

OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS

CONFERENCE

« Vers la fin de l'épidémie ? La contribution des Églises de réveil dans la promotion de la santé dans les milieux africains et afro-belges »

9 février 2019

Dr Sarah Demart

Chargée de recherches/ Research Fellow

sarah.demart@usaintlouis.be

Introduction

« *Vers la fin de l'épidémie ? La contribution des Églises de réveil dans la promotion de la santé dans les milieux africains et afro-belges* », tel est le titre de la conférence organisée par l'Observatoire du sida et des sexualités le 9 février 2019 au sein de l'Université Saint-Louis Bruxelles en partenariat avec le CUPEI, le Centre Universitaire Protestant d'Études Interculturelles, situé à Bruxelles.

Cette conférence a fait l'objet de rencontres préparatoires avec le CUPEI et avec les autres acteurs invités à prendre la parole, à savoir la Plate-Forme Prévention-Sida, le projet HIV-SAM à Anvers et l'asbl Libiki. Cette conférence a été pensée comme la première étape d'une série de rencontres visant à développer une collaboration sur le long terme entre le monde de la recherche, les acteurs de la lutte contre le sida et les responsables religieux, en particulier au sein des églises d'obédience évangélique fondées dans les milieux afrodescendants. Ce n'est pas la première fois que pasteurs et acteurs de prévention se rencontrent et collaborent. En 2006, le Siréas organisait une conférence intitulée *Pratiques religieuses, pratiques de soins, diversités sexuelles dans le contexte de l'épidémie VIH*.

Avec l'arrivée de nouveaux traitements et outils de prévention, se pose sur de nouveaux fondements la question des conditions de possibilité de collaboration et de convergence des luttes. Les Églises sont un acteur à la fois central et controversé dans les milieux afrodescendants : elles sont, en effet, hautement mobilisatrices, toutes générations et classes sociales confondues, en même temps qu'elles sont associées à des conflits communautaires du fait des dérives sectaires de certaines d'entre elles en matière d'argent, de sexualité et de guérison. Depuis la fin des années 1990, la question de la formation des pasteurs se pose pour les pasteurs afrodescendants, notamment dans une optique de sédentarisation et de reconnaissance de ces Églises qui va au-delà du seul fait d'une reconnaissance au sein du culte protestant belge.

L'implantation de ces églises remonte en Belgique au tout début des années 1980, à la faveur des migrations estudiantines et des mobilités missionnaires au sein des milieux congolais (République démocratique du Congo). Ces églises sont le plus souvent le fruit d'initiatives individuelles et collectives, indépendamment des réseaux religieux du pays d'origine même si une minorité de pasteurs a été envoyée dans un cadre strictement missionnaire pour évangéliser les étudiants africains d'abord, puis les Européens. Il n'existe pas de recensement officiel, néanmoins, on peut *a minima* évaluer le nombre de ces églises à à 200. Les pasteurs congolais sont les premiers à avoir ouvert des Églises. Ils ont été rejoints par des pasteurs de diverses nationalités, notamment rwandaise, camerounaise et dans les espaces néerlandophones,

¹Pratiques religieuses, pratiques de soins, diversités sexuelles dans le contexte de l'épidémie VIH, Actes du colloque des 12 et 13 mai 2006, Sireas asbl

²Voir à ce sujet Sarah Demart (2014) « Remarques au sujet de la perméabilité dénominationnelle des Églises congolaises (RDC) en migration » in Pladeau C., Servais O., Hermesse J. *Dynamiques contemporaines de la mouvance pentecôtiste. Une analyse croisée Amérique-Afrique-Europe*, Collection Anthropologie prospective, Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve : 41-56 ; Sarah Demart (2014) « La participation politique des chrétiens d'origine congolaise (RDC) à Bruxelles » in Mazzocchetti J. *Migrations subsahariennes et condition noire en Belgique : à la croisée des regards*, Collection Anthropologie prospective, Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve : 429-454

³D'un point de vue confessionnel, l'insertion de ces Églises s'opère via les dénominations du CACPE (le Conseil administratif du culte protestant en Belgique) lui-même organisé autour d'une branche réformée, l'EPUB (l'Église protestante unie de Belgique) et d'une branche évangélique (le Synode fédéral des Églises protestantes et évangéliques de Belgique).

nigérienne ou ghanéenne. Ce paysage religieux est donc pluriel tant du point de vue des parcours pastoraux (niveaux de formation, pays d'origine, etc.) et des appartenances dénominationnelles (évangélique, pentecôtiste, baptiste, sans affiliation, etc.) que du point de vue du développement matériel des églises (groupes de prière, églises de maison, salles louées pour quelques heures, immenses bâtiments achetés, etc.).⁴

Dans le cadre de cette conférence, nous avons privilégié les réseaux d'églises francophones, basés en région bruxelloise et en région wallonne. Une enquête exploratoire menée auprès de plusieurs pasteurs en préparation de cette journée montrait que les pasteurs ne sont, à l'image de la population en général, globalement pas au courant des avancées de la médecine, ni du fait que celles-ci permettent pour la première fois dans l'histoire d'envisager la fin de l'épidémie. Nous avons ainsi divisé la conférence en deux temps de façon à permettre un dialogue entre les acteurs de la lutte contre le sida, d'une part, et les acteurs religieux, d'autre part.

Dans un premier temps, il s'agissait de communiquer auprès des responsables religieux de l'évolution de l'épidémie et de la médecine, également du fait que les personnes d'ascendance africaine sont les plus touchées par l'épidémie. Les données récentes montrent en effet que globalement, les Afrodescendant.e.s (les personnes d'ascendance africaine, de nationalité africaine ou belge) contractent plus le virus, se dépistent plus tardivement, ont moins accès aux soins, ou ont accès à des soins de moins bonne qualité, décèdent plus d'une complication liée à la maladie, ou plus jeunes, comparativement aux autres groupes⁵. Parmi, les pays d'origine les plus fréquemment rapportés en 2017 par les personnes étrangères nouvellement diagnostiquées séropositives, on trouve le Cameroun (17 %), la RD Congo (7 %), la Guinée (6 %), le Rwanda (5 %), le Burundi (3 %), la Côte d'Ivoire (3 %) et le Ghana (3 %). Les Pays-Bas (5 %) et la Roumanie (5 %), également mentionnés, peuvent renvoyer à des circuits migratoires⁶.

Cette plus grande exposition au VIH n'est cependant pas d'ordre culturel. Au niveau européen, de nouvelles données démographiques et sociologiques montrent, en effet, qu'environ 40% des migrants africains subsahariens infectés ont contracté le virus juste après la migration⁷. Il ne s'agit donc pas, ou plus, d'une « maladie importée » par la migration. Ce sont les conditions d'instabilité et de précarité matérielle liées à la situation juridique - l'absence de papiers, de revenus ou de lieux de résidence propre, et bien sûr les discriminations, qui doivent être considérées comme des facteurs majeurs d'exposition au VIH.

⁴Sarah Demart (2017), *Les territoires de la délivrance. Le réveil congolais en situation migratoire et postcoloniale*, ed. Karthala, coll. Hommes et Sociétés, Paris.

⁵ *Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique-Sciensano*, service Epidémiologie des maladies infectieuses, 2018 https://www.sciensano.be/sites/www.wiv-isp.be/files/rapport_vih-sida_2017_web.pdf;

Gennotte (2016), HIV and Migrants in Europe and Belgium : The aMASE study http://www.breach-hiv.be/media/docs/BREACHSympto2017/AMASE_AFGennotteBreach3pourlesite.pdf;

Lion Loïse, Dieleman Myriam, Dongmo Christian, avec la collaboration de Plateforme Prévention Sida/ SidAids-Migrants (2018) Une analyse commune pour l'action. *Cadre de référence 2018- 2022 pour la promotion de la santé sexuelle et la prévention du VIH, des hépatites et des autres IST chez les migrants dans la Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis - Bruxelles).

⁶ *Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique-Sciensano*, op.cit.

⁷ *Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration*, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013 Desgrées-du-Loû, Annabel and Pannetier, Julie and Ravalihasy, Andrainolo and Gosselin, Anne and Supervie, Virginie and Panjo, Henri and Bajos, Nathalie and Lert, France and Lydié, Nathalie and Dray-Spira, Rosemary and The Parcours Study Group⁵, *Eurosurveillance*, 20, 30065 (2015), <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>; Anne-Françoise Gennotte (2016), op.cit.

Les nouveaux outils de la prévention et les avancées médicales

Christian Dongmo, chargé du projet Stratégies Concertées à l'Observatoire du sida et des sexualités et Charlotte Pezeril Directrice de l'Observatoire du sida et des sexualités ont précisé ces chiffres pour Bruxelles où malgré une baisse des nouveaux diagnostics depuis 2012, les personnes d'ascendance africaine restent un groupe particulièrement exposé. C'est rappellent-ils, le deuxième groupe le plus touché au niveau national. Au niveau de Bruxelles, la récente publication de l'Observatoire montre que ce groupe compte pour 20% des nouvelles infections, dont 2/3 concernent des femmes, alors qu'il ne constitue que 2% de la population bruxelloise*. Pour la région wallonne, ces données sont à paraître en 2020. Christian Dongmo et Charlotte Pezeril ont ensuite présenté au public les avancées médicales et les nouveaux outils de la prévention : le traitement comme prévention I=I (*une personne séropositive sous traitement avec une charge virale indétectable ne transmet plus le VIH par voie sexuelle*), et les traitements pré et post-exposition (*TPE et PreP*). Ils ont enfin fait un état des lieux belges au regard du plan ONUSIDA ambitionnant la fin du VIH à l'horizon 2030 et de l'objectif 90-90-90 (*90% des PVVIH se font dépister/ 90% des personnes dépistées ont accès au traitement/ 90% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable*). En Belgique, 85% des personnes dépistées sont suivies médicalement. Parmi elles, 97% obtiennent une charge virale indétectable. Le dépistage est donc central en termes de politique de prévention comme le prescrit le plan national d'autant qu'environ 11% de personnes infectées par le virus ignorent leur infection (soit 2.059 personnes vivant avec le VIH).

De la stigmatisation

Lazare Manirankunda, responsable projet HIV-SAM au sein de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, a prolongé ce propos en revenant sur une enquête menée à Anvers sur la stigmatisation des personnes d'ascendance africaine porteuses du VIH afin d'éclairer les effets néfastes de cette stigmatisation en termes de soin et de prévention. Il a rappelé que la stigmatisation est un « *processus dynamique de dévalorisation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres* » prédisposant à la discrimination mais qui ne s'y réduit pas, puisque la discrimination relève du domaine du droit. La recherche - menée auprès d'une centaine de personnes d'ascendance africaine, vivant ou non avec le VIH - visait à documenter les mécanismes de cette stigmatisation : la peur (de la mort et des personnes vivant avec le VIH), les stéréotypes concernant les modes de transmission (violation des normes sexuelles, sorcellerie, punition divine), les représentations des PVVIH (socialement dangereuses - contamination volontaire, empoisonnement - et inutiles). Les effets matériels de ces représentations stigmatisantes, notamment en termes de discrimination, concernent les rapports sociaux (isolement social et physique, l'absence de contact physique, les abus de langage), les rapports conjugaux (rejet d'un prétendant, annulation d'un mariage, divorce, séparation, violence dans le couple), et les rapports communautaires (à l'échelle de la ville comme de l'espace transnational des circulations entre l'Europe et l'Afrique). Cela peut aussi se traduire par un contrôle social très serré visant à identifier les patients et divulguer leurs noms). L'enquête fait ressortir un rapport de corrélation étroit entre le niveau d'éducation et les

*Lion Loïse, Dieleman Myriam, Dongmo Christian, op.cit.

<http://www.strategiesconcertees.be/cadre%20de%20reference%20SC%20migrants%20Bruxelles20181206.pdf>

*Loos J, NoËstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I, et al. (2017) *First HIV prevalence estimates of a representative sample of adult sub-Saharan African migrants in a European city. Results of a community-based, cross-sectional study in Antwerp, Belgium.* PLoS, ONE 12(4): e0174677. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174677>

pratiques stigmatisantes (moins les personnes sont éduquées, plus elles sont discriminantes). Cela étant, la stigmatisation si elle est vécue dans les familles et les églises, l'est aussi dans les services médicaux spécialisés dans le VIH sous forme de discrimination directe et indirecte (dentisterie, modalités de transfert de dossier médical et d'accueil, etc.).

Les acteurs religieux face à l'épidémie du sida

Maureen Louhenapessy, Directrice adjointe de la Plate-Forme Prévention Sida, est quant à elle revenue sur l'évolution des discours de prévention face aux impératifs moraux et religieux ayant marqué la lutte contre le sida dès le début des années 1980. L'idée du VIH comme punition divine et la stigmatisation des pratiques homosexuelles a pendant près d'une décennie justifié une opposition farouche au préservatif, alors seul outil de prévention disponible et recommandé par la communauté médicale. A la fin des années 1980, suite notamment aux mobilisations militantes, des théologiens vont développer une approche graduelle de la prévention, dite «ABC » Abstinence, Be Faithfull, Condom (Abstinence, Fidélité, Préservatif). Certains religieux seront également impliqués dans la distribution de préservatifs et dans l'accompagnement des malades, y compris de pasteurs séropositifs. Progressivement plusieurs tendances vont se dessiner et se retrouver jusqu'à ce jour. Ainsi, si certains religieux encouragent la prise de traitement et l'utilisation des outils de prévention, d'autres développent un prosélytisme autour de la guérison miraculeuse (avec ou sans médecine parallèle) qui donne la sensation de contrôler le virus. Des pratiques de délivrance associant le VIH à la sorcellerie et rejetant l'institution médicale sont également toujours présentes. La nécessité de travailler ensemble est d'autant plus forte que l'engagement spirituel sert souvent à structurer et organiser une vie bouleversée par l'annonce de l'infection au VIH.

Le projet action-test : un outil à la disposition des Églises

Tresors Kouadio, responsable du Projet Action-Test au sein de la Plate-Forme Prévention Sida a donné quelques pistes de collaboration à partir du projet Action-Test, un outil mobile (bus) à la disposition des communautés afrodescendantes permettant de réaliser un dépistage rapide, gratuit et anonyme. Cet outil a été élaboré face aux difficultés de mobilisation des populations afrodescendantes, et notamment des femmes : difficile accès aux services de prévention et au dépistage, manque d'information, coût des services, discrimination, stigmatisation intracommunautaire, etc. Or, les personnes de nationalités subsahariennes constituent 57 % des nouveaux diagnostics. Dès lors, l'implémentation des politiques de prévention actuelle (Prévention Combinée et concept I=I, Indétectable = Intransmissible) nécessite une collaboration forte entre les différents secteurs (associatif, communautaire, médical et non médical). Il importe que la prévention combinée soit connue: le préservatif, le dépistage, le traitement : post-exposition (TPE), pré-exposition (PreP) ou le traitement comme prévention (TasP). Les Églises pourraient être un acteur majeur de la lutte contre le VIH en termes de soutien social et psychologique, d'information, de lutte contre les discriminations et de changement de regard sur les PVVIH. En outre, elles peuvent aussi agir sur les croyances religieuses, qui peuvent être un véritable obstacle. Les actions de dépistage menées par le projet Action-Test, montrent, en effet, que des personnes peuvent interpréter la charge virale indétectable comme une guérison divine. Croyance qui a nécessairement des effets en termes de suivi du traitement et de prises de risque.

Les programmes de santé au sein des Églises

Le second panel était consacré aux initiatives portées ou pouvant être développées dans les Églises. Sarah Demart, chercheuse au sein de l'Observatoire du sida et des sexualités, a rendu compte de diverses expériences menées au sein des Églises africaines-américaines, en matière de promotion de la santé. Elle a montré que la variable dénominationnelle (l'orientation plutôt conservatrice *versus* libérale) n'était pas déterminante dans le fait que des Églises s'investissent ou pas dans le domaine de la santé. C'est, en effet, leur engagement social qui est déterminant (actions de quartier, demandes de subsides, collaborations diverses, représentants politiques, etc.). Un engagement social qui s'inscrit dans le cadre d'une lutte contre les inégalités raciales (*a contrario* les églises américaines blanches, notamment conservatrices, n'investissent pas le champ de la santé, *a fortiori* sexuelle). Ces programmes de santé peuvent être des *programmes de traitement* (groupes de parole, support, distribution alimentaire, délivrance de soins, etc.) comme des *programmes de prévention* (éducation sexuelle, distribution de préservatif, échange de seringues, etc.). Ces derniers sont toutefois plus controversés. Concernant le VIH, les Églises peuvent travailler au niveau des représentations (changer les représentations sur le virus, les PVVIH voire les pratiques sexuelles) et de l'accès aux soins (rendre accessibles la prévention et le soin, insister sur l'importance du dépistage). Elles peuvent le faire de différentes manières : stand dans l'Église, discussions, distribution de brochures, diffusion de messages sur les réseaux sociaux, parfois dans les prédications, etc. Des actions spectaculaires peuvent aussi avoir lieu comme le dépistage public de pasteurs. Le plus souvent le VIH ou la santé sexuelle sont intégrés dans des programmes de santé plus larges incluant le diabète, l'hypertension, les problèmes cardio-vasculaires, le cancer du sein ou la santé mentale.

Faire de la prévention auprès des pasteurs : Adapter les discours et outils de prévention

Le pasteur Francis Tombolo Kalombo a ensuite donné un aperçu afro-belge de la manière dont la lutte contre le VIH pouvait être menée au sein des Églises. Plus précisément, il est revenu sur les actions de prévention menées dans le cadre de l'association *Libiki* (guérison en lingala) qu'il a cofondée en 2005 avec Dany Kanyebe, aujourd'hui pasteure à Kinshasa. L'association a été créée à la suite d'un cas de décès d'une femme séropositive qui pensait être guérie et ne prenait plus son traitement qu'elle envoyait en Afrique. La politique de l'association est de travailler avec les leaders d'opinion ayant souvent bien plus d'impact que le pouvoir médical. Il donne l'exemple suivant : une coiffeuse qui passe une heure avec une femme venue se faire tresser aura plus de temps que les médecins pour faire passer un message de prévention. C'est dans ce sens qu'ils ont orienté la transmission d'informations et la création d'outils adaptés : un musicien populaire qui, entre deux chansons, glissera des messages de prévention, des conférences avec les médecins ou des églises, l'usage de versets bibliques pouvant justifier le port du préservatif, des CD pour les jeunes, plus récemment l'usage des réseaux sociaux, etc. Dans la collaboration avec les pasteurs, les débuts ont été difficiles, il se souvient de réflexions au milieu des années 2000 : ce pasteur les interpellant « *pourquoi est-ce que vous vous occupez de ces gens-là ? C'est la conséquence de leur péché* », ou cet autre pasteur « *il faut les mettre dans un stade et les pendre* ». La formation des pasteurs a aussi été entreprise dans le cadre de la pastorale des pasteurs congolais de Belgique (la Pasbel) qui rassemble une centaine de pasteurs, et a donné lieu à des collaborations avec la Plate-Forme Prévention Sida et le Sireas ou l'hôpital Saint-Pierre. L'Espace Nord-Sud qui regroupait plusieurs associations à buts culturels et cultuels (studio d'enregistrement, salle de conférences, salle de danse pour les jeunes, etc.), dans un grand bâtiment de plusieurs étages, a aussi été un espace-temps important

de ce programme de prévention. Il a en effet permis d'intégrer la prévention dans un espace culturel garantissant tout à la fois l'anonymat de personnes venant pour un soutien ou une information tout en favorisant une action de prévention auprès des plus jeunes (venant par exemple pour la musique). L'absence de financement et de soutien institutionnel a mis un terme à cette activité au début des années 2010. Pour l'association Libiki, il est cependant fondamental que les pasteurs aient les informations adéquates pour les transmettre à leurs membres car ils sont plus en contact avec le public que tous les acteurs de prévention. Il faut donc les former et les équiper.

La lutte contre le sida comme composante d'un programme de formation de théologie interculturelle

C'est ensuite le pasteur Simeon Kubulana, recteur du CUPEI (Centre universitaire protestant d'études interculturelles) qui a pris la parole et conclu la journée par des propositions programmatiques. Le CUPEI propose d'être un pont en tant que centre de formation entre des communautés chrétiennes et l'Observatoire du sida et des sexualités et ses partenaires à Bruxelles et en Wallonie. Le Centre a été fondé en mars 2009, à l'initiative de l'Union des Baptistes en Belgique (UBB), de l'Église de l'Arche de la Gloire de L'Éternel et des Perspectives Réformées Internationales. Il rassemble une trentaine de pasteurs. Le CUPEI a pour mission la formation dans une optique interculturelle. L'enseignement est de type universitaire (avec la faculté de théologie et la faculté d'études interculturelles) et non universitaire (avec l'institut pastoral, l'école des disciples et la formation permanente de pasteurs et responsables d'Églises en fonction). Un programme de santé axé sur la prévention au VIH pourrait prendre place dans les cours réservés aux questions éthiques et morales en même temps que sous forme de conférences au sein du réseau d'Églises. Parmi les problèmes soulevés, la formation théologique de pasteurs, mais également la capacité à assimiler un savoir pour ceux n'ayant pas de bagage intellectuel, et à faire aveu auprès de pairs, ou des fidèles, de ses limites. Également, les aspirations charismatiques des pasteurs ou des membres de l'Église, qui peuvent être incompatibles avec le recours au traitement comme soin ou comme prévention. En tout état de cause, *« ce que dit le pasteur devient facilement parole d'évangile, il n'y a pas de possibilité de discuter »*, d'où l'importance de mettre l'accent sur la formation des pasteurs. Une formation qui devrait aussi concerner le quotidien des pratiques pastorales comme la confidentialité (par ex. ne pas donner des exemples qui permettraient d'identifier un membre et de l'exposer à la stigmatisation). Pour le CUPEI, l'Église doit être un lieu de formation, d'intégration, d'aide et de soutien. Travailler sur les stigmates à partir des pasteurs est donc central, *« quel est le pasteur qui aurait le courage de se dépister et de dire sa séropositivité ? (...) S'il a le courage de parler, ce sera un courage exceptionnel. Il serait considéré comme impur et n'aura certainement plus la possibilité de prêcher dans son/les églises »*.

Et après ?

Dans la séance consacrée aux discussions, il est ressorti clairement la nécessité de planifier la prévention en intégrant les leaders religieux, notamment dans les activités de terrain (accompagnement, renforcement, place des jeunes, dépistage) et donc de prévoir cette activité en matière de subventions. Le besoin d'interconnexion et de travail en commun était partagé par tous les intervenants et le public. Un besoin de connaissance des Églises et de leur diversité interne a aussi été exprimé de la part des travailleurs de terrain, planning familiaux et autres

professionnels de la santé pouvant être au contact des migrants africains ou des personnes d'ascendance africaine : il est important d'avoir des informations adéquates et nuancées pour que les acteurs de santé ne soient pas, eux aussi, producteurs de stigmates à l'égard des Églises et des possibles opportunités de soutien et d'accompagnement pour les personnes vivant avec le VIH. Enfin, il a été rappelé qu'au sein des églises, un certain nombre de membres nés en Belgique, sont aujourd'hui en âge de se marier et de procréer et qu'à l'image des Églises, les réseaux sexuels des Afrodescendants, y compris religieux, sont plus mixtes que ne le laisse entendre la catégorie d'Afrodescendants, et a fortiori celle de « SAM » (Sub-saharan African migrants). Une réunion est programmée pour faire le suivi de cette conférence dans la mise en œuvre d'actions concrètes au sein du CUPEI.