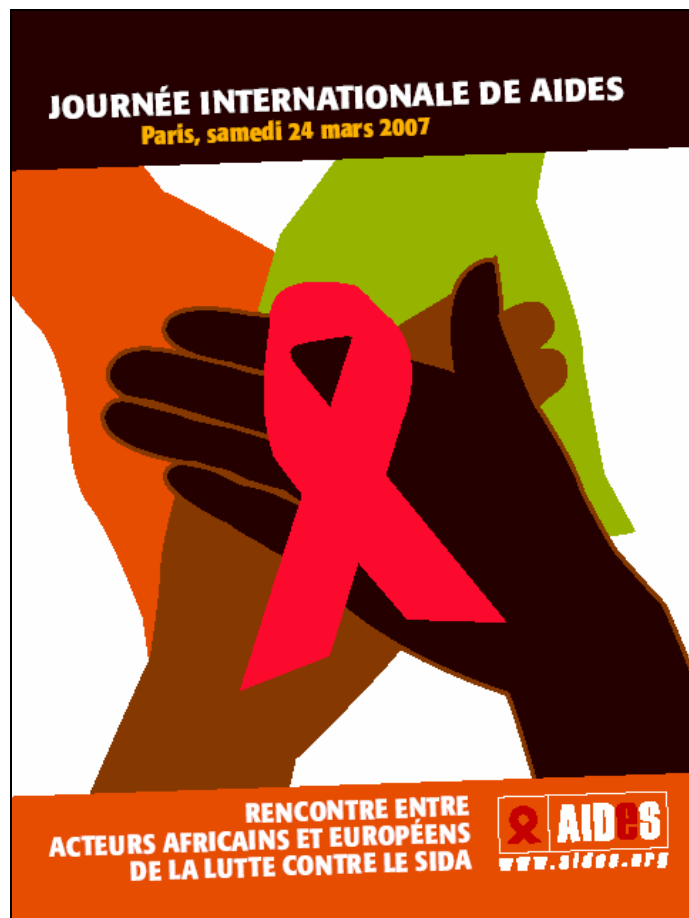


Actes de la journée internationale de AIDES

Rencontre entre acteurs africains et européens de la lutte contre le sida

samedi 24 mars 2007 à Paris



• Cette rencontre a eu lieu grâce au soutien technique et financier de



SOMMAIRE :

<i>Remerciements</i>	3
<i>Programme de la journée internationale de AIDES</i>	4
OUVERTURE – HISTOIRE ET IDENTITE DE AIDES A L’INTERNATIONAL	5
Histoire de AIDES dans la lutte contre le sida	6
L’implication de AIDES à l’international	13
Historique de l’engagement de AIDES à l’international	16
TEMOIGNAGES – ENJEUX ET VECU DES ACTEURS DE LA LUTTE	18
La pratique du partenariat avec l’association AIDES : Un an de partenariat avec AIDES	19
Le développement des réponses associatives en Europe centrale et orientale	21
SYNTHESE DES ATELIERS :	24
Atelier 1 : Comment les associations contribuent-t-elles à la lutte contre le sida dans leur pays ?.....	25
Atelier 2 : Rôle des associations dans la prise en compte et l’articulation entre prise en charge médicale et prise en charge psychosociale	26
Atelier 3 : Le rôle de médiation des associations pour la prévention auprès des groupes vulnérables et/ou marginalisés	27
Atelier 4 : Quel plaidoyer commun pour atteindre l’accès universel au traitement ?	28
SYNTHESE DE L’EVALUATION DE LA JOURNEE INTERNATIONALE DE AIDES	29

Remerciements

Ce regroupement n'aurait pas été possible sans l'appui de nos partenaires techniques et financiers : le ministère des affaires étrangères français et la fondation Pfizer. Nous n'oublions pas également l'importante contribution des donateurs de AIDES aux programmes internationaux de l'association.

Programme de la journée internationale de AIDES

LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE AIDES

La Journée Internationale de AIDES est une journée de rencontre et d'échange entre les volontaires et salariés de AIDES, et ses partenaires africains et européens de lutte contre le sida. Il s'agira de permettre aux acteurs de la lutte des pays du Nord et des pays du Sud de mieux se connaître et de comprendre la réalité de chacun.

9h00 Accueil des Participants

9h30 Ouverture – Histoire et identité de AIDES à l'international

9h30 *Histoire de AIDES dans la lutte contre le sida*
Christian Saout, Président de AIDES

9h55 *L'implication de AIDES à l'international*
Hélène Rossert, Directrice Générale de AIDES

10h20 *Historique de l'engagement de AIDES à l'international*
Association ALCS, Maroc

10h45 Pause

11h15 Témoignages – Enjeux et vécu des acteurs de la lutte

11h15 *La pratique du partenariat avec l'association AIDES*
Association AFASO, Cameroun

11h35 *Les enjeux de la qualité des soins au Sud*
Association ARCAD, Sida Mali

11h55 *Le développement des réponses associatives en Europe Centrale et Orientale*
Association Humanitarian Action, Russie
Association ARAS, Roumanie

12h15 Temps d'échange

12h35 Déjeuner

14h00 ATELIERS (un atelier supplémentaire pourra être ouvert en fonction des échanges du matin)

Atelier 1 Le rôle des associations dans la réponse nationale

Atelier 2 La prise en charge des malades

Atelier 3 La prévention auprès des groupes marginalisés

Atelier 4 L'accès universel aux traitements

15h40 Préparation des synthèses en atelier

UN MOMENT OUVERT À TOUS...

16h30 Ouverture au public et aux partenaires associatifs

Restitution des ateliers
Recommandations

16h50 Clôture et remerciements

de Christian Saout, Président de AIDES

17h15 Ouverture du village associatif

Moments d'échanges et de rencontres entre les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA autour des stands des associations partenaires

19h00 Apéritif Convivial

Liste des associations africaines et européennes participant à la journée

BURKINA FASO ALAVI Ouagadougou – AAS Ouagadougou – Association REVS+ – **BURUNDI** ANSS Bujumbura – **CAMEROUN** AFASO Yaoundé – Colibri Bafoussam – AFSUPES Douala – **CONGO (Brazzaville)** AJPC Brazzaville – **CÔTE D'IVOIRE** Lumière Action Abidjan – Association Ruban Rouge Abidjan – Amepouh Abidjan – RSB Yamoussoukro – **GABON** Sida Zero Libreville – **GUINÉE** ASFEGMASSI Conakry – **MALI** ARCAD Sida Bamako – Kéné Dougou Solidarité Sikasso – **NIGER** MVS Niamey – **RCA** AHVV+ Bangui – **CNJV+** Bangui – **RDC** ACS/AMO Congo Kinshasa – Femmes Plus Kinshasa – **SÉNÉGAL** Bok Jeff Dakar – **TCHAD** ASEPVV N'Djamena – **ACCPVV** Moundou – **TOGO** AMC Lomé – **EVT** Lomé – **ALGÉRIE** Association de Protection Contre le Sida (APCS) – **MAROC** Association de lutte contre le sida (ALCS) – **MAURITANIE** Association Espoir et Vie – **TUNISIE** Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida (ATL MST/SIDA) Tunis – **RUSSIE** Action Humanitaire St Petersbourg – **ROUMANIE** Association ARAS – **POLOGNE** Association «BADZ Z NAM!»



Ouverture – Histoire et identité de AIDES à l'international

A la demande des organisateurs de cette journée, il me revient de vous présenter une contribution sur les éléments d'histoire de AIDES en France. Je suis évidemment très honoré de le faire pour vous et avec vous.

Cette réflexion opère donc dans le seul contexte français, et l'on a presque envie de dire avec sa « spécifique complexité ».

Pour conduire mon propos, je vous propose de retenir trois temps. Tout d'abord, en regardant comment la mobilisation de AIDES apparaît dans un contexte historique français de changements profonds dans l'ordre sanitaire, social, économique, et politique. Ensuite, en prenant un peu de temps pour voir comment dans ce contexte si particulier, AIDES a réussi à produire de la solidarité pour les personnes. Enfin, en regardant ensemble comment notre société française a reçu l'apport de AIDES.

En conclusion, et pour faire le lien avec la communication d'Hélène Rossert, qui va intervenir immédiatement après moi, j'esquisserai quelques mots, rapides, pour vous dire que dans cette perspective française, l'international n'est jamais bien loin.

I. La mobilisation de AIDES apparaît dans un contexte historique de changements profonds dans l'ordre sanitaire, social, économique, et politique.

Certains de ces changements sont apparus de façon flagrante, par « effraction », d'autres ont été moins évidents, par exemple l'inflexion économique du début des années quatre-vingt.

A. Il y a incontestablement une part d'héritage de la décennie précédente (les années soixante dix) dans la création de AIDES.

Ces années 1970 ont constitué une sorte de queue de comète des événements de mai 1968, avec des expériences de mobilisation offensives autour de *nombreux mouvements* parmi lesquels il faut citer celui de l'affirmation des droits des femmes, mais aussi celui des gays, concourant tous deux à un mouvement plus général autour de ce que l'on a appelé la « libération sexuelle ». A ces expressions s'ajoutaient déjà les prémisses de l'écologie, dans une dynamique moins frontale¹ avec la société.

La création de AIDES au début des années 1980 entretient *une filiation avec cette histoire immédiate*. Parce que de nombreux gays issus de ces courants viendront à AIDES et aussi parce que son fondateur, Daniel Defert, comme on le verra tout à l'heure a déjà participé à une des mobilisations des années de l'après-soixante-huit (le Groupe d'information sur les prisons²).

Au delà de l'héritage, le « moment » est profondément troublant. Et ceci, à plus d'un titre.

¹ Quoique l'on ait observé des mouvements d'affrontement autour de la question nucléaire.

² La création du Groupe d'information sur les prisons (GIP) intervient en janvier février 1971. On peut se reporter à la Chronologie figurant dans « Dits et écrits », Michel Foucault, Tome I, page 49, Quarto, Gallimard ; de nombreux textes sur l'expérience du GIP figurent dans les deux tomes des textes regroupés dans « Dits et écrits » (index, page 1709).

Il s'agit d'une maladie inconnue, révélant une certaine aporie du *savoir scientifique*. La connaissance est en échec, pour la première fois depuis longtemps. Et, il faudra des années pour comprendre le Vih/sida. Au début des années 1980 nous sommes en France, comme ailleurs, devant un des premiers chocs épidémiques d'une telle ampleur dans la modernité.

L'arrivée du Vih/sida ouvre aussi une *question morale*³ dont peu d'acteurs ont la capacité d'en distinguer les contours dans les échanges passionnés autour du Vih/sida dans la période considérée. Face à la peur génératrice d'exclusion, le désarroi des personnes touchées et/ou concernées va faire surgir la solidarité « aidienne » dans les contours que l'on verra tout à l'heure. C'est une sorte de miracle.

J'indiquais tout à l'heure que certains changements profonds ne sont pas ressentis de façon claire par les acteurs de la lutte contre le sida. Mais, il est vrai qu'ils ont à ce moment là fort à faire. violemment endeuillés, ils construisent AIDES dans un modèle classique des mobilisations associatives créant et expérimentant des solutions susceptibles d'être reprises et généralisées par l'Etat, alors que la société française vit les premières années de ce que l'on n'appelle pas encore « *la fin de l'Etat-Providence* ». La rupture économique par rapport au taux de croissance des trente glorieuses, et son ajustement politique par le Gouvernement de Laurent Fabius, est évidemment hors-champ de la perception par les militants qui se mobilisent à AIDES. Il n'en reste pas moins que cette rupture sous-jacente anime encore les débats des militants de AIDES sur la manière de fabriquer de la solidarité dans notre société au début d'un siècle nouveau, mondialisé, avec un Etat-providence cette fois-ci clairement en crise.

B. Les leçons de la sociologie nous invitent à regarder les périodes, mais il y a aussi les individus qui ont leur place dans la création de AIDES, indépendamment des systèmes auxquels ils peuvent être reliés.

On pense évidemment à *Daniel Defert*, notre président-fondateur, ami de Michel Foucault, décédé du sida. Sa lettre d'appel à la création de AIDES, clairvoyante ô combien, publiée dans Libération en 1984 traduit la volonté de ne pas laisser la situation en l'état. Quelques uns répondront à son appel pour créer quelques semaines après l'association AIDES.

Il faut aussi signaler la place qu'occupent *les gays* dans la création de AIDES. Ils sont très largement majoritaires. Pris collectivement, ils viennent à peine d'entamer le débat public sur la libération des gays et de s'inviter dans la question de la libération sexuelle⁴ que l'épidémie vient poser une chape d'effroi sur cet immense espoir d'une vie digne et libérée des carcans moraux qui pèsent sur la sexualité en France dans les années 1970.

Des *professionnels du soin* s'engagent à AIDES. Sans ambiguïté pour aider à mieux « gouverner la mort » qui constitue le destin inéluctable des séropositifs dans le désarroi scientifique et l'absence de traitements qui caractérise le début des années 1980. Un film, actuellement sur les écrans, « Les témoins » d'André Téchiné, met en scène une figure médicale d'une telle nature.

Enfin, *les personnes*, touchées ou concernées de plus ou moins près, s'engagent elles-mêmes dans AIDES. En grand nombre, elles vont constituer un mouvement qui prône l'agrégation des expériences individuelles dans une expertise collective source d'enrichissement pour la société dans laquelle elles s'insèrent. Autour du témoignage comme fait central, elles construiront un mouvement qui se veut avant tout un observatoire de l'épidémie pour fonder des protestations et des propositions nécessairement articulées.

³ Très clairement formulée dans la lettre d'appel à la création de AIDES, dans Libération, en octobre 1984 : citation.

⁴ Questions largement ouvertes et résolues (souvent) dans les principaux pays européens qui nous entourent (notamment au Nord) depuis plusieurs décennies.

C. Après le regard sur l'héritage, et celui sur les acteurs, allons maintenant du côté de la structuration.

Dans le temps qui m'est imparti, je ne reviens pas sur la lettre de Daniel Defert appelant à la création de AIDES, dont j'ai déjà dit toute la vertu.

Le contenu de cet appel constitue quasiment *une lettre de mission* pour la structuration du mouvement : informer et prévenir, fabriquer de la solidarité face à l'exclusion, être un lieu de parole.

De fait, AIDES devient le lieu où, quand on est directement ou indirectement concerné et conscient des enjeux, *les personnes se solidarisent*. On en trouve la trace symbolique dans la formule « Solidairement » au bas des courriers, comme dans le titre de l'ouvrage « Solidaires » qui va rassembler les premiers témoignages et les premiers textes sur l'organisation du mouvement⁵.

Les personnes se solidarisent *pour faire mouvement*, c'est à dire pour être générateurs de mobilisation sociale. Plusieurs associations vont d'ailleurs naître de ce creuset. Par scission, comme Arcat (regroupant ceux du soin) ou Sol En Si (dédié à la question des enfants séropositifs). Mais aussi par identification à AIDES. De nombreuses structures associatives régionales de lutte contre le sida demandent à être reconnues par AIDES. Une trentaine de comités vont naître sous le label AIDES offrant un maillage territorial très fort en France, en métropole et en outre-mer. Ce réseau AIDES prendra historiquement la forme d'une fédération des comités avant de devenir une structure totalement unifiée en 2001, afin de garantir face aux financeurs, publics et privés, un socle commun de reconnaissance de la qualité de l'action « selon AIDES ».

*

Voici donc tracées brièvement quelques éléments qui permettent d'appréhender les conditions historiques de la création de AIDES.

II. *In concreto*, cette mobilisation tend à construire des savoirs que l'association entend projeter dans l'espace public afin de provoquer des changements utiles pour les personnes touchées et concernées, individuellement et collectivement, avec un rationalisme expérimentateur.

La question de l'individu et de son rapport au groupe, celle des acteurs dans AIDES, celle du mode de production des savoirs dans AIDES, et celle du mode de projection de ces savoirs hors de AIDES sont autant d'éléments d'un système de lutte qui engrange malgré les résistances une série d'avancées au profit des personnes mais aussi largement au delà.

A. De l'individu au groupe.

Ce n'est sans doute pas le moindre des paradoxes qu'avec la sacralisation de l'individu dans les sociétés occidentales⁶, AIDES parvienne à *les mobiliser dans un corps social producteur de sens dans AIDES et hors de AIDES*.

La reconnaissance de l'individu comme primat a permis au plus grand nombre de s'affranchir du poids des contraintes et des normes sociales. Ce faisant, contre la société, les individus s'atomisent comme autant d'acteurs ayant chacun leur authentique destin sans que le sentiment d'appartenance à une société les ramènent

⁵ « Solidaires », Emmanuel Hirsch, Editions du Cerf, Paris, 1991.

⁶ Face aux systèmes politiques, religieux et moraux englobants hérités du passé, la seconde partie du XX^{ème} siècle va cristalliser le débat autour du primat de l'individu sur l'ordre social, avec l'affirmation de la destinée individuelle comme souci premier. De nombreuses pages sont consacrées à cette question dans la production philosophique de la période.

vers l'implication collective dans une société dont ils sont issus et sur laquelle ils peuvent influencer pour changer le cours de choses.

A AIDES, les individus se situent comme personnes avant tout, mais continuent le plus souvent à espérer dans le sentiment d'appartenance à un groupe comme donnée intangible du changement pour elles-mêmes, pour autrui, et pour l'ensemble de la société.

Cette *appartenance* passe par des formes concrètes :

- la formation initiale et continue qui donnent des bases solides et actualisées, créant un seuil d'exigence pour être à AIDES, et de fait un « seuil de distinction » par rapport aux bénévoles menant tout droit à l'appellation de « volontaires »,
- le rôle des groupes au sein de l'association qui constituent autant de lieux de catalyse ou d'adossement de la décision politique,
- la participation au fonctionnement démocratique d'une association de la loi de 1901,
- l'inscription dans une organisation engagée dans l'action, sachant protester mais aussi intéressée à proposer des expériences, des solutions, des orientations.

B. L'action de AIDES repose sur la mobilisation communautaire.

Il s'agit alors de reconnaître *la place centrale des personnes touchées*. « Elles sont à la direction des actions » indique Daniel Defert dans une communication donnée à l'ouverture de la Conférence mondiale de lutte contre le sida, à Montréal, en 1987. C'est à partir de leurs besoins que se détermine l'action.

Sur cette base, le militant de AIDES est alors *un facilitateur* dans la mobilisation des groupes et des communautés.

C. Après les individus s'inscrivant dans une logique de groupe et l'identification du métier de militant communautaire viennent les processus de production du changement « selon AIDES ».

On peut en distinguer trois variables aboutissant au fil du temps et des sujets à de multiples combinatoires.

Il y a indubitablement *la fonction d'observatoire* qui va évoluer avec le temps et les circonstances. De fait, au début de la vie de l'association, le témoignage occupe une place centrale pour faire savoir et modifier les opinions. Mais, il s'agit aussi d'aller plus loin et de faire ressortir les besoins des personnes de façon peut être sommaire mais néanmoins documentée. Avec le temps, l'enquête, au sens d'un instrument statistique ou sociologique, va s'imposer comme un outil plus systématique, sans jamais devenir exclusif ni gommer la place du témoignage.

S'y ajoute, *la confrontation entre les acteurs*. Epousant parfois les formes de l'affrontement, mais cherchant à les éviter, la confrontation apparaît comme un outil salutaire pour AIDES. A la fois en interne, où nous n'avons économisé sur aucun débat, au prix de quelques pertes d'énergie probablement. Et en externe, où l'association a su être présente sur les grands enjeux de la lutte contre le sida en France et dans le monde, avec son originalité fondatrice, et en collant à des évolutions contextuelles non négligeables (arrivée des trithérapies, arrivée des « gratuits » dans la presse d'opinion, réorientation de la collecte de fonds, exigence de la gratuité des ARV ...).

Troisième variable : *la constitution d'un savoir par l'expérience*. Dont j'ai déjà eu l'occasion de dire qu'il s'ancrait dans la fonction d'observatoire : ce qui se passe en France en matière de lutte contre le sida doit être analysé par AIDES et l'expérience (celle des militants comme celles des personnes touchées, individuellement et collectivement) constitue notre expertise. C'est la constitution de tels savoirs qui fonde notre légitimité dans l'intervention sociale.

D. Ce sont ces savoirs qui sont « projetés » dans le champ social sur la voie du changement.

Car c'est bien l'objectif de AIDES : *changer la donne, pour chacun et pour tous, en mettant hors de AIDES ce que l'on y apprend*. Donc, en pesant, à partir des savoirs construits dans AIDES sur les mentalités et sur l'opinion, sur les faits et sur les structures (industrie pharmaceutique, système social, système de soin, ...) et sur les réglementations et sur les lois.

Comment y parvenons-nous ? De deux façons, qu'il faut clairement identifier :

- *en plaidant*, d'où la place centrale du plaidoyer, et d'un plaidoyer assis sur des éléments de plus en plus objectivés au fil du temps ;
- *en faisant*, d'où la place « également » centrale de l'initiative expérimentale dans AIDES (ligne téléphonique d'écoute, programmes d'aide à domicile, programmes d'échanges de seringues, ...) dans une perspective de reprise par les pouvoirs publics, directement (services de l'Etat) ou indirectement (associations oeuvrant pour le compte de l'Etat).

III. Et la société, notre société française, comment reçoit-elle notre projet ? De façon contrastée, c'est le moins que l'on puisse dire.

Evidemment, nous voudrions avoir réussi à tout changer en faveur des personnes confrontées à l'épidémie. La réalité est évidemment bien différente. Plus nuancée car il y a des points de résistance. Commençons par les regarder avant d'évoquer les changements réels et la reconnaissance sociale obtenue.

A. Il subsiste des points de résistance, à différents niveaux.

Tout d'abord, *la crise subie par ce que l'on appelle l'Etat providence* est profonde depuis plusieurs décennies maintenant en France. Elle a amené à des ajustements. Et l'on voit bien que ce que les associations expérimentent a du mal à être repris par le droit commun. Personne aujourd'hui ne se précipite pour reprendre les services créés dans AIDES pour être élargis à d'autres pathologies (comme les programmes d'aide à domicile) ou pour être gérés sur un mode de services publics, soit directement par l'Etat soit au travers d'associations constituées pour cela (on trouve un exemple récent avec les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques).

Ce point de résistance est sévère, et devrait amener AIDES dans les années qui viennent à se positionner probablement de façon plus pragmatique, animant une lutte contre le sida toujours aussi offensive en étant par ailleurs un acteur « gestionnaire » de services face à l'épidémie, même si AIDES restera un acteur de « services » particulier en menant ces services dans une dynamique communautaire.

Justement, c'est ici que se situe un autre point de résistance : *la faiblesse de la reconnaissance de l'approche communautaire dans notre pays*. L'égalitarisme républicain ne sait pas prendre en compte les spécificités des groupes et des communautés, comme le montre le débat très vif sur la discrimination positive dans notre pays marqué par la reconnaissance de droits universels en échange d'une intégration dans la Nation. Notre apport fondé sur l'idée que les communautés concernées peuvent être mobilisées pour agir et transformer leur destin comme l'organisation sociale a, dans un tel contexte, du mal à progresser. Dans l'action sociale c'est la démarche individuelle qui est consacrée. A peine dessine-t-on un intérêt pour l'approche par les groupes. Mais l'approche communautaire en santé publique est loin d'être reconnue à la hauteur de l'intérêt qu'elle procure.

Par ailleurs, *dans le monde associatif de la lutte contre le sida, AIDES n'a pas réussi à faire école*. Certes, AIDES reste un modèle salué et parfois admiré, mais bien seul de son espèce. Dans le monde de la lutte contre le sida en France, AIDES reste la seule association ayant une démarche communautaire d'un tel niveau et articulant à la fois la proposition et la protestation. Toutes les autres associations se positionnent plutôt sur un mode gestionnaire avec essentiellement des professionnels réunis autour de la « prise en charge » des personnes. Une association, bien connue, Act Up Paris, se positionne quant à elle sur le mode protestataire.

Au delà de la lutte contre le sida, la stratégie que nous avons bâtie peine à faire école. Et le mode « gestionnaire » apportant des services à des personnes affectées par une pathologie particulière est le modèle dominant. On adhère alors pour bénéficier de services (aide à la constitution d'un dossier, intervention auprès des administrations, ...) et non pas pour militer. Ce n'est pas inutile, mais cela aboutit rarement à changer la donne, même si par leur poids ou par leur détermination certaines de ces associations ont-elles aussi obtenu gain de cause pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes.

Enfin, les professionnels du soin, de la santé ou du social ne sont pas encore convertis à l'intérêt de AIDES « transformateur » à leurs côtés. Trop souvent, AIDES est une adresse donnée à une personne pour laquelle ces acteurs estiment avoir tout mis en œuvre et que l'on envoie vers l'association en estimant que c'est à elle de faire. Probablement, en ne faisant pas évoluer suffisamment nos « permanences hospitalières » nous n'avons pas non plus suscité une confiance sur un chemin de partenariat entre les acteurs du soin et les acteurs associatifs, dans un monde hospitalier bien réticent au changement pour de nombreuses raisons structurelles ou conjoncturelles. Tout aussi certainement, les services sociaux ont de plus en plus de difficulté à « entendre » et à soutenir les espoirs que formulent les personnes séropositives.

B. Malgré ces contraintes, AIDES bénéficie d'une reconnaissance importante à plusieurs niveaux.

Il ne s'agit pas ici de la notoriété même si cette *notoriété* participe de la reconnaissance, mais plutôt de l'influence, bien difficile à mesurer de façon objective. On se croit parfois important ... mais tout de même.

L'association est présente dans près de 80 villes en France où elle maintient une réponse face aux attentes des personnes confrontées à l'épidémie. *C'est un réseau unique en Europe où aucun autre pays ne propose une réponse associative aussi territorialisée*. Et ce réseau continue à se développer avec des associations qui rejoignent AIDES car elles se reconnaissent dans ce projet et estiment qu'il est indispensable de se regrouper dans un grand réseau apportant des garanties de pérennisation. Dans le cadre de ce réseau, environ 20 % des personnes confrontées à l'épidémie ont recours à AIDES.

Si AIDES est régulièrement consultée par les pouvoirs publics, il est des domaines où l'on doit parler de véritable *partenariat*. J'en prendrais deux exemples. Le premier dans le domaine législatif où nous avons agi de façon concertée pour obtenir par la loi du 9 août 2004 la reconnaissance légale des actions de réduction des risques auprès des usagers de drogue. Le second dans le domaine de la promotion du préservatif où sans l'apport conceptuel et financier de AIDES, l'opération « préservatif à 20 centimes d'Euro » n'aurait pas pu voir le jour !

Au plan collectif, cette reconnaissance opère également. Ainsi, les 110 acteurs de la *Conférence nationale de santé* ont choisi pour président un représentant associatif, le président de AIDES, après que se soient succédés à la tête de cette instance trois professeurs de médecine ou de santé publique. C'est une reconnaissance très large puisque l'instance est composée de représentants des malades et des usagers du système de santé, des professionnels de santé et des établissements de santé ou de soin, de professionnels salariés, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, des collectivités territoriales, des conférences régionales de santé et de personnes qualifiées.

Enfin, *le leadership de AIDES est reconnu et envié dans le domaine du plaidoyer*. Il ne se passe pas de rencontre avec les partenaires associatifs sans que nos actions et nos stratégies suscitent l'intérêt si ce n'est l'envie.

*

* *

Pour conclure, quelques mots pour dire que le bilan de AIDES dans cette séquence d'un peu plus de vingt ans maintenant est évidemment positif, même s'il reste du chemin à parcourir face au défi de l'accès à des soins de qualité pour tous et à la stigmatisation et aux discriminations.

Et pour faire le lien avec l'intervention d'Hélène Rossert, je tiens à dire que les questions internationales n'ont pas été oubliées dans cette approche française. Dès la fondation car Daniel Defert a un regard « anglo-saxon » dans la création de AIDES avec son expérience américaine et ce qu'il va puiser dans le Terrence Higgins Trust à Londres. Son successeur, Arnaud Marty-Lavauzelle sera à l'initiative de l'Atelier d'Abidjan en 1997 qui va lancer la dynamique du Réseau Afrique 2000. Hélène Rossert, notre Directrice Générale, a été Vice-Présidente du Fonds mondial ce qui marque de façon éclatante la reconnaissance de AIDES au plan international et la reconnaissance de notre stratégie de renforcement et non pas de suppléance des associations communautaires dans les pays étrangers.

C'est donc le moment de lui passer la parole.

Il y a de cela un peu moins de 20 ans, en plein marasme de l'épidémie, ici en France, alors que AIDES s'organisait déjà en un réseau français, *l'Association de lutte contre le sida (ALCS)* du Maroc nous interpellait. Hakima Himmich, sa présidente, nous demandait alors un soutien en matière de formation initiale de ses volontaires.

Dans cette interpellation, on peut analyser avec le recul la clairvoyance des militants marocains à chercher autre chose qu'une réponse médicale à une épidémie de faible importance, mais dont les enjeux avaient déjà été perçus comme importants en regard d'un autre mode de lecture de la santé dans les pays du Sud. Ce fut fait par la participation de Latifa Imane à la formation de AIDES en 1989. Et puis nos destinées se sont croisées toujours plus, sur différents sujets, générant par ces croisées successives le prémices d'un réseau international.

Il y eut ensuite, au début des années 90, l'interpellation de Jeanne Gapyia de *l'ANSS* du Burundi et de Jeanne Kouamé de *Lumière et Action* de Côte d'Ivoire. Un autre type d'interpellation directe, celles de personnes vivant avec le VIH, l'assumant de façon pionnière et incroyablement courageuse dans des pays où le pouvoir médical est dictatorial. Elles demandaient notre soutien dans l'accès aux soins, alors que rien n'existait dans leurs pays.

AIDES a d'emblée contribué avec d'autres à mettre le sujet sur la place politique en étant un acteur-clef de la **conférence de Paris en 1994**. Cette réunion réunissait pour la première fois des chefs d'Etat et autres politiques de haut niveau pour faire reconnaître le GIPA (greater involvement of people living with AIDS, la plus grande implication des personnes vivant avec le sida). L'arrivée du sida dans l'arène politique va générer plusieurs créations institutionnelles : l'ONUSIDA, coordination des différentes agences onusiennes sur ce sujet, et puis l'Alliance Internationale contre le sida (International HIV Alliance). Lors de cette conférence de haut niveau, AIDES rencontre les toutes nouvelles associations de l'Est. La chute du mur de Berlin est récente, la société civile est naissante. Mais les personnes vivant avec le VIH se mobilisent et je pense en particulier à Woiteck de Pologne de Badz Nami.

Arnaud Marty Lavauzelle participe en 1995 au premier PCB (program coordinating board) de l'ONUSIDA et y plaide fortement mais isolément pour un accès équitable aux soins dans le monde entier, gommant les différences entre les malades des différents pays.

C'est en **1996**, que la grande mutation arrive au Nord d'abord avec l'**arrivée des trithérapies**, apportant une grande bouffée d'air dans l'atroce pression de l'épidémie. Il apparaît alors à AIDES qu'une montée en puissance du soutien au Sud devient indispensable si l'écart entre le Nord et le Sud ne doit pas se creuser plus encore.

La première action est de répondre à la sollicitation de l'ONUSIDA et de former ensemble des responsables médicaux, et associatifs à la prise en charge du VIH avec des trithérapies. Se préparer pour « l'arrivée des camions » disait alors Arnaud. Aliou et moi sommes ici les derniers représentants de cette étape fondatrice. J'y avais, pour ma part, apporté une composante de santé publique forte, pressentant qu'il faudrait aller au delà du plaidoyer et mettre en œuvre nous-mêmes nos intuitions dans le cadre des systèmes existants pour éviter une rupture avec le système public de santé qui ne serait en aucun cas fructueuse. Cette formation permettait pour la première fois de réunir des acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. Je salue ici, l'incroyable humilité du Professeur Papa Salif Sow du Sénégal, notre élève de cette époque.

Frank Joucla et Francis Nock de AIDES partent ensuite en tournée en Afrique de l'Ouest avec un soutien financier et politique du Ministère Français de Affaires Etrangères. AIDES n'oublie pas l'interpellation de Madame Gapiya et va la voir au Burundi donnant une lecture géographique un peu originale de l'Afrique de l'Ouest. Mais l'engagement mutuel entre l'ANSS et AIDES était déjà scellé.

En décembre 1997, nous nous retrouvons, responsables associatifs, au foyer d'Artagnan et nous dessinons ensemble plusieurs choses :

1. la forme des contributions associatives à la prise en charge dans les pays : il s'agira de créer des centres associatifs de prise en charge qui, à l'époque, devaient être financés par la commission européenne, l'ONUSIDA, le Ministère des Affaires étrangères. Les bailleurs se désisteront sur ce projet, certains reviendront mais les centres naîtront, envers et contre tout. (dès 2002, ils étaient presque tous opérationnels)

2. le réseau qui s'appellera Afrique 2000.

3. Afrique 2000 conjugue dès sa naissance des tendances opposées : le terrain versus le plaidoyer, et le local versus l'international. Le réseau AIDES avait été pionnier dans la réunion de ces approches si souvent opposées. C'est un aspect original de ce réseau car la grande majorité des réseaux internationaux sont soit tournés vers l'action de terrain soit vers le plaidoyer. Rares sont ceux qui simultanément mettent en place les deux aspects du travail.

De façon concomitante, Frank pense à « européeniser » la réponse aux défis à relever à la fois en Europe de l'Est et en Afrique. Je parlerai peu de ce que Frank avait pressenti aussi comme l'épidémie en Europe du Sud avec la création du réseau Alfa qui va permettre de monter en puissance sur la réduction des risques de l'usage de drogue. Ce réseau permettra de construire une expérience fructueuse pour le réseau d'Europe de l'Est, INTEGRATION, qu'Arnaud Simon montera dans une Europe enfin élargie. Le réseau CHANGE sera l'ancêtre du réseau AIDS Action Europe, tentant de toujours affirmer qu'on est plus fort à plusieurs que seuls. Grâce à l'initiative de AIDES Provence, le programme Cap prévention en Méditerranée générera le réseau AMEDIS du Maghreb, dont je salue ici les représentants.

Pour comprendre mieux la démarche de AIDES dans l'animation de réseau, arrêtons-nous un peu plus longuement sur le réseau Afrique 2000, aisément, transposables à d'autres réseaux auxquels AIDES participe. Nous démarrons avec plusieurs principes dans la tête :

1. AIDES se situe résolument du côté de la société civile de la lutte contre le sida où elle a installé sa légitimité,

2. La démarche est nécessairement collective tant au niveau de chaque association, qu'au niveau du réseau,

3. En Afrique et ailleurs (en Europe, au Maghreb), le modèle société civile apporte un îlot d'apprentissage démocratique dans des pays eux-mêmes en apprentissage de cette lecture de la vie politique,

4. Pour animer la démarche collective et démocratique, le réseau s'est doté de critères d'appartenance qui régulent la vie du réseau,

5. AIDES se situe en facilitateur, au sens communautaire. C'est à dire que AIDES ne va pas apporter les réponses mais va aider à l'émergence de celles-ci et à leur mise en œuvre sur le long terme. Le compagnonnage est nécessairement de longue haleine. La compréhension fine du contexte est indispensable, et elle est connue par les associations africaines. Le travail va donc consister en la mise en commun de la compréhension contextuelle, par la mise en œuvre communautaire, et par la capacité collective de plaidoyer tant au niveau national et international. En ce sens AIDES est différente des acteurs caritatifs et humanitaires parce qu'elle ne doit pas se substituer à l'action des associations locales, mais aider à faire : Parce que les éléments de la réponse sont à la fois locaux pour la réponse directe aux personnes, et nationaux et internationaux pour le plaidoyer.

6. On comprend de cette analyse que AIDES ait à la fois répondu par des missions-pays et par des regroupements sous-régionaux.

7. AIDES ne souhaite en aucun cas que le monde associatif se substitue à la réponse publique de la lutte contre le sida mais au contraire la stimule et la renforce. La démarche est une réponse de pionniers, d'avant-garde de l'armée de la lutte contre le sida. Ses armes essentielles sont l'exemple (démontrer la faisabilité), la formation (renforcer les capacités et essayer l'expérience), plaider (revendiquer auprès de différentes instances les moyens de la lutte contre le sida).

8. AIDES a donc toujours été très en lien avec les acteurs gouvernementaux d'abord pour faire reconnaître la place des associations puis pour s'assurer de leur intégration dans la réponse nationale. Il ne s'agissait pas d'une démarche de rupture avec les décideurs publics.

9. La mise en œuvre appartient donc totalement aux acteurs africains. Etant donné l'établissement d'un comité exécutif d'Afrique 2000 devant décider de son sort à l'unanimité on voit bien que le rôle de AIDES deviendra quantitativement moindre et qualitativement plus complexe.

Mais sortons de l'exemple d'Afrique 2000 pour regarder AIDES de façon plus générale dans son animation des réseaux internationaux.

Quel est actuellement ce rôle ?

- Tout d'abord **continuer à assurer le financement des activités du réseau**, mais pour combien de temps ? Faciliter le renforcement des capacités sans s'immiscer dans la vie associative, ni « faire à la place ». Investir plusieurs citadelles institutionnelles : le fonds mondial, la commission européenne, et la plus distante de toutes : la Banque Mondiale. Savoir comment on obtient l'argent et comment on l'utilise de façon optimale est l'enjeu capital actuel.

- **Aider le centre de formation Donya à trouver la voie de « former autrement »**, ce qui n'est pas encore acquis, et enrichir le corpus d'ingénierie de formation sur trois aspects essentiels : le plaidoyer, la formation de formateurs, et la méthodologie de projets. Tout cela est loin d'être achevé même si sur la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, l'accompagnement ou le soutien psycho-social, et économique, les savoirs à l'intérieur des réseaux sont presque maîtrisés.

- **Renforcer l'activité de plaidoyer sur la réduction des risques vis à vis de groupes vulnérables** comme les femmes et les prisonniers dans tous les réseaux, rendre le groupe de plaidoyer africain opérant, actif et réactifs sur deux sujets essentiels : la gratuité des soins et la participation aux instances du Fonds Mondial.

Quelles perspectives à terme ?

Difficile de lire au delà de l'accès universel aux soins par pays. Mais quid de la prévention ? Quid de la mise en œuvre effective de la stratégie de réduction des risques ? Quid de la discrimination, notamment de l'homosexualité ? Quid de la pénalisation de la transmission ? Quid de la revitalisation des systèmes de santé par des flux financiers fléchés sur le sida ? Quid de la place des associations dans une réponse nationale amplifiée ? Quid de la place du contre pouvoir associatif ? Quid de notre capacité à suggérer d'autres modes d'utilisation ou de reconnaissance des ressources humaines ? Quid de l'insertion des personnes vivant avec le VIH par l'économique ?

En guise de conclusion, je voudrais terminer sur les valeurs qui solidifient un réseau :

Plusieurs sont nécessaires pour créer une envie collective :

La détermination qui est le socle du militantisme,

Le courage qui permet une mise en œuvre des actions de lutte contre le sida dans des contextes souvent difficiles,

La curiosité qui est l'atout majeur du plaidoyer,

La confiance et l'honnêteté sont les valeurs qui cimentent notre envie de nous retrouver et permettent de générer le plaisir de créer.

Enfin et je n'insisterai jamais assez sur celle-là : **la générosité** qui permet de lâcher un peu de son univers pour en laisser de la place aux autres.

Voilà pour ce jour mes quelques réflexions. Ceci est nécessairement incomplet mais je suis **toute disposée à répondre à vos questions, voire vos questionnements.**

Historique de l'engagement de AIDES à l'international L'historique du partenariat entre AIDES et l'ALCS

Tissam Daoudi, de l'association ALCS, Maroc

En introduction, j'aimerais, d'une part, vous faire part des regrets du Pr.Hakima Himmich de ne pas être parmi nous et, d'autre part, vous remercier en son nom et au nom de tous les membres de l'ALCS de nous donner l'occasion de revenir sur un partenariat fondamental pour notre association.

Tout d'abord, rappelons quelques dates importantes du partenariat entre AIDES et l'ALCS :

En 1989, un an après la création de l'ALCS, nous avons été invités par Daniel Defert, président fondateur de AIDES, aux assises de Nice.

Une année après, en 1990, un des membres de l'ALCS participait à une formation initiale de AIDES Ile-de-France.

En 1991, un événement qui a marqué l'ALCS et qui a déterminé en partie ce que nous sommes devenus par la suite : la rencontre avec Arnaud Marty Lavauzelle dans un colloque organisé par l'Institut Pasteur. Quand Arnaud a pris la parole après les discours convenus et paternalistes des médecins sur les malades, Hakima Himmich et Latefa Imane, ont été subjuguées de l'entendre exposer avec assurance et conviction tout ce que les volontaires de l'ALCS de l'époque pressentaient mais qu'ils avaient du mal à théoriser et à exprimer de façon aussi claire et aussi affirmée.

C'était la première fois que nous entendions un tel plaidoyer sur la place de la personne malade, le lien entre santé publique et libertés individuelles, l'importance de la reconnaissance sociale dans la prévention et le désir de soin.

Suite à cette rencontre, une grande amitié et une collaboration sont nées. L'ALCS a tellement été influencée par la pensée d'Arnaud, que parfois, nous avons le sentiment d'être un comité de AIDES.

Toujours en 1991, l'ALCS a participé avec AIDES Alsace à l'élaboration d'un programme de prévention en direction des résidents maghrébins en foyer.

Elle a également organisé, à Casablanca, en lien avec AIDES Ile-de-France, une formation pour les volontaires de l'ALCS.

En 1994, autre rencontre marquante, la rencontre avec Alain Molla, président de AIDES Provence lors de la participation de l'ALCS aux Assises de Lyon.

En 1996, c'est l'intervention de Daniel Defert sur sida et vulnérabilités aux Assises de l'ALCS et c'est également le démarrage du projet Cap prévention.

En 2002, il s'agit du démarrage du Programme Concerté Maroc (PCM)

Quant à 2005, c'est le démarrage du projet AMEDIS.

Et plus récemment, en 2006, une mission d'appui à la gestion administrative a été organisée à l'ALCS dans le but de renforcer la comptabilité, et ce, avec la participation du responsable administratif et financier de AIDES région Sud-Ouest.

Principaux axes du partenariat

En ce qui concerne *l'échange et la mutualisation des expériences*, depuis 1990, des échanges soit formels, soit informels, se sont organisés entre différents comités de AIDES et sections de l'ALCS. Ils ont pris la forme de missions d'appui, de stages pratiques.

Pour *les projets de partenariats franco-maghrébins*, en 1991, nous sommes intervenus, à l'initiative de AIDES Alsace et en lien avec des experts tunisiens et algériens, dans les foyers Sonacotra de Strasbourg en direction des ressortissants maghrébins.

Entre 1997- 2001, il s'agit de la mise en place de l'opération Cap prévention, un programme d'information et de prévention mené par les comités AIDES Provence et AIDES Languedoc Méditerranée en lien avec des associations tunisiennes et algériennes, sur les bateaux qui, pendant la période estivale, quittent les ports français et traversent la Méditerranée en direction du Maroc, de la Tunisie et de l'Algérie.

Evoquons également les projets AMEDIS et PCM.

- Au niveau du *conseil et de l'appui organisationnel*, en 2003, l'ALCS a bénéficié d'une mission de diagnostic et d'appui organisationnel menée par des membres de AIDES dans le cadre du PCM.

Mais bien avant, sans pour autant être aussi formalisées, des missions d'appui ont été organisées sur les thèmes de la gestion administrative et financière, de l'articulation national/local, de l'organisation et du fonctionnement et du plaidoyer.

En 2006, une mission pour le renforcement de la gestion administrative de l'ALCS a été organisée, suite à laquelle un logiciel de gestion comptable a été installé.

- Concernant *la formation*, nous nous sommes inspirés du modèle de AIDES pour poser les bases de nos activités de formation interne (initiale et continue).

Les formateurs de AIDES, notamment de AIDES Formation, ont encadré de nombreux stages au Maroc sur les thèmes de la réduction des risques, de la relation d'aide, de la méthodologie de projets, du counselling, de la communication et de la vie associative.

Plusieurs sessions de formations de formateurs aux techniques d'animation ont également été co-organisées par l'ALCS et AIDES.

Certaines de ces formations ont été organisées dans le cadre de projets de partenariats structurés comme Cap prévention, AMEDIS et PCM.

- Quant à *l'appui en médicaments*, c'est grâce aux dotations en médicaments (IO et ARV) collectés par ses militants et fournis par AIDES que pendant longtemps le Service des maladies infectieuses de Casablanca a pu traiter de nombreux malades.

Trois comités de AIDES se sont impliqués en particulier dans cet appui : AIDES Alsace, AIDES Ile-de-France et AIDES Aquitaine.

Cet appui continue encore, nous avons ainsi reçu dernièrement un don important en médicaments de la part de AIDES.

Ce qui fait la force et la pérennité de notre partenariat

Si notre partenariat avec AIDES fonctionne depuis bientôt 18 ans, c'est parce que nous partageons les mêmes principes, les mêmes valeurs, la même vision de la lutte contre le sida, une même volonté d'associer santé publique et respect des libertés individuelles et un même engagement fort pour faire avancer la lutte pour un accès équitable aux médicaments pour toutes les personnes vivant avec le VIH au Nord comme au Sud.

C'est aussi parce que notre partenariat est fondé sur :

- la réciprocité
- le respect de l'autonomie et de l'identité de chacun des partenaires
- l'amitié et le plaisir de travailler et d'avancer ensemble

Finalement, UN GRAND MERCI à tous les membres de AIDES pour leur précieux soutien et leur fraternité. Nous espérons que ce partenariat continuera tant que nous aurons besoin de faire face à cette épidémie.

Témoignages – Enjeux et vécu des acteurs de la lutte

La pratique du partenariat avec l'association AIDES : Un an de partenariat avec AIDES

Pauline Mouton, Présidente de l'association AFASO, Cameroun

Il y a plus de deux décennies que l'infection à VIH fait des ravages dans le monde entier. L'Afrique subsaharienne est le continent le plus touché. Plusieurs pays se sont mobilisés pour lutter contre cette terrible maladie. Les ONG / Associations nationales et internationales se sont impliquées rapidement pour apporter leur contribution sous diverses formes. Dans cette implication des structures, l'association française AIDES a été contactée par les associations de la sous région Afrique de l'Ouest pour, à travers des partenariats d'échanges d'expériences et d'expertise, démontrer la faisabilité de l'accès aux traitements en Afrique. C'est le début du réseau Afrique 2000 en 1997.

En 2005, AIDES a organisé des missions exploratoires auprès des associations de 13 pays de la sous région Afrique Centrale. Au terme de ces missions, il a été proposé à 13 associations de créer des partenariats avec pour objectifs : 1) mener des activités de renforcement des capacités des associations de lutte contre le sida de l'Afrique centrale et 2) mettre en réseau essentiellement Sud/Sud pour l'échange d'expérience et le plaidoyer.

L'Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO) à Yaoundé au Cameroun faisait partie des 13 associations retenues. En mars 2006, nous avons organisé, avec AIDES, le premier regroupement des associations d'Afrique Centrale. C'est à AFASO qu'il est revenu d'accueillir à Yaoundé, les frères et sœurs de l'Afrique Centrale, avec la participation d'associations d'Afrique de l'Ouest..

Du 13 au 17 mars 2006, ce premier atelier de réflexion stratégique a permis aux participants de se connaître, de comprendre ce que fait AIDES, les domaines d'intervention des différentes associations, l'ampleur de la pandémie dans les différents pays et les efforts déjà menés par la société civile et les gouvernements de chaque pays et aussi de voir les faiblesses. Cet atelier nous a aussi permis de voir ce qui a été fait en Afrique de l'Ouest avec les associations. Au sortir de cet atelier stratégique, le principe d'un partenariat entre associations a été validé. De plus, quatre axes prioritaires en matière de renforcement des capacités des responsables associatifs ont été retenus pour l'année 2006, à savoir :

1. formation à la vie associative
2. formation en méthodologie de projet
3. formation à la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA
4. formation au plaidoyer

A la fin de ce premier regroupement, un rapport d'activités a été élaboré par AIDES et envoyé aux participants pour amendement avec propositions de différentes sessions de formations selon les besoins retenus par les participants.

Depuis lors, nous nous sommes retrouvés pour différents temps de formation :

Du 17 au 21 juillet 2006 s'est tenu à Libreville au Gabon, un atelier de formation à la vie associative.

Du 18 au 22 septembre 2006 à Libreville au Gabon, a eu lieu une première session de formation sur la méthodologie des projets. Ces deux sessions ont été accueillies par l'association Sida Zéro du Gabon.

Du 07 au 16 novembre 2006 à Bujumbura au Burundi s'est tenue la formation sur la Prise en charge globale des PVVIH, co-organisée par l'ANSS et AIDES.

Du 11 au 17 décembre 2006 s'est tenue à Bangui la deuxième session sur la méthodologie de projet co-organisée par les associations CNJF+ et AJH+ de Bangui et AIDES.

Du 1^{er} au 07 février 2007 à Bafoussam, au Cameroun, s'est tenue la première session de formation sur le Plaidoyer, co-organisée par Colibri et AIDES.

A ce jour, toutes les sessions des quatre axes de formation prévues ont été organisées, à l'exception de la deuxième session en plaidoyer qui se déroulera en mai 2007 à Bafoussam au Cameroun.

AFASO a pris part à toutes les formations avec la participation de trois de ses membres. Les différentes restitutions et les différents travaux en association ont permis à tous les membres de bénéficier des formations.

Par ailleurs, nous n'avons pas seulement bénéficié des thématiques prévues lors des différentes formations, nous avons aussi découvert certains pays, le mode de vie des peuples et avons également constitué une famille solide.

De plus, l'Association des Femmes Actives et Solidaires a bénéficié d'un encadrement technique de AIDES ;
- du 09 au 12 octobre 2006, nous avons accueilli une mission de AIDES ; nous avons principalement travaillé sur les rapports confondus (rapport d'activités annuel, rapports de réunions), sur notre projet associatif. Chacun selon ses tâches exprimait ses difficultés et des techniques et solutions étaient apportées.

- du 15 au 22 février 2007, nous avons reçu un appui à la gestion financière qui nous a permis d'améliorer notre gestion financière, de revoir notre projet qui était accepté à CARE, etc.

Ces différentes formations et appuis ont profondément changé notre association.

Nos statuts ont été revus et améliorés en avril 2006 lors de notre assemblée générale après le premier regroupement.

Aujourd'hui, notre association dispose d'un projet associatif.

Nos activités ont été revalorisées.

Les membres s'impliquent de plus en plus.

Nous ne saurons terminer sans dire un grand merci à AIDES pour cette nouvelle et grande vision dans la lutte contre le VIH/SIDA et le renforcement des capacités dont nous avons bénéficié.

Les projets Intégration :

Cela fait six ans maintenant que qu'existe les projets « intégration ». A l'initiative de AIDES et de plusieurs associations locales de lutte contre le sida en Europe centrale et orientale, ce cadre d'échange a été créé pour soutenir la mobilisation des associations, principalement dans les nouveaux pays membres de l'Union Européenne et dans les futurs pays membres. A travers des séminaires, des stages, des formations ou des missions d'appui, « Intégration » constitue une plate-forme de mutualisation et de diffusion des savoirs et des expériences, mais également un lieu de plaidoyer très important.

A la création du projet « Intégration » en 2001, la Pologne et la Roumanie faisaient parties des futurs membres de l'UE. Depuis, les choses ont changé.

L'intégration dans l'Union européenne : qu'est ce que cela change pour nous ?

La Pologne et la Roumanie, qui connaissent un taux de prévalence de 0,1%, sont entrées respectivement en 2004 et 2007 dans l'Union européenne.

En Pologne, trois ans après l'intégration dans l'Union européenne, les standards européens sont appliqués, les procédures d'enregistrement des nouveaux médicaments sont plus faciles, les standards de soins ont augmenté, de nouveaux moyens de coopération existent entre les pays, et comme tous les citoyens de l'Union, les PVVIH bénéficient de la liberté de circulation et d'installation...

En Roumanie, l'intégration européenne se traduit - et ce sont là des points forts – par un grand enthousiasme lié à l'accès aux autres marchés du travail et à l'amélioration du niveau de vie, par l'application des règles de l'UE, par l'accès aux autres sources de financements, par l'augmentation du salaire minimum.

Cependant, pour les organisations de la société civile, engagées dans lutte contre le Sida, cette intégration dans l'Union pose la question de l'accès aux financements. Concrètement, de tous ces pays, seuls les Roumains bénéficient d'une « exception » car ils continuent à bénéficier des fonds du Fonds Mondial. Pour les autres, la règle voudrait qu'ils accèdent à des financements locaux ou gouvernementaux. La réalité, c'est que ce n'est presque jamais le cas dans les nouveaux pays de l'UE. Quant aux financements européens, les ONG ne peuvent quasiment jamais y accéder alors que dans un pays comme la Roumanie, ces fonds sont perdus par faute d'un réel système étatique d'absorption des fonds structurels.

C'est donc à de nouveaux défis que nous devons faire face pour continuer à lutter pour une prise en charge de qualité dans les nouveaux pays membres.

Chers amis!

Je m'appelle WOJCIECH TOMCZYNSKI et je suis le président de l'association SIEC PLUS, le réseau national des personnes vivant avec le VIH de POLOGNE.

Je regrette vraiment que SACHA TSEKHANOVITCH de RUSSIE ne puisse pas être avec nous aujourd'hui pour des raisons personnelles.

C'est donc à moi que revient la responsabilité de vous parler pendant cinq minutes de la situation en Europe de l'Est et surtout de celle de mon pays - la Pologne - et de nos voisins à l'Est comme la Biélorussie, l'Ukraine, et la Russie.

Avant tout, je tiens à rendre un hommage à un grand homme, Arnaud Marty-Lavauzelle. Quand je l'ai rencontré en 1993, il m'a confié qu'il était un médecin... séropositif, ce qui a été un grand choc pour moi, un grand choc très salutaire. Son exemple et ses multiples engagements m'ont énormément inspiré.

C'est essentiel de partager nos bonnes pratiques à l'échelle internationale!

Par exemple, je suis très fier de voir que AIDES s'est inspiré de notre exemple polonais, en organisant tous les ans, depuis 2004, des conventions nationales pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Nous, en Pologne, nous organisons ces conventions tous les ans, depuis déjà 11 ans! La prochaine convention sera organisée à la fin du mois de juin 2007, dans la jolie ville de Waplewo, dans une forêt juste à côté d'un lac !

Nous parlerons avant tout de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (les lipodistrophies, la sexualité des personnes séropositives, etc.)

Nous avons toujours – systématiquement - invité des militants des autres pays européens à nos conventions, particulièrement les militants séropositifs des pays voisins, à l'Est de la Pologne.

En 2006, avec les projets INTEGRATION, nous avons invité plus de 20 européens à notre dixième convention polonaise. Nous avons aussi un service de traduction simultanée entre le polonais, le russe, et l'anglais.

Comme vous savez, il y eu une augmentation catastrophique des contaminations par le VIH dans plusieurs pays d'Europe de l'Est : en Russie, en Biélorussie, en Ukraine mais aussi en Lettonie et en Estonie. Dans cette région, on estime qu'il y a aujourd'hui près de 1,7 million de personnes vivant avec le VIH, principalement des jeunes consommateurs de drogues.

Je suis très inquiet de constater que dans ces pays, l'accès aux traitements antirétroviraux est encore et toujours très compliqué. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en Europe de l'Est et en Asie Centrale, seules 13% des personnes qui ont besoin des antirétroviraux y ont effectivement accès.

Aussi, je ne comprends pas qu'en Russie, un pays si grand et si riche, la prescription des produits de substitution comme la méthadone soit toujours interdite.

En Pologne et en France, nous savons que la méthadone marche très bien : la substitution permet aux usagers de drogues de pouvoir prendre soin de leur santé et de pouvoir reprendre un travail. Il est urgent que la substitution devienne accessible pour toutes les personnes qui en ont besoin, y compris en Russie.

Mon idée fixe depuis plusieurs années est de soutenir les associations pour les personnes séropositives à l'Est de la Pologne.

Mon association, SIEC PLUS, fait partie du Réseau ECUO, le réseau des associations des personnes vivant avec le VIH/sida des pays d'Europe de l'Est et de l'Asie Centrale.

Certains des militants qui sont venus à nos conventions polonaises organisent maintenant des conventions pour les personnes séropositives dans leur pays: c'est le cas en Ukraine, par exemple, bientôt aussi en Roumanie et en Estonie.

Car vous savez comme moi que l'engagement des associations et des personnes séropositives fait partie des ingrédients essentiels de la lutte contre le sida. Nous devons être impliqués, à tous les niveaux, à la définition et à la mise en place des programmes de lutte contre le sida.

C'est comme cela que nous sommes parvenus à obtenir un accès quasi-universels aux traitements antirétroviraux en Pologne.

Je suis très touché d'être ici avec vous aujourd'hui. Pour moi, le long chemin parcouru avec AIDES depuis 13 ans est un exemple magnifique de coopération internationale.

Je suis aussi très touché par le travail formidable accompli par nos amis du continent africain.

En tant que polonais multilingue, habitant en plein milieu de ce grand continent européen, je me retrouve avec la drôle de responsabilité, comme toujours, de développer les liens entre l'Est et l'Ouest. Les leçons apprises ici vont donc être partagées avec mes amis russophones !

Je vous souhaite, je nous souhaite plein de bonnes choses!

Merci pour votre attention!

Synthèse des ateliers :

Atelier 1 : Comment les associations contribuent-elles à la lutte contre le sida dans leur pays ?

Cet atelier a permis aux participants d'échanger sur le rôle des associations dans la réponse nationale.

Il a été rappelé, en introduction, que les associations se sont créées en réponse aux défaillances du système étatique dans la prise en charge des PVVIH. Depuis leur création, les associations mènent des activités de prise en charge tant médicale que psychosociale. Les représentants des associations du sud ont alors rappelé à quel point il était important que les associations échangent entre elles, qu'elles profitent des expériences des unes et des autres afin d'en tirer les bonnes pratiques, et qu'elles affirment leur rôle dans la réponse nationale.

Dans un premier temps, les participants ont décrit en quoi consistait le rôle des associations.

Tout d'abord, elles élaborent et mettent en place des projets communautaires, c'est-à-dire en impliquant les personnes à tous les stades : actions de sensibilisation auprès de la population, marketing social du préservatif, centre de dépistage (anonyme et volontaire), centre d'accueil et d'hébergement (pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les orphelins et enfants vulnérables (OEV)), centre de traitement (ambulatoire et communautaire), centre de prise en charge psychosociale.

Ces activités sont menées dans un souci d'améliorer la qualité dans la prise en charge et de toucher les groupes vulnérables.

La mobilisation communautaire fait partie intégrante de leurs activités : témoignages publics, volonté d'aller là où l'Etat ne va pas, mobilisation de PVVIH, volonté de changer l'image de la maladie.

Enfin, les associations font également du plaidoyer auprès des décideurs, politiques ou religieux.

Une première question a été soulevée lors de cet atelier : Comment en tant qu'association travaille-t-on aux côtés de l'Etat ?

Plusieurs réponses et pistes d'actions ont été apportées par les participants. Certains ont insisté sur la nécessité de faire évoluer les politiques étatiques de prévention et de prise en charge grâce à un transfert de compétences des associations vers l'Etat (transfert des projets pilotes, transfert de bonnes pratiques) tout en rappelant que le rôle des associations doit être complémentaire à celui de l'Etat. La nécessité s'impose de rester partenaire de l'Etat et de mettre en place des partenariats formels. Plusieurs participants pensent qu'il est fondamental de mettre en valeur la plus-value associative, de diffuser et de transmettre à l'Etat le savoir-faire associatif.

Cependant, des difficultés peuvent faire obstacle à la mise en pratique de ces propositions : d'une part, les relations difficiles entre les pouvoirs publics et les associations et d'autre part, la politisation du réseautage.

Cette discussion a soulevé une deuxième question : Comment les associations peuvent-elles renforcer leur collaboration avec l'Etat ?

Pour collaborer, il est nécessaire de se faire entendre. Pour cela, les associations doivent s'unir pour se protéger des pressions, mais aussi pour représenter la diversité des revendications et ainsi, être des interlocuteurs de poids auprès des pouvoirs publics.

Dans les moyens à utiliser figurent :

- les médias, pour porter la parole des personnes
- la création de plates-formes d'associations afin de se constituer en groupe de pression et de lobbying auprès de l'Etat
- La mobilisation au sein des communautés (les familles, les églises, etc)

Par ailleurs, plusieurs participants ont mis l'accent sur la nécessité de poursuivre la coopération « sud – sud » et « sud - nord » pour un renforcement mutuel des capacités dans la perspective d'améliorer les capacités des associations.

Les participants soulignent la nécessité d'amener l'Etat à considérer davantage les associations et leurs compétences. C'est là une des priorités pour parvenir à changer à terme les systèmes de santé.

Atelier 2 : Rôle des associations dans la prise en compte et l'articulation entre prise en charge médicale et prise en charge psychosociale

Les associations présentes à cet atelier (du Nord comme du Sud), ont fait état de leur expérience respective. Au cours de cet échange, le thème « association et prise en charge médicale » a été évoqué. Cet atelier a également été l'occasion d'échanger sur deux points précis :

D'une part, les associations doivent-elles se cantonner à la prise en charge psychosociale ? (Cette question tenait particulièrement à cœur à certaines associations d'Afrique centrale). Et d'autre part, au travers des expériences évoquées, quels sont les différents rôles des associations présentes ?

Parmi les associations présentes, se trouvaient des associations de soutien et d'accompagnement des personnes, des associations proposant des activités de prise en charge médicale et de soutien psychosocial et des associations menant uniquement des actions de prévention/sensibilisation et de prise en charge psychosociale.

Historiquement, les associations ont joué un rôle essentiel d'abord comme précurseurs en matière de prise en charge psychosociale (notamment dans les contextes où le traitement n'existait pas), puis en démontrant la faisabilité dans l'accès aux traitements (au Sud mais également au Nord) et enfin, en promouvant la nécessité d'une prise en charge globale de qualité articulant médical et psychosocial.

Il est ressorti des discussions que le thème proposé interroge la nature même de l'association et l'implication des personnes touchées dans la réflexion, l'élaboration des activités, leur mise en œuvre et leur évaluation. Il apparaît que les associations ont des rôles qui sont appelés à évoluer en fonction d'un élément capital : l'analyse du contexte externe et interne de l'association. C'est à partir de l'analyse des contextes et des besoins/demandes des personnes, que l'association va adopter un rôle. Quel que soit celui adopté, il doit participer à la promotion et/ou l'amélioration d'une prise en charge globale de qualité et à la diffusion des bonnes pratiques, tout en veillant à la mobilisation des personnes touchées.

Schématiquement, trois rôles ressortent des expériences des associations présentes à l'atelier, sachant que ces rôles ne sont pas exclusifs les uns des autres :

1- Un rôle de vigilance et d'alerte sur la qualité de la prise en charge globale. Dans les contextes où la prise en charge médicale, par exemple, est assurée (notamment par le secteur public), l'association est un lieu d'expression et de « portage » de la parole des personnes. Si l'articulation entre prise en charge médicale et psychosociale est compromise ou remise en cause, il appartient à l'association d'avoir une fonction d'alerte et de plaider.

2- Un rôle de précurseur. Dans les contextes où la prise en charge médicale et/ou psychosociale est très faiblement développée, les associations peuvent soit en démontrer la faisabilité (au besoin en s'investissant dans le soin), soit, contribuer à l'amélioration de la qualité et / ou de l'accessibilité de la prise en charge à travers leurs actions

3- Un rôle de partenaires, pour contribuer à une prise en charge de qualité. A travers des réseaux avec le système public ou les structures privées (à but lucratif ou non) de soins, l'association contribue à assurer la continuité de la prise en charge globale des personnes.

En définitif, il est apparu que le rôle principal des associations est d'impulser la mise en place et de veiller au maintien d'une prise en charge de qualité articulant le psychosocial et le médical.

Pour ce faire, il est nécessaire de maintenir une fonction de veille et d'alerte sur cette prise en charge, en documentant le contexte externe, et en interne, en favorisant l'expression des personnes touchées. Ceci doit conduire, selon les contextes, à la mise en place de réponses adaptées : centres communautaires de soins, suivi psychosocial, actions sur le service public pour faire évoluer la prise en charge, etc.

Atelier 3 : Le rôle de médiation des associations pour la prévention auprès des groupes vulnérables et/ou marginalisés

Cet atelier a été l'occasion, pour les participants, de présenter les différents types d'interventions de leurs structures respectives en direction des groupes vulnérables et marginalisés et plus largement, de s'exprimer sur les pratiques de prévention auprès de ces populations.

Un premier temps d'échange a permis de dresser collectivement une liste des populations qui pourraient être qualifiées de vulnérables et de marginalisées. Cette liste, non exhaustive, mentionne les usagers de drogues et les prostitués (hommes et femmes), les orphelins, enfants et adolescents vulnérables, les personnes vivant avec le VIH, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transsexuelles, les prisonniers, les routiers et les populations migrantes.

Dans un deuxième temps, les participants se sont intéressés aux pistes de solutions aux problèmes liés aux populations vulnérables et marginalisées. Ces pistes de solutions doivent évidemment tenir compte des réalités socio-culturelles du milieu. Une bonne solution dans un contexte donné ne l'est pas forcément dans un autre. Une première proposition a mis l'accent sur l'approche communautaire qui consiste à travailler directement avec la communauté qui doit être actrice de la résolution de ses problèmes. Tandis que certains participants ont mis l'accent sur la prévention par les pairs d'autres ont insisté sur la nécessité d'utiliser des messages adaptés et sur l'utilité de créer une bonne dynamique de groupe. Quelques principes tels que la confidentialité ou le non-jugement ont été rappelés à cette occasion. Ont également été évoqués les témoignages et les groupes de parole élargis (séronégatifs et séropositifs, personnes d'origine différente).

Quelques unes de ces approches ont, dans un troisième temps, été illustrées par des exemples.

Certains participants ont signalé que la discrétion au Maghreb (en Algérie, en Tunisie et au Maroc en particulier dont les représentants étaient présents dans la salle), qui consiste à évoluer de manière douce et progressive dans la défense des droits des populations vulnérables et marginalisées (en particulier les homosexuels) en poussant les autorités à les accepter et à proposer avec elles des solutions à leurs difficultés semble donner des résultats meilleurs qu'une stratégie plus dans la visibilité (type Act up).

Concernant la prévention auprès des prostituées, deux approches différentes pour une même population-cible (les prostituées) vivant dans deux contextes différents ont été présentés :

- 1- A Bordeaux (France), la délégation de AIDES a mis en place une action en direction des prostituées. Les personnes intervenant sur cette action cherchent à créer un climat de convivialité avec les prostituées autour d'un café. Elles mettent à disposition des préservatifs et les invitent à se rendre dans un centre de dépistage anonyme et gratuit.
- 2- A Sikasso (Mali), l'association Kéné Dougou Solidarité a opté pour la formation de pairs-éducatrices parmi les prostituées. Elles feront le relais entre l'association et les prostituées. Les actions de prévention sont également dirigées vers les clients des prostituées, ce qui n'est pas le cas à Bordeaux.

Les populations dites vulnérables et marginalisées se retrouvent partout aussi bien au sud qu'au Nord, la prise en compte de leurs difficultés nécessite l'implication de tous. Le rôle des associations est d'impliquer les populations marginalisées dans leurs actions et de travailler avec elles mais aussi de porter leur parole.

Atelier 4 : Quel plaidoyer commun pour atteindre l'accès universel au traitement ?

Les associations de lutte contre le sida, partenaires de AIDES, ont témoigné des progrès dans l'accès aux traitements de première ligne au Sud. Elles font également état de difficultés importantes concernant notamment la qualité des soins, la décentralisation et les politiques de recouvrement des coûts dans certains pays. Ces difficultés concernent également le circuit du médicament, l'accès aux traitements de deuxième et de troisième lignes et l'accès aux nouvelles générations de première ligne. Enfin, la prise en charge des enfants, dans certains pays africains connaît des retards très importants.

Les participants vivant en France ont fait part des problèmes administratifs qui font souvent obstacle à une prise en charge rapide, et de qualité, pour les personnes étrangères en situation irrégulière. AIDES et d'autres associations du Nord soutiennent ces personnes dans leurs démarches administratives, dans une logique de prise en charge globale. L'obtention des documents administratifs permet un accès aux soins plus rapide.

Les participants ont témoigné des difficultés quotidiennes des personnes étrangères en migration thérapeutique, qui vivent souvent une « triple peine » : contamination par le VIH, problèmes d'insertion sociale et impossibilité du regroupement familial.

A l'issue de cet échange, des pistes d'actions ont été proposées. Il s'agit par exemple de mettre en place des réseaux entre migrants pour recréer des liens avec les personnes qui sont restées au pays. En terme de plaidoyer, il a été proposé de renforcer les capacités de plaidoyer des acteurs associatifs pour agir auprès des pouvoirs publics et de mener ou d'amplifier des actions de plaidoyer pour la gratuité des soins et l'accès aux médicaments génériques de deuxième et troisième ligne. La nécessité de se documenter sur les expériences de réforme des systèmes de santé publique dans les pays avant de mener des actions de plaidoyer a été rappelée.

Synthèse de l'évaluation de la journée internationale de AIDES

Sur le déroulement de la journée internationale

La première rencontre internationale de AIDES s'est très bien déroulée dans son ensemble tant au niveau de la participation que de l'organisation. Pour 70 % des participants, la journée a répondu de manière satisfaisante ou très satisfaisante à leurs attentes et pour plus de 75% des participants, la pertinence et la qualité des présentations en plénière était satisfaisante ou très satisfaisante. Nombre de participants ont souligné l'aspect convivial, le côté instructif et l'ambiance satisfaisante d'échange et d'écoute qui ont prédominé lors de cette journée. En revanche, certains d'entre eux ont signalé que les thèmes proposés lors des ateliers (70% des participants ont été satisfaits ou très satisfaits du choix des thèmes) auraient pu davantage être exploités et approfondis si le nombre de participants n'avaient pas été aussi important et si plus de temps leur avait été réservé. En dépit de cet aspect, environ 50 % des participants ont estimé la qualité des échanges satisfaisante ou très satisfaisante. Et 70% d'entre eux ont jugé satisfaisante ou très satisfaisante la possibilité pour les participants de s'exprimer ainsi que la pertinence et la qualité des recommandations qui ont été formulées à l'issue des échanges en atelier.

Enfin, 68% des participants se sont estimés satisfaits ou très satisfaits du village associatif qu'ils ont eu l'occasion de parcourir en fin de journée. C'était l'occasion pour chaque association de se présenter individuellement et pour l'ensemble de participants (salariés et volontaires de AIDES, partenaires, personnes extérieures) sur leurs activités respectives et les réalités locales ils doivent faire face.

Sur la démarche de AIDES à l'international

Grâce aux interventions en plénière, aux travaux en atelier mais aussi grâce aux temps d'échanges informels entre les participants (dont plus de 58% se sont estimés satisfaits ou très satisfaits tandis que près d'un tiers s'estime moyennement satisfait) a permis aux participants (plus de 80% d'entre eux ont été satisfaits ou très satisfaits) de mieux comprendre la démarche et l'implication de AIDES à l'international ainsi que le type de partenariat mis en place entre AIDES et les associations partenaires. La rencontre a été également l'occasion pour certains de mieux appréhender l'étendue, les évolutions et les résultats du travail effectué par les associations partenaires.

Sur le contexte de l'épidémie dans les différentes régions

Bien que quelques participants aient souligné qu'il était difficile d'appréhender le contexte de l'épidémie dans trois régions en une journée (35% des participants s'estimaient moyennement ou peu satisfaits sur ce point), cette journée a permis néanmoins, selon la majorité des participants (plus de 60% étaient satisfaits ou très satisfaits), de donner un aperçu de la situation épidémiologique grâce aux interventions en plénière mais aussi grâce aux associations présentes qui ont apporté un ensemble d'informations précises liées à leur contexte local.

Sur les défis de la lutte contre le sida dans les différentes régions représentées

Certains participants ont souligné que les différentes interventions avaient permis de mieux appréhender et d'apporter des éclaircissements sur l'ampleur de la maladie et de mieux comprendre les défis de la lutte contre le sida (76,4% étaient satisfaits ou très satisfaits et 23,5% moyennement satisfaits) dans les différentes régions représentées même si l'accent était majoritairement porté sur le continent africain.

Sur les conditions logistiques

En ce qui concerne les conditions logistiques (salle plénière, salles d'ateliers, pause café et buffet) seulement 11,70% des participants se sont dits peu satisfaits alors 88% en étaient satisfaits ou très satisfaits. Parmi les participants qui ont été à l'hôtel, 58,3 % ont été satisfaits ou très satisfaits tandis qu'un tiers d'entre eux s'est estimé moyennement ou peu satisfait.

Sur la diffusion de l'information

Cette rencontre a été l'occasion de mettre à disposition des participants la revue LiENS dont le premier numéro est paru en décembre 2006. Dans l'ensemble, les participants qui ont consulté la revue LiENS (82,3% des participants connaissent la revue) trouvent qu'elle est intéressante, qu'elle présente un éventail complet d'associations et de témoignages. C'est pour certains un outil qui éclaire sur le travail de AIDES à l'international, qui établit un lien d'échange et d'information entre le nord et le sud et qui donne envie de s'intéresser aux questions internationales de l'épidémie et aux réalités locales dans les pays du sud. Certains participants ont proposé que figure dans la revue une partie sur le climat politique des pays des associations partenaires et que celle-ci fournisse plus d'informations sur les projets en cours des associations partenaires.

Cette rencontre a permis également de faire connaître davantage la documentation existante et notamment le site du Réseau Afrique 2000 qui vient d'être récemment actualisé. Parmi les personnes ayant déjà visité le site (47% des participants), certains le trouvent très complet, d'autres souhaiteraient y trouver des informations plus pratiques.

Enfin, selon les personnes qui connaissent et qui ont consulté les pages internationales du site de AIDES, le site est intéressant mais pourrait contenir plus d'éléments d'informations et mettre plus en valeur les efforts des associations africaines.

Bilan et perspectives :

A l'issue de cette première rencontre, 82,3% des participants souhaitent avoir davantage d'informations sur les points suivants :

- avancement de la recherche par rapport aux traitements
- contextes épidémiologiques des pays représentés
- mode et critères de sélection des associations partenaires
- actions des associations partenaires sur le terrain
- contenu des formations au centre Donya de Bamako
- partenariats possibles entre les délégations départementales et régionales et les programmes internationaux

Ainsi, après la réussite et le bilan satisfaisant de cette journée, la totalité des participants s'est montrée intéressée par une nouvelle rencontre sur les programmes internationaux. Ils souhaiteraient voir traités les thèmes suivants :

- les contextes épidémiologiques et l'accès aux traitements
- l'organisation des systèmes de santé en Afrique, au Maghreb et en Europe
- les modalités de construction d'un système de prise en charge décentralisée
- la prise en charge des femmes enceintes
- les relations entre les associations africaines et les chefs religieux dans la lutte contre le sida
- un panorama des différents bailleurs de fonds impliqués dans la lutte contre le sida au niveau international
- les partenariats possibles entre les délégations départementales et régionales et les programmes internationaux.

Merci à tous les participants de cette journée !