de Montreuil)

(9'50) Samba Camara : Sur les aliments froids. Quand ils préparent les aliments, ils ne sont pas couverts, ils les laissent, en mangeant ces aliments froids ou non protégés, est ce que ça donne des maux de ventre.

Didier Duhot : C'est sûr que sur les règles d'hygiène alimentaires il faut être vraiment stricte parce que ça coûte pas chère, c'est facile, et ça rapporte beaucoup. Le fait d'avoir des aliments qui sont protégés une fois qu'on les a fait cuire, de pas les laisser comme ça à l'air libre où les mouches peuvent venir, et puis les mouches elles sont pu aller faire tout ce qu'on veut avant, elles viennent, elles mettent les pattes là dedans, c'est pas propre. Elles amènent des bactéries. Le fait d'avoir des toilettes qui soient organisées, c'est-à-dire que quand les gens vont aux toilettes, les selles, le caca il ne coule pas dans la rivière et après on va boire l'eau de la rivière. Parce que ça fait des bactéries partout dans l'eau de la rivière, et les gens qui ne sont pas malade ils boivent l'eau de la rivière, et ils deviennent malades à leur tour. Le fait de faire attention quand il y a des animaux meurt, de pas les laisser dans l'eau de la rivière, ils deviennent tout pourri, et après on boit cette eau là. Bien laver les mains des enfants avant qu'ils mangent, surtout si on mange avec les mains. Et il faut faire attention à la nourriture pour qu'elle soit gardée dans des endroits qui sont propres.

Diboli 3, p.5

Bénédicté Piketty. C'est valable aussi pour tous les adultes. Avant le repas, se laver les mains, après le repas se laver les mains, pour bien séparer les fonctions. Les règles d'hygiène, se laver tous les jours, quand on va aux toilettes se laver les mains pour ne pas contaminer les autres.

Samba Camara : Est ce que vous pouvez m'expliquer un tout petit peu, les vaches pourries dans l'eau... l'eau là, exactement, qu'est ce que ça peut donner réellement. Est-ce seulement les maux de ventre ou quelle sorte de maladie différente ça peut donner.

Didier Duhot : Ça peut donner tout ce qui est infectieux, des infections par les bactéries, puisque la vache quand elle pourrie il y a des bactéries qui se développent, les bactéries elles vont dans l'eau, et si on boit l'eau on boit les bactéries, on en a dans le ventre, et ça fait la diarrhée, ça donne des douleurs de ventre./

Samba Camara : Les cubes Maggi ? Ici on dit bouillon. Y en a un qui a dit que ça fait des maux de ventre. Est-ce que réellement ça donne quoi ? Diabète, maux de ventre, maux de tête ou qu'est ce que ça peut faire.

Bénédicté Piketty : Disons qu'il ne faut pas le manger comme ça, sec. C'est quelque chose qui est très concentré donc il faut le diluer dans l'eau. Après ça, ce n'est pas quelque chose qui est contaminé. Ça été quand même contrôlé, simplement il faut le diluer dans l'eau. Cru comme ça, non.

Didier Duhot : il faut le diluer, mais dans l'eau propre. Il faut utiliser de l'eau propre parce que si on prend de l'eau qui est plein de bactéries ou plein de parasites, que l'eau elle a pas bouillie assez fort, ou si elle est pas filtrée, et bien on va faire le bouillon. c'est la le bouillon qui rendra malade, c'est l'eau qui est pas propre. Et le problème c'est toujours l'eau qui n'est pas propre. Donc il faut vraiment faire attention, faire bouillir l'eau très fort, il faut filtrer l'eau aussi, ou bien mettre des choses dedans pour rendre l'eau plus propre, en tout cas il faut essayer d'avoir de l'eau qui est buvable, et potable, et à ce moment là, le bouillon Maggi rendra pas malade.

(12'06) 2eme partie : le rôle du centre de santé

Seydou Diawara : Pour les maux de ventre, ce que je peux dire, celui qui tombe malade, il ne faut pas attendre pour aller voir le médecin. Attendre c'est une erreur. Tu sais que tu es malade. Va chez le soignant ! Si tu caches la maladie, la maladie est dans ton corps, tous les jours elle progresse. Tu ne bouges pas, tu ne vas pas chez le soignant. Jusqu'à ce qu'elle arrive à un certain point, même si tu veux la combattre, c'est trop tard. Tu vas rester un bon moment malade. Si tu tombes malade la nuit, le lendemain matin il faut aller voir le soignant. Si tu vas voir le soignant, il faut expliquer ta maladie. Tu expliques comment tu as développé la maladie. Que tu l'aies eue la nuit ou la journée, il faut expliquer les signes au soignant, pour que lui aussi puisse savoir comment te soigner. Si tu expliques la moitié de la maladie, ça complique le travail du soignant.

Wagui Dramé (chéchia, boubou jaune et bleu) : Ce que j'ai à dire au personnel du centre, si on vous envoie des médicaments, il faut savoir comment les utiliser. Il y a des médicaments ou tu en prends un seul, d'autres deux médicaments. Le médicament contre les maux de ventre ne peut pas soigner une blessure. Toujours, nous prions au Dieu de nous donner les moyens pour vous envoyer des médicaments.

Diboli 3, p.6

Les docteurs qui sont là-bas, je ne dis pas que vous ne connaissez pas votre travail, mais il faut expliquer aux femmes

pour qu'elles comprennent comment prendre les médicaments. Tu dois prendre le médicament trois fois, si tu le prends une fois, tu ne peux pas guérir. Nous des 7 villages, on prie au Dieu pour nous faciliter l'envoi des médicaments.

Lassana Bokhoum (manteau beige, petite mèche blanche, il lit) : la France et chez nous ce n'est pas pareil. Chez nous, on néglige les petites maladies. Négliger un mal de tête, ça peut provoquer la diarrhée ou autre chose. Même une piqure d'épine peut provoquer une maladie. Ou si tu te coupes avec un bout de fer, vas voir le docteur. Ça peut te donner le tétanos ou encore d'autres maladies. C'est comme le Sida, c'est le même problème. Ce que j'ai à dire, qu'on ait le courage de trouver une solution aux maux de ventre qui sont chez nous.

Madani : Si tu vois qu'on a construit ce centre de santé, c'est pour que nos parents puissent aller se soigner. Nous voulons vous montrer que si quelqu'un est malade, il faut aller voir le docteur et dire « je suis malade ». Le docteur ne doit pas donner un médicament pour le ventre si tu as mal à la tête. Mal au ventre et mal à la tête c'est différent. Le docteur n'est pas quelqu'un qui te donnera un médicament pour l'oreille si tu as mal au pied. Si un malade arrive chez le médecin, le médecin doit d'abord demander : « qu'est ce qui ne va pas ? » « Comment as-tu eu cette maladie ? ». Si tu décides d'aller voir le médecin, il fait tout lui dire. Même ici en France, c'est le malade qui aide le médecin. S'il appuie sur le ventre et tu dis « c'est là ou ça fait mal », il peut savoir ce qui ne va pas, mais si tu ne dis rien, le médecin ne peut rien savoir. Il continu d'appuyer. S'il ne sait plus quoi faire, il t'envoie faire une radio. Et à Diboli, on n'a pas de radio. Notre radio à nous, c'est de dire au docteur tout ce qui ne va pas. Il ne faut pas avoir peur, ni honte. Que tu aies mangé de la mauvaise nourriture, ou qu'on te l'ait donnée, il faut le dire au docteur sans avoir peur que le responsable aille en prison. A partir du moment où on a construit un centre de santé, nous devons respecter la loi appliquée dans le monde si on veut que notre loi avance. Tant qu'on n'applique pas les règles générales, ça ne peut pas avancer. Tout ce qu'on peut dire, quelqu'un qui est malade, il faut aller au centre. Le centre et le docteur sont à votre disposition. Tout malade doit aller au centre. Celui qu'il ne peut pas soigner, il l'évacue sur Kayes. C'est tout ce que je sais.

(Au centre de santé de Montreuil)

(15'20) Samba Camara : Ceux qui prennent des médicaments □ Le médecin prescrit l'ordonnance. Ils vont à la pharmacie, ils achètent le médicament, ils ne le prennent pas de la façon que le médecin l'a dit. Il y en a qui disent c'est la mauvaise utilisation des médicaments qui provoque. Qu'est ce que vous en pensez ?

Bénédicte Piketty : A priori, pour nous c'est un peu la même chose. Quand on a un traitement d'un médecin, si c'est 4, 6 gélules par jours, on a tendance à dire, je vais le faire un jour, et déjà au bout du deuxième jour il y a du relâchement. On aura plutôt tendance à ne pas prendre le traitement du médecin qu'à en prendre trop. Donc a priori ça ne peut pas provoquer de maladie, puisqu'on en prend plutôt pas du tout, ou la moitié de ce qu'a dit le médecin. / Ça ne peut pas les rendre malade, non

Didier Duhot : Par contre ça ne va pas les soigner. S'ils ont un traitement pour le mal de ventre et qu'ils ne prennent pas bien les médicaments, bah s'ils ne se soignent pas, ils vont continuer d'avoir mal au ventre. Mais le problème est le même ici. Les gens on leur donne des médicaments, et puis les gens, chez eux, ils font ce qu'ils veulent. Si ils veulent ils prennent les médicaments, si ils ne veulent pas ils ne prennent pas les médicaments, et le médecin il est souvent confronté à ce qu'on appelle la non observance des traitements, c'est que les gens ils ne prennent pas bien les médicaments, et parfois c'est difficile de la soigner si ils ne prennent pas les médicaments

Diboli 3, p.7

(16'10) 3eme partie : la mobilisation du village

Amara Traoré (vieux avec barbe et lunettes, veste beige) : On sait comment sont les soninkés. Créer un comité pour nous les hommes, c'est déjà un problème. Mais on arrive à se comprendre. Si tu fais le centre, pour comprendre ce qu'il y a dedans, il faut des explications. Nous les hommes avons construit le centre. Avant l'inauguration, nous avons fait la sensibilisation dans les villages. Les femmes nous ont écoutés. Mais la plupart des informations est échangée entre les hommes à la sortie de la mosquée. Les femmes n'entendent pas ça. Pour apprendre quelque chose, il faut l'entendre. Il y a des hommes qui n'expliquent pas ce qu'ils ont compris à leur femme. Si on dit aux femmes de créer un comité moi, je serai d'accord, mais d'autres hommes ne seront pas d'accord. Mais c'est possible de créer un comité en désignant deux femmes par village, et ces deux femmes vont transmettre les informations aux femmes qui ne peuvent pas aller au centre. Mais il faut désigner des femmes intelligentes et qui peuvent rapporter les informations correctement pour que les femmes comprennent le travail. Si elles font ça, c'est bien. Pour désigner les femmes, il y a des villages qui seront d'accord, d'autres pas. Mais le centre appartient aux femmes. Si elles tombent malade, ou leurs enfants, c'est elles qui vont fréquenter le centre parce que les hommes n'ont pas beaucoup de problèmes. Mais les femmes, si elles ont trois ou quatre enfants, l'un à mal à la tête, l'autre au ventre, l'autre au pied, l'homme ne connaît rien de tout ça. Si les femmes connaissent l'intérêt du centre il y a une bonne fréquentation.

Gallé Camara (pull nordique, écharpe marine) : Comme tu viens de dire, c'est les femmes qui ont le plus de maladies. C'est elle qui peuvent expliquer les maladies clairement à d'autres femmes. Ce qui nous ferait plaisir, c'est que les femmes créent un comité. Chaque chef de village, comme le commandant au temps passé désignait deux conseillers, on doit désigner deux femmes. On a créé le centre pour se faire soigner. Au village ils vont dire : c'est des parisiens, c'est la politique, mais c'est seulement pour donner des solutions. Le centre est pour les femmes parce qu'elles ont plus de maladies. Il faut absolument qu'il y ait deux femmes par village dans un comité. Après la réunion du comité, les deux femmes vont informer les autres.

Madani : Nous les 7 villages réunis ici, nous sommes tous du même avis. Les Soninkés nous montrent ce qu'ils disent en Sarakolé, nous les peulhs ont peut aussi comprendre. Pour la bonne marche du travail, nous devons trouver des femmes, capables de se réunir et s'échanger régulièrement et c'est en se réunissant, qu'elles s'informent sur tout ce qui se passe. De cette façon, si une cassette comme celle-ci arrive, vous pourrez mieux observer et mieux nous répondre.

Chacun parle selon sa connaissance et son savoir. Je parle seulement à partir de ma connaissance. Tout ce que je dis ici, ça ne vise personne. C'est juste le niveau de ma connaissance. Si jamais j'ai dit quelque chose qui déplaît, je vous fais des excuses. Nous devons tous nous entraider. Certains pensent que les femmes ne peuvent pas se réunir, ou aller quelque part, par ce que leurs maris n'accepteront pas. Il y a d'autres qui disent que le chef du village doit prendre 2 ou 3 femmes et créer une association. Tout ça c'est possible. Il y a d'autres qui disent il suffit d'envoyer un message et eux là-bas, ils peuvent s'organiser. Tout ça c'est possible aussi. Là-bas ça ne posera pas de problème. Voila.

Samba : La cassette est à la fin. / Soyons unis ! C'est ça que nous en France, nous disons et c'est ça que disent les gens du village. Avant l'ouverture de notre centre, nous avons tous compris.

Diboli 3, p.8

C'est l'union qui nous a permis d'ouvrir notre CSCOM. / Mes condoléances à la maman et la famille de Demba Diallo. Nous avons organisé la première cassette ensemble. Il n'est pas avec nous cette année. Nous qui sommes vivants, dès qu'on est malade il faut qu'on se précipite vers le centre de santé. Quand on est malade, il faut parler, il ne faut pas se taire. Parce que si tu ne dis pas ce que tu sais, ça ne sert à rien. La maladie vient de la saleté. Soyons propres ! La propreté, c'est mieux. A la même période que le décès de Demba, un animateur de Gory est aussi décédé. Nayé Traoré le connaît. On a trouvé des gens qui nous aident. Nous avons filmé notre parole. Vous allez la visionner et dire ce que vous avez à dire. Donc qu'on ait du courage. Par la volonté de Dieu, on va réussir. On vous remercie. Toutes nos paroles visent l'échange d'idées.

(21', générique)

Animateur traducteur : Samba Camara,

Image et sons : Tiéni Dembélé, Moussa Macalou

Responsable programme prévention GRDR : Salima El Kébir, Demba Diack

Formation appui vidéo Avenir vivable : Mickeal Hoare

Conseiller en santé publique GRDR : Pascal Revault

Remerciements aux docteurs : Didier Duhot, Bénédicte Piketty (centre Médico-social Voltaire Montreuil-sous-Bois)

Remerciements aux membres de : L'ARDVE de Diboli et des villages environs en France

Soutient de : CPAM Seine Saint Denis, DDASS Seine Saint Denis, Ensemble contre le sida ; Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles Ile de France, Ministère des affaires étrangères – direction de la coopération ; Région Nord pas de Calais, UNICEF,

DEC 1999 Association de Diboli et Charte Santé.

d. Sadiola 1

Sadiola 1, p.1

(grande salle des fêtes avec musique, chants de femmes et danses)

*La Charte Santé de la région de Kayes et ses environs (CS-RKE)
et L'Association des Ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France
Présente, en collaboration avec le Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le tiers monde (GRDR)
Diangaro Magni ! (la maladie n'est pas bonne)
Lettre vidéo adressée à la population de l'arrondissement de Sadiola sr la gestion des épidémies de méningite et de rougeole.
Filmé au foyer AFTAM, 18 rue Bara, 93100 Montreuil, France
Le 1^{er} juin 97*

1ere Question : Pourquoi parler de la méningite et de la rougeole ?

(dans une petite salle du foyer, petite assemblée, mixte avec quelques jeunes filles adolescentes habiller à l'occidentale)

(1'19) *Makan Sissoko* (vieil homme en beau costume beige sans cravate) : Avec la vidéo-lettre, nous voulons arriver à certains résultats : communiquer avec les gens par la parole et par l'image. Cela peut donner une certaine confiance.

Moussa Macalou (l'animateur, mais ne le disent pas, veste pied de poule) : Pourquoi, Sissoko Makan, avons-nous choisi ces deux maladies la rougeole et la méningite ?

Makan Sissoko : Parce qu'elles reviennent chez nous tous les ans. Elles font des ravages et freinent les activités économiques et sociales. Ces deux maladies nous fatiguent plus encore que les autres maladies transmissibles pourtant nombreuses. C'est pour cela qu'on les a choisies.

Moussa Macalou : Si la maladie touche un de tes enfants, que fais-tu ? Quelles sont les précautions à prendre ?

Sambou Dagnoko : L'enfant malade est isolé pour ne pas être en contact avec les autres enfants de la famille. Ensuite, nous l'amenons au centre de santé. Puis on essaie d'informer les gens des villages environnants de la présence de cette maladie afin qu'ils arrêtent les déplacements pour éviter la transmission.

Moussa Sissoko (vieux, chéchia blanche, haut jaune et marron) : Si je suis malade, je suis inquiet et fatigué. On doit trouver des moyens pour aider le malade. Que ce soit mon fils, mon frère, ou le fils de mon frère, ou moi-même, quand on est malade, il faut pouvoir se déplacer. Mais parfois les malades n'en ont pas les moyens. Il faut donc avoir pitié de lui car celui qui a les moyens peut se soigner, alors que celui qui n'en a pas ne peut pas. Il faut l'aider aussi pour qu'il ne contamine pas les autres. Il faut avoir le courage et la volonté d'aider et de soigner celui qui est malade avant que la maladie ne se répande. Les gens se déplacent des villages aux chefs lieux, vers la capitale et jusqu'à Paris. Ils peuvent véhiculer la maladie partout où ils passent. Il faut dans tous les villages faire les vaccinations nécessaires pour ne pas répandre la maladie d'un village à un autre ou d'une région à une autre.

Sadiola 1, p.2

Doua Sissoko (vieil homme, polo de rugby et veste bleue/gris foncée) : Comment attrape-t-on la méningite ? Manger des fruits pas murs comme la mangue, peut provoquer la méningite, dit-on. Mais en réalité, on ne sait pas vraiment. Car les médecins ne l'ont pas expliqué ainsi. Comment cela arrive, on ne sait pas.

Moussa Macalou, l'animateur : Les parents ont parlé de la manière dont la maladie se transmet. Certains disent que c'est par l'eau ou par la mouche, le vent ou beaucoup d'autres choses. J'ai tout entendu. J'ai fait une formation chez les docteurs comme mon collègue, Sissoko Doua de Kobokotoussou, en tant qu'animateur. Ils ont donné des réponses sur la transmission des maladies. La première des choses à faire lorsqu'on entend des rumeurs sur la présence de la maladie, c'est d'aller se faire vacciner. C'est la seule solution pour prévenir la maladie. Les gens disent que la maladie se transmet par l'eau, la mouche, les habits, les repas. Ce n'est pas ce que les médecins m'ont dit. Les médecins m'ont dit que la contamination se fait par voie respiratoire. Si on trouve assis à coté du malade, quand il tousse, ses petites gouttes de salive peuvent entraîner la contamination lorsqu'on les respire. Il ne faut pas que les parents oublient de faire attention à cela.

(la salle des fêtes, des jeunes filles en costumes identiques tapent des mains)

2eme question : Quel est le rôle des femmes contre la maladie ?

Moussa Macalou, l'animateur : Je m'adresse à la femme de notre forgeron, Fanta Kanté. Si la maladie arrive, qu'en pensent les femmes ?

Fanta Kanté (femme, boubou jaune, rien sur la tête) : Les femmes ont peur quand la maladie arrive. Pourquoi ? Il faut trouver les moyens de lutter contre cette maladie pour éviter la transmission et prévenir en cas de contamination. Car si la maladie entre dans la famille, elle est aussi entrée dans le village. Il faut lutter pour éviter cette propagation. Si la famille n'en a pas les moyens, il faut sortir et dire aux gens du village de s'entraider contre cette maladie qui est transmissible.

Moussa Macalo : Je vais insister. Si la maladie est présente, quelles difficultés rencontrent les femmes.

Fanta Kanté : Si la maladie arrive, ce sont les femmes qui souffrent. Ce sont elles qui assistent à toute la souffrance du malade et des autres membres de la famille. A ce moment-la, il faut s'entraider car c'est la femme qui s'occupe de l'entretien de la famille. C'est elle qui apporte l'eau, prépare la nourriture, lave les habits et la vaisselle.

Moussa Macalou : Une fois l'enfant malade, quelle est sa pensée ? Que dira-t-elle à son mari ? Reste-t-elle les bras croisés ? S'il faut amener l'enfant dans un centre de santé, que dira-t-elle à son mari ? (il pose la question et va se rasseoir).

Fanta Kanté : quand la maladie arrive à un certain stade, j'ai peur. Je demande à mon mari ce qu'on doit faire. Le mari s'adresse aux aînés, au grand frère, etc. S'ils sont proches du centre de santé, ils y amènent les malades. S'ils sont trop loin, ils cherchent un médicament pour calmer la douleur en attendant de trouver les moyens d'y aller. C'est mon point de vue.

Sadiola 1, p.3

Korotoum Sacko (femme en boubou or et bleu marine) : J'ai peur la première fois lorsque la maladie arrive. Je dirai à mon mari de prendre les moyens pour soigner cette maladie afin de protéger ceux qui ne sont pas atteints. Voilà mon idée.

Moro Macalou (costume, cravate sombre, visage rond) : Lorsque les enfants tombent malades, les femmes sont les premières à reconnaître la maladie et à en informer les maris et les familles. Quelles précautions peuvent-elles prendre pour empêcher les autres d'attraper cette maladie ?

Fanta Kanté (qui parle, mais Korotoum Sacko qui est filmée) : Si une personne est malade, il faut isoler son repas, son eau, ses habits de ceux qui ne sont pas malades pour éviter la contamination.

(13'43) Magnakalin Dembélé (costume/cravate à pois blanc, lunettes) : Je veux répondre aux paroles des femmes. Je veux les appuyer. Lorsque la maladie arrive ce sont les femmes qui se rendent compte de la difficulté. Lorsque son enfant est malade, elle voit comment elle pourra le déclarer à son mari. Si le mari ne réagit pas, la femme ne peut rien. Les hommes s'intéressent aux enfants seulement lorsqu'ils grandissent, quand ils peuvent fournir un travail. C'est à ce moment là que les hommes s'y intéressent. Mon enfant est tombé malade l'année dernière. J'ai aidé ma femme. Il y a eu beaucoup de décès parce que même si les femmes le disent à leurs maris, ceux-ci ne font rien. Ils ne réagissent pas. Normalement, ils devraient aider les femmes car quand la maladie arrive, ce sont elles qui voient et souffrent les premières. Avec toutes les difficultés qu'on a chez nous il faut aider nos femmes à soigner nos enfants. Le monde a changé. Maintenant ce système est remplacé par la médecine. S'il n'y avait pas ces changements, ils ne pourraient pas entendre ma voix ni voir mon image. Nous faisons un film ici qui part là-bas. Même s'ils ne nous voient pas en personne, ils auront notre message. Leur film en retour nous permettra d'entendre leur message. (Pascal Revault est présent, à côté de lui, se fait traduire).

(danses dans la grande salle des fêtes)

3eme question : Quand la maladie arrive quel est le rôle du centre de santé ?

(16'32) Moussa Macalo : Je m'adresse à Yassi Macalou. Toujours en période de maladie, que peut faire l'infirmier et le comité de gestion ? Que doivent-ils faire ?

Yassi Macalou (costume beige /cravate verte) : En ce qui concerne l'infirmier et le comité de gestion, lorsque l'épidémie arrive, ils sont les premiers à faire équipe pour intercepter la maladie et éviter qu'elle se propage. Les malades doivent obtenir un traitement adéquat pour sortir de cet état. (interruption, une question pas sous-titrée, il continue). Le comité de gestion du centre et l'infirmier doivent travailler ensemble et se comprendre. Une fois ceci réalisé, leur travail sera bon. Voilà ma pensée. /

Keïta Anzoumane (veste vert pistache, cravate bleue à pois) : Je voudrais dire quelque chose. Lorsque la maladie est présente, il faut se lever pour aller l'expliquer à celui qui peut la guérir. Lorsqu'on est malade, il ne faut pas rester sans consulter le médecin. Si on reste couché, on ne voit pas le médecin. Mais des que la maladie s'aggrave, on va voir le médecin pour se faire examiner. Il fait ce qu'il peut mais si son travail n'est pas satisfaisant, certains disent qu'il n'est pas compétent. Les gens doivent enlever cela de leur tête. Lorsqu'on est malade, on peut venir à Sadiola ou à Kayes expliquer son mal au personnel sanitaire. N'ayez pas peur. En s'expliquant, on peut obtenir satisfaction. Il ne faut pas penser qu'à cause de son comportement ou à sa manière de paraître on ne va pas être considéré.

Sadiola 1, p.4

Il faut laisser tomber ces idées. Les médecins sont là pour aider les gens. Il y a des gens qui sortent, qui se rendent à Kayes, et font de grosses dépenses autrement sans arriver à la vérité. Au lieu d'aller là où ils doivent être soignés, ils vont en ville et expliquent à quelqu'un qui demande à quelqu'un d'autre, et encore quelqu'un d'autre. Tu arrives au bout de ton argent sans arriver là où tu dois être soigné, c'est à dire à l'hôpital.

Moussa Sissoko : (haut jaune et marron qui a enlevé sa chéchia blanche, l'ado fille qui était à côté de lui n'y est plus) : Nous avons un message pour Sadiola. Ce qui est difficile pour ceux qui sont dans l'ARASF, c'est qu'ils ont peur d'une chose. Que tout l'arrondissement ne soit pas uni dans le travail. C'est toujours le plus important. Tous les ressortissants sont dans l'association. Si une chose arrive, les gens proches de Sadiola sont les premiers à le savoir. Donc ils savent qu'il y a une maladie, et que les autres villages ne sont pas informés, si moi j'attends cela, c'est une humiliation. C'est

comme si nos proches nous avaient trahis d'autant plus que moi je suis de Sadiola. Quelque chose s'est passé et les gens là-bas n'ont pas joué leur rôle de communication avec les villages alentour. J'en ai honte. Je ne comprends pas que les gens refusent de se déplacer. S'il arrive un envoi de la part des migrants, si les gens des autres villages ne sont pas au courant, ou si les gens n'ont pas pu se déplacer, il faut les en informer. Toute chose qui arrive envoyé par les migrants dans l'arrondissement de Sadiola tout le monde doit être au courant car c'est pour tout le monde. Lorsqu'on envoie quelque chose au nom de Sadiola, il faut que cela se fasse dans la transparence, et que personne au pays ne soit déçu. Il y a une chose à il faut faire attention : quand les immigrés envoient quelque chose et que ce sont les gens des villages proches qui en bénéficient, alors que les autres n'y ont pas accès, cela nous humilie. Il faudrait faire très attention à ce sujet. C'est cela qui est dure dans l'association. Il faut accepter de faire les déplacements si nécessaire. Si les gens ne se déplacent pas, les choses ne marcheront pas. Il y a une deuxième chose à dire. Je m'adresse à mon frère Guimba (le président du comité de gestion, voir Sadiola 2). Demba est là dans la pharmacie. J'essaie de trouver un lieu où on peut leur téléphoner. Par n'importe quelle administration ou projet de l'arrondissement, on doit chercher des solutions pour que les immigrés puissent les contacter. Comme ça, les nouvelles des migrants leur seront transmises dans la journée. Ce qu'ils ont comme nouvelles la nuit, nous les aurons le matin. Ils vont téléphoner pour demander des nouvelles. Même s'ils n'ont pas la possibilité de téléphoner en France, les migrants téléphoneront pour les informer et leur demander en retour des nouvelles du village. Ils nous diront s'il y a un problème au village et de quelle aide ils ont besoin. Nous ferons de notre mieux. Les gens ont un grand souci de recevoir des nouvelles. Je demande encore une fois aux responsables de Sadiola de trouver un lieu où mettre un téléphone. C'est ce qui nous préoccupe le plus.

(23'37) Magnakalin Dembélé (qui a enlevé ses lunettes) : Notre débat c'est sur la rougeole et la méningite. L'année dernière, beaucoup sont morts. Ceux qui ont été vaccinés ont été épargnés. Mais beaucoup de ceux qui ne l'ont pas fait sont morts. Ceux qui refusent de se faire vacciner attendant d'être atteints et essayent alors de se vacciner. Mais les vaccins sont alors inefficaces et beaucoup meurent. Toi tu attends que la maladie t'atteigne, et tu fais le vaccin, eh bien, tu vas mourir ! 48 enfants sont morts à Sadiola l'année dernière. Les gens qui ont fait la prévention à Sadiola n'ont pas été touchés par la maladie. Je prends un exemple à Borokané. Ceux qui ont fait la vaccination avant ont été épargnés, mais ceux qui ont attendu d'être touchés par la maladie avant de faire le vaccin st morts devant moi-même. Guimba, et tous les responsables, il vous faut veiller, en présence de la maladie, à mobiliser les gens, à leur expliquer, et aussi à tous ceux qui sont capables d'expliquer, qu'il faut montrer le malade au docteur. Il ne faut pas s'asseoir et refuser la vaccination jusqu'à ce que la maladie nous atteigne car après, la maladie peut te tuer même si tu te vaccines. La vaccination ne peut plus t'aider.

Sadiola 1, p.5

4eme question : Avec quels partenaires le centre de santé doit-il travailler ?

(25'12) Moro Macalou (visage rond) : le but de l'ARASF est de se réunir pour combattre ces maladies. C'est notre première idée. Quel est le premier travail de l'association ? Et bien, de se rencontrer puis de discuter ensemble. Il y a d'autres associations comme la notre comme Gory Gopela, Diboli, et d'autres encore dans la région de Kayes. Je ne peux pas discuter les problèmes de l'arrondissement à la place des concernés. Nous avons donc mis en place un comité à Sadiola. Ce comité aussi s'est réuni. Ensuite l'ensemble des centres de santé ont créé une association qui est l'AICS à Kayes et la Charte Santé ici. Si on entend qu'il y a une grosse épidémie, ici on se voit. Là-bas on se voit aussi. Les comités doivent se regrouper et communiquer les nouvelles à l'AICS de Kayes. Eux, ils se mettent en contact avec la Charte Santé ici. Lorsque la maladie arrive, il faudrait qu'ils se concertent pour contacter l'AICS et les gens qui sont là. Comme ça, nous nous rencontrons afin de trouver les moyens d'envoyer des médicaments. Quand les médicaments et les vaccinations sont partis, il faut que tout le monde soit vacciné, tous égaux, qu'on soit riche ou pauvre, noble ou étranger. Tout le monde doit bénéficier des traitements et de la vaccination. L'AICS a décidé de créer un dépôt de médicament à Kayes. Donc si le dépôt de médicaments a été construit, c'est là où les médicaments vont être centralisés pour l'ensemble de l'association. Une lettre est partie à Sadiola. Ce sont les migrants qui ont envoyé cette lettre au bureau de Sadiola. Ils ont souligné dans la lettre qu'ils avaient entendu parler d'une épidémie. Dans la Charte Santé, chaque association de migrants a cotisé 500f. L'argent ainsi cotisé va partir pour acheter médicaments et vaccins pour combattre la maladie. C'est donc une solution. Pour faciliter le travail, il faut que les gens soient sérieux, comme on dit. Les migrants ici sont membres de la Charte, et le bureau à Sadiola est membre de l'AICS. Il y a aussi la Direction Régionale de la Santé. Il faudrait que ces structures travaillent ensemble. Le travail ne peut pas être bien fait si les structures ne se donnent pas la main. L'ARASF, l'Association du village de Sadiola, l'AICS, la Direction Régionale de la Santé, toutes ces structures là doivent se concerter très vite pour travailler ensemble en cas de maladie. Tout le monde doit s'informer réciproquement, ne pas dissimuler les informations s'il y a une maladie. Ainsi, nous pourrions combattre la maladie. Il ne faut pas cacher l'information s'il ya une maladie. Il n'y a que comme cela que le travail peut être bien fait.

(29'21) l'animateur : Une de mes dernières paroles se dirige vers le personnel sanitaire et vers le comité de gestion. J'aimerais qu'on introduise un système de contrôle dans le centre de santé de Sadiola. Qui peut faire ce contrôle ? Le docteur. Le docteur devrait faire un relevé mensuel tous les mois et l'expédier à l'AICS de Kayes. En cas de maladie, le médecin peut faire une alerte auprès de l'AICS avec les bulletins attestant la maladie. S'il y a un ou deux cas de maladie, le médecin en faisant son relevé mensuel alerte l'AICS qui contacte directement le centre de santé de Sadiola et la DRS. Tous les organismes travaillent ensemble et doivent s'entendre. S'il y a une épidémie, ils doivent collaborer pour transmettre l'information et travailler ensemble. Cette collaboration est une bonne affaire pour nous, une manière de combattre la maladie et de la faire reculer. Je salue tous les parents. Je vous laisse ici. Ce film a été fait au foyer Bara le 1^{er} juin 97 à Paris. Merci à tout le monde.

(31'30, générique sur les danses de la grande salle)
 Animateur et montage : Moussa Macalou ; Doua Sissoko
 Images et sons : Samba Camara, Demba Diallo

Images de la fête : Moussa Macalou

Formation, animation et santé : Felix Popotte, Pascal Revault (GRDR)

Formateurs, vidéo : Michael Hoare (association avenir vivable)

Remerciements spéciaux : (les participants)

Lettre vidéo filmé le 1^{er} Juin 97 au foyer 18 rue Bara, Montreuil et le 24 mai 97 à la salle Montreau, Montreuil

Avec le soutien de CPAM Seine-Saint-Denis, DDASS Seine-Saint-Denis, Ensemble contre le sida, Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leur famille Ile de France ; Union Européenne (DG5)

Févr. 98 Charte Santé RkE, ARASEF

e. Sadiola 2

Sadiola 2, p.1

(grande salle vétuste, très lumineuse, image sur exposée)

L'animateur, (bonnet multicolore, chemise mauve ouverte) : Nous avons reçu la vidéo lettre de la France. Ils nous ont parlé des moyens de lutter contre les maladies. Nous, nous sommes réunis pour leur parler de la maladie.

(Chorale de femme)

L'association inter centre de santé (AICS) et le Comité de Gestion du centre de santé de Sadiola, présentent, Avec l'appui du Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le Tiers Monde (GRDR), Nxa Nfanu tanga jangaroma (Protégeons nous contre les maladies) Lettre vidéo sur la prévention de la méningite et de la rougeole Filmée à Sadiola, République du Mali, 25 Novembre 97

1ère question : que faire face à la méningite ?

(2'22) Issa Sissoko (vieil homme, boubou vert, chéchia à carreaux bleu et blanc) : Il faut se protéger de la méningite. Nous pensons que la méningite est causée par l'air ou par les mouches. Les mouches sont très nombreuses chez nous. La méningite est une maladie qui s'attaque d'abord aux enfants. C'est pour cela qu'elle nous fait peur. L'avenir ce sont les enfants. Les vieux, eux, ont déjà fait leur temps. Nous devons prendre des précautions contre tout ce qui peut menacer les enfants.

Bakary Sissoko (boubou de luxe jaune et pétrole, cheikh rouge, chapeau) : Au début, l'enfant se plaint de la fièvre. Suite à cette fièvre, il grimace et pousse des cris. Tu as l'impression que ce n'est pas une maladie. Pourtant c'est une maladie. Deux ou trois personnes essaient de maîtriser l'enfant. C'est la méningite. A partir de là, tout se raidit de la colonne vertébrale jusqu'à la nuque. L'enfant se plaint d'avoir mal à la tête aussi. Ce que je sais de la maladie, c'est ça.

(3'35) Mariam Sacko (femme, boubou blanc et transparent, grosse amulette) : Généralement, la méningite survient de cette manière. L'enfant touché reste immobile. Il devient mou et se plaint de la fièvre. Ensuite, sa nuque lui fait mal. La douleur se déplace dans la colonne vertébrale. A partir de là, on dit que ce sont les génies qui ont pris l'enfant ou bien un sorcier, alors que c'est la méningite. A ce moment là, la mère montre l'enfant à son mari. Elle lui dit que son enfant est malade. Il lui répond qu'il faut l'emmener au dispensaire. Ou bien le mari demande sa femme d'isoler l'enfant dans la case le temps d'informer le personnel soignant pour que les autres enfants ne soient pas contaminés. Chez nous à Kakadian, c'est comme cela qu'on fait. Mais dans notre région, lorsqu'un enfant d'un voisin tombe malade, on cherche à le voir. Et quand on lui rend visite, accompagné d'un autre enfant ou non, on amène la mouche dans la famille qui provoque la contamination. En dehors de cela, ce sont des offrandes que nous faisons ici : des noix de baobab, du fonio. Ces choses la servent à laver les enfants et à les protéger de la méningite. Il faut faire appel aux agents de la santé pour qu'ils vaccinent les enfants contre la méningite. Quelque fois, il y a des agents, et quelque fois, ils ne sont pas là. Des fois il y a des médicaments mais souvent il n'y en a pas. C'est pour cela que la méningite nous inquiète.

Sadiola 2, p.2

Noumouké Sissoko (jeune homme, chemise rayée blanche, un bébé sur les genoux) : En 1996-97, la méningite a fait beaucoup de dégâts. Comme par exemple à Sekakoto où beaucoup de pers sont mortes à la suite de cette maladie. Et d'autres villages que j'oublie □ A Koma, les dégâts n'ont pas été trop importants. En tous cas, lorsqu'une personne tombe malade de la méningite elle doit se rendre au centre de santé. Avant que la maladie arrive, on doit se faire vacciner pour se protéger. On place un lazaret derrière le village pour y amener les malades afin que les autres ne soient pas contaminés. A chaque fois que la maladie survient, le meilleur moyen pour la combattre est la vaccination. Ensuite il faut isoler les malades pour que les autres ne soient pas contaminés. Généralement chez nous, on dit : que les gens veulent rester chez eux pour se protéger de la maladie. Mais ce n'est pas ce qu'il faut faire. Il faut mettre les malades en quarantaine pour ne pas manger ni boire avec eux. C'est une façon de nous protéger de cette maladie. Protégions-nous toujours contre cette maladie qui est plus répandue dans la contrée de Niagala. Que Dieu nous sauve. / Voilà ce que j'avais à dire.

(7'16) (boubou vert) : Chez nous, nous cohabitons tous ensemble et quand une personne tombe malade à cause de la méningite, ses parents cherchent à lui rendre visite malgré le risque de contagion. Même lorsqu'on installe des lazarets, les visiteurs accompagnés d'enfants sains viennent dire bonjour. Tout cela facilite la contamination d'enfant sains, qui ne devraient pas être touchés par la maladie. Si on met un malade dans un lazaret, il faut laisser les agents soignants s'occuper de lui. Par conséquence, si on y emmène des enfants sains, ceux-ci vont être contaminés. Ici notre société est organisée de telle sorte que nos buvons et mangeons ensemble. Dès qu'une personne tombe malade, elle risque de contaminer d'autres personnes. Pour faire face à cette situation, le seul moyen, ce serait d'avoir des médicaments sous la main, alors que nous n'en avons pas.

Bakary : En 1995, j'ai fait déplacer les agents de santé dans 5 villages pour vacciner du matin au soir. Pour cela, les responsables doivent être dans les villages. Les responsables des villages se précipitent vers le centre de santé pour qu'il n'y ait pas de pénurie de vaccins parce que si les responsables ne les prennent pas en premier il y aura pénurie de vaccins. Le premier cas c'est déclaré chez nous à 15h. Déjà à 23h, l'enfant était décédé. A ce moment là, on n'avait pas compris que c'était la méningite. Mon propre enfant est tombé malade de la méningite. Je l'ai amené au centre de santé avec un véhicule. Au centre de Sadiola, personne à part moi-même ne connaît la dépense que j'ai faite. Si tu es atteint, et tu vis trois jours, et que Dieu te protège, il est rare d'en mourir. Mais il faut qu'il y ait des médicaments. Ce n'est pas la faute des agents. Nous avons des agents qui travaillent jour et nuit. Mais s'ils n'ont pas de médicaments que

peuvent-ils faire ?

Mody Sissoko (chemisette orange): Quand on contracte la maladie, on se précipite vers les agents de santé. Alors le chef du village dit aux gens : « tous ceux qui ont de bons vélos doivent les mettre à la disposition de la population pour aller chercher des médicaments. » Le chef du village dit encore : « Avant que les autres villages n'attrapent la maladie, allons voir le chef du centre. » On va contacter les agents de notre centre de santé et le chef d'arrondissement qui va contacter le cercle. Maintenant il y a quelques motos dans le village et ces personnes ne refusent pas de les prêter dans l'intérêt de tout le monde. Ceux qui ont des motos au village, ne demande même pas l'essence. Ils se précipitent pour aller voir l'infirmier pour qu'il vienne nous vacciner. Quand on a contacté les agents de notre centre de santé, eux contact le chef d'arrondissement et lui contacte la DRS à Kayes pour que le docteur vienne protéger la population contre la maladie. A notre niveau, s'il y a une épidémie, nous informons les agents de santé par vélo ou par moto.

Sadiola 2, p.3

Lui aussi informe le centre de santé du cercle. Notre association informe nos docteurs afin qu'ils vaccinent les enfants. C'est ça le but de l'association.

(12'20) 2ème question : comment se manifeste la rougeole ? Et que faire ?

(Danses de femmes, dont certaines avec des enfants, au milieu de la pièce)

(Animateur, bob blanc et teeshirt rouge) : Dites nous, la rougeole, qu'est ce que c'est et comment l'attrape-t-on ?

Sogo Sissoko (boubou bleu, chéchia bleue et blanche, assis en haut, au fond de la pièce) : La rougeole, c'est la maladie des enfants. Elle tue rapidement l'enfant. C'est une maladie liée à l'air. Au début de la saison froide, le vent souffle. Il y a des arbres dans la brousse qu'on appelle « kapokier ». Quand les fruits sont murs, le vent apporte ces fruits et d'autres éléments dans le village. Au début de la saison chaude, la rougeole profite de cela pour attaquer les enfants. Les enfants présentent des boutons sur le corps qui donnent du pus. Les mouches se posent sur les plaies et transmettent la maladie à d'autres enfants. Le vent et les mouches transmettent la maladie d'une personne à une autre. C'est le docteur qui peut prévenir la rougeole en faisant la vaccination. Et grâce à cela maintenant, l'ampleur de la rougeole a diminuer un peu. Mais ce n'est pas fini.

(14'34) *Kekouta Cissé* (jeune homme, chemise blanche, chapeau paramilitaire) : La rougeole vient de l'air. Ensuite, on s'informe dans le village de la présence de la maladie. De la première personne qui tombe malade, on dit n'importe quoi. Certains disent que c'est la maladie du diable, d'autres disent que c'est du « poison ». Moi, quand même, ce que je sais c'est que la rougeole vient de l'air et que certains sont contaminés par les mouches. Et tout le pays attrape la maladie comme ça, parce que les mouches sont partout. C'est ce que je connais du mode de transmission.

Mariam Sacko (femme boubou blanc, déjà vu) : Si vous me demandez comment lutter contre la rougeole, et bien, un enfant qui a de la fièvre, je le lave avec de l'eau fraîche, ce qui permet d'accélérer la sortie des boutons sur la peau. Une fois les boutons sortis, nos premiers parents vont récolter du miel pour masser le corps de l'enfant. D'autres vont cueillir les feuilles d'un arbre qu'on appelle « fara ». On pile et on fait bouillir les feuilles pour laver l'enfant. On envoie quelqu'un rapidement par vélo ou moto informer le personnel soignant. Pendant ce temps on cherche du miel pour le mettre sur le corps de l'enfant. On cueille les feuilles du tamarinier, que l'on mélange avec l'eau pour mettre la solution sur les yeux de l'enfant afin d'éviter qu'il ne devienne aveugle. Si la rougeole agit sur la vision de l'enfant, il n'ouvrira plus jamais les yeux. Et si on n'agit pas assez vite, l'enfant risque de devenir aveugle. Avant la vaccination, on demande à toutes les mères de garder les enfants à la maison parce que la rougeole est une maladie très contagieuse. Voilà ce que je sais la dessus.

(16'23) (l'animateur, qui reste hors cadre) : Comment est ce qu'on peut lutter contre la rougeole avec nos propres connaissances ?

Mariam Sacko : Lorsqu'il y a un cas de rougeole, on informe tout le monde pour que les gens restent chez eux. Et si par malheur, il y a un mariage ou une manifestation quelconque et qu'une femme y amène son enfant malade, tout le pays sera contaminé. Voilà ce que je veux répondre à votre question.

Sadiola 2, p.4

Guimba Sissoko, Président, comité de gestion (vieil homme, boubou à rayure bleues, cheikh rouge) : La rougeole commence à l'intérieur du corps, dans le ventre. Les microbes qui se multiplient dans le corps sortent vers l'extérieur. Une fois que la maladie a atteint le ventre, nos parents donnaient au malade du jus de tamarin, du jus de baobab, du jus de dah. Tant que les microbes sont dans le ventre et ne sont pas tués, ils sortent à l'extérieur. Ce qui cause beaucoup de décès. On se pose la question : comment prévenir la rougeole ? En 1996-97 il y a eu 2 épidémies de suite. Et cette année, il risque d'y en avoir une autre. Pourquoi ça ? Les gens rentrent facilement en contact maintenant. Ce qui vivent en France et nous qui vivons au Mali, devons être solidaire pour faire la vaccination avant le mois de janvier. Nous sommes au mois de Novembre. Faisons la vaccination en novembre, décembre et janvier. Si la maladie survient, nous serons protégés par la vaccination, et les conséquences seront moins importantes. Alors que si on attend l'arrivée de la maladie, quelque soit la vaccination, cela n'aura pas d'effet.

(Danses)

3ème question : Quel est le rôle du comité de gestion en période d'épidémie, et dans le cadre de la prévention ?

(19'40) *Noumouké Sissoko* : S'il y a des maladies comme la méningite et la rougeole, nous, comité de santé, informons d'abord le personnel sanitaire. / Nous informons ensuite le chef d'arrondissement, le médecin chef, et le GRDR avec qui

nous travaillons. Nous les informons tous et s'il arrive que la communication prend du retard, on téléphone parfois au migrants. Car maintenant il y a le téléphone ici. Ou bien on envoie la RAC à Kayes. Eux informèrent le médecin chef et le GRDR. Si, par malheur, nous n'avions pas de médicaments des autorités sanitaires, nous prenons contact directement avec les migrants. Nos ressortissants, comme d'habitude, nous envoient leur contribution. Puisque ce sont des maladies devant lesquelles il nous faut faire face rapidement. Le comité est là pour l'amélioration de la santé de la population. Comment la population peut-elle être épargnée par la maladie ? Notre travail est orienté pour répondre à cette question. Nous devons toujours avoir du courage dans ces moments cruciaux.

Guimba : S'il y a une maladie dans un village le chef du village doit informer le comité de gestion qui, à son tour, informe le personnel sanitaire. Nous allons ensuite informer le chef d'arrondissement, les autorités sanitaires du cercle et les migrants en France.

(21'21) *Ladji Coulibaly, Infirmier d'Etat, chef du centre* (jeune en chemisette à motif) : Je suis venu ici à Sadiola en octobre 1996. (Il y a beaucoup de bruit autour de lui). Cette initiative des migrants est une bonne chose. Elle nous permet de connaître leurs préoccupations et elle leur permet aussi de connaître les nôtres. Si la maladie survient, la première réaction (il est distrait par ce qui se passe derrière la caméra) c'est de vacciner. Mais pour vacciner, il faut compter le nombre de cas pour voir si on atteint le seuil de l'épidémie. A ce moment là, je contacte mes supérieurs à Kayes pour avoir le vaccin. Une fois que nous avons le vaccin, nous vaccinons la région dans laquelle l'épidémie s'est déclarée.

L'animateur (hors cadre) : S'il y a une maladie, comment travaillez-vous avec la population ?

Ladji Coulibaly : En cas de maladie, c'est le comité que nous informons parce qu'il nous aide dans toutes les activités. Mais lorsque le comité ne peut pas nous aider, nous informons le médecin chef du cercle.

Sadiola 2, p.5

L'animateur, hors champ : Depuis que vous êtes là, avez-vous eu des problèmes avec le comité ?

Ladji Coulibaly (il sourit) : Pour le moment je n'ai aucun problème. Maintenant le comité a été redynamisé car avant, il y avait beaucoup de gens dans le comité qui ne connaissait pas leur rôle.

4eme Question : Quels sont les problèmes que rencontrent les agents de santé ?

(25') *Demba Macalou, Pharmacien* (bonnet à pompon, vieux bleu) : Je suis très content de la question. Tous les problèmes que nous avons ici nous ne sommes que deux vaccinateurs, moi, Demba, et Mamadou Dram, de Badala. Le secteur de Niagala et de Liberté fait 46 villages. Il y a 22 hameaux de culture. Cela fait un total de 68 villages. J'ai été dans tous ces villages. La difficulté, c'est que s'il s'agit de la méningite, beaucoup de femmes amènent leurs enfants pour les faire vacciner. Mais si c'est la rougeole, certaines femmes refusent le vaccin. Elles s'en vont en brousse. Chaque lundi, et chaque jeudi, il y a une vaccination au centre de santé de Sadiola. Mais mon premier problème c'est d'être en possession du vaccin de la méningite. Le deuxième problème, s'il y a une épidémie de méningite, c'est 68 villages veulent être tous vaccinés à la fois. Nous sommes seulement deux, moi et Mamadou Dramé. Et c'est grâce à la bonne volonté des mécaniciens que nous fonctionnons, sinon nos mobylettes n'arriveraient pas à nous emmener dans les villages. Si on me demande d'apporter cette moto à Moussale, Roumboumba ou Bountou, c'est difficile. Donc je pense qu'il devrait y avoir un véhicule à notre disposition pour que l'on puisse aller rapidement dans les villages en cas d'épidémie pour vacciner tout le monde. La vaccination contre la méningite n'a pas de limite d'âge. Dans un village, du plus vieux au plus jeune, tout le monde doit être vacciné. Si on nous demande de vacciner 500 ou 600 personnes dans le village, alors qu'il nous faut 2 ou 3h avec nos motos pour aller d'un village à un autre, c'est un problème réel. Un autre problème, ce sont les gens qui ne sont pas vaccinés, car ce sont eux qui nous amènent la maladie. Nous vaccinons pour prévenir la maladie, mais à certaines périodes, la maladie se répand dans la collectivité. Pour la méningite, il n'y a pas de problème parce qu'elle est mortelle. Pour la rougeole, quand on commence la vaccination, certaines mamans la refusent pour leurs enfants et s'en vont en brousse. Et ce sont ces enfants qui attrapent la maladie. Si les enfants tombent malades, le chef du village leur demande de rester sur place, ou bien de faire un lazaret derrière le village, cela n'est pas faisable à Maningola. Les gens ne sont pas d'accord. Si ma sœur veut se déplacer pour aller à un mariage, et son mari lui demande de rester à la maison, cela va provoquer une querelle. Parce qu'aujourd'hui, les femmes, au lieu de protéger leurs enfants de la maladie, elles veulent assister aux manifestations et aux fêtes. Cela est un problème sérieux. Les gens doivent comprendre que lorsqu'il y a une maladie, elle est l'affaire de tout le monde, des parents du malade, du personnel soignant, tout le monde doit être préoccupé. Nous sommes les seuls à reconnaître le problème que nous avons. Nous ne dormons ni la journée ni la nuit. La population doit écouter les conseils du personnel sanitaire. Quand l'agent de santé dit : « fais ça maintenant », il faut le faire. S'il dit : « ne fais pas ça », il ne faut pas le faire. Parce que sinon, cela rend son travail plus difficile. Nous aussi n'aurons jamais une renommée tant que la population ne nous aidera pas. Et puis, concernant la maladie, les traitements sont difficiles. Comme je l'ai dit, les problèmes de transport sont réels. Par exemple, quitter Bountou qui est à 65 km de Sadiola, en charrette ou en vélo pour amener un malade atteint de la méningite, le temps de venir à Sadiola, il va mourir. Mais si nous avons un véhicule ou une moto, et que l'on nous informait rapidement en cas de maladie, nous pourrions partir le chercher tout de suite. Cela est une chose. Si la population de Niagala pouvait suivre nos conseils, et cela n'est pas le travail des migrants. Le fait de dire aux gens : « restez sur place, faites comme ceci ou cela », n'est pas le travail des migrants.

Sadiola 2, p.6

Ca doit être entre nous ici. Mais essayer de fournir les moyens de déplacement, voilà le travail de nos migrants. Voici ce que moi j'avais à dire sur la vaccination de ces maladies. Je m'excuse par avance.

Sira Soncko, Sage-femme (boubou ocre) : Nous sommes au début de quelque chose, et les problèmes sont nombreux à la maternité même. A propos de la pesée des femmes enceintes, nous avons des problèmes. Parce que le nombre de femmes enceintes qui viennent est très limité. Une femme qui est régulièrement suivie avec la pesée aura un accouchement beaucoup plus facile que celle qui n'est pas suivie. Et il y a des gens qui veulent venir pour la pesée mais leurs villages sont très éloignés. S'il y a des villages volontaires prêt à mètre un moyen de déplacement à la disposition de la matrone pour qu'elle puisse aller faire la pesée à toutes les femmes enceintes du village, cela serait préférable et permettrait d'éviter les complications. Je remarque qu'une femme qui est suivie régulièrement avec la pesée accouche plus facilement qu'une femme qui ne l'est pas. Dans le village, les femmes accouchent sans problème mais par la suite, il y a des complications à cause des infections. Mais s'il y a des villages qui peuvent utiliser une charrette ou qui sont prêt à venir me chercher pour faire la pesée au moins une fois par mois sur place, cela serait préférable. On pourrait résoudre beaucoup de problème. Mon mot de la fin, c'est que les agents de santé n'ont pas de matériel de travail. / Par ex, à la maternité provisoire qui est là, il y a quand même des lits, mais il n'y a pas de matériel de travail. Il n'y a pas de matériel propre pour l'accouchement. Si j'ai besoin d'une paire de ciseaux parce qu'il y a un patient, et le dispensaire est fermé comment faire ? Donc il faut se débrouiller d'une manière ou d'une autre. Ce n'est pas bien. La profession d'agent de santé repose sur l'hygiène. Ce travail doit se faire avec du matériel propre et disponible sur place. Il n'y a qu'un seul pèse bébé, une table d'accouchement, et aucun autre matériel pour aider les femmes à accoucher. Il n'y a ni ciseaux, ni tensiomètre. Pour la pesée on a besoin de matériel. Rien, absolument, ne se trouve dans la maternité de ce que l'on pourrait appeler du matériel de maternité. Ce manque de matériel n'a rien à voir avec le déplacement du village (à cause de la mine d'or). Si le village se déplace, il peut se déplacer avec le matériel. L'absence de matériel met notre compétence en cause. Donc, ce que je demande aux migrants, c'est du matériel pour nous faciliter le travail. Une bonne pratique du travail vaut mieux que la mauvaise pratique. Sans matériel, on est quand même obligé de faire le travail d'une manière ou d'une autre. Parce que là où je suis maintenant je travaille avec le matériel qui m'a été donné à la fin de ma formation à l'école. Autrement, la maternité provisoire a été mise en place mais sans matériel. Il faut aussi que les hommes comprennent que quand leurs femmes viennent en consultation prénatale, cela peut éviter d'avoir un jour une ordonnance avec un coût exorbitant, parce que la femme qui suit régulièrement les consultations prénatales accouche plus facilement. Mais si une femme ne les suit pas, c'est une personne que l'on ne connaît pas, et elle passe inaperçue. Une femme qui vient en consultation est consignée dans le registre et s'il y a des complications, on saura comment y faire face. Même si vous n'avez pas les moyens de venir au centre de santé vous pouvez vous débrouiller avec la charrette ou bien une moto, pour que moi, j'y aille. Cela faciliterait mon travail dans le village. Tout ce que j'ai à dire, donc, concernant la maternité, c'est qu'il n'y a aucun matériel. Le problème du matériel il est urgent. Le matériel que j'ai m'appartient personnellement. Dans la journée on change de service. Si je m'en vais, je me déplace avec mon matériel. Mais si la personne qui me remplace n'a pas de matériel, cela créer un problème. Moi-même je n'ai pas le matériel complet. Je me débrouille avec ce que je possède. Dans l'arrondissement de Sadiola, avec tout le monde qu'il y a, ne pas avoir le matériel est difficile. Cela rend d'ailleurs mon travail difficile.

Sadiola 2, p.7

(34'29) *Moussa Macalou (en boubou et chéchia blanc, cheikh rouge) :* Je suis content. Nous, pour aller de Kakadian à Sadiola, tout le monde sait que c'est très loin. Il y a une seule personne dans le village qui a une moto. Il s'appelle Konady Mody. Et c'est à lui qu'il faut s'adresser pour aller à Sadiola. Nous utilisons nos charrettes pour amener nos malades et pour cela, il nous faut 3h. Cela nous inquiète beaucoup. Une personne qui a la méningite sera morte avant d'arriver à Sadiola. Nous n'y pouvons rien. Si les choses marchent comme on l'a dit, nous serons à Kakadian et autour. Par exemple les moyens de déplacement seront facilités. Nous avons compris votre bonne initiative mais nous ne savons pas ce que vous voulez faire à l'avenir. Nous sommes très contents à Kakadian parce que la diffusion a eu lieu dans le village. Nous sommes venus à 5 de Kakadian pour assister à ce tournage, afin que vous sachiez que nous sommes là. Notre problème est l'absence de moyens de déplacement. Pour transporter un enfant malade, une femme enceinte au début de l'accouchement, ou un vieux malade, cela est très pénible pour le village. Nous les bénissons aujourd'hui demain, et à tout moment.

Founéké Fofana (lunettes, boubou saumon, cheikh rouge, chéchia multicolore) : Dans notre pays, les maladies fatiguent les hommes, les femmes et les enfants. Tout médicament que vous envoyez pour ces maladies sera le bienvenu. Moi ça fait 8 jours que je suis à Sadiola ici. Les gens qui viennent au centre se plaignent de maux de ventre et de douleurs aux yeux. Envoyez nous des médicaments. Notre association a été créée pour développer la contrée de Niagala. Et puis la création de l'association on a rien fait parce que le village de Sadiola doit être déplacé. Mais avant que Sadiola se déplace, envoyez nous des médicaments et aidez nous à avoir des agents de santé. Agissez vite ! Déjà le samedi et le dimanche, le gouvernement organise des journées de vaccination contre la polio. Mais cela est différent de ce que vous devez faire. Vous avez pris l'engagement de soigner tout le Niagala alors on vous écoute. Tout le Niagala est là. La mission de Kayes est là, y compris le toubab. Les agents de santé sont là. Tout le Niagala est là pour une seule chose. C'est vous qui avez montré la voie. Avant la venue de la première pluie, nous verrons ce que vous êtes capable de faire [leur pose un ultimatum ? Un challenge ?] Au près des agents de santé et les enfants. Moi, Founéké Fofana de Koropoto, voila ce que j'ai à dire.

(38'15, générique, musique et danse)

Animateur et montage : Sadio Macalou ; Bako Touré

Images et sons : Samballa Diarra ; Hamara Konaté

Formation, animation et santé : Karim Diakité, Pascal Revault, Djonké Sissoko (GRDR)

Formation, vidéo : Michael Hoare (association avenir vivable)

Coordinateur Programme Afrique pour l'AICS : Siré Sarambounou ; pour le GRDR : Baraka Fofana

Remerciements à la population et aux responsables des villages de l'arrondissement de Sadiola ; et au personnel soignant du CS de Sadiola.

Avec le soutien de : Ensemble contre le sida ; Ministère de la coopération française ; UNICEF

Fev 98, AICS, le CS de Sadiola.

f. Sadiola 3

Sadiola 3, p.1

Vidéo-lettre France 1998-99

ARASF (Association de ressortissant de Sadiola en France) et La Charte Santé

Avec l'appui de GRDR et Avenir Vivable

Mieux vaut prévenir que guérir la maladie

Lettre de prévention sanitaire sur la méningite et la rougeole

Sous-titre français

Mai 1998 à déc. 1999

1ère Partie. Comment lutter contre la méningite

Foyer Arbustes, Paris 14ème, 11 Nov. 98

(grande pièce avec hommes, femmes, enfants autour de tables de bureau)

Brehima Keïta, 2ème vice président : Le but de la rencontre aujourd'hui, c'est de parler de la maladie. On a formé un comité pour combattre la maladie parce qu'on s'inquiète pour nos parents au village. Il y a beaucoup de maladies chez nous, surtout chez les femmes et les enfants. Au sujet de la cassette envoyée l'an passé, vous avez répondu et nous avons compris votre réponse. Nous allons répondre à ce que vous avez dit. Il faut qu'on échange nos idées et nos connaissances sur les causes de la maladie et sur sa prévention.

Moussa Macalou, Animateur et secrétaire administratif adjoint : Je donne la parole à Salikiné Moussa Macalou, c'est quoi la méningite ?

Salikiné Moussa Macalou (costume gris cravate grand carreau) : Ça me fait plaisir que tu me poses cette question avec respect. Si tu me demandes ce que je sais de la méningite, quand j'étais petit, j'ai été victime de cette maladie. La méningite est une maladie transmissible. Je connais deux types de méningite. Une petite et une grande. Si la grande t'attrape, elle est transmissible. / Lorsqu'on est atteint d'une maladie transmissible, le mieux c'est de séparer les victimes des autres. Ne te dis pas : je ne vais pas travailler sans voir le malade. Une fois que ça s'attaque à une personne, ça peut se propager à tout le monde. On est trop marqué par notre foi et notre humanisme. Toute victime frappée par une maladie transmissible doit être isolée, même si c'est un membre de ta propre famille. On doit aussi séparer sa boisson et ses repas. Le malade aussi ne doit pas s'estimer exclu à cause de sa maladie. Si les autres ne font pas attention, ils peuvent attraper ta maladie. L'essentiel c'est d'éviter la contagion. Voilà ce que je sais.

(Image : Plaque d'entrée du bâtiment de la « Protection maternelle infantile Voltaire », Montreuil-sous-Bois, 19 Juillet 1999)

Bénédicte Piketty : Bonjour, je suis médecin généraliste, je m'appelle Bénédicte Piketty, je travaille dans des centres de santé à Montreuil, dont un centre qui est à coté d'un foyer où il y a principalement des Maliens qu'on connaît bien.

Didier Duhot : Bonjour, Didier Duhot, je suis médecin généraliste à Montreuil dans deux centres de santé dont un qui est à 200m du foyer Bara. Donc j'ai une clientèle de Maliens qui est importante.

Sadiola 3, p.2

Moussa Macalou (l'animateur, en chemise noire) : pouvez-vous nous parler des symptômes de la méningite, et deuxièmement les modes de contamination, la période d'incubation, les moyens de prévention, et les différentes sortes de méningite s'il en existe ?

Didier Duhot : On peut avoir de la fièvre, pas forcément très très élevée, ce n'est pas la peine d'avoir 40, on peut avoir 38,5 et avoir une méningite. Donc de la fièvre, des maux de tête, des vomissements, et puis le signe qui est un peu caractéristique, c'est le raidissement de la nuque, les gens ne peuvent plus toucher leur thorax avec leur menton parce qu'ils ont la tête qui est coincée, on ne peut plus plier le cou. Voilà, ça c'est les signes caractéristique de la méningite.

Bénédicte Piketty : Ils ont du mal aussi à regarder la lumière en face. Ça les éblouit. Aussi, avant la fièvre il peut y avoir, il y a une période d'incubation, c'est une période où on ne voit rien, et ou en fait, le germe qui est responsable est en train de se multiplier et d'envahir tout le corps. C'est une période où on peut être contagieux, mais ou il n'y a aucun signe de maladie. D'où la difficulté pour ceux qui sont autour du malade de prendre des précautions pour ne pas être atteints.

Didier Duhot : Si on peut faire une petite description, la méningite en fait, vous avez le cerveau qui est dans le crane, pour faire simple il est dans un sac, avec un peu de liquide à l'intérieur, et la méningite c'est l'infection de ce liquide et du sac qui entoure le cerveau □

Bénédicte Piketty : c'est une enveloppe qui protège en fait, parce que le cerveau c'est quand même quelque chose de fragile. C'est une enveloppe qui est censé le protéger. / Vous parliez des différents types de méningites, ça varie en fait, mais pour celle qu'on pense qui est un peu fréquente chez vous, c'est moins de 7 jours d'incubation.

Moussa Macalou : Et les modes de contamination ?

Bénédicte Piketty : c'est essentiellement par quelqu'un qui est malade, donc qui a cette méningite, et soit elle est arrivé, donc il a effectivement tous les signes dont on a parlé, et qui contamine sont entourage par la salive. Mais il peut vous

contaminer avant d'avoir les signes de la maladie. Donc il est a priori en bonne santé et c'est uniquement avec des microgouttes de salive, en vous parlant, qu'il vous contamine.

Didier Duhot : En fait la bactérie, / on meurt. Si on n'a pas été traité, si on n'a pas d'antibiotiques, on meurt. Et les bactéries, pour commencer, sont dans la gorge et dans le nez. Et quand les gens parlent, on envoie des petites gouttes de salive, même si on ne les voit pas, il y a des petites gouttes de salive qui s'ont vout, et il y a des bactéries dedans. Et quand on parle à quelqu'un de près, et bien on lui envoie sa salive, et lui ça lui tombe dans la bouche et puis il peut se contaminer comme ça. Même s'il n'a pas tous les signes de la maladie, avant qu'il n'ait développé la maladie, pendant la période dont on parlait qui est la période d'incubation ou la bactérie se multiplie dans son corps avant de faire la vraie maladie.

(Dans la salle de réunion)

Moussa Macalou, l'animateur : Brahima Fofana, parles-nous de la méningite et de comment la prévenir.

Brahima Fofana (barbe, costume noir) : La méningite vient pendant le mois de mai. Elle vient pendant la saison sèche.

Sadiola 3, p.3

A l'époque où nous sommes, la vaccination c'est le moyen de la combattre. Cette année, l'épidémie est arrivée quand j'étais là. J'ai fait des allers-retours pour voir le docteur à Sadiola. Si le docteur Coulibaly et ses collègues voient cette cassette, sachez que je les félicite pour leur travail, tout en leur demandant de redoubler d'efforts au nom de l'association et de leur profession. Etre médecin, c'est souhaiter sauver la vie des gens. C'est cela la profession du médecin. Ils ont fait un travail pendant l'été sur la vaccination au moment où la méningite sévissait. Le docteur Coulibaly a enlevé le liquide de la méningite d'en dessous de l'épine dorsale de mon jeune fils. Après, il a fait une injection. Nous avons été au chevet de l'enfant pendant 2 jours, mais c'est la vaccination qui l'a sauvé. / J'ai vu un reportage sur le Nigéria. En 1935 ils avaient 15 millions d'habitants. Mais dans le reportage ils ont montré que la population a monté à 100 millions. C'est grâce à la vaccination. Dans le même reportage ils ont montré qu'en France, depuis 1920, la population a augmenté à 60 millions grâce à la vaccination.

Koumba Dansira (femme en boubou crème et foulard multicolore sur la tête) : On a tous eu la maladie. Moi-même j'ai été vacciné à Kakadian. Voilà les cicatrices (elle les montre sur son bras droit)/ Si la méningite t'attrape, ça te serre la gorge, ça te rend muet, et ça rend certains même sourds. Moi-même, mon jeune frère a été victime de la méningite. Il a grandi, il habite à Sadiola. C'est la méningite qui l'a rendu muet. Si vous me demandez mon avis, il faut trouver un moyen pour faciliter le travail des femmes qui ont des enfants. Parce que si la maladie atteint une personne en France les moyens de lutte ne sont pas pareils que ceux qu'on a en Afrique. On voit un médecin, il prescrit des médicaments. Ça ne s'aggrave pas comme chez nous. Si un enfant l'attrape ici, on lui interdit de sortir. Ils disent que la maladie est transmissible. Quand l'enfant est malade, et s'il est à l'école, on lui interdit d'aller à l'école. Parce que si l'enfant va à l'école, ça va se transmettre aux autres.

Makamba Macalou (femme, boubou bordeaux) : En France si la méningite arrive, ils préviennent les femmes qui ont des enfants à l'école qu'il faut faire la vaccination. Quand l'enfant tombe malade, tu vas voir le médecin. Il fera la vaccination, il te donnera une ordonnance et tu achèteras les médicaments. Tu sépares son repas et ses serviettes des autres enfants. (Elle est interrompue par une phrase de femme non sous-titrée). Il faut l'isoler des autres enfants. Ils ne doivent pas dormir ensemble non plus. Même chez nous, lorsqu'un enfant est malade, il faut le séparer des autres dans la chambre comme pour la nourriture. C'est pour éviter la contamination des autres. Tu essaies par tous les moyens de soigner ton enfant, et éviter la transmission aux autres.

Madidian Dembélé (vieux, barbu, lunettes, costume) : Mais le plus important c'est la sensibilisation. Face à toutes les maladies qui arrivent, il faut s'y mettre collectivement pour faire la prévention. Qu'est-ce que c'est que la prévention ? Que tout le monde essaie de faire face à la maladie. Pour éviter la transmission de la maladie, il ne faut pas trop de compassion, car sinon l'enfant peut contaminer les autres. Il ne faut pas perdre 2 enfants au lieu d'un seul.

(Au centre de santé de Montreuil)

Moussa Macalou, l'animateur : Quels sont les moyens de prévention ?

Didier Duhot : C'est de deux ordres. Le premier mode de prévention le plus intéressant c'est la vaccination. Alors, c'est souvent un méningocoque A ou C qui est en Afrique. Il y a un vaccin qui est efficace. Ça c'est un mode très efficace. L'autre mode prévention qui est efficace, c'est de ne pas aller voir les gens qui ont la méningite, chez eux. Quand quelqu'un dans le village a la méningite, il ne faut pas que tout le village passe, qu'ils viennent leur dire bonjour, les reconforte, parce qu'ils peuvent attraper la maladie et la redonner à d'autres comme ça, et multiplier les cas de méningite.

Sadiola 3, p.4

Donc, ce n'est pas parce que cette personne est un pestiféré qu'il ne faut pas aller la voir, mais c'est parce que c'est un moyen de protection pour l'ensemble du village pour le temps où ils sont traités, de ne pas trop aller les voir.

Moussa Macalou, l'animateur : S'il ne faut pas aller voir les malades, comment on peut s'en occuper ?

Didier Duhot : Bah, il faut prendre des précautions, c'est-à-dire quand on va le voir il faut plutôt que ça soit les gens qui vont s'en occuper donc les médecins, les infirmiers ou les infirmières qui vont les voir, et il faut, pareil, comme on disait tout à l'heure, il faut qu'on se lave les mains avant et après d'avoir vu les gens, et puis si possible il faut y aller avec un morceau de tissu ou un masque sur le nez et sur la bouche, pour ne pas attraper la maladie quand on leur parle. Et quand ils vous parlent.

(dans la salle de réunion)

Kaou Cissoko (Il mélange avec du français): Il vaut mieux prévenir une maladie que de la guérir. Si tu préviens la maladie, non seulement les frais sont moins chers, mais ça facilite aussi le traitement. Il est plus difficile de soigner une maladie que de la prévenir. Il y a plusieurs méthodes de prévention. Ainsi, il ne faut pas sous-estimer l'importance de la vaccination. La vaccination fait baisser la gravité de la maladie. Il y a d'autres manières aussi pour éviter la maladie. Si tu as des doutes sur la nature de ta nourriture, il ne faut pas la manger parce que ça peut donner la maladie. Pour l'eau, c'est la même chose, en cas de doute il ne faut pas se mettre dedans, il ne faut pas la boire. / Le médecin est là pour soigner les maladies. Donc il ne faut pas attendre jusqu'à ce que la maladie soit grave pour aller voir le médecin. Voilà ce que j'ai à dire sur la méningite et la rougeole.

Séga Coulibaly (jeune, polo de rugby) : Chez nous, même s'il y a des difficultés, les gens sont tolérants, on peut trouver une solution. Si quelqu'un vient chez toi et tu lui parles d'une certaine manière, les gens vont te critiquer et te trouver hautain. Par exemple, si une femme avec un enfant arrive et tu apportes l'eau dans le bol commun, tu donnes l'eau à la mère, elle donne l'eau à son enfant malade, et il y a des gens qui remettent l'eau restante dans le canari commun. Presque toute la famille est contaminée. Même si tout le monde n'est pas contaminé, si Dieu le décide, il y aura des personnes contaminées. Tu dis : « le malade a bu du bol, vas jeter l'eau puis lave-le ». Tu as un problème. On te critique, on dit que tu es quelqu'un de difficile. Il faut qu'on explique aux gens du village, que si on dit ça, ce n'est pas parce qu'on pense qu'ils sont sales, ou bien qu'on est meilleur qu'eux. Mais même ici, les immigrés qui sont ensemble mangent et boivent séparément. Chacun avec son propre bol.

2ème Partie. Comment lutter contre la Rougeole (16'30)

(Au centre de santé de Montreuil)

Bénédicte Piketty : Pour la rougeole, donc c'est un virus, c'est surtout pour nous une maladie éruptive, c'est-à-dire il y a une éruption de boutons qui sont vraiment le signe de la maladie. Alors, ça commence par une période d'incubation où il n'y a rien d'apparent, qui dure environ une dizaine de jour. La personne est, au bout de 5 jours, contagieuse. Donc il n'y a rien encore des signes de la maladie réellement. Donc au bout des 10 jours, la personne commence, comme une sorte de grippe, elle a le nez qui coule, les yeux qui pleurent un peu, elle a une forte fièvre, 39, 40, et elle se met à tousser. Pour nous la toux c'est un très bon signe. Ça ressemble à une grippe en fait la rougeole quand ça commence, et puis après ça le visage est un petit peu rouge, l'enfant se sent vraiment abattu, fatigué par la fièvre, et puis on voit apparaître des boutons.

Sadiola 3, p.5

Ça commence en général derrière les oreilles. Et après ça, ça se diffuse à tout le corps, et donc les boutons, c'est tout rouge, il peut y avoir des espaces de peu a saine, c'est-à-dire que la peau est blanche, ou noire, bon, mais il peut y avoir un petit relief. Mais bon, l'enfant à ce moment là a de la fièvre, est pas bien, et peut avoir encore après ça des signes de complication de cette rougeole. Pendant cette phase ou apparaissent les boutons, il va être contagieux. Tousjours la contagiosité de la rougeole, c'est par les gouttes de salive. Donc là, on voit que l'enfant ou l'adulte est malade, il faut éviter le contact avec sa salive. Et puis après ça, au bout je dirais d'une période de 10 jours, la rougeole va guérir, la personne est encore contagieuse 5 jours après la disparition des boutons et puis il peut y avoir des complications de cette rougeole, et ces complications sont redoutables. Elles sont liée à la fièvre, à l'atteinte du cerveau, donc ça peut ressembler à la méningite dont on parlait tout à l'heure, mais c'est une méningite encore plus grave parce qu'elle touche vraiment les enveloppes de tout le cerveau. L'enfant est vraiment prostré, il y a vraiment des signes neurologique qui sont graves. Il peut y avoir des paralysies □ Bon, le mode de prévention, c'est d'éviter les contacts proches avec la salive de l'enfant qui est malade, que ce soit avant l'apparition des boutons ou après, et puis la seule chose vraiment efficace à 100%, c'est le vaccin bien sûr.

(19'32) Didier Duhot : Le vaccin est vraiment quelque chose d'efficace parce que en France, avant que tous les enfants ne soient vaccinés, il y avait, par an, entre 100 et 200 enfants qui mourraient de la rougeole. Et depuis qu'on a le vaccin, tous les enfants qui sont vaccinés ne meurent plus. La mort par rougeole a disparu en France □ parce que c'était une mort difficile, ça attaquant le cerveau des enfants et ils mourraient, ou s'ils ne mourraient pas, ils étaient vraiment handicapés de façon très importante pour la suite. Donc le vaccin a vraiment révolutionné, puisque moi, comme médecin j'ai jamais vu de rougeole depuis que j'exerce parce que les enfants sont vaccinés, ils n'ont plus la rougeole.

Moussa Macalou, l'animateur : Nos parents se sont posé la question de si toutefois on attrape la méningite ou la rougeole à travers des mouches ? Et en complètement, si les mouches transmettent des maladies. C'est ça la question.

Bénédicte Piketty : Les mouches ne transmettent pas la rougeole (léger sourire), maladie virale qui se transmet d'un humain à un autre humain. Il n'y a pas besoin d'un intermédiaire. C'est par la salive. Pour la méningite même chose, il n'y a pas besoin d'un vecteur autre. C'est strictement inter humain.

(Dans la salle de réunion)

Moro Macalou, secrétaire général ARASF : Concernant le rôle de l'association, la première chose, c'est de faire la campagne de vaccination. On doit faire la propagande dès que l'on sent que la maladie va arriver. L'association doit faire une campagne pour que les villages puissent être vaccinés. En menant cette campagne, avec qui allons nous la faire ? Avec nos partenaires. Le premier partenaire de notre centre de santé, c'est la Charte Santé qui est ici en France. Après la charte santé, nous parlerons à l'AVAS, l'Association des villages de l'arrondissement de Sadiola et le comité de gestion. Ensemble tous ces gens là, plus les médecins, mèneront une démarche auprès de l'AICS à Kayes. Ils vont contacter les autorités. Ensemble, on va voir comment on peut s'entraider. Pour que l'arrondissement puisse être vacciné et pour que tout le monde puisse éviter la maladie. On examine aussi comment apporter les médicaments,

c'est-à-dire, l'ARASF, la charte sante, l'AICS, l'AVAS et le comité de gestion. Ces cinq partenaires vont s'unir et décider comment trouver des médicaments, comment faire la campagne de vaccination. Le rôle de l'association, c'est la sensibilisation.

Sadiola 3, p.6

3ème Partie. Problèmes de fonctionnement du centre de santé

Anzoumana Keita : La meilleure réponse au village, c'est de dire comment on peut acheter une voiture pour le transport des malades ou □ voila la voiture! C'est la réponse courte. Tout le monde connait la difficulté de transporter des malades. Si tu prend un malade même sur une moto, tu arrives à une rivière dangereuse, tu es obligé de l'arrêter, descendre, prendre le malade d'abord et le déposer de l'autre coté, et retourner chercher la moto, remettre le malade, et après continuer. Ça c'est une. Si c'est en vélo, tu sais que la partie du chemin qui est dure pour toi, ça va être dur pour le malade. Tu es obligé de descendre, demander à quelqu'un de donner un coup de main, pour pousser tout doucement le vélo et le malade pour passer l'obstacle. La première chose que les villageois doivent réfléchir, c'est que si les routes ne sont pas en bon état, les malades vont souffrir. Entre deux villages, s'ils savent que l'état de la route n'est pas bon pour transporter les malades, ils peuvent discuter ensemble pour voir comment réparer les parties qui ne sont pas bonnes, que ce soit pour une moto, un cycliste ou une voiture. Ils doivent avoir à l'esprit l'idée de réparer les mauvaises parties des routes. / Si tu es au village et tu as un malade, si tu te déplaces à Kayes pour louer une voiture, venir chercher le malade pour le ramener, ça va te couter 50 000 CFA d'abord. Si le centre de santé a une voiture, il se peut qu'on paie la moitié de ça. Si la voiture du centre peut ramener la malade jusqu'au centre de santé et si ça ne va pas, les même 25 000 CFA peuvent l'amener jusqu'à Kayes. Ça peut faire baisser les difficultés et la population peut commencer à avoir l'esprit tranquille.

Dioumanci Macalou (boubou blanc devant la fenêtre) : Je vous donne un exemple. J'avais mal au dos, je suis allé voir un médecin. Il m'a prescrit un médicament que je devais aller acheter. Mais il faisait nuit. Il m'a alors donné le médicament en me demandant de le lui rendre la prochaine fois que je le verrais. Il m'a fourni le médicament et je le lui ai rendu le lendemain. Ce qui veut dire que j'ai remplacé son médicament. Si un autre client vient, il apporte aussi son médicament. Quand le centre de santé sera construit, comme dit le proverbe, on peut toujours promettre des choses en paroles, mais on ne peut pas toujours donner. Lorsque le centre de santé sera construit, on s'interroge sur comment il va fonctionner, développer et survivre. Donc l'association qui a mis en œuvre le centre ne pourra pas toujours donner, donc le centre va vivre de ses propres moyens. Comment le centre va-t-il vivre de ses propres moyens ? Lorsque le centre se développe, il n'y aura pas ces problèmes de transport. Mais si les gens de Kroukété veulent venir à Sadiola, ils donneront un peu pour le transport. Si on soigne les gens gratuitement, que deviendront nos enfants et nos petits enfants demain ? Donc lorsque le centre sera construit, il faut qu'on examine comment ça va tourner. Le gouvernement va embaucher un médecin. L'association va peut être embauché du personnel. Mais il n'est pas question que l'on sorte de l'argent tout le temps □ L'argent sortira du centre. Donc si je viens, je paie la consultation, ou si je suis hospitalisé, je paie les nuits, c'est ainsi que le centre peut tourner. / Le centre ne peut pas marcher s'il fait du crédit. C'est ça que je sais sur le projet. Pour que notre travail soit réussi, le personnel du centre et le comité de gestion, il faut qu'ils s'entendent entre eux. Il faut discuter de l'argent après. Avant de faire autre chose, faisons l'unité d'abord. C'est ça qui fera avancer les choses. Il faut qu'on parle des gens qui vont rester derrière nous et qui vont faire tourner le centre. C'est la survie du centre qui est importante. Pour la gestion du dépôt, on ne peut pas donner l'argent tout le temps, mais il faut qu'ils achètent les médicaments avec les recettes. Le centre va tourner avec son travail. On mettra les bénéfices de coté. Les sommes vont augmenter, augmenter □ Et ça donnera une capacité d'action pour le futur. /

Sadiola 3, p.7

Concernant le matériel, Moro en a parlé, si le matériel dans le centre n'est pas entretenu, et s'il est endommagé, on sera obligé d'en racheter. Et cela diminuera le capital du centre. Tout ça rentre dans le cadre de la gestion.

Sadio Keita, (chemise bleue à carreaux) : Le comité de gestion, les gens du village et les immigrés, nous voulons tous la même chose, la réussite. Pour qu'il y ait de la confiance, il faut qu'il y ait la transparence en tout entre nous ici et vous là-bas. Les immigrés et les gens du village doivent s'unir mais c'est l'argent qui fait avancer les choses. S'il y a une affaire d'argent entre nous, il faut faire attention □ Sinon on va dire des paroles qui ne doivent pas être dites. On peut travailler dans la transparence. Toute dépense doit être justifiée par un papier. Le travail ne peut pas aller sans la clarté. Lorsqu'on est franc, et l'autre n'est pas franc, après, ça va finir dans des disputes.

Dialla Sissoka, (chemise bleue lignée) : Si la gestion fonctionne normalement, ça doit commencer au dépôt. Le dépôt de médicaments a été construit, ça marche, et le travail continue. Il se peut que si l'association demande le capital du dépôt, depuis sa construction jusqu'à maintenant, et les bénéfices qu'il a réalisés, il n'y aura pas plus qu'une ou deux personnes au courant. / Si on fait les comptes chaque année, et l'on sait qu'on a 50 000 francs en faisant l'inventaire au début de l'année, on a gagné tant, on a perdu tant, on a tant dans la banque, en travaillant comme ça, cela facilitera le travail des immigrés. Si on n'a pas d'informations sur ces choses, certains vont se faire des soucis et d'autres peuvent ne pas être contents. Si on crée l'association, c'est pour améliorer les conditions de vie de notre population. On ne va pas demander tout le temps aux immigrés, parce que les immigrés font ce qu'ils peuvent mais les villageois doivent aussi participer à l'effort. / Les gens d'ici apporteront leur contribution pour combler les manques.

Makan Sissoko (lunettes, manteau vert, devant la fenêtre) : Comment prévenir l'arrivée des maladies ? Le Mali a fixé la prévention comme une priorité. Avant d'hospitaliser une personne, la prévention faciliterait beaucoup les choses. Comment faire cette prévention ? Il faut impliquer l'ensemble de la population du pays dans la lutte contre la maladie. Il faut faire passer l'information. Il faut que la population et le personnel soignant travaillent ensemble. Il faut informer les gens sur la façon dont la maladie arrive, et comment éviter les difficultés. Tout le monde doit prendre ces informations en compte, et ne pas attendre de tomber malade en se disant que Dieu règlera les choses. Il faut que les femmes connaissent leur rôle. Ce sont elles qui portent les enfants. Ce sont elles qui protègent les enfants et veillent sur eux. Ce

sont elles qui assurent la propreté. Donc il faut qu'elles s'impliquent dans cette action de prévention, qu'elles essayent de comprendre les choses et qu'elles s'engagent. Comment peut-on faire quelque chose ? En s'engageant dans un comité de gestion. Si tu assistes à une réunion une ou deux fois, même si tu ne comprends pas au départ, par la suite tu comprends ce que tu entends. Tu pourras ainsi faire, et dire aux autres ce que tu as appris. Dans n'importe quel lieu du village, là ou les femmes pilent ou ailleurs, tu peux parler aux autres de la maladie et de ce que tu as appris. La priorité c'est l'implication de toutes les femmes dans ces actions de prévention.

El Hadj Magnakalé Macalou (chéchia) : Aujourd'hui nous avons fait un bon travail. Prions Dieu de passer une bonne nuit aussi.

Je bénis tous ceux qui sont ici. Que Dieu leur donne longue vie. Que Dieu donne des enfants aux femmes, et que les enfants grandissent dans le droit chemin. Je bénis également les gens du village et en France. Que Dieu aide Guimba et son groupe à avancer. / Le pays ne peut pas se construire sans les fils du pays. Le travail des villages ne peut pas se faire sans les chefs du village et sans les fils du village.

Sadiola 3, p.8

Aujourd'hui nous devons tous faire des efforts. J'insiste sur l'importance de l'information qui doit circuler entre vous et nous afin que l'on sache ce qui se passe, et comment ils dépensent chaque somme, petite ou grande. Nous ne disons pas que les villageois ne savent rien. Ce n'est pas ça. Guimba et le comité, vous connaissez bien les choses, mais l'essentiel c'est de nous tenir au courant, de nous faire parvenir l'information par cassette ou tout autre moyen. On connaît le travail que fait le Président (du comité de gestion) là-bas. Nous l'encourageons à continuer dans cette voie et à nous informer à la fin de chaque année : on a tant de francs dans la caisse, tant de francs dépensés, etc. Il faut nous informer de tout cela. Nous sommes les doyens, nos paroles sont courtes.

Sadio Macalou (président ARASF, lunette, chéchia, écharpe blanche, boubou bleu ciel) : Mes salutations à tous ceux qui sont présents aujourd'hui. Mes salutations aux cameramen. Mes salutations à tous, hommes ou femmes. Tout le monde a fait un vrai effort pour aller dans le même sens. Guimba au village, mes salutations à vous tous. Nous avons créé l'association ici pour tous les villages. J'ai quitté le village il y a 41 ans. Je suis parti du Niagala en 1957. Grace à Dieu, tout le travail que nous avons fait est aujourd'hui pour vous. Si on l'a fait, c'est pour vous aider. / Mes salutations à vous. Continuez les bons efforts. Un pays ne peut pas se bâtir sans ses fils. Nous ne pouvons faire qu'une partie du travail qu'il y a à faire dans votre intérêt. Donc c'est à vous de retrousser vos manches. Mes salutations à tous les gens en France, vieux, hommes, femmes, jeunes □ Que Dieu nous accorde une longue vie □ (Incantation des autres)

(35' générique)

Animateur et traducteur : Moussa Macalou

Images et sons : Samba Camara, Tiéni Dembélé

Responsable programme de prévention GRDR : Salima El Kebir, Demba Diack

Formation et appui vidéo avenir vivable : Michael Hoare

Conseiller santé publique GRDR : Pascal Revault

Remerciements aux docteurs : Didier Duhot, Bénédicte Piketty, centre médico-social Voltaire Montreuil sous bois

Aux membres de l'ARASF Association des ressortissants de l'Arrondissement de Sadiola en France.

Avec le soutien de CPAM de Seine-Saint-Denis, DDASS de Seine-Saint-Denis, Ensemble contre le sida, Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leur famille Ile de France, Ministère des affaires étrangères – Direction de la coopération, Région Nord pas de Calais ; UNICEF

Déc. 99, ARASF et Charte Santé.

g. Gory Gopela 1

Gory Gopela 1, p.1

La Charte Santé et la Région de Kayes et ses environs et l'Association Gory Gopela (GG) présente

En collaboration avec le Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le tiers monde (GRDR)

Balaaho (la Catastrophe), lettre vidéo sur la prévention des épidémies de choléra

Filmée au foyer AFTAM, 18 rue Bara, 93100 Montreuil, France le 31 mai 97

1ere partie : Le Sketch

(Un homme avec un sac entre dans une petite pièce, s'adresse à une femme assise) :

- Est-ce que c'est ici la maison du chef du village ?
- Oui. D'où venez-vous ?
- Du Guidimaxa.

(Il pose son sac, la femme l'aide, il s'assoit. / Elle lui apporte un verre d'eau qu'il boit)

- Merci. Où est le chef du village ?
- Il est aux champs.

(Une adolescente qui était assise à coté de lui, va chercher le verre qu'il a utilisé, et boit dedans. Elle le tend à un gars en teeshirt vert, qui boit aussi dedans. / Un homme, le chef du village, arrive, ils se saluent)

- Bonjour. Soyez le bienvenu. (sa femme lui apporte le même verre, dans lequel il boit aussi). Quel est votre nom de famille ?
- Sylla et vous ?
- Dembélé. Vous êtes ici chez vous. (la femme repose le verre au coin de la pièce) Apporte-nous le repas (dit-il à la femme)
- Voici le repas (un grand plat couvert d'un aluminium qu'elle va chercher par terre, entre les deux hommes. Ceux-ci se rapprochent du plat posé au milieu, l'adolescente aussi)
- Attend, toi. (dit le chef à l'adolescente qui est rejoint par un jeune en teeshirt vert). C'est les adultes qui doivent se laver les mains d'abord, avant les enfants. Sylla, lave-toi les mains. (il se trempe rapidement les mains dans l'eau)
- Est-ce que je peux me laver les mains maintenant ? (demande l'adolescente)
- Oui, mangeons. (il enlève l'alu, invite l'invité à manger, et plonge la main dans le plat)
- Merci c'est bon (dit l'étranger)

(Celui-ci mange un peu et se rince la main dans le même petit pot d'eau. Les adolescents se lèvent et partent, la femme vient chercher le plat et l'alu)

- Comment va votre village ?
- Ah! Chez nous ça ne va pas. Il y a une maladie très grave (répond l'étranger), une maladie diarrhéique. Cette maladie a même tué un enfant chez nous.
- Mes condoléances au village et à la famille.
- Que Dieu lui pardonne ! /

(L'adolescente entre) :

- Maman, j'ai très mal au ventre.
- Ah, tu as mal au ventre.
- Depuis que j'ai mangé, j'ai mal au ventre.
- Dis le à ton père.
- Père, j'ai mal au ventre.
- Sira, amène-la chez le docteur. /

Gory Gopela 1, p.2

(Les femmes sortent, puis reviennent. Le chef du village demande) :

- Qu'est ce que le docteur a dit ?
- Le docteur a dit qu'elle a une diarrhée.
- Ah! Ne serait-ce pas la maladie dont l'étranger a parlé ? (dit-il en le regardant). Elle a tué une enfant chez eux.
- Ah une catastrophe ! L'étranger nous a apporté un déluge. (répond la femme, avec « balaaho »)
- Comment vaincre cette maladie ? (demande le chef à l'étranger)
- Est-ce que je vais mourir (demande l'adolescente) ?
- Est-ce que c'est le fait de boire dans le même verre ? (se demande-t-il)
- Ah le balaaho, voilà ce qui m'arrive, la catastrophe ! (dit la femme)
- A partir de maintenant, il faut faire attention et tout surveiller. Désormais, tout le monde doit se laver les mains avec la bouilloire. A partir d'aujourd'hui, c'est ce qu'on va faire. Je vais dire au griot de convoquer une réunion de tout le village. Car un étranger est venu chez nous avec une maladie très grave et dont on ne connaît pas l'origine. /

(L'assemblée du village, la pièce est remplie, le chef du village parle) :

- Ma fille a eu mal au ventre. (le griot répète tout ce qu'il dit). Ma femme l'a amené chez le docteur. On lui a dit qu'il s'agissait de cette maladie diarrhéique. Dont on entendait parler, le cholera. Comment l'attrape-t-on ? C'est le fait de boire avec le même verre. Est-ce que c'est le fait de se laver les mains avec la même eau et dans le même sceau ? Nos ancêtres avaient coutume de dire que les enfants ne devaient pas se laver les mains avant les plus âgés. Monsieur le griot, faites un appel à tout le village. Il y a le cholera chez nous. Il faut que tout le monde se réunisse pour trouver une solution pour prévenir et guérir cette maladie.

- Avis à la population ! Le chef de village convie tout le monde à la réunion de ce soir. Une maladie grave est annoncée et il faut trouver une solution. Suite à la convocation du chef du village, nous allons débattre sur les moyens pour prévenir, traiter et éviter la propagation de cette maladie.

(Le griot, un homme en veste bleu ciel, une chemise à rayures rouges et blanches, il tourne sur lui-même au milieu de la pièce pleine de gens)

2eme partie : le Débat (7'06)

(Petite pièce, le cameraman a à peine la place de bouger. Beaucoup d'intervenants commencent donc à parler hors cadre, puis beaucoup de très gros plan)

Tieni Dembélé, (pas annoncé, chemise camaïeux de verts) : Nous nous réunissons pour parler de la maladie. (Le griot fait un « hummuh » après chacune de ses phrases, et continu avec chacun intervenant pendant tout le film). Nous allons débattre pour savoir comment la prévenir. Que faut-il faire quand on a la maladie ? Tout le monde va dire ce qu'il en pense car c'est une maladie très grave. (La camera film les différents hommes présents). Dans la pièce, l'étranger a apporté la maladie et la fille l'a attrapée, donc il faut en discuter.

(8'24) Messaoudé Coulibaly : Je suis Messaoudé Coulibaly. Je travail avec Tiéni Dembélé et le GRDR. On travail avec le docteur, avec le chef cameraman et avec Salif Diallo, le coordinateur. Donc si cette maladie arrive que faut-il faire ? A qui doit-on s'adresser ? Car c'est une maladie qui tue et elle tue beaucoup de gens. Je m'adresse à la population, au docteur et au comité de santé qui sont là-bas. Que faut-il faire ? Comment éviter la propagation ? Je voudrais que vous nous disiez ce qu'il faut faire. Pour l'instant, c'est ce que j'ai à vous demander. /

Gory Gopela 1, p.3

Tiéni : Baladjiguy Kanté, toi qui es secrétaire général de l'association de Gory, comment attrape-t-on cette maladie ?

(10'19) Baladjiguy Kanté, (moustache, costume noir) : D'après les responsables le cholera est une maladie grave. Quand cette maladie vient, elle tue. Elle n'épargne ni les enfants ni les adultes. Si elle est là, il faut essayer de la combattre. Quand elle entre dans le village, la maladie se propage très vite. Il faut que les jeunes et le comité de santé fasse tout pour limiter la propagation. Celui qui n'a pas subi cette maladie a entendu parler d'elle. Elle fait beaucoup de dégâts. Gens du village, nous voulons vous demander comment limiter la maladie quand la catastrophe vient ? Nous en tant qu'immigrés, que peut-on faire quand la maladie vient ?

(11'49) Kani Dancira (la femme qui joue dans le sketch) : Quand cette maladie vient, elle reste. C'est une catastrophe et la maladie est difficile à faire partir. Pour nous les femmes, l'idée que j'ai, c'est de ne plus boire dans le même verre. Ma fille a bu dans le même verre que l'étranger. Elle s'est lavée dans la même eau que l'étranger, et maintenant elle a eu la maladie. Pour nous les femmes, la cholera n'est que la saleté. Si les eaux sales sont proches des puits et des forages, ce n'est pas bon. Il faut acheter beaucoup de gobelets. Les femmes et les hommes doivent se comprendre. Même si les femmes veulent, elles n'ont pas les moyens d'acheter des gobelets. Apres, c'est aux femmes de tenir propre les gobelets.

Tieni : Baladjiguy, à quelle période le cholera vient-il ?

Baladjiguy : Nous ne sommes presque que des illettrés mais d'après ce que disent les médecins c'est pendant l'hivernage. C'est eux qui savent. On demande aussi leur avis sur la prévention et le traitement. On demande aux médecins et au comité de santé, comment prévenir la maladie et comment éviter la propagation. Je demande l'avis de tout le village.

(15'52) Kani Dancira (la femme qui joue dans le sketch) : Le plus important du coté des femmes, c'est la propreté. Quant aux robinets pour les jarres, essayons d'appliquer cette solution. Si on s'occupe de cela, et de la javellisation, si on fait attention aux enfants, nous aurons fait un grand progrès. Empêchons les enfants de boire avec les gobelets sales. Pour éviter le cholera, il n'y a pas d'autre solution. Tout simplement il faut être propre. (Tout n'est pas sous-titré). Pour l'instant, c'est ce que j'ai à vous dire.

Tiéni Dembélé, l'animateur (hors cadre) : Dioukou, que peut faire le comité de santé pour la prévention du cholera ?

Dioukou (veste verte à carreau, barbe) : Pour le comité de santé, à mon avis, il faut commencer par la propreté du village. Il faut aussi surveiller les enfants et les élèves. Les enseignants peuvent conseiller les élèves sur les maladies. Comme Baladjiguy a dit, nous sommes des illettrés. Et les médecins peuvent nous donner des réponses.

(18'32) Tiéni Dembélé : Kouaté, selon toi, comment peut-on éviter la propagation de la maladie ?

Kouaté (le griot, veste bleu claire) : A mon avis, pour éviter la propagation, il faut éviter les déplacements. Comme les femmes l'ont dit, la propreté est importante. Si la maladie touche une famille, il faut éviter le déplacement jusqu'à la guérison. Comme les femmes ont dit, il faut la propreté partout.

Gory Gopela 1, p.4

Kani Dancira (la femme qui joue dans le sketch) : Il faut que les hommes installent des poteaux pour accrocher les puisettes à coté des puits. Utilisons l'eau des puits pour faire les travaux et même s'il y a la queue à la pompe, faisons la queue. On peut utiliser l'eau des puits pour la cuisine, mais pour boire, il vaut mieux l'eau de la pompe. Une fois arrivé avec les sceaux dans les maisons, évitons de les poser par terre. Que toutes les femmes retiennent : il faut accrocher le sceaux au poteau. /

Messaoudé Coulibaly (veste bleue marine) : La propreté, le soin, c'est l'affaire de tout le monde. La maladie peut être guérie, mais il vaut mieux prévenir que guérir. Pendant la saison sèche, les animaux meurent un peu partout. Donc pendant l'hivernage, il vaut mieux que tout le monde apporte son eau en brousse pour éviter de prendre l'eau dans les mares. Car cette eau apporte la maladie. Quand la maladie arrive, il ne faut pas s'affoler. Si chacun se soigne à sa manière, ce n'est pas bien. Donc il faut s'adresser au docteur et au comité de santé. C'est seulement avec le docteur qu'on peut connaître la maladie. Il peut nous dire de quelle maladie il s'agit. Ainsi nous pourrions enquêter auprès des docteurs comme auprès du GRDR en France. Il y a deux moments de l'année où la maladie apparaît : au début, puis à la fin de l'hivernage. C'est à cette période que les eaux stagnent, que les animaux meurent ou font leurs besoins. Les gens se baignent dans ces eaux et cela apporte la maladie. En cas d'épidémie, il faut d'adresser au docteur et à l'AICS à Kayes pour guérir ceux qui sont déjà malades, et prévenir ceux qui ne le sont pas encore. Il faut toujours demander au médecin le dosage de l'eau de javel. Pour filtrer l'eau, il faut utiliser un morceau de tissu propre afin d'éviter que les saletés et les microbes passent. Après chaque utilisation du tissu, il faut le laver à l'eau de javel. Quand la maladie vient, il faut éviter que chacun la soigne à sa façon car cela peut aggraver la propagation. Comme la femme vient de la dire en khassonké c'est la propreté de la femme qui compte et la propreté du bord du puits. Il ne s'agit pas de s'occuper que de la vaisselle, mais il faut aussi s'occuper des enfants, de leurs vêtements. Avant de manger, il est nécessaire de leur laver les mains. L'enfant qui est par terre peut mettre ses mains n'importe où. Il peut donner la maladie en mettant ses mains dans la nourriture. Il faut surveiller les enfants, et cela est surtout la responsabilité des femmes.

(24'08) Tiéni Dembélé : D'après toi, Banja, c'est à partir de l'eau ou les aliments qu'on peut attraper la maladie ?

Banja (veste beige, qui baisse la tête) : Comme le chef du village l'a dit, il faut aller voir le docteur lorsqu'il y a une maladie. Il n'y a pas de vaccin pour prévenir cette maladie. Donc quand la maladie est là, il faut aller voir les médecins. Ils peuvent nous conseiller. Cette maladie survient 2 fois dans l'année : au début et à la fin de l'hivernage. On peut faire attention à la propreté pendant ces périodes. Les femmes doivent faire attention à l'eau car nous, les hommes et les enfants, buvons tout ce que nous trouvons dans les jarres. Vous les femmes devez faire attention à la propreté de l'eau. Il faut aller au forage pour avoir de l'eau potable. Il faut éviter de prendre l'eau des mares car il y a des microbes à l'intérieur. Il n'y a que la javellisation qui est efficace. Il n'y a que l'eau de la pompe qui est vraiment propre. Comme les toubabs disent, il faut éviter les microbes.

(26'29) Tiéni Dembélé : Vous les jeunes d'ici, qu'en pensez-vous ? Quelles questions pouvez-vous poser aux jeunes là-bas ? Car l'avenir c'est les jeunes. Nous ne sommes pas plus intelligents qu'eux et ils savent aussi beaucoup de choses. D'après vous les jeunes, comment faut-il traiter cette maladie ? /

Gory Gopela 1, p.5

(26'58) Diadié Coulibaly (teeshirt turquoise, qui jouait dans le sketch) : Les hommes peuvent aider les femmes en disant aux jeunes de ramasser les ordures à côté de la maison. Au moment de faire la cuisine, les hommes peuvent dire aux femmes de couvrir les aliments pour éviter que la poussière ne se pose dessus. Car il y a aussi des microbes. On peut attraper la maladie comme ça.

Tamba Dembélé (chemise avec un drapeau américain, lunette de soleil ☐) : les hommes doivent dire aux femmes de protéger les aliments lorsqu'une personne balaie. Il vaut mieux éloigner les animaux (les chèvres, les moutons) de la cuisine et de là où dorment les gens. Il y a aussi des commerçants qui ne protègent pas leurs marchandises. Si un enfant achète une chose non protégée, tout cela peut donner la maladie. Les jeunes de là-bas pourraient mettre une amende à toute personne qui ne protège pas les aliments qu'elle vend. Si un enfant achète un beignet qui n'a pas été couvert, c'est comme s'il achetait la maladie et cela peut se propager dans tout le village. Celui qui prépare des aliments chez lui pour les vendre, et ne les couvre pas, c'est comme s'il donnait la maladie à tout le monde.

Tiéni Dembélé : Baladjigui, que peuvent faire l'AICS ou les migrants en France en cas de maladie ? Les gens vivant en France, peuvent-ils aider les gens du village ?

Baladjigui Kanté : Ta question me fait plaisir. En premier lieu, les responsables sont le personnel soignant, le comité, l'AICS et les migrants. Notre responsabilité à nous c'est le financement. Pour le reste, c'est à vous de nous dire si, en cas d'épidémie, il y a assez de médicament. C'est aux médecins de nous dire si on peut faire face à la maladie. Ils ne doivent pas croire que nous nous sentons supérieurs. On leur pose la question pour savoir ce qu'ils en pensent. Tout le monde a une idée sur ces questions. On pose la question au village, au médecin et au comité de santé pour avoir leur avis.

(30'56) Ramatha Dancira (femme, boubou ocre à motif noir) : Tout a été dit. Au bord des puits, il y a parfois des disputes. Certaines femmes disent à d'autres de s'éloigner. Celles-ci répondent que les puits sont pour tout le monde. C'est au bord du puits qu'on attrape facilement la maladie et la propreté est encore plus importante que chez soi. Certaines femmes sont plus propres que d'autres et elles leur disent de faire attention à leur nourriture. On ne doit pas être vexé si on te fait la remarque. C'est seulement pour éviter la contamination. Vous les femmes, il faut faire attention à vous-mêmes.

Kani Dancira (la femme qui joue dans le sketch) : Comme Baladjigui a dit, les migrants vivant en France peuvent aider ceux qui sont là-bas. D'après le proverbe, une personne qui reçoit une pierre sur la main a plus mal qu'une pers qui la voit venir à tps. C'est à eux au village de se prendre en charge [*demande de responsabilisation, d'efforts de leur part*] car le tps que l'aide des migrants arrive chez eux peut être trop long. La maladie aura déjà fait trop de ravages. La propreté concerne les femmes, mais il faut que les hommes les aident. Quand une femme veut acheter un filtre ou un tamis, elle demande de l'argent à son mari. Il lui répond que sa propre mère n'a jamais acheté de filtre ni de tamis pour filtrer l'eau. Pourtant il a survécu pour la marier. Avant il n'y avait pas beaucoup de voyages. Maintenant il y a beaucoup de voyageurs de France, du Congo, etc. ☐ Ils peuvent transporter des maladies qui ne se soignent plus avec des

feuilles. Ce ne sont plus les mêmes maladies. C'est pourquoi nous demandons l'aide des hommes. /

(34'35) Kouaté, le griot : Il faut éviter les déplacements. Si un enfant est malade, il faut éviter de lui faire boire l'eau du baobab. Un malade du cholera doit boire beaucoup d'eau pour qu'il ne se déshydrate pas.

Gory Gopela 1, p.6

Il faut aussi l'amener chez le docteur. Il ne faut pas prendre des médicaments qu'on ne connaît pas. Le médecin est la pour soigner, il faut donc aller le voir. Il faut aller à la pharmacie pour traiter sa maladie. Tout ce que nous disons, c'est pour vous, car si la maladie entre dans le village, avant que nous le sachions, vous en subissez les conséquences. Tout ce que nous disons, ce ne sont pas que des conseils. J'espère que cela ne choquera personne. /

(35'21) Tiéni Dembélé : Le cholera est une grave maladie, une grave catastrophe, et il faut essayer de se traiter. Il faut se prévenir contre le cholera avant son arrivée dans le village. Il faut tout faire pour éviter sa propagation. Il ne faut pas prendre n'importe quel traitement et il faut aller chez le médecin. Seul le médecin peut réaliser le traitement. Et il faut boire beaucoup d'eau. Mais un malade qui a mal au ventre, si on lui dit de boire de l'eau, c'est difficile. Donc c'est aux gens qui sont à son chevet de le faire boire. Le cholera, ce n'est que de la diarrhée et des vomissements. C'est pour cela que le malade doit boire beaucoup d'eau pour qu'il ne se déshydrate pas.

Baladjigui Kanté : En cas d'épidémie, les gestionnaires du centre doivent se mobiliser pour faire savoir aux villages qui nous entourent de se protéger. C'est nous de Gory qui parlons de la maladie, mais nous ne sommes pas les seuls concernés. Le comité de santé doit aller voir les autres membres des villages environnants et leur expliquer la maladie et les moyens de prévention. Je pose cette question au comité de santé et aux médecins : est-ce qu'ils ont des moyens de prévention et des stocks suffisants de médicaments en cas de maladie ? C'est tout ce que j'ai à leur demander.

(37'58) Messaoudé Coulibaly : Comme Baladjigui l'a dit, il n'y a que cela à faire. Je vous dis seulement une chose. Il y a 5 villages autour du centre. Tout le monde est concerné par cette cassette. Il faut faire une copie pour les villages de Boukoutinti, Tischi, Koumaréfara et Dag Dag pour que tout le monde soit informé.

Banja (qui ne baisse plus la tête) : Le jour de la projection de la cassette, ils peuvent dire au griot d'appeler tout le village parce que c'est un enseignement que nous donnons à tout le monde, pour que tout le monde puisse écouter et comprendre.

(Un jeune souriant, chemise beige à rayure noire) : Le progrès du village commence d'abord par le progrès de la famille. Et le progrès du village fait progresser la ville et le pays. Si on laisse tout faire à un gouvernement qui n'en a pas les moyens, il n'y a pas de progrès. Si on veut que le gouvernement s'occupe de Gory alors qu'il a lui-même des difficultés, Gory ne progressera pas. Ce qu'on peut faire nous-mêmes, il faut qu'on le fasse. Il faut qu'on essaie de trouver la solution à notre problème. Il faut que les jeunes se serrent les coudes car les vieux ont fait leur tps. (D'autres parlent, non traduit). Il reste aux jeunes de faire leurs preuves car demain c'est pour eux (rire).

Tamba Dembélé (jeune avec la chemise au drapeau américain) : Une fois la cassette diffusée, il faut qu'on dise aux jeunes de Boukoutinti, Tischi, Dag Dag et Koumaréfara de former des comités pour surveiller des gens qui vendent des aliments non couverts. Il faut mettre des amendes à ceux qui ne couvrent pas les aliments qu'ils vendent dans les 5 villages. Il faut que tout le monde respecte ces règlements car la maladie n'épargne pas. S'il y a la maladie dans Boukoutini, Gory peut l'avoir et ainsi de suite. La maladie c'est l'affaire de tous. Il faut la combattre ensemble. Cela évite la propagation. (Ils rient tous sur une blague non traduite. ils sont tous fatigués, se dispersent)/

Gory Gopela 1, p.7

41'20 Kanta Dacira : Si on met des amendes, celui qui ne peut pas, ou ne veut pas payer, il faut lui interdire de vendre, car c'est comme s'il donnait la maladie au village. (« Voila, c'est vrai » en français dans l'assemblée). Les plus difficiles à surveiller ce sont les Peulhs, parce que se sont eux qui vendent le lait. (Tout le monde parle en même temps)

41'43 (le chef dans le sketch) : Celui qui veut se suicider ne doit pas entrainer les autres.

Kanta Dacira : Si tu vends quelque chose qui tue, ne me donne pas quelque chose qui va me faire mourir. Si tu veux sauver ta vie par ma mort, moi je te laisse avec ta marchandise.

? : Si tu sais que c'est ta vie qui dépend de ce que tu vends, il faut le (le produit) surveiller, il faut le respecter. /

(Le jeune teeshirt turquoise) : Il y a encore autre chose dans le village. Les gens laissent couler les eaux usées dans la rue. S'ils voient cela, il faut aussi qu'ils mettent des amendes. Il faut que les jeunes se regroupent pour surveiller les familles qui laissent leurs eaux usées couler dans les rues. S'ils voient cela, il faut aussi qu'ils mettent des amendes. Il faut que chacun creuse une fosse couverte pour recueillir les eaux usées. Si on laisse couler les eaux usées dans la rue, les gens marchent dedans, les mouches se posent dessus, elles se posent sur les aliments qui vont dans le ventre. C'est comme si on achetait une maladie. Il faut que les jeunes fassent le tour du village, informer tout le monde, et après ils mettront des amendes. C'est tout ce que j'ai à dire.

(42'56) Tiéni Dembélé : On peut maintenant clore ce débat car il fait presque nuit. Tout ce que nous pouvons dire aux gens du village c'est ne pas trop s'inquiéter s'il y a la maladie. Ils peuvent écrire aux migrants pour de l'aide et préciser ce dont ils ont besoin.

(La femme en ocre) : L'aide que les hommes peuvent fournir, c'est l'achat de tamis, de gobelets et de pagnes pour filtrer l'eau. Ce sont les hommes qui doivent acheter ça. Les femmes ont beaucoup de choses à faire. Nous

connaissions tous le rôle de la femme car nous avons toutes fait la cuisine et le ménage là-bas. S'il n'y a pas d'eau de javel, si on demande aux hommes d'en acheter, ils disent qu'ils n'ont pas d'argent. Il ne faut pas que les hommes fassent cela. Il faut que les jeunes hommes mariés aident leurs femmes puisque leurs mères ne font plus la cuisine.

(La femme du sketch) : Je ne parle pas bien soninké mais le but de cette cassette c'est d'encourager la propreté des femmes. Nous connaissons les difficultés que vous avez là-bas. Tout ce qu'on a dit, c'est pour vous. Personne n'a de moyens, mais il faut s'entraider. Nous vous donnons notre avis. Nous voulons aussi que vous nous donniez le vôtre. Vous m'excusez, que vous soyez khashsonké ou soninké.

(45'07) Messaoudé Coulibaly : On va clore le débat. J'insiste sur la propreté. Il n'y a que la propreté qui nous évitera cette maladie. Il y a plusieurs maladies transmissibles mais nous avons choisi le cholera dont la prévention est la propreté. Après tout ce qu'on a dit aujourd'hui il ne faut pas croire que nous nous pensons plus intelligent que vous. C'est tout simplement pour éviter la maladie. Vous êtes nos parents, nos pères, nos mères, nos enfants. Que ceux qui ont été vexé nous pardonnent au nom de Dieu, qu'ils soient soninké, khashsonké ou peulh.

Gory Gopela 1, p.8

Tiéni Dembélé: C'est moi Tiéni Dembélé et Messaoudé Coulibaly qui avons organisé cette réunion et qui sommes les animateurs. Nous avons fait la formation sur les maladies transmissibles au GRDR pour les prévenir et les traiter. Il y a plusieurs maladies transmissibles, mais nous avons choisi le cholera pour donner notre avis et connaître le vôtre. Nous avons fait cette cassette pour traiter le cholera. D'autres cassettes traitent d'autres maladies transmissibles. Si on fait attention à tout ce qu'on a dit, peut être évitera-t-on beaucoup de maladies transmissibles. On a fait le centre de santé pour notre bien être. Mais le plus difficile, ce sont les maladies transmissibles. Dans un premier temps, nous devons prévenir ces maladies. Le reste, c'est le travail des médecins. On envoie d'abord cette cassette. On attend celle des villageois pour qu'il y ait un échange de point de vue entre nous et pour limiter les dégâts provoqués par les maladies transmissibles.

(47'28, générique)

Animateur et montage : Messaoudé Coulibaly, Tiéni Dembélé

Images et sons : Demba Diallo, Moussa Macalou, Doua Sissoko

Montage : Tiéni Dembélé

Formation, animation et santé : Felix Popotte, Pascal Revault (GRDR)

Formateurs, vidéo : Michael Hoare (Ass. Avenir Vivable)

Remerciements spéciaux : (les participants)

Avec le soutien de CPAM Seine-Saint-Denis, DDASS Seine-Saint-Denis, Ensemble contre le sida, Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leur famille Ile de France ; Union Européenne (DG5)

Depot 1997, Charte Santé, L'association Gory Gopela

h. Gory Gopela 2

Gory Gopela 2, p.1

(Images du village avec voix off qui vient ensuite dans le cadre ; des chaises et des bancs sous un arbre)

Hamara Konaté (grand survêtement bleu ciel) : Les immigrés en France nous ont envoyé une cassette vidéo qui est une vidéo-lettre. Ils nous ont demandé de répondre à cette vidéo-lettre. La vidéo lettre nous donne les points de vue de ceux qui sont en France. Nous sommes obligés de leur répondre. Le but de ce travail, c'est l'amélioration de la santé.

Samballa Diarra (petit, colle droit, veste grise) : La maladie dont ils ont parlé c'est le choléra. Donc on va commencer par parler du choléra qui fait des dégâts chez nous. Après nous allons discuter de la maladie qui nous concerne tous les jours – notre mauvais voisin, le paludisme.

(Chant de femmes qui sont aussi sous l'arbre, ensemble)

L'association inter centre de santé (AICS) et l'association de santé communautaire de Centre de Santé de Gory Gopela, présentent, avec la collaboration du Groupe de Recherches et de réalisations pour le développement rural dans le Tiers Monde (GRDR),

Taaxalen Buure sigui niokho diakho (mauvais voisin)

LV sur la gestion des épidémies de choléra et sur le paludisme,

Filmée au CSCOM de Gory Gopela, Mali

Le 24 novembre 97

(3'02) *Hamara Konaté* : Sinsy Nomoko, qu'est-ce que le choléra ?

(Jeune homme en teeshirt et chemise blanche) : Je m'appelle Sinsy Nomoko. Je suis président du comité de gestion du centre de santé. Nous nous occupons des problèmes de santé des villageois. Nous avons vu la vidéo-lettre de la France et cela nous a plu. Le choléra est une maladie qui se manifeste par des vomissements et une diarrhée continue.

Drissa Nomoko (veste marron) : Le choléra survient après les 1ere pluies qui entraînent toutes les saletés dans les rivières. Ce sont les eaux sales qui provoquent le choléra. Pour avoir une nette amélioration, il faut de l'hygiène. On doit dire aux femmes de veiller sur l'hygiène. Si cette hygiène est appliquée aux eaux que l'on boit, nous pourrions éviter de choléra. Voilà ma réponse.

L'animateur : J'aimerais savoir, Moussoufy, selon vous comment attrape-t-on le choléra ?

(Femme en boubou à rayure jaune et noire) : Je suis Moussoufy Damba de Gory Gopela. Le choléra vient avec les premières pluies. C'est une période difficile puisque l'eau est peu disponible. Les parents doivent faire attention. On doit chercher de l'eau potable pour les enfants puisque si tes enfants tombent malades tu auras des soucis. Quelle que soit l'eau que tu trouves, il faudra la filtrer et la javelliser. Si tu ne fais pas ça, c'est sûr que tu n'échapperas pas à la maladie. Quand les enfants mangent, il faut nettoyer leurs bouches, et leurs mains. La tasse dans laquelle ils boivent doit être accrochée en haut. Il faut toujours filtrer l'eau parce que la saleté n'est pas bonne. C'est une catastrophe. Voilà ce que je sais.

L'animateur : Je vous demande, lorsque le choléra se déclare, comment l'empêcher de faire des dégâts ?

Gory Gopela 2, p.2

(Femme au boubou violet) : Je m'appelle Fanta Dembaga. Si le choléra arrive, nous devons des mesures d'hygiène. Nos balayons aux alentours des puits et des pompes d'eau. Il faut des mesures d'hygiène. Le choléra n'aime pas la saleté. Il faut veiller à la propreté des enfants et à la couverture des aliments.

(5'48) *Sinsi Nomoko* (président comité de gestion) : Nous avons pris des mesures pour constituer un stock de médicaments. Si la maladie se déclare demain ou après demain, on pourra la traiter. Mais il y a encore des choses qui nous manquent. Face au choléra, il faut des mesures d'hygiène. Mais l'hygiène n'est pas possible sans eau potable. Cela nous manque beaucoup. Par ailleurs, les savants disent qu'il y a d'autres pratiques qui peuvent permettre d'éviter le choléra. Il faut utiliser l'eau de javel et garder les habits et les aliments propres.

L'animateur : Il a été dit qu'on peut utiliser l'eau de javel pour prévenir le choléra. Est ce que tout le monde a de l'eau de javel ? /

Lamine Sidibé (vieux chéchia rouge et blouse marine) : Tout le monde n'a pas l'eau de javel. Si on apprend que le choléra est dans le village, on peut chercher l'eau de javel. Tu l'utilises avant que la maladie n'arrive chez toi. Les gens vont voir ça. Ils pourront faire la même chose avant que la maladie n'atteigne leur famille.

(Femme en boubou vert pomme, noir et rose) : Je m'appelle Sallé Coulibaly de Gory Gopela. Nous avons une association qui s'occupe du balayage des rues et des alentours des puits et des forages. Nous gardons nos enfants propres. Nous faisons tout parce que nous avons peur de la maladie. Si nous appliquons des mesures d'hygiène même s'il y a la maladie, elle ne fera pas de dégâts importants. C'est l'eau non potable qui provoque les maladies. Au début de l'hivernage, il y a des maladies liées à l'eau sale. Si on n'a pas d'eau potable, on est obligé de consommer l'eau non potable. Sinon, les mesures d'hygiène ne manquent pas. Les rues ne sont pas sales, les alentours des puits non plus.

(8'08) L'animateur : Beaucoup de gens disent que le fait d'utiliser le même pot favorise la contamination. Est-ce que vous pensez que tout le monde peut procurer plusieurs pots ?

(Femme boubou losange rose et foulard blanc) : Je suis Niakha Sakiliba de Gory Gopela. Pour répondre à ta question, je dirai que nous sommes pauvres. Nous ne sommes pas toujours en mesure d'acheter plusieurs pots. Ce qui est important, c'est la propreté. Même si on a que 2 pots, qu'on fasse en sorte qu'ils soient toujours propres. On peut trouver 2 pots chez certains, 3 pots chez d'autres. C'est ce que je sais.

(Femme foulard rose qui lui tombe de la tête) : Je suis Fatoumata Dancira de Gory Gopela. Le choléra est provoqué par l'abs d'hygiène. Les vendeurs dont ils parlent dans la cassette peuvent effectivement véhiculer le choléra. Si on veut vendre des aliments il faut être propre. Si tu n'es pas propre, tes produits peuvent contaminer les consommateurs. Si on vend des beignets, il faut couvrir la pâte. S'ils sont cuits, il faut les couvrir aussi. Après avoir fini, il faut couvrir l'huile. Sinon les mouches vont mourir dedans. Certaines femmes les enlèvent, d'autres les laissent dans l'huile. C'est de la saleté. Le choléra se transmet à partir de l'eau. Les pots doivent être propres. Il ne faut pas les laisser par terre. Après usage, il faut les renverser. Si on les met par terre, les mouches viendront dedans. Mais on ne sait pas d'où viennent les mouches. Pratiquer l'hygiène est difficile. Ce que je sais, c'est qu'il faut de l'eau potable. Et que tous, homes et femmes, fassent de l'hygiène leur affaire. Voilà ce que je sais.

Gory Gopela 2, p.3

(9'57) L'animateur : Je m'adresse au gérant de la pharmacie pour savoir s'il y a des stocks de médicaments pour prévenir de telles maladies, ou si on achète les médicaments après l'enregistrement de quelque cas. Est-ce que c'est le gérant qui décide l'achat ou le comité de gestion ?

Yoro Dambélé, pharmacien (jeune moustachu à chemise en jean) : Le médicament qu'on utilise pour traiter le choléra est le Reinzer. On a toujours un stock de Reinzer ici. Le choléra est une épidémie. Une fois commencée, on ne sait pas où il va s'arrêter. Le choléra vide le corps de toute l'eau qu'il contient. Le Reinzer est utilisé pour compenser l'eau perdue par le corps. Nous travaillons en collaboration avec les agents de santé. Nous renouvelons les stocks de médicaments. Quand il n'y en a pas suffisamment, on procède à l'achat. Il y a des l'argent pour ça. Mais une fois que quelqu'un attrape le choléra, il faut obligatoirement utiliser ce médicament.

(11'24) L'animateur : Le docteur est présent avec nous. Est ce qu'il peut nous dire en quelques mots qu'est ce que le choléra, comment l'attrape-t-on, comment le traiter, et comment le prévenir ? Est ce que nous avons les hommes et le matériel pour lutter contre le choléra ?

Seydou Coulibaly, médecin (lunette, costume cravate noire) : Le choléra est une maladie liée à la saleté. On l'attrape de l'eau non potable. On l'attrape d'aliments sales. Ce n'est pas une maladie difficile à prévenir. La grande partie de la prévention, ce sont les mesures d'hygiène. Beaucoup de gens, surtout les femmes, en ont parlé. En ce qui concerne la prévention, nous avons les outils adéquats. Le 1^{er} outil, c'est l'hygiène et l'information. Si les gens maîtrisent cela, ils pourront éviter la maladie. La 2^{eme} question, c'est comment traiter la maladie. Nous avons le nécessaire pour ce traitement. S'il y a des cas, les gens en seront informés. Voilà ma réponse à la question de Hamara.

(Musique et danses)

2eme partie : le paludisme notre mauvais voisin

1ere question : Qu'est ce que le palu ? Comment l'attrape-t-on ?

(14'20) (veste grise du début) : Je vous demande, comment attrape-t-on le palu ?

(vieux homme en boubou vert et chapeau beige) : Je m'appelle Souleymane Kébé. Je suis de Koumaréfara. Je réponds à ta question. 1erem, on attrape le palu par les moustiques et par les autres insectes qui piquent. Donc on doit protéger les enfants des moustiques. Dans le tps, il n'y avait pas beaucoup de palu mais actuellement il y en a toute l'année. Ce n'est plus limité à une période de l'année. Quand on est atteint, c'est mortel. Ça tue les gens. Si je devais répondre à ta question, je dirais que le palu s'attrape par tout insecte qui pique.

(Femme, boubou noir d'un côté et jaune de l'autre, avec un bébé sur les genoux) : Je m'appelle Aissetou Traoré. Je suis de Dag Dag. Le palu se transmet par les moustiques. Les moustiques se développent dans les eaux usées, les eaux de toilette et les eaux sales. C'est là où se trouve le palu. Si le moustique te pique et te met cette eau dans le sang, ça devient le palu. Autrefois, nous pensions que c'était une maladie du tps des récoltes. Mais maintenant ça ne nous quitte plus. Maintenant pendant toute l'année, le palu est avec nous. C'est un voisin, un bien mauvais voisin. Il nous fatigue. Si vous pouvez nous aider, aidez nous. Voilà ce que j'ai à dire.

Gory Gopela 2, p.4

(15'58) (femme boubou claire) : Je m'appelle Fatoumata Sakiliba de Gory Gopela. Certaines personnes ont des moustiquaires, d'autres n'en ont pas. Les moustiques dérangent les gens. Si l'enfant est atteint du palu, il a la fièvre pendant la nuit. Certains en ont tellement marre qu'ils veulent mourir. On dirait que c'est de l'épilepsie. Or ce n'est pas l'épilepsie, c'est le palu. Il y a des gens qui ont des moustiquaires et d'autres qui n'en ont pas. Il faut allumer plus de 10 spirales fumigènes et cela ne sert à rien. Les moustiques nous embêtent. Que les immigrés nous aident comme ils peuvent même si c'est seulement pour acheter une moustiquaire ou une spirale fumigène. Voilà ce que j'avais à dire.

(Un des animateurs): Est ce qu'il y a une saison du palu?

Sindy Kanté (femme vieille, foulard vert et violet): Souvent le palu vient à la fin des cultures. Les gens disaient que les moustiques étaient toujours nombreux à la fin des cultures. On disait que c'était la période de la maladie parce que toutes les terres familiales autour du village étaient cultivées. Mais aujourd'hui, le palu est notre voisin. Il ne privilégie ni la saison des pluies ni la saison sèche. Le palu est avec nous tout le tps. Il nous gêne la vie.

(17'25) *Kotouba Sow, Président ASACO* (chéchia rouge sur la tête, boubou blanc brodé jaune): chez l'enfant, la plupart des cas commencent par des vomissements et des maux de tête. Avant on ne connaissait pas le mot « paludisme ». On disait seulement : « maladie de la fin des cultures ». Cette maladie attrape l'adulte et l'enfant. Avant on ne partait pas consulter le médecin. Mais au il faut consulter le médecin pour savoir si la maladie t'a quitté ou non.

Souleymane Kébé (le chapeau bizarre): Quand une épidémie commence, certains disent que les enfants sont ensorcelés. Mais ce n'est pas ça. C'est le palu. Si la fièvre monte beaucoup, la maladie monte à la tête. Tu perds conscience. Les gens vont dire que l'est l'oiseau (la sorcellerie). Ce n'est pas l'oiseau. Ils vont dire que c'est le diable. Ce n'est pas le diable. C'est la force du palu.

(18'30) Sidi Mahamé Dambélé (barbu, boubou clair): Comment avons nous su qu'il s'agissait du palu? On est allé voir les agents de santé. Les agents de santé nous ont dit qu'actuellement c'est le palu qui sévit ici. Et plus généralement, que le palu a embauché toute l'Afrique. Et ça c'est un symbole pour tous les africains. Il ne faut pas croire que c'est nous qui le disons. C'est le personnel soignant qui le dit. Et le palu tue chaque jour.

L'animateur: Je pose la question au médecin, chef du centre, beaucoup de gens ont parlé du palu, le palu qu'est ce que c'est? Comment on l'attrape? Vous êtes bien placé pour répondre à ces questions.

Seydou Coulibaly, médecin, chef du centre: Je suis Seydou Coulibaly. Je suis le médecin su centre de Gory et je suis content de répondre à la question de Hamara. Le palu est transmis par les moustiques. Les moustiques viennent des eaux sales. Celui qui dit que le palu vient des moustiques ne se trompe pas. Il y a beaucoup de gens qui ont parlé. Beaucoup de leurs paroles sont vraies. Beaucoup ont parlé de la propreté. Il y a quand même une chose qui n'a pas été beaucoup dite. J'ai remarqué qu'il y a des périodes comme le mois d'octobre ou il y a beaucoup de cas de palu. C'est le mois ou toutes les cultures commencent à murir. Il y a beaucoup de cultures dans la maison même. Or, parler de ces cultures intra domiciliares est difficile. Je demande aux migrants de nous aider à sensibiliser la population. Il faut réduire ces cultures. Pour montrer que le palu est un de nos grands soucis, je vais donner quelques chiffres. Dans un mois d'octobre, sur 534 consultations, 323 étaient de nouveaux cas de palu – 60% des nouveaux cas de maladie.

Gory Gopela 2, p.5

Si le palu est à 60%, ça montre sa force dans le village. Parmi ces 323 cas, 5 enfants sont morts. Concernant le cout financier, les médicaments pour traiter le palu ont couté 405 265F CFA. Sur 5 000 Habitants, dépenser 405 000 F CFA pour traiter uniquement le palu, vraiment, c'est trop./

L'animateur: Est-ce-que le palu est transmissible?

Seydou Coulibaly, médecin : Le palu se transmet. Mais ce n'est pas parce que tu touches une victime ou que vous mangez ensemble que vous serez contaminé. Le seul mode de transmission, c'est les moustiques. Le réservoir des germes et des microbes se trouvent dans les eaux usées. Et c'est dans les eaux usées que les moustiques pondent leurs œufs. Si on arrive à éliminer ces eaux, on va réduire le nb de moustiques.

L'animateur : Comment passe le palu d'un homme à un autre, est ce que c'est le sang?

Seydou Coulibaly, médecin : Ce n'est pas le même sang qu'il remet. Le sang, c'est la nourriture du moustique. Quand il le prend, il le digère, il a de nouveau faim. Il cherche autre chose à manger. Mais il ne peut pas manger sans mettre un liquide en piquant, et c'est ce liquide qui porte le palu.

(Chant de femmes)

2eme question: Comment peut on prévenir le palu?

(25'30) (femme boubou turquoise à motifs violet) : Nous, les pères et les mères surveillons spécialement la période de la fin des cultures. Si l'enfant dort, ne le laisse pas dehors. Ou bien il faut le couvrir avec une moustiquaire. Il ne faut pas que les moustiques le piquent. Ce sera une cause de souffrance pour toi, père ou mère de l'enfant. Nos médicaments traditionnels ne servent plus à rien. Il faut aller au centre. Arrivée au centre, toi, mère, tu n'arrives plus. C'est le père qui va prendre en charge les frais. L'essentiel, c'est de protéger nos enfants et nous mêmes des insectes qui piquent.

Je m'appelle Fatoumata Dancira de Gory Gopela. La solution que nous avons trouvée c'est de chercher des moustiquaires pour les enfants et les adultes. Elles nous protègent contre notre mauvais voisin.

Ali Gandega (boubou blanc, chéchia foncée à motif blanc): On dit que les moustiques se trouvent dans les eaux usées et les canaris abandonnés. Il faut trouver une solution pour ces eaux usées et les canaris. Il ne faut pas que les moustiques les occupent. Nous savons tous que s'il y a un canari dans un coin les moustiques s'y cachent la journée et la nuit elles sortent. Il faut renverser ces canaris. Il faut couvrir ou fermer les fosses sceptiques. Après, on trouve dans la maison de vieux habits et beaucoup de choses inutiles. Il faut les jeter et détruire les résidences des moustiques.

L'animateur : Comment luttez vous contre le palu?

Sallé Traoré (se lève pour parler, lunette de soleil, boubou et foulard bleu): S'il y a le palu, nous faisons la propreté. Le palu vient des moustiques et les moustiques aiment la saleté. La solution c'est de balayer autour des toilettes. Il faut dégager toutes les ordures. Les arbres qui se trouvent dans nos cours augmentent les moustiques. Cela provoque le palu.

Gory Gopela 2, p.6

Il faut tailler les arbres. Cela permet de chasser les moustiques. Ce que je sais, c'est qu'il faut être propre. Quand tu es propre, Dieu peut te protéger.

(28'30) (femme boubou turquoise à motifs violet): Quand les agents de santé disent que c'est le palu, on leur demande d'où ça vient. Ils disent que ça vient des moustiques. Quand une catégorie de moustiques pique l'enfant, cela cause le palu. Il faut se protéger et protéger les enfants. Il ne faut pas les laisser à la portée des moustiques. D'où viennent les moustiques? Les moustiques viennent des saletés, des eaux usées dans les latrines et les ordures. Une fois que les moustiques viennent, ils piquent des gens. Ces gens seront atteints de palu. Les agents de santé nous ont dit d'éviter les moustiques. Pour les éviter, il faut dégager la saleté. Concernant les moustiquaires, une femme ne peut pas en acheter. Ce sont les hommes qui le peuvent. Mais on peut chasser les moustiques en allumant des spirales fumigènes. Mais même alors, les moustiques se cachent dans les arbres. Même pendant la saison sèche, ces moustiques piquent les gens. Autrefois, les moustiques ne venaient que pendant l'hivernage. Même dans la cour on peut se faire piquer.

Ibrahim Camara (vieux, bonnet à pompon, chemise à carreau bleue): Hommes et femmes, attelons nous pour éliminer les ordures et balayer les chambres. Il y a aussi de l'herbe autour du village. Comme ils l'ont dit, les « sahel vert » abritent les moustiques. Derrière ta maison, si tu ne balaie pas, il y a des saletés qui traînent. Les moustiques se cachent dans les eaux usées qui s'accumulent derrière les maisons. Toi et ta famille, il faudrait vous organiser pour éliminer ces choses. Toutes ces saletés augmentent les moustiques et d'autres insectes piquants. Voilà ce que j'ai à dire.

(30'34) *Kotouba Sow, Président ASACO* (chéchia rouge sur la tête, boubou blanc brodé jaune): Avant, nos chambres à coucher n'étaient pas bien confortables. Il n'y avait pas beaucoup de meubles. Aujourd'hui, si tu vas dans la chambre de ta femme, il y a des valises, des armoires, des lits, des tapis même. Au coin de ta chambre il y a les moustiques qui se cachent. Ces objets ne sortent pas de la chambre quand on balaie le matin. Ils restent définitivement. Et la nuit, les moustiques sortent.

Sambou Diallo (poncho): Comme ils l'ont dit, on attrape le palu par les piqûres de moustique. Alors ce qu'on doit faire, hommes et femmes, c'est de protéger le village contre la saleté. Dans les familles, il faut enlever les eaux usées, laver les Calebasses d'eau. Là où on attache les animaux, il faut toujours ramasser les crottes. On a aussi évoqué les questions des arbres. A chaque approche d'hivernage, il faut les tailler pour se protéger contre les moustiques. Après, comme disent les agents de santé il faut la nivaquinisation. Pourtant, ce n'est pas n'importe quelle personne qui en connaît l'usage. Seul l'infirmier sait comment utiliser la nivaquine et jusqu'à quand il faut la prendre. A propos de la moustiquaire, ceux qui en ont les moyens peuvent l'acheter. Mais on a vu chez nos arrière grand parents, qu'ils enfumaient la chambre. Cela chassait les moustiques. Il faut prendre l'éventail pour éventer la chambre, tu fermes la chambre, il n'y aura plus de moustiques.

33'44 L'animateur hors cadre: Je demande à l'adjoint chef de poste quelle est votre préoccupation sur le plan de la santé?

(Chemise rose et gilet sans manche multicolore) : Je m'appelle Bakary Coulibaly. Les préoccupations du village sont connues. C'est l'assainissement du village. (Images des rues et concessions du village avec leurs eaux usées). Beaucoup ont parlé du palu pour dire que les arbres en étaient une cause. Mais ce ne sont pas les arbres. Le palu, c'est dû aux moustiques qui vous piquent.

Gory Gopela 2, p.7

Et les moustiques ne vivent que dans les eaux sales. Avant il n'y avait pas beaucoup de monde. Actuellement, il y a beaucoup de monde et beaucoup d'animaux attachés près de la maison. On ne doit pas garder les animaux près des hommes. La cour de la famille est réservée aux hommes et non aux animaux (retour de l'image sur lui). On ne doit pas attacher les animaux dans la cour. On dit que le palu ne se traite pas. On traite le palu, on le soigne, mais lorsqu'on le traite, il revient. Pourquoi revient-il? Les animaux sont dans nos chambres. Il y a des eaux sales. Tous ces moustiques

y pullulent. Quand tu as été traité, il faut éviter ce qui t'a amené le palu. Il faut l'éliminer. Si tu ne l'élimines pas, la maladie revient. Les animaux ne doivent pas être dans la cour de la maison mais à la campagne. Je ne propose pas d'abandonner la culture des champs autour des maisons mais il faut la réduire. En réduisant les cultures trop proches, on limite les moustiques. Il faut absolument que le village soit propre. Plus que de parler des arbres, c'est ça l'essentiel.

3eme question: Comment lutter contre cette maladie?

(Danse de trois hommes dont celui qui vient de parler)

(36'26) Adama Diombera : Beaucoup de paroles ont été dites. Le palu est devenu un voisin. Celui qui dit qu'il peut le soigner, ne dit pas la vérité. On parle d'une vaccination. Mais pour l'instant on est toujours malade. Quand tu vas chez le médecin, il peut prescrire des injections. Il faut faire les injections comme il l'a dit. Beaucoup de gens prennent quelques produits, et dès qu'ils se sentent mieux, ils arrêtent le traitement. Ils négligent le reste du traitement et cela aggrave la maladie. Ce que je veux dire, c'est que le palu est devenu permanent. Que les migrants nous aident avec les moyens qu'ils ont. Qui peu payer toutes ces moustiquaires? Même pour une discussion dans la famille, on ne peut pas se mettre sous une moustiquaire. Avec les moyens qu'ils peuvent rassembler, qu'ils nous aident à combattre le palu.

(Boubou à rayure violette et chéchia multicolore): Je m'appelle Abdou Gandega de Koumaréfara. Quand on attrape le palu, on va chez le médecin pour se soigner. C'est lui qui peut savoir si c'est bien le palu. Avant nous pensions que c'était une sorte de fièvre. Tu te sens très, très mal. Le palu est le nom toubab, le nom que les docteurs connaissent. *[Donc les docteurs sont culturellement toubab, ce qui n'empêche pas qu'il leur fait confiance]*

(Chéchia rouge sur la tête): Cette maladie peut se calmer, mais elle ne te laissera pas définitivement. Il n'y a pas de médicament définitif. Si on parle d'un vaccin, pour l'instant le vaccin n'existe pas. Il n'y a rien qui puisse guérir définitivement.

(Jeune, chemise en jean): Il y a des médicaments contre le palu. Ça ne manque pas. Avant, le palu se limitait à certaines périodes mais maintenant il est tout le temps chez nous. Nous sommes là pour l'amélioration de la santé de la population. Pour affronter les maladies qui sont fréquentes ici, les médicaments ne manquent pas. Le médicament qui traite le palu, s'appelle la quinine. Tous les jours il y a de la quinine dans la pharmacie.

(39'19) le médecin: Concernant le palu, nous sommes dans une zone endémique. Il faut bien sensibiliser, bien informer la population sur l'usage de la nivaquine. Dire seulement de prendre de la nivaquine ne sert à rien. Il faut que les gens arrêtent de prendre de la nivaquine eux-mêmes. Si ce n'est pas prescrit par quelqu'un de compétent, ne le prenez pas. Cela peut provoquer la résistance et sélectionner le microbe. Celui qui fait cela viendra au centre. On lui donnera des médicaments. Mais il va dire que cela n'a servi à rien. La loi Malienne est formelle.

Gory Gopela 2, p.8

Il faut laisser de côté l'automédication. Il faut arrêter de payer le médicament soi même et de l'utiliser sans consultation. Il faut arrêter cela. Voilà ce que je sais.

4eme question : Face au mauvais voisin, comment travaille le centre de santé?

(Barbu, chemise beige avec un dollar brodé): Je suis Kara Dembélé, secrétaire administratif de l'Association de Santé. Les membres du bureau nommés par la communauté veillent à l'amélioration de la santé de la population. Nous avons été nommés pour travailler en collaboration avec le personnel du centre de santé. Chaque mois nous nous réunissons pour discuter des problèmes du centre de santé. Les membres du comité, la population et le personnel discutent des problèmes. Chacun expose ses idées pour améliorer la santé de la population. Nous travaillons ensemble. Concernant le débat sur notre mauvais voisin, beaucoup de gens ont parlé au sujet des modes de contagion. Tout le monde a dit que les moustiques sont responsables. Donc chacun doit veiller sur sa propre maison. Quand tu élimines la saleté, tu élimines les moustiques. Ce n'est pas seulement le travail d'une journée. Je demande à la population et aux membres du comité de nous donner tous la main pour éliminer la saleté. Il faut nettoyer derrière les toilettes et autour des puits. Il faut tout nettoyer. Je pense que si on arrive à nettoyer autour du village, nous serons bien protégés du palu.

(42'57) L'animateur : Je vous pose la question, Kara vient de dire qu'un bureau à été mis en place. Comment ce bureau a-t-il été mis en place ?

Tounka Mady Cissoko, secrétaire général, comité de gestion (jeune, boubou rouge et ocre) : Le bureau à été mis en place par une assemblée générale des cinq villages qui se sont regroupés pour gérer le centre et faire entendre leurs avis.

L'animateur : Est-ce que vous surveillez la qualité du travail du personnel soignant ?

Tounka Mady Cissoko : Ce bureau a élu un comité de gestion qui travail avec le personnel du centre.

L'animateur : est ce que le bureau surveille le travail du comité de gestion ?

Tounka Mady Cissoko : le bureau élu surveille tout le monde, et veille sur celui qui remplit ses fonctions, comme sur celui qui ne les remplit pas. Si quelqu'un ne remplit pas ses fonctions, nous discutons des mesures à prendre.

L'animateur : Est-ce que les médicaments dans la pharmacie sont gratuits ?

Yoro Dambélé, pharmacien (jeune chemise en jean) : Les médicaments ne sont pas gratuits. Si on donnait des médicaments gratuitement à la population, la pharmacie ne pourrait pas fonctionner. Le centre n'est pas un lieu de commerce, mais on doit renouveler le stock à l'aide des produits vendus. Nous ne sommes pas là pour ceux qui veulent des médicaments gratuits.

5eme question : Comment les immigrés peuvent-ils aider la population ?

(44'44) Djindé Sidibé (jeune, boubou blanc à rayure bleu): Ce qu'on dit les femmes est vrai : nous n'avons pas les moyens pour acheter des moustiquaires. Parce que nous n'avons rien. C'est ce que j'ai à dire. Si les immigrés ont des moyens pour nous aider, qu'ils nous aident. Qu'ils nous disent comment ils peuvent nous aider.

Gory Gopela 2, p.9

Si nous pouvons avoir de l'aide pour avoir un vaccin contre le palu, il faut que nous le sachions. Cette parole d'adresse aux immigrés. Si on ne peut pas trouver de vaccin, qu'ils nous le disent aussi. Sinon, le palu est avec nous toujours. Et nous n'avons pas les moyens pour payer des moustiquaires. Même la nivaquine, certains ont les moyens de la payer, d'autres non. Moi, aujourd'hui, je n'ai pas le prix de la nivaquine. J'ai le palu, mais je ne peux pas payer la nivaquine. Je ne peux pas donner à ma femme l'argent pour acheter la nivaquine. Il faut qu'ils nous aident. Nous on ne peut pas éviter la maladie. Il faut qu'ils nous aident à trouver le vaccin. Nous n'avons rien. Je n'ai pas de moustiquaire. Je ne peux pas en payer une pour ma femme et pour mes enfants.

Drissa Nomokho (jeune, tee-shirt gris et veste marron clair): Je suis Drissa Nomokho de Boukoutinti. Actuellement, tous ceux qui meurent, c'est à cause du palu. Certains jours, je suis présent lorsqu'on amène un enfant malade au dispensaire. Le médecin me dit : « c'est le palu qui a duré trop longtemps. Il va mourir ». Moi, je le comprends, mais je ne dis rien aux malades. De tous ceux qui meurent actuellement, 80% des décès sont à cause du palu. On ne peut pas améliorer les choses sans aide. Ici c'est un pays pauvre. Nous n'avons rien. Il faut que les immigrés nous aident. Si tu vois que le palu dure chez quelqu'un, tu sais qu'il n'a pas de moyens. Et si la femme se présente devant son mari pour dire que son enfant est malade, et si le mari n'a pas d'argent, il est obligé d'aller se promener (pour éviter d'entendre les récriminations). Vous qui êtes avec les toubabs, il faut demander l'aide des toubabs. Nous avons constaté que dans la cassette, Messaoudé fait beaucoup de choses. Si on trouve quelqu'un comme Messaoudé, la situation peut s'améliorer. Si on parle de l'union, cela veut dire que l'on doit travailler ensemble, nous ici et vous la bas. Une personne en Europe peut fournir beaucoup de médicaments. Ils ont les moyens pour soigner ces maladies et envoyer des médicaments. Dès que nous sommes à l'étranger, nous devons penser aux parents et comment les aider. Ils n'ont pas les moyens de se payer des médicaments et des moustiquaires. Il faut que les gens à l'étranger nous aident pour avoir une meilleure santé. Il faut expliquer nos conditions aux grandes personnes. Ils peuvent nous aider à sortir de cette maladie. Sinon, ça ne va pas. Le palu fait des ravages ici. Il tue tout le monde ici. Les gens sont finis. C'est fini.

(48'02) (vieux en boubou blanc et chéchia à carreau bleu et blanc): Je m'appelle Mady Kanté de Gory Gopela. Notre parole concerne seulement le palu. Nous n'arrivons pas à trouver facilement de l'eau potable. Il y a peu d'eau dans les forages qu'ils ont creusés. Il y a trop de cotisations. Certaines personnes n'ont pas leur nourriture. Si on te dit de boire de l'eau propre, mais tu n'en as pas, tu vas boire l'eau sale que tu as.

Seydou Coulibaly, médecin, chef du centre : Beaucoup de gens ont parlé de ce qu'il faut faire pour prévenir le palu. Certains parlent des moustiquaires, d'autres de la propreté ou de la nivaquinisation. La première chose est de se protéger contre les moustiques. Ensuite, il faut arrêter de cultiver autour de la maison. Puis une moustiquaire diminue la force des moustiques. Il y a beaucoup qui disent qu'ils n'ont pas les moyens pour payer une moustiquaire. C'est vrai qu'ils n'en ont pas les moyens. Si les immigrés peuvent nous aider, il y a un produit chimique qui permet d'imprégner la moustiquaire et les rideaux. Quand le moustique les touche seulement, il meurt. Tout le monde n'en a pas les moyens mais si on arrive à avoir ces produits sous la main, nous pourrions imprégner nos rideaux, nos traversins, et nos moustiquaires et dormir en paix.

(Veste bleue ciel) : Dans la lettre vidéo venue de la France, ils nous ont dit de montrer les cinq villages de l'ASACO. Mais dans la cassette française, seuls Gory et Boukoutinti ont participé.

Gory Gopela 2, p.10

Pourquoi les gens de Tischy, Dag Dag et de Koumaréfara n'ont-ils pas participé? Je pose la question à votre animateur, Messaoudé Coulibaly.

Messaoudé Coulibaly (l'animateur en France, vieux en boubou ocre et foulard bleu): Au moment de faire la cassette, le bureau de tous les cinq villages n'avaient pas été créé. Il ne s'agit pas d'autre chose. C'est la première cassette que nous

avons faite. C'est pour cela que seulement deux des villages ont participé. Même de Boukoutinti, nous n'étions que deux. La prochaine fois, s'il plait à Dieu, tous les cinq villages participeront. Voilà ma parole.

(52'15 générique)

Animateurs et montage : Semballa Diarra ; Hamara Konaté

Images et sons: Siré Sarambounou; Nayé Traoré

Formation – animation santé : Karim Diakité; Pascal Revault; Djonké Sissoko (GRDR)

Vidéo : Michael Hoare (association avenir Vivable)

Coordinateur Programme Afrique pour l'AICS : Siré Sarambounou ;

pour le GRDR : Baraka Fofana

Remerciements à la population et aux responsables des villages de Dag Dag, Boukoutinti, Gory Gopela, Koumaréfara, Tischo, et au personnel soignant du CSCOM de Gory Gopela

Avec le soutien de : Ensemble contre le sida ; Ministère de la coopération française ; UNICEF

Févr. 98, L'AICS, le CSCOM de Gory Gopela

i. Gory Gopela 3

Gory Gopela 3, p.1

Vidéo lettre France 1998-99

ASACO, L'Association du Centre de Santé de Gory Gopela et la Charte Santé

Avec l'appui du GRDR et Avenir Vivable

Combattons l'ennemi commun : la maladie

Lettre de prévention sanitaire sur le choléra et le paludisme

Mai 1998 – décembre 1999

Foyer Marc Séguin, Paris 18ème

Tiéni Dembélé, l'animateur : Cette réunion, c'est pour discuter de la prévention des maladies contagieuses. On commence par les présentations (tour de table) :

Bouna Gandéga de Koumaréfara (chemise blanche, cravate, jeune),
 Souleye Diawara de Tischy, trésorier (boubou bleu et jeune)
 Yaya Kanté de Gory, secrétaire de l'organisation (pull nordique)
 Seydou Dembélé, Tischy Gansoye (boubou et chéchia blanche)
 Malamine Diawara de Tischy, secrétaire général (grande veste turquoise, cravate)
 Tiéni Dembélé, animateur
 Balla Kanté, président, Gory Gopela (barbe, chemise bleue à carreaux et cravate multicolore)
 Mamadou Faïnké, Gory Gopela (manteau à carreaux)
 Bandia Coulibaly, Gory Gopela, commissaire aux conflits (veste bleue sur pull rouge)
 Mody Kanouté, Tischy Gansoye (sweet-shirt rouge Schott)
 Seydou Fofana, Koumaréfara (barbu)
 Mme Dafa Fofana, Kayes, mariée à Koumaréfara (bleu ciel)
 Mme Maya Gandéga, Koumaréfara (bleu roi et jaune)
 Mme Mariam Diawara, Gansoye Tischy (vert, foulard bleu)
 Mme Kani Dancira, Gory Gopela (blanc à motif)
 Mme Ramata Dancira, Gory Gopela (turquoise)

Tiéni Dembélé : Pour commencer, la parole au président : Balla Kanté.

Balla Kanté : Merci à tous, surtout ceux qui ont laissé leur travail pour venir, ça montre que le sujet les intéresse et les motive. Le village a envoyé une cassette. Ça nous a fait plaisir, et on va leur répondre. Ils nous ont parlé du paludisme. Notre réponse va porter sur le paludisme et du choléra. Car ce sont des maladies qui sont chez nous. C'est pour cela que nous appelons notre cassette « Combattons l'ennemi commun ! ». Le combat n'est pas seulement le votre, mais aussi le notre. Il faut s'unir contre cet ennemi. Cette cassette est adressée aux cinq villages qui composent l'aire de santé de Gory Gopela : Koumaréfara, Tischy, Boucountinti, Dag Dag, Gory Gopela. Le débat va porter sur ce thème.

Malamine Diawara : Dans la première cassette qui est venue, Semballa a posé la question de l'absence de certains villages. Qu'il ne s'inquiète pas. L'association n'était pas encore formée. Le bureau n'avait pas encore été constitué. Le bureau est formé maintenant. Si vous êtes unis là-bas, nous sommes ensemble aussi ici. Donc, que tous les gens de Tischy sachent qu'on est dans cette cassette et dans ce combat. Rien ne passe sans qu'on soit au courant. Dans la première cassette, ils n'ont pas répondu à toutes les questions sur le choléra. Dans ce qu'ils ont envoyé, c'est le paludisme qui les inquiète. Néanmoins, on va s'occuper de tout ça.

Gory Gopela 3, p.2

Tiéni Dembélé. Avant de commencer, on présente nos condoléances à notre animateur décédé Semballa Diarra. Que Dieu aie pitié de son âme. Nos condoléances aussi vont à un autre animateur de Diboli en France, Demba Diallo, que Dieu aie pitié de son âme.

Première question : comment lutter contre le choléra

Point de vue sur le choléra (9')

Tiéni Dembélé, l'animateur : Bandia, toi qui viens du village, parles nous un peu de ce que tu as vu.

Bandia Coulibaly : Le but de cette cassette, c'est de combattre les maladies. (Il lit) On vous a déjà envoyé une cassette sur choléra. Vous nous avez répondu sur le paludisme. Nous allons vous répondre sur les deux maladies. Elles concernent autant les enfants que les vieux. Ce n'est pas parce que vous ne connaissez pas la prévention. Il faut qu'on s'entraide. Il faut qu'on échange les idées.

Tiéni Dembélé : Fofana, toi qui viens de là-bas, qu'as-tu vu ?

Seydou Fofana : Il faut se rappeler comment on attrape la maladie. Les maladies qui sont chez nous, selon ce que j'ai remarqué, la faute incombe à tout le monde, femmes et hommes. Quand tu vois les femmes faire la vaisselle à côté des maisons, et jeter l'eau par terre, les enfants et les animaux piétinent dedans, et les mouches se posent dessus, et c'est la cause de beaucoup de nos maladies.

Seydou Dembélé : Si on parle de la propreté, ça concerne les enfants, les femmes, les hommes, tout le monde. Il ne

faut pas dire : je suis jeune ou vieux, je ne peux pas m'occuper de la propreté. La propreté c'est quelque chose à surveiller. Chers parents, retrousses vos manches, et surveillez nos frères et nos femmes.

Souleye Diawara : Toutes les maladies c'est à cause de la saleté. Si tu veux aujourd'hui interdire quelque chose, par exemple moi-même, si je dis de ne pas mettre les chevaux à la maison, (image d'un cheval dans la campagne) on me dira : "on faisait ça avant que tu sois né". Les crottes de cheval sont juste à côté de la cuisine. L'urine jaillit à côté des femmes qui pilent le mil. Si tu dis d'éloigner les ânes, tu auras la même réponse. Même si moi je le dis, ils me diront la même chose. Il faut qu'ils abandonnent ces pratiques et mettent les animaux plus loin. Les mouches se posent sur les crottes, elles se posent sur les aliments, et on le mange. Ça n'inquiète personne. Or la propreté, ce n'est pas seulement l'affaire des femmes, c'est surtout la responsabilité des hommes. Si l'homme n'est pas propre, comment veux-tu que la femme le soit.

Kani Dancira : Mes paroles vont vers les femmes. Il faut qu'elles retroussent les manches, car c'est la saleté qui est notre misère. La grosse responsabilité repose sur les femmes. Leurs hommes auront aussi leur responsabilité et ils vont s'en occuper. Concernant la propreté de l'eau auprès des forages et des puits, les hommes peuvent aider les femmes. Les femmes ne peuvent pas diriger l'entretien. Si une femme salet à côté du forage, et une autre femme le lui dit, celle-là ne sera pas contente. Ce sont les hommes qui doivent s'en occuper. La femme qui est dans la cuisine, ou en train de piler, c'est elle seule qui voit les saletés ou la propreté. Elle seule peut juger. Après un travail salissant, je me lave. Je me dis que même un sceau d'eau ne me rendra pas propre. Mais si la saleté rentre dans le ventre comment vais-je le nettoyer ? Donc il faut surveiller la propreté de la nourriture.

Gory Gopela 3, p.3

Mody Kanouté : Au village il y a beaucoup de saleté, et ils disent que c'est aux femmes de s'en occuper. Mais si l'homme fait le travail d'une femme, ça ne veut pas dire qu'il est soumis. Si la femme fait le travail d'un homme, ça ne veut pas dire qu'elle est soumise à son mari. ("Parce que c'est l'union que fait la force", dit en français, mais pas repris par les sous-titre). Donc l'homme prend un bout du travail, et la femme fait un bout du travail. Ils s'entraident. Il y a des femmes qui peuvent faire tout et elles font bien l'entretien. Mais il y a des femmes qui ne peuvent pas s'occuper de leur maison. Si l'homme voit que la femme n'a pas bien fait quelque chose c'est le travail de la femme mais tu dois le faire. Si tu vois ta femme occupée, par exemple si l'enfant fait des selles, et la femme a la main dans la farine, si l'enfant doit attendre jusqu'à ce que la femme finisse, et toi tu restes là assis, ce n'est pas bien. Avant que la femme ne soit prête, les mouches vont venir sur les selles et elles vont se poser sur la nourriture. Les selles dans la nourriture, ça contamine toute la famille. C'est le travail des femmes, si tu le vois, il faut le faire. Si l'homme devient esclave de sa femme, ce n'est pas grave. On a marié une femme. Ce n'est pas pour ça qu'elle est mon esclave. Le mariage c'est un partenariat. Toi, tu prends la tête, je prends les pieds, et on s'entraide. Toi tu es un adulte. Si on dit que c'est ta femme qui te dirige, ce n'est pas grave. Celui qui peut diriger les familles, il faut le laisser faire.

(Image de la plaque d'être du « Centre de santé Voltaire »)
Montreuil-sous-Bois, Seine-Saint-Denis

Point de vue des médecins sur le choléra

Tiéni Dembélé : On voudrait savoir comment le choléra se transmet d'une personne à une autre.

Didier Duhot : Le mode de transmission du choléra, en fait c'est tout simple, vous attrapez le choléra en buvant de l'eau qui est souillée, vous êtes malade, vous avez la diarrhée, la diarrhée va dans l'eau du fleuve ou de l'étang, et les gens qui ne sont pas malades vont boire l'eau et ils attrapent la maladie. Ça peut se faire aussi si quelqu'un qui a la diarrhée a les mains souillées et il fait à manger pour les autres, et les gens se contaminent comme ça. En fait c'est une contamination par les eaux souillées, par les excréments. Il faut vraiment faire très très attention à l'eau qu'on boit, il ne faut pas, quand on a la diarrhée, qu'on a été au toilette, on revient on met les mains dans la nourriture des autres. Il faut se laver les mains tout le temps et il faut faire très attention à l'eau. Bien sûr, si le puits est à côté des toilettes, par contamination dans la terre si l'espace est pas assez loin, ça va contaminer les puits, et on peut en buvant l'eau des puits qui sont contaminés, attraper le choléra.

Bénédicté Piketty : Aussi, je pense à des légumes ou à des fruits qu'il faut laver, avoir des règles d'hygiène sur l'alimentation.

Didier Duhot : Toujours pareil, si quelqu'un va cueillir les mangues, avec les mains sales et qu'il vous la donne à manger, et bien voilà, la mangue elle est sale, vous manger la mangue vous ne faites pas attention, vous attrapez le choléra. Si on lave la mangue avec de l'eau qui est souillée, de l'eau où il y a le choléra, on est contaminé. Donc c'est des règles d'hygiène auxquelles il faut faire très attention, se laver les mains, boire de l'eau propre, laver les choses avec de l'eau qui est propre.

(Dans la salle de réunion)

Gory Gopale 3, p.4

Dafa Fofana : En ce qui concerne l'eau de javel, celui qui ne peut pas en acheter doit bouillir son eau et la laisser refroidir avant de la mettre dans la jarre. Il n'y a pas que l'eau de javel pour tuer les microbes. Il y a d'autres solutions qu'on peut faire soi-même. Ce n'est pas la peine de bouillir l'eau de lavage, seulement l'eau pour boire. C'est tout ce que j'ai à dire concernant la maladie.

Maya Gandéga : Ce que les hommes ont dit, on va toujours dire la même chose. Toutes ces paroles s'adressent aux

femmes. C'est les femmes qui doivent rendre le manger propre, les enfants propres, et le mari propre. Ça nous concerne toutes. Nous sommes toutes des mères et on sait de quoi on parle. Même si tu gardes l'enfant d'une grande sœur, tu dois savoir quoi faire, et encore plus si tu es mère toi-même. Essayons d'être propres, de rendre nos maisons propres. Etre mère, c'est difficile. S'il y a deux ou trois coépouses dans la maison il faut s'entraider. Dire : "ce n'est pas mon tour de faire la cuisine donc je ne lave même pas une louche", il faut abandonner ce système. Si on parle de propreté, il en faut à l'intérieur et à l'extérieur. Voilà ce que j'ai à dire.

Mariam Diawara : On vient tous du village, on sait comment on vit là-bas. La vie en France et au village n'est pas pareille. Il y en a qui disent : je ne peux pas acheter 2 ou 3 gobelets. Avant, nos mamans n'en avaient qu'un seul. Tout ça c'est une question de propreté car les maladies qu'on a actuellement, on ne les avait pas avant. C'est tout ce que j'ai à dire, car la parole est difficile pour moi (rire).

Point de vue sur le paludisme

Balla Kanté (il lit) : Nous avons dit qu'il faut combattre les maladies. Pour les combattre, il faut trouver des armes. Pour cela, c'est la population qui est la première concernée. Donc j'interpelle l'ASACO. Dès réception de cette cassette, il faut impérativement créer des commissions dans chaque village pour le suivi de la prévention. Dès la création des commissions, on travaillera ensemble. Ces commissions doivent travailler sur tout ce qui concerne la prévention. Dire simplement qu'il faut couvrir les eaux usées, ça ne suffit pas. Il faut des gens pour le suivre. Nous on travaillera avec les responsables choisis. C'est une façon de faire de la prévention contre la maladie. Après ça, on adresse un mot aux chefs des cinq villages. Nous, on ne se considère pas plus intelligents que vous, mais le monde évolue. Avant et aujourd'hui ce n'est pas pareil. On ne peut pas demander d'interdire tout de suite la culture intra-domiciliaire. Mais comme c'est dans notre intérêt, on peut demander aux chefs de villages de voir avec la population comment réduire ces cultures. Une fois toutes ces idées mises en place quand même dans chaque village il y a des gens qui refusent tout. Si tout le village met quelque chose en place, il faut sanctionner celui qui refuse. Et c'est le village qui doit déterminer cette sanction. Celui qui refuse d'obéir doit payer. Mes pensées vont vers les commissions de prévention qui vont être créées plus tard. Il y en a qui nous ont interpellé sur notre rôle concernant les médicaments et les moustiquaires imprégnées. Nous aussi, on est conscients qu'on a notre rôle et on ne peut pas vous demander de jouer notre rôle. Si on ne remplit pas le nôtre. Ce que nous pourrions faire, nous le ferons. Mais il y a une chose sur laquelle j'insiste. Il y en a qui nous ont dit qu'il y a des Européens qui peuvent nous aider en achetant et transportant des médicaments. Dans le monde actuel, avant de compter sur les autres, il faut compter sur soi-même. Quelle que soit l'aide des autres, ça ne peut pas construire ta maison. Il faut compter sur tes propres efforts. L'aide des Européens doit s'ajouter à nos propres efforts.

Gory Gopela 3, p.5

Point de vue des médecins. sur le paludisme

(11'11) Dider Duhot : le paludisme se transmet à cause des moustiques. En fait, le paludisme c'est du au plasmodium, c'est une toute petite bête qui est dans la trompe du moustique. Et quand le moustique, il vous pique pour sucer le sang, lui prend votre sang mais au passage il vous donne le plasmodium qui rentre dans votre sang, et puis il se développe, il va se cacher dans le foie et puis un jour il sort et il fait la crise de palu comme les enfants ont, et qui meurent. Le palu c'est, avec la tuberculose, une des maladies qui tue le plus dans le monde. C'est une maladie effroyable parce qu'il y a beaucoup de morts. Il y a beaucoup d'équipes qui travaillent pour le développement d'un vaccin actuellement, beaucoup de recherches dans ce sens. Pour l'instant il y a des gens qui sont sur des pistes intéressantes, mais les vaccins sont pas assez fiables, ça protège pas assez pour qu'on puisse faire le vaccin à tout le monde. /

Benedict Piketti : Donc la prévention c'est se prévenir d'une piqure de moustique, du plus simple au plus difficile, c'est commencé par, quand les moustiques arrivent, plutôt en fin de journée, bien penser à mettre des vêtements longs ou à se couvrir les jambes, les pieds, pour ne pas être piqué par cette femelle moustique. / Après ça, c'est mettre des moustiquaires, le mieux c'est des moustiquaires imprégnées de produits qui tuent les moustiques. Il y a des petits systèmes en France, c'est des petits serpentins qu'on allume, et il y a une petite fumée qui se dégage, qui est très efficace aussi.

(Dans la salle de réunion)

(12'08) Ramata Dancira : Avant les femmes faisaient la fumée dans les cases. Elles coupaient des feuilles et bouchaient les trous des cases au crépuscule. Maintenant il y a beaucoup de maisons en dure. Même si on ne peut pas boucher ces maisons, on peut mettre la fumée. Même si tu as la moustiquaire, en faisant la fumée au crépuscule, ça ne peut que réduire les moustiques. Les vases de bouse de vache peuvent amener les moustiques. Donc il faut essayer de boucher ces vases qui sont à côté de la maison. / Quand vous en aurez besoin, vous les ouvrez. Une fois servie, vous les rebouchez. Vous en utilisez une fois par semaine ou une fois par mois. Comme ça les moustiques ne peuvent pas pondre leurs œufs dans cette eau stagnante. Et quand vous avez fait la fumée dans la chambre, rentrez les enfants plutôt que de les laisser dehors avec les moustiques.

(Au centre de santé Voltaire)

(12'42) Didier Duhot : Faire une grosse fumée dans la pièce, souvent ça éloigne les insectes. Je ne suis pas sur que ça va faire partir tous les moustiques de la pièce.

Bénédicte Piketti : Et puis c'est toxique aussi pour les individus qui sont dans la maison, par ce que pour se débarrasser de la fumée, c'est irritant pour les voix respiratoires, on risque de ne plus pouvoir revenir dans la pièce avant quelques heures, donc on est obligé de sortir, attendre (rire). /

Didier Duhot : Il ne faut pas laisser de l'eau stagnante parce que les moustiques se développent dans l'eau. Alors si on

laisse un bac d'eau à côté de la maison et si l'eau elle reste comme ça, les moustiques vont pondre les œufs sur l'eau, à la surface de l'eau, les petits moustiques vont se développer, et puis quand ils seront assez grands, ils sortiront et iront piquer les gens. En tout cas, il faut vraiment faire un effort sur l'eau qui stagne, l'eau qui reste là, parce que ça, les moustiques adorent, ils se multiplient grâce à l'eau, et après on est infesté par les moustiques.

Gory Gopela 3, p.6

(Dans la salle de réunion)

(13'25) Yaya Kanté : Nous avons parlé de la prévention ici, comme vous en avez parlé là-bas. Maintenant il faut réaliser des actions et il n'y a que vous là-bas qui pouvez le faire. Il y a certaines personnes qui creusent des trous pour les eaux usées mais qui ne les couvrent pas. C'est pour ça que les moustiques viennent pondre leurs œufs. Quand vous creusez des trous, il faut les couvrir pour empêcher les moustiques de rentrer. Si tout le monde arrive à faire cela, ça réduira les moustiques. Et si on réduit les moustiques, on réduira le paludisme qui vous inquiète tant. / Comme le président l'a dit, il faut choisir des gens pour surveiller les actions que vous allez mener. Si vous mettez en place des actions sans surveillance, ça ne servira à rien. A propos des cultures intra-domiciliaires, ça sera difficile de l'interdire à tout le monde puisque certains diront : on a fait ça avant ta naissance. Même si on ne peut pas abandonner cette pratique, on doit éloigner les cultures de nos maisons. Pour la taille des arbres, c'est la même chose.

Bandia Coulibaly : A propos des cultures intra-domiciliaires, pendant l'hivernage, on ne peut pas dire d'abandonner cette pratique tout de suite mais plus tard, il faut la réduire. Après les cultures, il faut faire le nettoyage de ces champs. La deuxième chose, ce sont les eaux usées qui coulent dans les rues. Il faut trouver des solutions pour que les gens puissent les éviter. Il faut éviter que les moustiques se posent dessus et ensuite pique les gens. C'est ce qui peut donner des maladies dont on ne connaît pas l'origine. (Image d'une citrouille dans un jardin) La deuxième question, c'est les arbres « Sahel Vert » à côté des maisons. C'est bien d'avoir des arbres, mais ça augmente les moustiques. Il faut savoir le bon moment de les tailler. A l'approche de l'hivernage il faut les tailler pour que les arbres ne soit pas touffu parce que ça peut cacher des moustiques qui sortent la nuit pour piquer les gens. On attrape beaucoup de maladie à cause des moustiques, surtout le paludisme.

Malamine Diawara : Si une maladie t'oblige à prendre des médicaments il vaut mieux s'occuper de sa prévention. C'est ce que j'ai à dire pour le moment □

(Au centre de santé Voltaire)

Didier Duhot : A priori, prendre de la nivaquine comme ça tout le temps c'est pas recommandé, ce n'est pas bien. Dans les pays où il y a beaucoup de palu, c'est plutôt traiter le palu quand il y a la crise de paludisme. Donner de la nivaquine à tout le monde tout le temps, le plasmodium qui est à l'intérieur du moustique il est un peu intelligent, c'est-à-dire qu'il va apprendre à se défendre contre la nivaquine. Donc si tout le monde prend la nivaquine, au bout de 1 ou 2 ans, il ne faudra plus donner de la nivaquine, il faudra donner la nivaquine plus un autre médicament, et puis après le plasmodium il va apprendre à se défendre contre ces deux médicaments, il va falloir en prendre un troisième, qui coute très cher. Donc c'est très difficile, ce n'est pas très efficace. Ce qu'il faut faire, et ça c'est plutôt aux services publics de prendre les choses en main, mais c'est de tuer les moustiques. En France il y a plusieurs centaines d'année, il y avait le paludisme dans le sud de la France. Mais on a asséché les marais, on a fait beaucoup de travail pour tuer les moustiques, et maintenant il en reste un peu, mais ils n'ont plus le palu.

La promotion de la santé au village

Bouna Gandéga : A propos de l'association dans le village, on ne peut pas instaurer des règlements sans responsables. C'est des règlements qui concernent tout le monde, jeunes et vieux. Si un jeune peut diriger, il ne faut pas l'empêcher de gérer les choses. Si les commissions sont créées, il faut choisir 4 ou 5 personnes qui travaillent pour tout le monde, vous et nous.

Gory Gopela 3, p.7

Il faut respecter ces gens-là. S'ils disent quelque chose, c'est dans l'intérêt de tout le monde. S'ils vous demandent de creuser un trou pour les eaux usées, il faut le faire puisque c'est nécessaire. Je viens du village. J'ai constaté que s'il y a un travail en commun, certaines personnes ne participent pas, en disant qu'ils sont chefs du village ou marabout. Cela n'est pas une bonne chose. Si on veut avancer, tout le monde doit participer sans considération de classe sociale. C'est pour ça que je dis que si un jeune peut diriger quelque chose dans le village, il faut l'aider sans tenir compte de sa jeunesse.

Seydou Fofana : Concernant l'alimentation quand une bête est malade, pour ne pas perdre de l'argent, vous dites « on va en faire de la viande ». Si on la mange, et on tombe malade, il ne faut pas s'étonner. Si une bête est malade, il faut la soigner sans se dire qu'on va perdre de la viande. Tu ne sais pas la maladie qu'elle a eue. Si tu la manges, est-ce que cette maladie ne va pas te tuer, toi aussi ? C'est Dieu seul qui le sait. Si une bête est malade, il faut la soigner comme on se soigne soi-même. Il faut arrêter ces pratiques qui provoquent les maladies.

La commission doit surveiller dans les cinq villages les gens qui vendent des médicaments à la sauvette. C'est quelque chose qui se fait dans les grandes villes comme Bamako. Les marchés sont pleins de médicaments. Nous, on a construit notre CS. On y a mis un médecin et un infirmier. On a mis une pharmacie pour vendre des médicaments fiables. Un marchand vient avec son vélo, vend un médicament bon marché, après on tombe malade. Donc il faut chasser tous ceux qui viennent ainsi ou confisquer leurs marchandises. Parce que le but de la pharmacie c'est d'acheter des médicaments qui sont contrôlés. Il faut arrêter d'acheter des médicaments chez ces vendeurs. C'est ce que je voulais dire.

Bouna Gandéga : Je voulais dire quelques mots aux gens du village à propos du docteur. Pour les gens qui sont malades, quand ils vont voir le médecin, il faut qu'ils écoutent parce que c'est lui qui connaît la maladie, et il faut suivre

le traitement qu'il ordonne. J'ai vu des gens parler agressivement au docteur. Ce n'est pas une bonne chose. Ils sont là pour notre bien, et il faut les respecter. Si on quitte chez soi pour aller au Centre, c'est parce qu'on ne peut pas se soigner soi-même. Donc il faut écouter le docteur. Ils sont là à notre demande. Donc si on vient les voir, il faut les respecter parce qu'on forme la même famille maintenant.

Malamine Diawara : Quand ils forment leurs commissions, ils vont établir leurs règlements, et il faut qu'ils les appliquent. Il y a une chose : quand on a construit le CS et l'école, on n'a pas construit ces bâtiments pour rien. Donc il faut travailler dedans.

Tiéni Dembélé : Ce que je veux personnellement, dès que les commissions sont constituées, le président de l'ASCO doit décider pour les cinq villages une journée d'assainissement. Il s'agit de choisir une journée où les cinq villages travaillent ensemble. Et le comité qu'ils mettent en place peut contrôler le travail fait. / Qu'ils choisissent déjà une journée pour contrôler les gens qui laissent couler l'eau usée dans la rue. Ils peuvent dire aux gens de s'occuper des eaux stagnantes ou les moustiques peuvent pondre des œufs. / Ce jour-là on peut demander à l'AICS de venir faire une visite et de contrôler avec nous. Maintenant on va demander à Balla le président, de définir le rôle des uns et des autres, ici et là-bas.

Balla Kanté : Maintenant on arrive à la fin. Beaucoup de choses ont été dites, et on ne peut pas avancer sans beaucoup discuter. Le village est composé de femmes, d'hommes, et d'enfants comme la famille. Le bon fonctionnement de l'association dépend de la participation des hommes et des femmes. Pour ça, j'interpelle le Président de l'ASACO qui est à Koutoubouso, quand il constitue le comité de prévention, que ce soit coute que coute un groupe mixte d'hommes et de femmes. /

Gory Gopela 3, p.8

Il ne faut pas que ce soit un groupe ni de vieux, ni de jeunes, ni de femmes mais un groupe mixte. Si un vieux parle à un jeune, celui-ci peut l'écouter, mais si un jeune parle à un vieux il peut être complexé. / Concernant la participation des enseignants, c'est capital puisque tous les jeunes se retrouvent à l'école. Ils peuvent donner des conseils sur l'hygiène et la prévention. Je crois qu'ils sont très bien placés pour enseigner l'hygiène et la propreté à l'école et dans tout le village. Je veux qu'ils nous aident dans cette voie, et j'interpelle le directeur Abdoulaye Sow, à ce sujet. / Nous, on vous demande de faire des choses. Nous aussi on peut faire des choses. Vous nous avez interpellés en disant que vous êtes pauvres, que vous n'avez pas de moyens. C'est vrai, on le sait. Mais si vous faites votre devoir, nous aussi on fera le notre. / Concernant l'argent pour acheter les produits chimiques pour imprégner les moustiquaires, comme a dit le docteur, on le prendra en compte dans le budget 99. / Nous on peut s'engager pour l'achat des produits chimiques pour imprégner les rideaux et les moustiquaires. Mais on ne pourra pas donner les moustiquaires imprégnées gratuitement dans cinq villages. C'est quelque chose qu'il faut dire des maintenant : ça ne peut pas être gratuit. Pour les produits chimiques il y a deux possibilités : soit nous on achète le produit, et les gens imprègnent eux-mêmes leurs moustiquaires, ou bien le comité, s'il a les moyens, vend les moustiquaires déjà imprégnées. Le comité ne peut pas donner les moustiquaires imprégnées gratuitement aux cinq villages et c'est ce que j'ai à dire. Merci.

(37', générique)

Animateur et sous-titre : Tiéni Dembélé,

Image et sons : Samba Camara, Moussa Macalou

Traduction et voix soninké : Samba Camara

Responsable programme prévention GRDR : Salima El Kébir, Demba Diack

Formation appui vidéo Avenir vivable : Mickeal Hoare

Conseiller en santé publique GRDR : Pascal Revault

Remerciements aux docteurs : Didier Duhot, Bénédicte Piketty (centre Médico-social Voltaire Montreuil-sous-Bois)

Remerciements aux membres de : L'ASACO de Gory Gopela, France

Soutient de : CPAM Seine Saint Denis, DDASS Seine Saint Denis, Ensemble contre le sida ; Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles Ile de France, Ministère des affaires étrangères – direction de la coopération ; UNICEF,

Déc. 1999 Association de Gory Gopela et Charte Santé.