

## « Nous sommes des sans-droits ». La nécropolitique du VIH pour les sans-papiers en Belgique

*"We are people with no rights." HIV Necropolitics for Undocumented Migrants  
in Belgium*

Charlotte Pezeril

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anneemaghreb/7979>

DOI : [10.4000/anneemaghreb.7979](https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.7979)

ISSN : 2109-9405

### Éditeur

CNRS Éditions

### Édition imprimée

Date de publication : 15 juin 2021

Pagination : 113-130

ISBN : 978-2-271-13225-3

ISSN : 1952-8108

Ce document vous est offert par Université libre de Bruxelles - ULB



### Référence électronique

Charlotte Pezeril, « « Nous sommes des sans-droits ». La nécropolitique du VIH pour les sans-papiers en Belgique », *L'Année du Maghreb* [En ligne], 25 | 2021, mis en ligne le 10 juin 2021, consulté le 24 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/anneemaghreb/7979> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.7979>

---

Ce document a été généré automatiquement le 24 juin 2021.



L'Année du Maghreb est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

---

# « Nous sommes des sans-droits ». La nécropolitique du VIH pour les sans-papiers en Belgique

*“We are people with no rights.” HIV Necropolitics for Undocumented Migrants in Belgium*

Charlotte Pezeril

---

- 1 Didier Fassin (2001) a analysé le processus selon lequel les biopolitiques de l’immigration ont reconnu comme principe supérieur l’argument éthique de protection des vies humaines (l’argument humanitaire), instaurant une biolégitimité accordant le droit du sol aux personnes malades ne pouvant se faire soigner dans leur pays. À partir de trois « figures anthropologiques » d’étrangers vivant avec le VIH, il souligne que « la condition de l’immigré se voit déplacée d’une reconnaissance de la vie comme force de travail vers une reconnaissance de la vie comme phénomène biologique. » (2001, p. 159). Cet article propose de poursuivre cette analyse au regard des restrictions progressives de l’accès au territoire belge ces dernières décennies, remettant en question cette biolégitimité. Les récentes politiques migratoires européennes, nourries du fantasme d’une « immigration thérapeutique » et d’une « crise des migrants », tracent désormais les contours d’une nécropolitique (Mbembe, 2006) et se heurtent tant à la biolégitimité des corps souffrants, qu’aux politiques globales de santé et de défense des droits humains, en particulier ceux des minorités sexuelles, des femmes et des plus vulnérables.
- 2 Les enquêtes PARCOURS en France (Desgrées du Loû et al., 2015) et aMASE en Belgique (Gennotte, 2016) ont récemment montré qu’entre 35 et 49 % des migrant·es africains vivant avec le VIH ont été infecté·es après leur migration en Europe, infirmant l’idée d’une « maladie importée », d’autant que l’accès au traitement antirétroviral s’est profondément reconfiguré au niveau global ces dernières décennies, notamment avec l’accès généralisé aux génériques. Bien que le contexte épidémiologique et médical soit différent de celui prévalant lors de l’analyse de Fassin, cette dernière reste pertinente

dans la manière de montrer comment des « figures anthropologiques » sont fabriquées par les lois en vigueur et leurs modalités d'application.

- 3 Dans cet article, nous envisagerons trois figures de sans-papiers séropositifs venus de pays du Maghreb, figures constituées en idéaux-types différenciables (quoique imbriqués) qui rendent compte à la fois des manières dont l'histoire du VIH génère différentes interprétations, liées à la sexualité, au genre et à la criminalité ; et dont les politiques migratoires de régularisation, d'asile et d'expulsion, modulent leurs trajectoires et leurs manières d'en rendre compte. Ces trois figures ont émergé à partir d'une série d'entretiens<sup>1</sup> menés avec des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ayant contacté Unia (Centre belge de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité des chances) afin de signaler une (présomption de) discrimination liée au VIH (Pezeril, 2017). Elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des PVVIH originaires du Maghreb en Belgique, ni même des personnes sans-papiers sur le territoire ; d'autant que les entretiens faisaient suite à une plainte à Unia et prenaient donc la forme d'appel à l'aide voire de « supplique » (Fassin, 2000) à l'égard d'une institution publique. Cependant, leurs histoires sont emblématiques de la façon dont la condition d'étranger sans-papier peut se conjuguer aujourd'hui avec la condition de personne (dépistée) séropositive. Ou plutôt, elles sont emblématiques des difficultés croissantes à conjuguer ces deux conditions. Comme le relevait Khadija Ounchif, assistante sociale ayant exercé pendant près de 15 ans au CETIM, le Centre de référence sida de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles<sup>2</sup>, désormais, « l'exception c'est quand tu arrives à avoir quelqu'un qui a eu une régularisation ».
- 4 Cet article s'ancre sur les histoires singulières d'Ahmed, Djamila et Saïd<sup>3</sup>. Nous examinerons la signification que prend le VIH dans leur récit, autant dans le rapport à soi, son état de santé, sa religion et sa sexualité que dans le rapport aux autres, à la famille souvent restée dans le pays d'origine, mais aussi aux médecins, aux réseaux sociaux et aux institutions belges. Nous verrons parallèlement comment les évolutions législatives et leurs mises en œuvre restreignent les possibilités d'action et modèlent les subjectivités.
- 5 Dans la trajectoire d'Ahmed, le VIH s'inscrit principalement dans une histoire de sexualité. Le diagnostic de séropositivité vient s'ajouter à une homosexualité difficilement vécue et appelle à un « second coming-out » redoublant le stigmate. La société d'accueil est décrite comme un « paradis », bien que les conditions d'accès à la régularisation sur base de l'état de santé, de même que celles de l'asile sur base de l'orientation sexuelle, ne permettent pas à Ahmed d'entrevoir un accès légal au séjour. La seconde figure, portée par Djamila, renvoie à l'histoire genrée du VIH dans la mesure où elle s'inscrit dans un parcours de dépendance et de violences sexuelles de la part de son conjoint. Le VIH apparaît alors comme le moindre de ses problèmes, noyé dans une accumulation de déni de droits, surtout quand le rapprochement familial nécessite désormais des années de cohabitation conjugale avant d'ouvrir le droit à une régularisation. L'incompréhension et la déception face à l'État et à la société belge priment, au point qu'un nouveau départ (soit vers un autre pays d'émigration soit vers le pays d'origine) est envisagé. Enfin, pour la troisième figure, incarnée par Saïd, le VIH est envisagé en termes de criminalisation, engendrant une double peine pour les personnes enfermées pour des délits ou du simple fait d'avoir été arrêtées sans papier. Sachant qu'il peut constituer désormais un motif d'arrestation pour exposition au risque de transmission, une triple peine est possible pour les sans-papiers séropositifs.

Le VIH est alors une source supplémentaire d'altérité et de discrimination, réarticulant un ensemble d'éléments légitimant violence et expulsion.

\*

## Ahmed

### (Homo)-sexualité et VIH

Ahmed a quitté le Maroc il y a près de vingt ans, sans se savoir (ou peut-être sans être) séropositif. L'entretien mené avec lui, qui dure près de deux heures, est chargé d'émotions, entrecoupé par des pleurs quand il aborde la honte et le stigmatisé liés au VIH :

J'ai jamais pensé que j'allais être séropositif. Parce que j'avais l'idée que c'est les gens pas honnêtes, pas propres. J'ai peur que les gens disent pareil sur moi, alors que je ne suis pas comme ça. Cette maladie a bouleversé ma vie. [...] Certains disent que c'est une maladie comme les autres. Pour moi c'est le contraire. Même un cancer ou autre, les gens vont te soutenir, t'encourager. Mais cette maladie, même si tu l'as par accident, la plupart des gens attrapent ça par une manière honteuse, interdite par la religion. Le sida, ça veut dire le sexe. On te fait pas confiance. On pense que t'es pas propre, que tu fais n'importe quoi avec n'importe qui.

Il se dit incapable d'en parler, y compris à ses sœurs et sa mère qu'il aime tant. Ce secret l'empêche de trouver soutien et réconfort auprès de sa famille ou de membres de sa communauté d'origine. Progressivement pendant l'entretien, il s'avère que ce sentiment de honte est aussi lié à son attirance pour les hommes, qui ne sera jamais énoncée comme telle :

Ma famille est fermée. Pareil avec ma communauté, elle n'aime pas les gens comme ça et ma religion l'interdit. Moi aussi, mon cœur est fâché avec moi-même. J'ai pas accepté ça. J'ai fait tous mes efforts. Jusqu'à maintenant. J'accepte pas. Je voudrais vivre avec une femme, avoir des enfants. [...] Chez nous, c'est interdit, c'est la honte. Les gens peuvent pardonner tout, de voler, de mentir, mais quelqu'un comme ça, non. Tu es toujours jugé, tu n'as pas le droit de parler. Tu n'as aucune valeur.

Ahmed a d'ailleurs quitté le Maroc pour cette raison en 2001, même s'il est parti grâce au mariage avec une femme en Belgique. Quelques années plus tard, sa femme le quitte, le mariage est estimé frauduleux et sa carte de résident lui est retirée. Diagnostiqué séropositif en 2009 suite à une hospitalisation, il réussit en 2012 à obtenir une régularisation sur base de son état de santé. Cette dernière n'est toutefois pas renouvelée l'année suivante et il introduit des recours lui permettant d'obtenir pendant un temps des cartes successives de quelques mois. En 2014, après des années en Belgique en situation régulière, Ahmed se retrouve sans-papiers et dans une situation d'extrême précarité, même si son traitement antirétroviral est pris en charge par l'AMU, l'Aide médicale urgente :

Le pire c'est que tu vis comme ça, sans salaire, sans revenu. Le matin, il faut sortir, il faut se battre pour trouver de quoi manger. Tu oublies tes problèmes de santé mais tu as toujours la peur. [...] C'est pas possible d'être sans revenu en plus d'être malade. On reçoit les médicaments dans une main et dans l'autre, on a une assiette vide. Comment on fait alors que les médicaments font mal au ventre ?

Malgré les difficultés en Belgique, il est inconcevable pour lui de rentrer au pays :

Ils m'ont retiré la carte en disant que des traitements existent au Maroc. C'est pas vrai. Je connais la situation là-bas. Je ne sais pas comment les responsables peuvent dire ça. La santé, c'est pire là-bas. En plus, chez nous, il n'y a pas de respect. Pour moi la gentillesse, le respect, le soutien des médecins, c'est mieux que les médicaments.

Le problème n'est pas seulement la disponibilité des traitements, mais plus fondamentalement, le rapport aux médecins et à l'ensemble du système hospitalier. Les problèmes d'accès au traitement dans son pays et à son remboursement, conjugué au fort stigmata lié au VIH et à l'homosexualité, font que l'essentiel pour lui est de se stabiliser en Belgique, quitte à aggraver son état de santé :

Si j'étais légal, ça va bien, je n'ai pas d'autres problèmes. Le pire c'est que t'es illégal et que c'est une maladie honteuse alors que la famille a tout fait pour que tu sois ici. Et toi tu vas retourner au pays avec les mêmes problèmes et en plus ta maladie ! C'est grave. [...] Quand on a peur, on fait des choses bizarres. J'ai fait tous mes efforts pour chercher une autre maladie, l'hépatite ou autre. Pour alourdir mon dossier, pour avoir mes papiers. Mais je veux finir ma vie ici. Je ne peux pas retourner là-bas. C'est comme si j'étais au paradis et on te dit que tu dois retourner en enfer.

Ahmed me confiera s'être jeté un jour sous une voiture, non pas pour mourir mais pour se blesser. Le corps meurtri devient ainsi le seul moyen pour lui d'espérer une régularisation.

\*

## Article 9ter : un « permis de mourir » ?

- 6 Pour comprendre la situation dans laquelle se trouve Ahmed aujourd'hui, il faut revenir sur les évolutions récentes des procédures de régularisation. Sous la pression du droit européen, la loi belge du 15 décembre 1980 sur le séjour des étrangers a été modifiée le 15 septembre 2006 afin de permettre aux personnes souffrant d'une « maladie qui entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant » et ne pouvant se faire soigner dans leur pays, de demander une autorisation de séjour (article 9ter).
- 7 Cependant, le 8 janvier 2012, cet article 9ter a été modifié à son tour pour introduire un « filtre médical » à savoir que désormais c'est au médecin de l'Office des étrangers (OE), et non plus au médecin traitant, d'évaluer si cette maladie entraîne un risque réel. S'ouvre une période de restriction de l'octroi des demandes de régularisation, d'un allongement des délais d'attente tout comme d'une augmentation des expulsions du territoire. Ainsi, en 2013, sur 9010 demandes de 9ter clôturées par l'OE, seules 148 autorisations de séjour, soit 1,6 % des demandes, sont délivrées. En 2015, plusieurs associations publient un *Livre blanc*<sup>4</sup> sur la situation des étrangers gravement malades qui pointe les « dysfonctionnements » actuels et appelle à une application de la loi respectueuse des droits humains. Selon eux, sa mise en application par l'administration belge ne respecte pas le prescrit de l'article 9ter et s'apparente davantage à un « permis de mourir » sur le territoire belge.
- 8 La situation est loin d'être spécifique à la Belgique et constitue aujourd'hui un enjeu européen. Ainsi, deux décisions de la Cour européenne des droits de l'homme sont symptomatiques d'une acception plus restrictive, notamment de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme qui interdit les traitements inhumains ou dégradants. La première, régulièrement citée par l'OE, date de 2008 : « Le fait qu'en cas d'expulsion de l'État, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas

en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3 »<sup>5</sup>. La seconde décision, de 2014 et à l'encontre de la Belgique, va dans le même sens : la Cour ne conclut pas à la violation de l'article 3 alors qu'elle admet que l'accès aux médicaments nécessaires pour une patiente atteinte du sida est aléatoire, que son pronostic vital à court et moyen termes pourrait être engagé et que la vulnérabilité de la patiente est accentuée du fait qu'elle est accompagnée par des enfants en bas âge<sup>6</sup>. Les corps malades sont désormais appréhendés comme des corps dangereux et non plus à protéger.

9 En mai 2014, une centaine de médecins réclame un audit de l'OE, en estimant que : 1/ les décisions d'expulsion basées sur la disponibilité des médicaments viennent de sites internet dont les informations sont contestables ; 2/ la procédure n'est pas contradictoire et les médecins-conseils de l'OE ne voient ni la personne malade ni son médecin traitant ; 3/ les médecins de l'OE sont liés par des directives internes non publiques et ne sont donc pas indépendants (*Le Soir*, 20/05/2014). La ministre de la Santé Maggie De Block refuse l'audit estimant que « son administration exécute fidèlement les lois sur les étrangers et le code criminel ainsi que les règles de l'éthique médicale » (*idem*). Pourtant, un ancien médecin-conseil témoigne anonymement et confirme que l'interprétation du 9ter est devenue tellement restrictive qu'elle autorise une décision positive seulement si la vie du patient est exposée à un danger immédiat « dans les trois mois » : « Il reste très peu de maladie avec un risque immédiat à trois mois ! Il devenait presque impossible de remettre un avis positif. » (*Le Soir*, 30/05/2014).

10 Cette interprétation rend le travail social d'accompagnement des patient·es très compliqué nous raconte Khadija Ounchif :

Au bout du compte tu te dis « Pourquoi est-ce que je vais encore rentrer une demande de régularisation, pourquoi le médecin doit encore passer des heures à faire un rapport extraordinaire qui de toute façon va être démolé dans les 5 minutes ? ». Les gens – et moi c'est ça qui me fait peur – se démotivent. On se dit qu'on va recevoir les gens, les écouter et puis on ne va rien pouvoir faire pour eux. Ce qui est dangereux c'est que finalement on baisse les bras parce qu'on n'a pas de pouvoir, en fait.

11 En outre, les « régularisations 9ter » ouvrent le droit à des cartes d'immatriculation de trois ou six mois, sans garantir l'obtention d'une carte définitive. Les fortes mobilisations des sans-papiers en 2009 qui avaient entraîné des grèves de la faim ont montré le piège de cette biolégitimité car, comme Vertongen (2015) le souligne : « Le jour où l'ancien gréviste aura retrouvé la santé, il sera à nouveau expulsable. Il se trouve ainsi piégé entre le besoin de prolonger les séquelles corporelles visibles pour renouveler la carte orange tous les trois mois, et la nécessité de recouvrer la santé pour trouver un travail et espérer une forme de régularisation moins précaire. »

12 La démotivation est telle que certaines PVVIH<sup>7</sup> et leurs conseillères sociaux ou juridiques en viennent à ne plus introduire de demande. Dans le cas d'Ahmed, il aurait également pu envisager introduire une demande d'asile sur base de son orientation sexuelle. Mais dans ce cas il aurait eu à prouver son homosexualité et le risque de persécution pour cette raison dans son pays d'origine. Comme me le signale Khadija Ounchif, qui a suivi plusieurs personnes dans ce cas :

La plupart du temps ils se marient ou on les marie. Ça devient donc difficile pour obtenir les papiers d'expliquer cette situation, parce que bon vous dites qu'il est homosexuel mais en même temps il est marié, il a eu des enfants, donc on ne

comprend pas très bien, alors que la souffrance de ces personnes-là est multipliée en fait, parce qu'ils ne peuvent pas tourner le dos à leurs parents ou à leur pays.

- 13 Ces hommes se retrouvent donc pris dans des contradictions tant subjectives qu'institutionnelles, qui s'auto-entretiennent. Ainsi que le notait déjà Fassin, « le corps devenait donc le lieu d'expression d'une contradiction profonde entre l'attente sociale à l'égard de l'immigré et la réalité de son impuissance » (2001, p. 139).

\*

## Djamila

### Genre, conjugalité et VIH

Le parcours de Djamila s'inscrit dans une problématique bien différente, de même que le déroulement de l'entretien. Autant Ahmed est prolixe, autant Djamila parle peu. Au-delà de la maîtrise de la langue, la socialisation genrée n'est pas sans effet sur les capacités à prendre la parole et à dire son intimité, d'autant plus quand elle renvoie à des situations de violence (Gribaldo, 2020). Djamila ne prononce à aucun moment les termes « VIH » ou « sida », elle parle de « maladie » ou de « problème ». Difficile même de distinguer dans son discours les « problèmes » liés à son état de santé (VIH et polyarthrite selon son dossier) des problèmes conjugaux, de logement ou de travail. Quand elle contacte pour la première fois Unia en 2013, c'est pour avoir une liste d'hébergements d'urgence. Elle loge alors chez une compatriote algérienne, qui l'a aidée pour venir en Belgique, et quand je lui demande si elle peut compter sur sa famille, elle me répond :

J'ai pas vraiment de lien avec la famille, car j'ai eu des problèmes avec mon mari. J'évite de les contacter. [long silence] Il me frappait. Quand je me suis séparée, j'ai pris la décision de partir. Maintenant, il cherche mon adresse, où je suis. Mais je ne veux pas qu'il me trouve. Alors je les contacte pas. On a été mariés pendant plus de dix ans. On n'a pas eu d'enfant. Là-bas, si une femme n'a pas d'enfant, elle a des problèmes. J'ai eu des problèmes avec lui, avec ma famille. Les dernières années, j'étais stressée. J'ai tout laissé là-bas.

Djamila ne se savait pas séropositive avant son arrivée en Belgique. Après son diagnostic, n'ayant aucune connaissance des dispositifs belges, elle a mis plusieurs mois à accéder à l'AMU et donc au traitement antirétroviral. Elle balaye le sujet rapidement en disant : « Maintenant j'essaye de vivre avec mes douleurs ». Elle ne veut pas parler du VIH pendant l'entretien mais souhaite raconter l'impuissance dans laquelle elle se trouve :

Le problème c'est que chaque fois que je veux quelque chose, j'ai pas le droit. J'ai pas le droit de travailler. Je veux faire une formation pour les crèches et les enfants, j'ai pas le droit. Je peux rien faire. Je veux apprendre le néerlandais et l'anglais, j'ai pas le droit. À chaque fois, c'est la même réponse. Donc j'ai pas le choix. Être sans papier, c'est avoir le droit de rien. Ni droit pour travailler, pour étudier, pour rien. C'est très dur.

Bien que Djamila ait une formation de technicienne en informatique, le marché du travail belge lui est fermé. Elle ne réussit donc qu'à trouver des « jobs » occasionnels de baby-sitting, qui ne lui permettent pas de payer un loyer. Or son amie, qui l'héberge depuis plusieurs années, lui demande à présent de trouver un autre logement. Le fait de ne pas pouvoir travailler et donc de ne pas avoir de revenus rend le quotidien extrêmement difficile. Face à tant d'épreuves, le VIH passe au second plan, il n'est qu'un « problème » parmi d'autres, voire le cadet des soucis, dans un monde sans-droits.

Si les femmes ne sont pas les seules à exprimer ce désarroi, elles sont davantage prises dans des situations de dépendance à l'égard d'un homme ou d'un proche pour la survie quotidienne. Khadija Ounchif me raconte qu'elles sont nombreuses à arriver en Belgique suite à la promesse d'un mariage :

Souvent elles se font piéger, elles rencontrent un homme, peu importe l'origine mais pseudo-musulman quand même. La personne leur promet le mariage, elles ont des relations sexuelles, mais le problème c'est que comme elles ne sont pas informées au niveau de la sexualité, de la prévention et de tout un tas de choses, elles ne se protègent pas. Elles se font donc contaminer de surcroît et c'est comme ça que nous les recevons au CETIM. Tout ce qu'on peut leur offrir c'est la prise en charge médicale, mais pour les régulariser c'est vraiment le parcours du combattant parce que souvent elles ne peuvent pas te donner une adresse parce que les personnes qui les hébergent n'ont pas spécialement envie d'être mêlées à cette situation du sida.

En outre, celles qui se marient effectivement se voient dans l'obligation de rester avec leur conjoint pour accéder à une régularisation définitive. C'est le cas d'une jeune fille, mariée par sa famille à un homme qui s'avèrera toxicomane et qui la délaissera dès son arrivée. Elle apprend en outre sa séropositivité lors de sa première grossesse.

Comme elle venait de se marier et d'avoir le regroupement familial pour venir ici, il y a l'exigence législative ici de vivre avec ton mari pendant x temps sinon tu perds ton séjour et tu es pénalisé. [...] Elle en parle au téléphone avec sa famille au Maroc et tout ce que la famille lui répond c'est qu'il faut patienter, supporter.

L'exhortation à la patience est alors d'autant plus difficile pour celles victimes de violences conjugales. Bien que la Belgique soit « considérée comme étant à la pointe de l'intégration du genre dans ses politiques publiques relatives au droit d'asile (...) les femmes sans-papiers sont toujours exclues des dispositifs et peinent à trouver un hébergement en cas d'exposition aux violences » (Carles, 2018, p. 338).

\*

## Rapprochement familial et violences : les femmes prises en étau

- 14 À nouveau, il faut analyser l'évolution de la politique migratoire, à travers cette fois les politiques de rapprochement familial, pour comprendre l'étau dans lequel peuvent se retrouver les femmes telles que Djamila. Dans les années 1960-1970, la Belgique a conclu des conventions bilatérales avec divers pays, dont le Maroc, l'Algérie et la Tunisie, afin de faciliter le recrutement de main d'œuvre étrangère. Le regroupement familial était possible si ces travailleurs (alors presque exclusivement des hommes) avaient été mariés avant leur arrivée. Face au risque présumé de mariages « frauduleux », le législateur modifie la loi le 8 juillet 2011 en limitant fortement le champ d'application de ces conventions. Les demandeur·ses doivent désormais prouver le caractère « durable et stable » de leur relation<sup>8</sup> et disposer d'un véritable capital économique (revenu, logement) et social (réseaux, appuis). Ces conditions limitent fortement dans les faits le recours au droit au regroupement familial. Enfin, si une femme migrante disposant d'un permis de séjour à la suite d'un regroupement familial, se sépare de son conjoint durant les trois premières années du séjour (cinq ans depuis peu), elle perd son titre de séjour et reçoit l'ordre de quitter le territoire. En 2012-2013,



une forte mobilisation, notamment avec le collectif ESPER (Epouses Sans Papiers En Résistance) soutenu par des associations féministes<sup>9</sup>, aboutit à une modification permettant à celles qui peuvent prouver les lésions corporelles de ne pas être expulsées. Les possibilités de recours devant le Conseil du contentieux des étrangers sont toutefois très faibles dans la mesure où ce recours concerne uniquement la forme de la décision et non le fond. Apparaît même un nouveau terme dans les mobilisations, celui de « mariages noirs », ces unions où une conjoint·e ayant la nationalité belge (ou une autre nationalité européenne) profite de son statut pour exercer du chantage, voire de la violence, et pour menacer l'autre de dénoncer un mariage frauduleux à la moindre résistance. Ainsi, « la logique étatique de lutte contre l'immigration et sa sélection l'emporte sur la logique de protection des personnes étrangères en danger en raison de violences conjugales et intrafamiliales. » (Odasso, 2019, p. 87).

- 15 Dans ces situations, celles qui quittent le foyer conjugal se retrouvent démunies, voire à la rue, si elles ne peuvent faire appel à leur réseau social ; ce qui est rendu compliqué du fait du VIH. Selon Khadija Ounchif :

Certaines femmes vivent quand même de la prostitution puisqu'elles ont perdu leur virginité, elles sont contaminées donc il n'y a plus rien qui les retient dans l'honneur de la famille mais en même temps elles vivent dans la peur que la famille l'apprenne.

- 16 Le diagnostic renforce alors leur vulnérabilité car, pour beaucoup, le VIH chez les femmes symbolise leur non-virginité voire une sexualité estimée licencieuse, rendant une nouvelle union plus difficile à négocier (y compris avec l'appui de la famille) quand il faut préalablement annoncer la séropositivité de la future épouse.

\*

## Saïd

### Criminalisation et VIH

Cette dernière figure permet d'éclairer la situation des PVVIH dans les lieux d'enfermement, que ce soit dans les prisons ou les centres de détention pour étrangers en situation irrégulière ou en attente d'une décision administrative. Dans ces lieux se conjuguent des problèmes d'accès aux soins médicaux, de rupture de la confidentialité et de violences, verbales ou physiques, de la part des codétenues ou co-résidentes et parfois des professionnelles. Particulièrement dramatique, l'histoire de Saïd, qu'il raconte dans diverses lettres envoyées à Unia pour dénoncer sa situation, est marquée par la sérophobie, l'homophobie latente et le racisme de ses codétenus. Séropositif depuis le début des années 2000, co-infecté par l'hépatite C et l'hépatite B, il est incarcéré depuis 2014 dans une prison bruxelloise (le motif de sa condamnation ne nous est pas connu<sup>10</sup>).

Depuis mon incarcération je subis des discriminations [...]. Le médecin ouvre votre cellule et vous parle à haute voix et les cellules à côté entendent tout [...] Plusieurs agents pénitentiaires quand ils rigolent avec moi, ils m'ont dit "Ecoute, toi t'es foutu, on sait ce que tu as comme maladie grave, on sait tout, même que tu as subi des viols dans ta jeunesse". Alors je me demande où est le secret professionnel. [...] Donc je vis 24h sur 24h en cellule replié sur moi-même. On m'appelle à la polyclinique de la prison, à chaque fois je passe en dernier. Je me fais opérer d'une éventration abdominale, l'infirmier m'a déjà dit que je passerai au bloc opératoire en dernier lieu. Pourquoi ? Dentiste en dernier. Pourquoi ? Oui je suis détenu, je suis malade, mais pourquoi me le rappeler ? Je compte vraiment arrêter tous mes traitements et en finir avec toutes ces discriminations.

Alors que la surpopulation carcérale augmente les risques infectieux, les mesures de réduction des risques et de prévention sont toujours largement insuffisantes dans les prisons belges et européennes (Michel et al., 2015) ; le manque de confidentialité des soins et la pratique d'instauration d'un ordre de passage en fonction de la connaissance du statut sérologique fonctionnant comme des mesures symboliques de gestion du virus, tout en étant discriminatoires et contre-productives du point de la santé publique. Une étude du Centre fédéral d'expertise de soins de santé (Mistiaen, 2017) dresse un état des lieux déplorable des soins de santé dans les prisons belges, entre surconsommation de médicaments (antidépresseurs particulièrement), sur-prévalence de problèmes de santé (principalement liés aux maladies infectieuses, troubles psychiques et toxicomanie) et pénurie des prestataires de soin.

Quelques mois après la première lettre, Saïd en envoie une autre pour demander l'intervention d'Unia ; la situation semblant s'être dégradée. D'une part, il ne reçoit plus son traitement correctement et d'autre part, les attitudes de ses codétenus semblent plus violentes et les propos, haineux :

Les autres me disent : « Tu as le sida ; tu es contagieux ; tu vas mourir ; tes manières, t'es pas homo toi ? On t'a opéré du ventre suite à une éviscération ou t'as fait une césarienne ? ; t'as accouché grande folle ? Non tu peux pas travailler, t'as le sida et l'hépatite. Non pas de préau, non pas d'activité, non pas de sport[...] ». Je prends des douches seul, en dernier, avec des commentaires : « Les gens comme toi c'est comme ça qu'on les traite. De toute façon, t'es un mort-vivant, avec la maladie que t'as et tu sais que ça nous dérange et que l'État paye pour toi tes traitements. » [...] « Tu es né ici toi ? Oui pourquoi ? Va rejoindre ta famille au Maroc mais en cercueil. Et encore des frais pour la Belgique » [...] Ils veulent me tuer à pouvoir vivre. J'ai pas demandé à être un homme efféminé. J'aime mes quatre enfants, ma femme, ma famille mais ils me mettent à bout ici. J'ai jamais demandé à avoir le sida et l'hépatite et suite à un sévice du viol que j'ai subi et j'en souffre encore maintenant. Ils veulent m'achever, me démoraliser et je souffre de tout cela.

Malheureusement, ses appels à l'aide ne trouveront pas de réponse auprès d'Unia ni auprès des services de prévention des IST/VIH en prison ; ces derniers m'expliquant ne pas être habilités à prendre contact individuellement avec un détenu.

\*

- 17 Les entretiens menés à Unia et avec des travailleurs·ses dans des associations de prévention telles que le SES Huy-Waremme et I-Care (qui interviennent dans les centres fermés francophones belges) soulignent deux types de problèmes concernant spécifiquement le VIH : 1/ l'accès aux médicaments et aux soins médicaux et 2/ la confidentialité et les attitudes stigmatisantes du personnel et des codétenus. Signalons, concernant l'accès aux traitements qu'en décembre 2011, la Belgique a été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme<sup>11</sup> pour le cas d'une femme détenue durant quatre mois dans le centre fermé pour demandeurs d'asile 127bis à Steenokkerzeel. La dame n'a pas reçu les traitements nécessaires bien qu'elle dispose d'une attestation médicale prouvant qu'elle est porteuse du VIH.
- 18 La crainte d'aller en centre de détention pour étrangers et de se faire expulser plane sur l'ensemble des sans-papiers et les amène à réduire au maximum leurs déplacements. Selon Khadija Ounchif :
- Le plus dur pour ces personnes-là c'est que le fait qu'ils soient sans-papiers ou quand ils ont un document provisoire, ils ne peuvent pas aller rendre visite à leur famille. Je dis toujours que ces personnes vivent dans une prison à ciel ouvert. Ils ne

sont pas enfermés dans une cellule mais sont enfermés à Bruxelles. Ils n'osent même pas prendre le train pour aller à la mer ou à Liège parce que si ils se font contrôler, on les emmène au centre fermé et de nouveau c'est la galère avec les avocats et les rapports médicaux pour les sortir de là.

- 19 Plusieurs sans-papiers font état de l'angoisse perpétuelle de l'arrestation et/ou de la dénonciation, qui a des effets non seulement psychologiques mais aussi très pragmatiques dans leur rapport à l'espace, aux autres et aux institutions belges (particulièrement la police, même si les contacts avec l'hôpital ou l'administration peuvent également effrayer). La figure du migrant malade enfermé fonctionne donc comme menace pour l'ensemble des autres sans-papiers.
- 20 Enfin, même s'il n'y a pas pour l'instant de cas de PVVIH issues du Maghreb, l'émergence de la pénalisation du VIH ajoute un risque supplémentaire d'enfermement. En effet, depuis 2011 en Belgique (Pezeril, 2016), la transmission sexuelle (présumée) du VIH est condamnée par l'article 402 visant l'administration de substances pouvant donner la mort ou altérer grandement la santé. Or, à partir de là, la jurisprudence rend possible la pénalisation de la tentative de transmission et donc concrètement la condamnation du fait d'avoir un rapport sexuel non protégé sans pourtant transmettre le VIH. En Belgique, la première condamnation d'une tentative apparaît en 2015 (confirmée par la Cour d'appel en 2017), un homme sans-papier étant condamné à dix-huit mois de réclusion pour avoir eu une relation sexuelle tarifée sans préservatif avec un client exigeant une simulation de viol<sup>12</sup>. Comme dans d'autres pays, ce sont alors souvent des hommes étrangers ou racisés qui se retrouvent poursuivis et condamnés<sup>13</sup>.

## De la double à la triple peine

- 21 Le combat contre la « double peine », à savoir l'expulsion du territoire à la suite d'une incarcération, est également une mobilisation de longue haleine. De la même manière qu'en France (Mathieu, 2006 ; Musso, 2016), la « double peine » ne concerne pas seulement les sans-papiers, mais l'ensemble des étrangers, y compris ceux ayant très peu vécu dans leur pays d'origine.
- 22 En Belgique, suite à une première mobilisation en 1998 (impulsée par la sœur d'un Marocain expulsé alors qu'il n'avait aucune attache au Maroc et avait grandi en Belgique) puis à la campagne « Bannissons la double peine » de 2002, la loi du 26 mai 2005 limite les catégories d'étrangers pouvant la subir : les étrangers nés en Belgique ou arrivés en Belgique avant l'âge de douze ans ne peuvent plus être expulsés. De la même manière, les époux de Belges et les parents d'enfants belges ne peuvent être expulsés que dans des cas extrêmement rares. L'arrivée d'un gouvernement national-libéral en 2014 et les attentats à Bruxelles en 2015 vont remettre en cause ce consensus. Une nouvelle loi est votée en février 2017 qui permet d'expulser tous les étrangers délinquants (ou même simplement soupçonnés de troubles à l'ordre public) et autorise ces expulsions pour des catégories autrefois protégées par la loi : « En prison, l'étranger, même né en Belgique, pourra recevoir un simple ordre de quitter le territoire. Cette décision peut être prise par l'administration, sans que l'étranger n'ait été entendu par un juge impartial, sans qu'il n'ait pu présenter d'arguments de défense. » (Benkhelifa, 2017)
- 23 La Belgique est à nouveau condamnée par la CEDH en février 2020 à verser 13 000 euros de dommages à un Tunisien expulsé de Belgique en 2016, reconnaissant que les droits

du requérant à une vie privée et familiale avaient été bafoués puisqu'il avait un enfant en Belgique<sup>14</sup>. La Belgique ne semble pourtant pas s'émouvoir de ces condamnations. Récemment (le 15 septembre 2020), le rapport de la Commission Bossuyt suggère d'augmenter la peine de prison potentielle de trois mois à un an pour les personnes en séjour illégal<sup>15</sup>.

- 24 La notion de « double peine » elle-même a donc évolué puisqu'il ne s'agit plus seulement des personnes incarcérées pour un délit ou un crime puis expulsables du territoire parce qu'étant de nationalité étrangère ; désormais il s'agit de personnes pouvant être incarcérées parce qu'étrangères, et ce y compris pour celles avec une double nationalité et nées en Belgique. Ainsi, si l'on aborde la notion de peine sous l'angle de l'enfermement, les sans-papiers séropositifs doivent pénalement faire face à un risque d'une triple peine, au-delà même des délits commis : 1/ le risque d'être incarcéré du fait de l'absence de droit de séjour ; 2/ le risque d'être incarcéré du fait de la séropositivité et de relations sexuelles non-protégées ; 3/ le risque d'être ensuite expulsé du territoire pour cela.

## Pour conclure : les (nécro)politiques en cours

- 25 Achille Mbembe (2006) propose les notions de :
- « politique de la mort [nécro-politique] et de pouvoir de la mort [nécro-pouvoir] pour rendre compte des divers moyens par lesquels, dans notre monde contemporain, les armes sont déployées dans le but d'une destruction maximum des personnes et de la création de mondes de mort, formes uniques et nouvelles d'existence sociale, dans lesquelles de nombreuses populations sont soumises à des conditions d'existence leur conférant le statut de morts-vivants » (2006, p. 63, souligné par l'auteur).
- 26 C'est ce second versant de la nécropolitique, celui de la création de ces mondes de « morts-vivants », qui nous intéresse dans cet article. Comme le souligne Norman Ajari : « ce qui distingue Mbembe d'autres théoriciens contemporains de la souveraineté et de la « biopolitique », c'est qu'il estime que ce pouvoir consiste en la production d'une indistinction entre la vie et la mort, et non pas seulement en une capacité à décider de la fin (ou même je rajouterai de la gestion) de la vie. » (2013, p. 26)
- 27 La notion de nécropolitique me semble particulièrement éclairante pour comprendre les effets de la politique migratoire européenne sur les sans-papiers, notamment séropositifs, expulsés ou maintenus sur le territoire dans une zone de non-droits. La lettre de Saïd utilise d'ailleurs ce terme de « mort-vivant », même s'il le fait dans un sens différent en appuyant plutôt l'idée de corps-malade. La nécropolitique signale que les corps-malades sont aussi devenus des corps sans-droits ; du moins que la maladie n'est plus l'élément pouvant conférer des droits. La politique de restriction d'accès au territoire, la politique d'expulsion et la politique de régularisation sont basées sur une violence dont on n'a pas assez souligné la profondeur et la portée, au-delà même des milliers de morts en Méditerranée. Tout d'abord, la figure des « sans-papiers » est une forme d'actualisation de celle des « indigènes », des non-sujets, qui non seulement ne sont pas citoyens mais ne peuvent avoir les mêmes droits en termes de logement, d'emploi ou même d'intégrité physique et psychique ; nous l'avons vu avec les femmes victimes de violences. Désormais, la biolégitimité ne fonctionne que si la mort est proche : la régularisation n'est possible, et cela est dit clairement, que si l'espérance de vie sans soins est de moins de trois mois. L'Europe peut à peine se

targuer de les « sauver » d'une mort certaine, renforçant ainsi l'indistinction entre vie et mort pour ces corps qui ne comptent pas. En outre, la nécropolitique n'est pas seulement la création de sans-droits, c'est aussi le lieu de production d'une subjectivation angoissante (angoisse perpétuelle de l'arrestation, de la misère, de l'isolement, de la maladie et de la mort). Le sentiment d'être « otage », « enfermé dehors » ou « sans-droit » participe aussi de cette indistinction entre la vie et la mort. Ticktin avait déjà souligné la violence de cet humanitarisme qui place la compassion au-dessus de la justice: « *Without political recognition, undocumented immigrants exist as a form of “living dead”, in a state that, in the immediacy and intensity of their struggle for survival, is indistinguishable from the threat of physical death.* » (Ticktin, 2006, p. 42)

- 28 En ce sens, la situation des sans-papiers en provenance du Maghreb n'a rien de spécifique par rapport aux autres migrants. Le seul élément à relever est que la forte stigmatisation et auto-stigmatisation liées au VIH complique l'entraide familiale et communautaire et que le diagnostic de séropositivité rend d'autant plus inconcevable la perspective d'un retour volontaire dans le pays d'origine. Il nous faut alors souligner que, contrairement à la vision majoritaire, les entraves à la mobilité ne sont pas seulement des barrages à l'entrée mais aussi à la sortie du territoire et à la circulation et que les flux (de personnes, de technologies et de médicaments) liés à la *global health* sont beaucoup plus complexes (Musso, 2017). Ainsi, la biopolitique en Belgique et plus largement en Europe, telle qu'elle se déploie aujourd'hui dans le champ du VIH/sida, ne peut même plus se prévaloir d'une éthique humanitaire, elle doit s'analyser à travers ses technologies de nécropouvoir, qui produisent à la fois un imaginaire constitué d'étrangers contaminateurs et profiteurs et des dispositifs médico-légaux qui créent ce monde de « morts-vivants », de sans-droits, contraints par l'immobilité, la précarité et l'angoisse perpétuelle.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- AJARI Norman, 2013, « De la montée en humanité », *Revue Ubuntu*, n° 1, p. 20-31.
- BENKHELIFA Selma, 2017, « Le retour de la double peine », *La Revue nouvelle*, n° 6. En ligne : <https://www.revuenouvelle.be/Le-retour-de-la-double-peine>
- CARLES Isabelle, 2018, « Les politiques de lutte contre les violences de genre en Belgique et les femmes migrantes : entre volonté de protection et contrôle migratoire », *Droit et société*, 2018/2 (N° 99), p. 323-339.
- DESGRÉES DU LOÛ Annabel et al, 2015, « Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013 », *Euro Surveillance*, vol. 20, n° 46.
- FASSIN Didier, 2000, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55<sup>e</sup> année, n° 5, p. 955-981.
- FASSIN Didier, 2001, « Une double peine », *L'Homme*, n° 160, p. 137-162.

- GENNOTTE Anne-Françoise, 2016, « Enquête sur l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des migrants en Europe : l'étude aMASE », Communication AFRAVIH 2016.
- GRIBALDO Alessandra, 2020, « L'intimité, la fiabilité et les paroles des femmes : quand les violences conjugales rencontrent les institutions », *Archivio antropologico mediterraneo*, n° 22/1. En ligne : <http://journals.openedition.org/aam/2883>
- IZAMBERT Caroline, 2014, « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La vie des idées*. En ligne : <https://laviedesidees.fr/Sida-et-immigration-quelles-luttes.html>
- MATHIEU Lilian, 2006, *La double peine. Histoire d'une lutte inachevée*, La Dispute, coll. « Pratiques politiques ».
- MBEMBE Achille, 2006, « Nécropolitique », *Raisons politiques*, vol. n° 21, n° 1, p. 29-60.
- MICHEL Laurent *et al.*, 2015, « Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern », *BMC Public Health*, n° 15, p. 1-12.
- MISTIAEN Patriek *et al.*, 2017, *Soins de santé dans les prisons belges*, KCE Reports 293B, Bruxelles.
- MUSSO Sandrine, 2016, « L'étranger malade : une cause devenue digne d'être défendue », *Plein droit*, vol. 4, n° 111, p. 44-48.
- MUSSO Sandrine, 2017, « Comment l'anthropologie de la santé éclaire certains enjeux des migrations », *Idées économiques et sociales*, n° 189, p. 20-27.
- ODASSO Laura, 2019, « Des « mariages noirs ». Les violences conjugales et le contrôle de la migration familiale en Belgique », *Recherches familiales*, vol. 1, n° 16, p. 87-101.
- PEZERIL Charlotte, 2016, « Le gouvernement des corps séropositifs : émergence de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », *Genre, sexualité et société*, n° 15. En ligne : <http://gss.revues.org/3763>
- PEZERIL Charlotte, 2017, *La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH chez Unia (2003-2014)*, Observatoire du sida et des sexualités, Université Saint-Louis – Bruxelles. En ligne: [www.observatoire-sidasexualites.be/rapport-serophobia-2017](http://www.observatoire-sidasexualites.be/rapport-serophobia-2017)
- TICKTIN Miriam, 2006, « Where ethics and politics meet: The violence of humanitarianism in France », *American Ethnologist*, vol. 33, n° 1, p. 33-49.
- VERTONGEN Youri Lou, 2015, « Sans-papiers : de la régularisation par le travail à la bio-légitimité », *Politique*, n° 89, p. 23-25.

## NOTES

1. . Au total, 18 entretiens semi-directifs ont été menés lors de cette enquête à Unia, principalement de 2014 à 2016 ; les entretiens ayant été proposés aux personnes ayant déposé un signalement pour discrimination liée au VIH (141 cas au total) et accepté d'être contactées (39 cas). Les entretiens visaient à comprendre l'évènement discriminatoire qui avait présidé à leur prise de contact avec Unia, le déroulement de la prise en charge (ou non) par Unia et enfin l'inscription plus générale de ce parcours institutionnel dans leur trajectoire individuelle.
2. . Je la remercie à nouveau pour cet entretien passionnant du 10/09/2020. Les propos tenus dans cet article sont toutefois de mon entière responsabilité.
3. . Tous les prénoms cités dans cet article sont des prénoms d'emprunt.

4. . Il est consultable en ligne : [http://www.liguedh.be/images/PDF/documentation/documents\\_thematiques/livre\\_blanc\\_9ter.pdf](http://www.liguedh.be/images/PDF/documentation/documents_thematiques/livre_blanc_9ter.pdf). Les chiffres de demandes de 9<sup>ter</sup> précédemment citées sont également issus de cette publication.
  5. . CEDH, *N. c. Royaume Uni*, n° 26565/05, 27 mai 2008, § 51.
  6. . CEDH, *S.J. c. Belgique*, n° 70055/10, 27 février 2014.
  7. . Personnes vivant avec le VIH.
  8. . À savoir : avoir un enfant commun ou cohabiter pendant au moins un an et de façon ininterrompue avant l'introduction de la demande ou encore fournir les preuves de contacts réguliers depuis au moins deux ans.
  9. . Voir les dossiers suivants : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/240-regroupement-familial-et-violence-conjugale-eviter-la-double-victimisation-des-femmes-migrantes> ; et <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-victimes-sans-droits.pdf>
  10. . Il n'y a pas eu d'entretien avec Saïd, nous nous basons uniquement sur les lettres reçues et le dossier ouvert par Unia.
  11. . CEDH, 2e Sect. 20 décembre 2011, *Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique*.
  12. . Tribunal de première instance francophone de Bruxelles, réf. 2015/CO/927, 10 février 2015 ; Cour d'appel de Bruxelles, réf. COR/557/2017, 10 mai 2017.
  13. . Au-delà du VIH (voir Pezeril, 2016), selon l'étude du KCE (Mistiaen, 2017), en 2015, sur l'ensemble de la population carcérale en Belgique, 44,4 % des détenus étaient de nationalité étrangère et 16,7 % ne disposaient pas d'un permis de séjour valable.
  14. . CEDH, *Makdoudi c. Belgique*, n° 12848/15, 18 février 2020.
  15. . RTBF.be, 15/09/2020, en ligne : [https://www.rtbf.be/info/belgique/detail\\_le-debat-des-visites-domiciliaires-fait-son-retour?id=10584812](https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_le-debat-des-visites-domiciliaires-fait-son-retour?id=10584812).
- 

## RÉSUMÉS

Cet article analyse les atteintes au principe de biolégimité, telle que définie par Didier Fassin en 2001, qui accorde le droit du sol aux personnes malades ne pouvant se faire soigner dans leur pays. À partir d'une enquête menée sur les plaintes pour discrimination liée au VIH reçues à Unia, le Centre interfédéral belge de lutte contre les discriminations, il s'intéresse à trois figures anthropologiques permettant de rendre compte de trajectoires emblématiques de sans-papiers originaires du Maghreb et vivant avec le VIH en Belgique. Les figures d'Ahmed, de Djamila et de Saïd renvoient à des trajectoires idéales-typiques, relevant d'enjeux de sexualité, de genre et de criminalisation, profondément modulées par les politiques migratoires, de régularisation, d'asile et d'expulsion. Dans la trajectoire d'Ahmed, le VIH se mêle aux enjeux de sexualité, dans la mesure où le diagnostic de séropositivité vient s'ajouter à une homosexualité difficilement vécue. Or les restrictions d'accès à la régularisation sur base de l'état de santé ne lui permettent plus d'être légal sur le territoire. La seconde figure, incarnée par Djamila, renvoie à l'histoire genrée du VIH car elle s'inscrit dans un parcours de dépendance à un homme et de violences sexuelles. Le VIH est alors le moindre de ses problèmes, noyé dans une accumulation de dénis de droits, surtout que le rapprochement familial nécessite des années de cohabitation. Enfin, dans la troisième figure, personnifiée par Saïd, le VIH s'inscrit dans une dimension criminelle, aggravant la double peine des étrangers enfermés pour des délits ou du simple fait d'avoir été arrêtés sans

papier, voire permettant une triple peine du fait de la récente pénalisation de la transmission et de l'exposition au risque de transmission du VIH. Ainsi, le durcissement des politiques migratoires européennes s'apparente aujourd'hui davantage à une nécropolitique qui crée des mondes de sans-droits et finalement de « morts-vivants » pour reprendre l'expression d'Achille Mbembe (2006).

This article aims to analyze the contemporary effectiveness of bio-legitimacy as defined by Fassin in 2001, which allows sick people to stay in Europe if they cannot be treated in their own country. Based on a survey studying HIV-related discrimination complaints received at Unia (Pezeril, 2017), the Belgian Centre for Equal Opportunities and the Fight against Discrimination, three anthropological figures are identified in order to stress the emblematic trajectories of undocumented migrants with HIV coming from the Maghreb to Belgium. The figures of Ahmed, Djamila and Saïd refer to ideal-typical trajectories, linked to the sexual, gendered and criminalized history of HIV, which are deeply shaped by migration policies, and by regularization, asylum and expulsion practices. Ahmed's story shows how the HIV diagnosis complicates an already difficult situation of homosexuality which is partly hidden. Restrictions on regularization based on health status will prevent him from being legally established in the country. The second figure, Djamila, refers to the gendered history of HIV insofar as it finds its root in a conflictual relation with a man and in sexual violence. In this case, HIV is felt as being the least of her problems. Rather, she is preoccupied by her legal situation, as she cannot claim the right to stay in Europe without returning with and cohabitating with this abusive man. Finally, in the case of Saïd, HIV is grasped through his criminal history. His situation is typical of the double punishment encountered by foreigners who are incarcerated for petty offences or for having been arrested without adequate administrative documents. We may even analyse his situation as a triple punishment since transmitting HIV or exposing oneself to the illness has recently been criminalized. Thus, the restriction of European migration policies today is akin to a necropolitics which creates a world of people with no rights. And ultimately, as Achille Mbembe's calls it (2006), a world of "living deads".

## INDEX

**Keywords :** Belgium, health, HIV, biopolitics, migration, discrimination

**Mots-clés :** Belgique, santé, VIH, biopolitique, migration, discriminations.

## AUTEUR

**CHARLOTTE PEZERIL**

Observatoire du sida et des sexualités, Université Libre de Bruxelles