

# Migrantes subsahariennes et VIH

## TRAJECTOIRES ET VULNÉRABILITÉS

Myriam Dieleman

Mai 2008

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique





# Migrant·es subsaharien·nes et VIH

## TRAJECTOIRES ET VULNÉRABILITÉS

**Myriam Dieleman**

Mai 2008

ÉDITEUR RESPONSABLE :  
V. Martens, Observatoire du Sida et des Sexualités,  
Bd. du Jardin Botanique 43, B-1000 Bruxelles

DÉPÔT LÉGAL : D/2008/10646/1

MISE EN PAGE :  
Nathalie da Costa Maya,  
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire,  
CDCS asbl.

POUR CITER CE DOCUMENT :  
Dieleman Myriam, Migrant/es subsaharien/nes et VIH. Trajectoires et vulnérabilités,  
Bruxelles, Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL), mai 2008.

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Lexique</b> .....	4
<b>Abréviations</b> .....	4
<b>Remerciements</b> .....	5
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>I<sup>ÈRE</sup> PARTIE : LA MALADIE DES AUTRES</b> .....	9
<b>Une analyse des vulnérabilités</b> .....	9
Le modèle d'analyse de Delor & Hubert .....	9
Les hypothèses relatives aux migrant/es séropositif/ves .....	10
<b>Épidémiologie du VIH/sida et groupes «ethnosexuels», une vulnérabilité statistique</b> .....	12
De l'Afrique subsaharienne à l'Union européenne .....	12
VIH/sida et im-migration en Belgique .....	14
<b>Statistiques ethniques, les vulnérabilités symbolique et culturelle en question</b> .....	19
Un débat français .....	19
Production et usage des données épidémiologiques .....	20
Les migrant/es comme groupe à risque .....	21
L'irréductible différence .....	24
<b>L'extra-territorialité d'une maladie-monde, la vulnérabilité migratoire</b> .....	26
Tensions dans la migration à l'ère du sida .....	26
Im-migration en Belgique .....	29
Contexte de la migration africaine .....	31
<b>Migrant/es séropositif/ves et droits sociaux, la vulnérabilité institutionnelle</b> .....	33
Situation sociale et accès aux soins des migrant/es en Europe .....	33
Titre de séjour et couverture sociale en Belgique .....	35
Migrant/es séropositif/ves et soins de santé .....	38
<b>II<sup>ÈME</sup> PARTIE : RÉCITS DE MIGRANT/ES AVEC LE VIH</b> .....	41
<b>Dispositif méthodologique</b> .....	41
<b>Résumé individuel des trajectoires</b> .....	44
<b>Vie au pays, VIH et migration</b> .....	47
Travail, famille, guerre .....	47
Transmission sociale et traitement médical en contexte de crise .....	48
<i>Modes et moments de la contamination</i> .....	48
<i>Terreur et déni, le stigmatisme de la maladie</i> .....	52
<i>De l'effroi de l'annonce aux difficultés de l'accès aux soins</i> .....	54
La «décision» de migrer .....	57
<i>Mobilité antérieure à la venue en Belgique</i> .....	57
<i>Des motifs multiples</i> .....	59
<i>Voyage et transit</i> .....	60

<b>Migrant/es séropositif/ves en Belgique</b> .....	63
Dispositifs de survie .....	63
<i>Trajectoires institutionnelles</i> .....	63
<i>Survéance du VIH en terre étrangère</i> .....	65
<i>Traitement du VIH et rapports avec le dispositif de santé</i> .....	67
<i>Transformations des connaissances, représentations et attitudes vis-à-vis du sida</i> .....	71
<i>Titre de séjour : rapports avec l'Office des étrangers</i> .....	74
<i>Aide médico-sociale, emploi et formation : rapports avec les CPAS</i> .....	75
<i>Exil et maladie : l'attente des papiers, l'incertitude du lendemain</i> .....	79
Communautés de vie .....	82
<i>Les liens gardés avec le pays d'origine et le retour improbable</i> .....	82
<i>Migrer en famille</i> .....	84
<i>Le couple, rêvé ou réel</i> .....	85
<i>Fréquenter la communauté africaine</i> .....	87
<i>Pratiques religieuses, églises et communauté des croyants</i> .....	88
<i>Les associations et la «communauté des migrant/es avec le VIH»</i> .....	90
 <b>CONCLUSION</b> .....	 91
 <b>Bibliographie</b> .....	 95
Ouvrages et articles .....	95
Sources .....	96

## INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Le VIH/sida dans le monde au 31 décembre 2005 .....	12
Tableau 2	Répartition des migrant/es internationaux/ales par continent .....	27
Tableau 3	Nombre de migrant/es internationaux/ales en Europe .....	27
Tableau 4	Origines des migrant/es en séjour irrégulier intercepté/es par la police en 2005 .....	30
Tableau 5	Répartition des migrant/es en séjour irrégulier en Belgique par région d'origine .....	30
Tableau 6	Types de recours des migrant/es en séjour irrégulier lors du dernier problème de santé .....	34
Tableau 7	Taux de prévalence au VIH des migrant/es en séjour irrégulier en Europe selon l'origine .....	39
Figure 1	Évolution du nombre de nouveaux diagnostics VIH+ en Belgique, 1985-2006 .....	15
Figure 2	Evolution de l'incidence du VIH chez les Belges et les «non Belges», 1985-2006 .....	16
Figure 3	Origines régionales des «non Belges» diagnostiqués VIH+, 2004-2006 .....	17
Figure 4	Nationalités des Africains diagnostiqués VIH+, 2004-2006 .....	17
Figure 5	Mode probable de transmission du VIH chez les «non Belges», 1985-2006 .....	18
Figure 6	Origines géographiques des migrant/es en séjour irrégulier en Europe .....	28
Figure 7	Temps de la migration et de la maladie dans les trajectoires .....	45

## LEXIQUE

### **Endémie**

Présence constante d'une maladie, à l'état manifeste ou latent, dans une région déterminée.

### **Épidémie**

Multipliation considérable du nombre de cas d'une maladie transmissible dans une région déterminée ou au sein d'une population donnée.

### **Pandémie**

Épidémie qui atteint un grand nombre de personnes dans une zone géographique étendue.

### **Incidence (taux d')**

(Proportion du) nombre de nouveaux cas de maladie apparus pendant une période de temps au sein d'une population.

### **Prévalence (taux de)**

(Proportion du) nombre total de cas de maladie (anciens et nouveaux) enregistrés au sein d'une population.

## ABRÉVIATIONS

AMU	aide médicale urgente
ARV	(traitement) antirétroviral
AS	assistant social
AS-C	assistant social d'un CPAS
AS-H	assistant social d'un Centre de Référence Sida (hôpital)
BM	Banque mondiale
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et apatrides
CIRE	certificat d'inscription au registre des étrangers («carte de séjour»)
CPAS	Centre public d'action sociale
FMI	Fonds monétaire international
ISSP	Institut scientifique de santé publique
OE	Office des étrangers
OQT	ordre de quitter le territoire
PAS	programme d'ajustement structurel
RDC	République démocratique du Congo

## REMERCIEMENTS

---

Cette étude n'aurait pas été possible sans le concours et le soutien de nombreuses personnes.

Tout d'abord, les migrant/es rencontré/es, dont le nom sera tu pour des raisons évidentes de confidentialité, ont eu la générosité de témoigner de leur parcours de vie. Par la confiance qu'ils/elles nous ont accordée, ce projet a non seulement été rendu possible, mais également crédité de leur parole.

Murielle Norro a abordé un terrain difficile et a su instaurer un climat de confiance avec les personnes rencontrées afin de recueillir des témoignages de vie riches, complexes et parfois douloureux. Myriam Dieleman a efficacement assuré la reprise du projet et a rapidement maîtrisé le matériau afin d'en réaliser une analyse pertinente.

Plusieurs organismes de santé et d'aide aux migrant/es ont partagé leur expertise, lors de rencontres individuelles et/ou à l'occasion d'une table ronde organisée à un stade intermédiaire du projet. Certains d'entre eux sont aussi intervenus pour faciliter la rencontre avec les protagonistes de cette recherche. À ce titre, le SIREAS, Sida/IST Charleroi Mons, Libiki, le Projet Matonge, Zorgwonen, le GAMS, Sigata, Lhiving, le Centre de Référence Sida de Liège et l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (HIV-SAM) sont particulièrement remerciés pour leur investissement.

En tant que membre du comité d'accompagnement de cette recherche, j'ai pu apprécier le soutien essentiel apporté par celui-ci. Maureen LOUHENAPESY (SIREAS), Ural MANCO (FUSL), Olivier SCHMITZ (FUSL), Luc VAN CAMPENHOUDT (FUSL), Maguelone VIGNES (Observatoire du Sida et des sexualités) et André SASSE (Institut scientifique de santé publique) ont garanti avec bienveillance la contradiction et ont partagé leurs ressources scientifiques et de terrain. Par le temps qu'ils ont consacré aux débats et relectures, ils ont assurément amélioré la qualité de ce travail.

**Vladimir Martens,**

Directeur de l'Observatoire du Sida et des sexualités



# INTRODUCTION

Après une période de recul amorcée en 1992, une recrudescence des nouvelles infections au VIH s'observe en Europe de l'Ouest depuis la fin des années 1990. Les statistiques épidémiologiques font réapparaître deux groupes de population vulnérables à la contamination et qui, dès les débuts de l'épidémie de sida, avaient été particulièrement touchés par la maladie et la mort, mais également stigmatisés en tant que groupes à risque. Les hommes européens ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les hommes et femmes «non européens», principalement originaires d'Afrique subsaharienne, représentent aujourd'hui les publics parmi lesquels la prévalence et l'incidence sont les plus élevées. Si ce phénomène n'est pas nouveau dans l'histoire du VIH/sida, la surreprésentation actuelle des «homo/bisexuels masculins» et des «migrant/es africain/es» nécessite toutefois d'être éclairée par une approche qualitative, compréhensive et critique, à même de mettre au jour les processus sociaux qui la sous-tendent.

Les migrant/es africain/es sont issu/es des régions les plus touchées par le VIH. En effet, deux tiers des personnes infectées vivent en Afrique subsaharienne dans des conditions qui entraînent une explosion de l'épidémie et, en même temps, une impossibilité à y faire face sur les plans tant préventif que curatif. Cette situation témoigne d'une inégalité criante en matière de santé à l'échelle planétaire. Plus généralement, le contexte de vie dans les «pays du Sud» génère la migration de ses habitants, que ce soit pour des motifs politiques, économiques ou médicaux ou bien souvent, les trois conjugués. Trouvant les moyens légaux ou informels de quitter leur pays, les migrant/es se rendent le plus souvent dans les anciennes métropoles. Cherchant à s'extraitre des effets des rapports d'exploitation entre «pays riches et pays pauvres», ils se confrontent en Europe à des rapports d'exclusion puisque leur situation sociale et économique continue de refléter les rapports de force matériels et de domination symbolique.

Alors qu'en France une série de publications portent sur les liens entre VIH/sida et migration, très peu de recherches en sciences sociales ont été réalisés sur ce sujet en Communauté française de Belgique. Depuis 2003, l'Observatoire du Sida et des Sexualités mène un projet relatif aux situations des migrant/es vivant avec le VIH en Belgique. Deux phases de recherche se sont succédées et au-delà de leurs dispositifs méthodologiques propres, il s'en dégage des lignes communes. Partageant l'hypothèse d'un *cumul de vulnérabilités* des «migrant/es malades», toutes deux pointent les limites de l'interprétation culturaliste des déterminants de la maladie et du soin. Soulevant la multidimensionnalité des variables en jeu, elles accordent cependant un primat aux facteurs socioéconomiques, laissant à penser que la problématique de la «santé immigrée» est largement tributaire de la «santé précaire». Enfin, attentives aux effets de récupération, ces recherches questionnent l'usage politique des catégories sociales et des concepts sociologiques – dont, et non des moindres, celui de «migration thérapeutique».

Dans un premier temps, l'Observatoire s'est attelé à décrire les *représentations institutionnelles* des liens entre VIH/sida et populations dites migrantes. À partir d'entretiens semi-directifs menés auprès d'intervenants des secteurs concernés<sup>[1]</sup>, l'analyse comparative a éclairé *les convergences et divergences* des actions et des stratégies mises en œuvre auprès de ce public. L'objectif était double : repérer des processus institutionnels producteurs de vulnérabilité et identifier les difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation des réponses. Trois enseignements principaux ont émergé de l'analyse :

[1] Associations de prévention du VIH destinées aux migrant/es, acteurs politiques, chercheurs, organismes d'aide sociale générale et structures d'accueil des étrangers.

- La complexité de la réponse à apporter à ces situations est redoublée par la segmentation des niveaux de compétences politiques et par le cloisonnement des secteurs d'intervention.
- Le souci éthique d'éviter les effets de stigmatisation des populations migrantes engendre une contradiction entre des discours qui les invisibilisent et des stratégies effectives de ciblage.
- La tension voire la contradiction entre politique de santé et politique d'immigration est particulièrement remarquable dans les difficultés d'accès effectif à la santé.

La restitution de ces premiers résultats lors d'une table ronde réunissant les acteurs du secteur IST/sida en février 2006 a permis de confronter et d'enrichir la recherche, révélant plusieurs points cruciaux de la problématique, dont :

- Les restrictions des migrant/es dans la pratique effective des droits sociaux et en particulier dans l'accès aux soins de santé, étant donné la complexité des démarches à effectuer et le manque d'information adéquate disponible.
- Les difficultés des professionnels à comprendre et appliquer la loi sur l'aide médicale urgente.
- La nécessité d'un éclairage sur les situations vécues par les migrant/es aux fins d'ajuster les stratégies d'action.
- La priorité à accorder au public originaire d'Afrique subsaharienne étant donné son importance épidémiologique, tout en ne sous-estimant pas a priori la problématique dans d'autres groupes de population.

Suivant les recommandations de cette table ronde, la deuxième phase du projet a poursuivi l'interrogation des processus producteurs de vulnérabilité, cette fois-ci non plus du point de vue des dispositifs mais sur la base de témoignages des protagonistes. Le présent rapport fait état du travail de contextualisation et d'analyse des trajectoires de migrant/es séropositif/ves originaires d'Afrique subsaharienne sous l'angle des vulnérabilités. La recherche vise à identifier les obstacles générés par la conjonction de la maladie et de la migration ainsi que les ressources mobilisées par les migrant/es africain/es vivant avec le VIH en Communauté française de Belgique sur base de leur situation objectivement et subjectivement vécue. À la question : «En quoi la trajectoire de migration rend vulnérable au VIH ?» s'articule une question miroir : «En quoi la trajectoire de maladie (VIH/sida) vulnérabilise la migration ?». Deux hypothèses forment le corps de la recherche, à savoir celle de «vulnérabilités spécifiques des migrant/es eu égard à leur contexte d'origine et à leur trajectoire de migrant/es malades» ainsi que celle de «l'intersectionnalité de ces vulnérabilités». Seront ainsi développées les vulnérabilités symbolique, culturelle, migratoire, institutionnelle et de genre résultant de la migration et de la maladie, ainsi que leurs croisements et superpositions multiples.

La première partie du rapport fera état d'une revue partielle de la littérature. Un modèle d'analyse des vulnérabilités y sera discuté, de même que des données épidémiologiques, démographiques et institutionnelles relatives à la santé et à la migration. La deuxième partie proposera les résultats d'une analyse de contenu de récits de vie menés auprès de migrant/es séropositif/ves.

La finalité de cette démarche de recherche est double, à la fois scientifique – dans une visée d'accumulation des savoirs – mais également sociale et politique en tant qu'elle peut constituer un appui aux stratégies de prévention et de soin destinées aux migrant/es. Ces deux dimensions sont indissociables et se façonnent mutuellement. Comment permettre aux migrant/es d'exercer un contrôle accru sur leur vulnérabilité au VIH ? Autrement dit, comment augmenter leur capacité à se prémunir du VIH et le cas échéant, à se soigner ? Plus concrètement, sur quelles dimensions est-il pertinent d'intervenir et par quelles portes d'entrée des dispositifs est-il possible d'agir sur la problématique ? Ainsi que l'écrivent François DELOR et Michel HUBERT, «si la vie sociale et les échanges qu'elle suscite ne peuvent échapper totalement à l'imprévu et au risque, l'inacceptable réside dans la répartition inégale de celui-ci, articulée à des vulnérabilités qu'il importe d'analyser avec rigueur pour les réduire»<sup>[2]</sup>.

[2] DELOR & HUBERT, 2003, p. 27.

## UNE ANALYSE DES VULNÉRABILITÉS

---

Le concept de vulnérabilité est fréquemment employé dans la littérature épidémiologique et sociologique relative au VIH/sida. Toutefois, son champ sémantique recouvre plusieurs dimensions. En langage courant, la vulnérabilité renvoie à la blessure (*vulnus* en latin), que celle-ci soit un mal physique porté au corps (coups, douleur, maladie) ou par extension, une fragilité, une faiblesse, une sensibilité qui laisse la personne démunie des moyens de se défendre (l'attaque morale).

Au-delà du sens commun, l'épidémiologie détermine, quant à elle, une vulnérabilité au VIH statistiquement objectivée en termes d'incidence et de prévalence. La notion se rapporte à des «groupes à risque», dont les membres sont probablement plus soumis au risque d'être infectés étant donné leurs pratiques en contexte de prévalence forte. La vulnérabilité reflète alors «l'incapacité d'un individu (ou d'une communauté) à contrôler son risque d'infection. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes et le déplacement de personnes du fait d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle constituent des exemples de facteurs socioéconomiques susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes à l'infection à VIH»<sup>[3]</sup>.

À contre-courant d'une approche sécuritaire visant à l'éradication du risque, les sciences sociales ont complexifié l'approche en termes de vulnérabilités, en incluant les dimensions subjective, interactionnelle et contextuelle, ainsi que les dynamiques processuelles.

### LE MODÈLE D'ANALYSE DE DELOR & HUBERT

Au départ d'une étude compréhensive menée auprès d'individus séropositifs au sujet de leurs trajectoires, les sociologues François DELOR et Michel HUBERT<sup>[4]</sup> ont développé un outil d'analyse de la vulnérabilité. Constatant que deux individus plongés dans les mêmes situations ne prennent pas les mêmes risques et qu'un même individu n'est pas également vulnérable au long de sa trajectoire, s'intéressant précisément aux écarts intra- et interindividuels, la vulnérabilité, loin d'être un concept isolé de son contexte, renvoie chez ces co-auteurs à des «situations sociales de vulnérabilité». Pour eux, «il ne s'agit donc pas d'analyser la vulnérabilité "en elle-même", mais bien de mettre en lumière les processus qui permettent de mieux comprendre comment il se fait que certains individus ou certains groupes sont, à certains moments, plus vulnérables que d'autres»<sup>[5]</sup>.

Dans leur matrice d'analyse, la vulnérabilité se manifeste et s'observe à trois moments privilégiés.

- L'exposition ou «le risque d'être exposé», constitue l'amont de l'événement et rend compte des facteurs qui augmentent la probabilité d'infection au VIH.
- La capacité renvoie au «risque de ne pas disposer des ressources nécessaires pour faire face à ces situations» ainsi qu'à l'(im-)possibilité relative de les mobiliser.

[3] ONUSIDA, Rapport 2006, Chap. V, p. 117.

[4] DELOR & HUBERT, 2003.

[5] DELOR & HUBERT, 2003, p. 17.

- La potentialité rend compte de l'aval de l'événement, soit du «risque de subir des conséquences graves suite à ces situations de crise».

Outre ces temps, le processus de vulnérabilisation peut être analysé à trois niveaux d'intelligibilité.

- Le niveau des trajectoires psychosociales interroge la vulnérabilité individuelle (notamment visible dans la relation à soi, aux autres et au monde social), compte tenu que la position dans la trajectoire (âge, style de vie, position sociale, type de sexualité) influence les prises de risque ainsi que les moyens d'y faire face.
- Le niveau des interactions sociales rend compte de la vulnérabilité relationnelle en adressant les prises de risque résultant de la rencontre entre au moins deux individus à un moment de leurs trajectoires respectives et au sein d'un système de relations (capacité de négociation des protagonistes, types de rapports).
- Le niveau du contexte social entend percevoir les effets du milieu (mondes sociaux) et de la société globale (comportements il/licites, injonctions normatives, niveau de technicité, rapports de force et de domination).

En résumé, une situation sociale de vulnérabilité (au VIH) pourrait être définie comme la rencontre plus ou moins hasardeuse entre au moins deux individus (niveau interactionnel), porteurs de fragilités propres (niveau des trajectoires), au sein d'une situation déterminée (niveau contextuel). Ces trois niveaux doivent être agencés aux fins de parvenir à une compréhension complexe et subtile du processus de vulnérabilisation. Enfin, tout en soulignant le primat du contexte social dans l'analyse sociologique des vulnérabilités, DELOR et HUBERT s'efforcent plus particulièrement de cerner le «processus de structuration identitaire», défini comme l'effort, le «labeur permanent et incessant» du sujet pour «obtenir, maintenir, développer ou protéger (son) espace vital d'inscription et de reconnaissance sociale». Dans cette perspective, la vulnérabilité renvoie dès lors à des «circonstances au cours desquelles cet exercice vital est plus particulièrement pénible, difficile ou périlleux»<sup>[6]</sup>.

## LES HYPOTHÈSES RELATIVES AUX MIGRANT/ES SÉROPOSITIF/ES

Quant aux vulnérabilités des migrant/es vivant avec le VIH, deux hypothèses ont été posées dans cette recherche, celle de *vulnérabilités spécifiques* à la situation de «migrant/e malade» et celle de *l'intersectionnalité de ces vulnérabilités*.

Étant donné la trajectoire migratoire, les trois moments de la vulnérabilité au VIH (exposition, capacité et potentialité) doivent être agencés avec les espaces-temps de la migration. En effet, puisque la plupart des migrant/es rencontrés/es déclarent avoir été infecté/es dans leur pays d'origine, tant l'exposition que la capacité doivent être analysées en égard à ce contexte particulier. La potentialité quant à elle, peut être étudiée tant là-bas qu'ici. À leur arrivée et tout au long de leur «intégration»<sup>[7]</sup> en Belgique, la vulnérabilité des migrant/es n'est ainsi plus tant relative à la probabilité de (ne pas) être infecté par le VIH qu'aux conditions de vie avec le VIH, soit globalement à l'accès aux droits sociaux, économiques et sanitaires<sup>[8]</sup>. De l'analyse de la potentialité en Belgique se dégagent des vulnérabilités spécifiques, en tant qu'elles résultent de l'appartenance objective et subjective au groupe de migrant/es séropositif/ves. Leur particularité découle ainsi de la conjonction entre trajectoire migratoire et trajectoire de maladie. Ce que l'on pourrait nommer la «condition de migrant/e malade» correspond dès lors à une situation sociale de vulnérabilité issue de la conjugaison de la séropositivité et la migration.

Sur base d'une revue partielle de la littérature ainsi que de l'analyse du matériau empirique, nous avons dégagé et distingué plusieurs vulnérabilités découlant de l'articulation entre maladie et migration.

[6] DELOR & HUBERT, 2003, p. 9.

[7] Le terme «intégration» est utilisé en creux, faute d'un autre moins chargé d'enjeux qui puisse exprimer les modalités d'inscription sociale, économique, politique et culturelle des migrant/es au cours du temps.

[8] Cette hypothèse a été formulée sur base d'un échantillon qualitatif de migrant/es déclarant avoir probablement été infecté/es en Afrique. Il faut donc souligner que parmi les «communautés de migrant/es, d'immigré/es et de leurs descendant/es», les questions relatives à l'exposition et à la capacité en Belgique doivent encore être posées.

- La *vulnérabilité symbolique* renvoie à la stigmatisation des migrant/es en tant qu'altérité dangereuse dont le groupe devrait se prémunir, source d'une disqualification de l'étranger dans divers domaines de la vie sociale. Conjuguée à cette altérité, la maladie viendrait en quelque sorte la dédoubler, le corps malade du migrant/e appelant à d'autant plus de mesures de protection du corps social.
- La *vulnérabilité culturelle* tente de rendre compte des pratiques et des attitudes différentes des migrant/es en matière de santé ou de sexualité en raison de leur origine culturelle différente. Des auteurs ont envisagé de manière critique cette notion en inversant la perspective : ils posent la question de la culturalisation du traitement politique, social et médical réservé aux «migrant/es malades», ces autrui exotiques ou produits comme tels depuis l'ère coloniale
- La *vulnérabilité institutionnelle* fait état de l'accès restreint des migrant/es aux droits sociaux et économiques en raison de leur statut de séjour dans un contexte de gestion répressive du phénomène migratoire. Ces inégalités de traitement se manifestent notamment dans l'exercice du droit à la santé, garanti en théorie mais insuffisamment accessible en pratique, étant donné les limites des dispositifs ainsi que la précarité des conditions de vie.
- La *vulnérabilité migratoire* renvoie à l'ensemble des difficultés rencontrées dans le pays d'origine, au cours du voyage et tout au long du parcours dans le pays d'arrivée. En particulier, la souffrance de l'exil en tant que perte du «contexte conteneur qui donnait sens au niveau des relations sociales et au niveau du corps»<sup>[9]</sup> se conjugue à l'incertitude du lendemain, que ce soit par la force de l'expulsion ou par le décours final de la maladie.
- La *vulnérabilité de genre* renvoie, sur les plans culturel et matériel, à la domination masculine et à ses corollaires pour les femmes, ainsi qu'à la construction sociale des hommes et des femmes qui explique certaines différences dans les modes d'agir et de percevoir entre ces deux groupes. L'analyse de genre sera employée dès que l'introduction du critère sexospécifique éclairera la matière.

Par ailleurs, une situation sociale de vulnérabilité résulte au plan contextuel, et s'incarne sur les plans individuel et interactionnel, dans des rapports de force matériels et de domination symbolique entre groupes sociaux. Ces tensions s'exercent sur des nœuds que sont globalement la «classe», la «race» (au sens anglo-saxon, soit l'ethnicité dans le monde francophone), le «genre» et le «sexe» (au sens des pratiques et des identités sexuelles). Ces marqueurs de hiérarchie sociale, indicateurs d'inégalités et d'exclusions, sont en *intersection*, au sens où ils se renforcent mutuellement. Plutôt que les additionner statiquement comme s'ils existaient indépendamment les uns des autres (l'hypothèse du *cumul* des vulnérabilités), nous tenterons de les penser en co-occurrence, soit d'étudier l'effet de leur multiplication.

L'analyse intersectionnelle<sup>[10]</sup> «tient compte des multiples rapports inégalitaires entre majoritaires et minoritaires, et les met en lien les uns avec les autres. Autrement dit, elle s'interroge sur les mécanismes d'articulation des différentes logiques de domination qui s'opèrent à partir des construits sociaux tels le genre, l'ethnicité, la race, etc.»<sup>[11]</sup>. La perspective intersectionnelle réfute l'idée de l'universalité (p. ex. de l'expérience de femme ou de l'expérience de la violence), mais plutôt, «s'attarde sur les variations dans l'espace et dans le temps de cette domination et sur les mécanismes de multiplication pour certaines catégories qui accumulent les minorisations multiples». *In fine*, la visée centrale est celle de la construction d'une «matrice de la domination» où l'ensemble des rapports et systèmes de domination seraient agencés.

L'intersectionnalité peut ainsi constituer un outil d'analyse efficace pour examiner les logiques sociales à l'œuvre dans le traitement réservé aux membres des groupes «racisés». En ce qui concerne les «migrant/es malades», nous tenterons d'articuler les vulnérabilités spécifiques citées plus haut. Cet agencement ferait ainsi voir le rapport de domination qui a agité l'histoire coloniale et qui agite encore l'histoire migratoire, sur les plans tant culturel que symbolique, mais aussi de classe et de genre.

[9] DOUVILLE & BLODIN-DIOP, 2001.

[10] L'intersectionnalité est un concept et une approche dits postcoloniaux développés par les «féministes minoritaires, à commencer par les Black féministes des États-Unis des années 1970, qui se sont trouvées marginalisées tant dans le mouvement anti-raciste que dans le féminisme mainstream. Face à leur effacement des agendas antiraciste et féministe qui luttent soit contre la suprématie blanche, soit contre le patriarcat, ces femmes ont développé le concept d'intersectionnalité pour faire sortir de l'invisibilité leurs réalités où le racisme, le sexisme et le classisme, pour ne nommer que ceux-là, se chevauchent et interagissent» (BLIGE, 2005).

[11] BLIGE, 2005.

# ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH/SIDA ET GROUPES «ETHNOSEXUELS», UNE VULNÉRABILITÉ STATISTIQUE

Depuis les premiers cas diagnostiqués dans les années 1980, l'ampleur de la maladie a fait parler d'une épidémie, puis d'une pandémie avec près de 65 millions de personnes infectées par le VIH et quelque 25 millions de décès. Après avoir atteint un point culminant à la fin des années 1990, le taux d'incidence du VIH s'est relativement stabilisé depuis les années 2000, toutefois différemment selon les régions du monde.

## DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE À L'UNION EUROPÉENNE<sup>[12]</sup>

En 2005, avec près de 4 millions de nouveaux diagnostics d'infection et 3 millions de décès imputables au sida, environ 40 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 90 % d'adultes, parmi lesquels 30 à 40 % de femmes. Le virus serait devenu la principale cause des décès prématurés en Afrique subsaharienne et la quatrième cause de décès dans le monde<sup>[13]</sup>. L'épidémie n'est toutefois pas uniforme, puisque de fortes disparités régionales s'observent dans la prévalence et l'incidence du VIH, quant aux modes de transmission prédominants ainsi que dans la «riposte» au VIH.

L'ONUSIDA parvient cependant à identifier quatre grands groupes vulnérables à travers le monde : les professionnel·les du sexe, les homo/bisexuels masculins, les consommateurs de drogue par injection et les détenus. L'organisme précise par ailleurs que «bien d'autres groupes de population sont aussi vulnérables au VIH (les femmes et les filles, les jeunes, les personnes vivant dans la pauvreté, les travailleurs migrants, les personnes vivant dans des zones affectées par des conflits ou sortant de conflits, les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays)»<sup>[14]</sup>.

[12] Sources principales : ONUSIDA, Rapport 2006 et (pour l'UE) Eurosurveillance, Rapport 2006.

[13] ONU, Objectifs du millénaire pour le développement.

[14] ONUSIDA, Rapport 2006, Chap.V.

Tableau 1

### Le VIH/sida dans le monde au 31 décembre 2005

Source : ONUSIDA, Rapport 2006

Région	N adultes et enfants vivant avec le VIH	% Monde	Prévalence dans la population adulte	% Femmes parmi adultes	N décès adultes et enfants imputables au SIDA
Afrique subsaharienne	24,5 m	63,5 %	6,1 %	59 %	2 m
Asie	8,3 m	21,5 %	0,4 %	29 %	600.000
Amérique latine	1,6 m	4,1 %	0,5 %	30 %	59.000
Europe Or. & Asie centr.	1,5m	3,9 %	0,8 %	28 %	53.000
Amérique du Nord	1,3 m	3,4 %	0,8 %	26 %	18.000
Europe occid. & centr.	720.000	2,9 %	0,3 %	28 %	12.000
Moyen Or. & Afrique Nord	440.000	1,8 %	0,2 %	47,5 %	37.000
Caraïbes	330.000	1,3 %	1,6 %	51 %	27.000
Océanie	78.000	0,3 %	0,3 %	55 %	3400
<b>TOTAL</b>	<b>38,6 m</b>	<b>100 %</b>	<b>1 %</b>	<b>39 %</b>	<b>2,8 m</b>

> m : million

> Adultes : + 15 ans

> Les marges d'estimation ont été supprimées pour une meilleure lisibilité

Le continent africain, et particulièrement la région subsaharienne, est le plus touché par le VIH, non seulement en valeur absolue, mais également en valeur relative. En effet, avec près de 25 millions de personnes vivant avec le VIH et 2 millions de décès imputables au sida en 2005, celui-ci concentre deux tiers du nombre de personnes contaminées et près de trois quarts du nombre total de décès dans le monde. Le taux de prévalence y est le plus élevé. En outre, «dans le monde, trois quarts de l'ensemble des femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne»<sup>[15]</sup>. Dans l'ensemble, l'épidémie s'est toutefois différemment stabilisée selon les sous-régions. Elle serait la plus sévère en Afrique australe (5,5 millions de personnes vivant avec le VIH, prévalence de 18 % en Afrique du Sud, Lesotho et Swaziland). Dans la région des Grands Lacs, et plus précisément en République Démocratique du Congo, au Rwanda et au Burundi, l'ONUSIDA estime que la prévalence est légèrement supérieure à 3 %.

Les femmes et les populations urbaines sont les plus infectées en Afrique. Les principaux modes de transmission du VIH sont les rapports hétérosexuels et la contamination périnatale. En matière de pratiques sexuelles à risque, l'ONUSIDA observe néanmoins, dans huit pays étudiés, une baisse du pourcentage de jeunes ayant des rapports sexuels avant 15 ans et une hausse du recours au préservatif, deux normes de comportement promues par cet organisme international, le troisième consistant en la diminution du nombre de partenaires (contacts) sexuels au cours de la vie. Pour ce qui a trait aux politiques et programmes de prévention, l'ONUSIDA souligne l'approche trop généraliste et donc l'inadéquation vis-à-vis des publics vulnérables, à savoir les jeunes, les femmes, les professionnelles du sexe et les femmes enceintes et nourrissons.

Enfin, en ce qui concerne l'accès aux traitements antirétroviraux, 810.000 personnes seraient soignées, soit 17 % des personnes qui requièrent des soins appropriés (au total, près de 5 millions). Les progrès sont en outre inégaux puisque la couverture atteint ou dépasse 50 % dans trois pays (le Botswana, la Namibie et l'Ouganda) et reste inférieure à 20 % dans le reste de l'Afrique subsaharienne. Le coût, l'inaccessibilité et l'indisponibilité des traitements en sont les principales raisons. Le développement récent des médicaments génériques avait permis de diminuer le prix des thérapies. Toutefois leur diffusion est actuellement compromise par le système de réglementation des brevets, au bénéfice des grandes compagnies pharmaceutiques.

Dans l'Union européenne<sup>[16]</sup>, malgré les difficultés à collecter et à produire des données quantitatives suffisamment fiables (Eurosurveillance estime que 30 % des infections au VIH ne sont pas diagnostiquées dans l'Union européenne) et outre les disparités locales dans l'évolution de l'épidémie<sup>[17]</sup>, quelques tendances fortes sont visibles quant aux publics vulnérables et aux modes de transmission. Selon le rapport Eurosurveillance 2006, parmi les 23.620 nouveaux diagnostics posés au cours de l'année 2005, deux tiers (65 %) concernent des hommes. Un tiers (34 %) des contaminations est déclaré par voie homosexuelle, l'infection parmi les consommateurs de drogue injectable reste minoritaire (10 %), et le mode dominant de transmission du virus est hétérosexuel (55 %).

Près de la moitié (46 %) des nouveaux diagnostics concernant la contamination hétérosexuelle a été posée parmi des migrant/es, essentiellement originaires d'Afrique subsaharienne où ils auraient vraisemblablement été contaminés. Donc, sans connaître la part de migrant/es dans les infections par voie homosexuelle et sanguine, on peut toutefois avancer qu'ils comptent pour au moins un quart des nouveaux diagnostics VIH+ dans l'UE. Etant donné le lieu de leur contamination, cela signifie également que les nouvelles infections contractées au sein de l'UE concernent surtout des hommes européens ayant des rapports sexuels avec des hommes.

En somme, l'articulation des catégories épidémiologiques «mode de contamination» (essentiellement les pratiques sexuelles) et «nationalité/origine» fait nettement apparaître deux groupes «ethnosexuels» vulnérables au VIH. Pour chacun d'eux, ou le critère de l'origine ethnique ou le critère des pratiques sexuelles apparaît en mode majeur de leur catégorisation puisqu'il s'agit des (im-)migrant/es et/ou groupes ethniques minoritaires (hétérosexuels) et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ressortissants européens). En outre, l'enquête ANRS Retard réalisée en France a montré que

[15] ONUSIDA, Rapport 2006.

[16] Les rapports 2006 rendent compte de l'année 2005 alors que la Roumanie et la Bulgarie n'étaient pas encore membres de l'UE.

[17] En 2005, l'Estonie et le Portugal présentaient les taux d'incidence les plus élevés (467/million et 251,1/million), à l'inverse de la République tchèque et de la Slovaquie (8,8/million et 3,9/million). Sur les 25 pays membres de l'UE, la Belgique apparaissait avec le 6<sup>e</sup> taux d'incidence le plus élevé (102,3/million) (Eurosurveillance, Rapport 2006). Précisons qu'il n'est pas exclu que ces écarts résultent au moins en partie de différences dans les systèmes de surveillance.

de la combinaison supplémentaire avec les catégories «sexe» et «âge» se dégageait une population particulière, à savoir les jeunes femmes migrantes africaines hétérosexuelles<sup>[18]</sup>.

Le lien entre sida et (im-)migration dans la zone Europe est relativement immédiat dans les rapports de l'ONUSIDA et d'Eurosurveillance. En effet, il y est fait mention qu'une «proportion importante (des nouveaux) diagnostics survient parmi des personnes originaires de pays subissant des épidémies de VIH aigües, d'Afrique subsaharienne tout particulièrement» et que plus précisément, «(au Royaume-Uni), en Allemagne, en Belgique, au Danemark, en France et en Suède, au moins un tiers des infections à VIH attribuables à un rapport hétérosexuel ont été contractées à l'étranger, la plupart du temps en Afrique subsaharienne»<sup>[19]</sup>. Cependant, aucune donnée précise n'est fournie sur les catégories employées dans le recueil de données relatives aux étrangers : s'agit-il des non nationaux, des non résidents ou des personnes nées à l'étranger ?

Dans les deux rapports également, il est souligné que «de nombreux immigrants et migrants vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et une grande partie de ces personnes sont des femmes, ce qui souligne la nécessité de mettre en place des services de terrain pour accroître la prévention du VIH, aussi bien que de services de diagnostic, de traitement et de prise en charge»<sup>[20]</sup>. Le rapport Eurosurveillance insiste sur la spécificité des services à fournir aux «communautés immigrantes», c'est-à-dire sur l'adéquation de la prévention à leurs besoins, mais également sur les précautions à prendre en matière de communication en santé publique afin de ne pas aggraver la stigmatisation déjà encourue par les «migrant/es malades».

Enfin, en ce qui concerne l'accès aux traitements en Europe occidentale, l'ONUSIDA estime que celui-ci est «généralisé» et aucun chiffre précis n'est d'ailleurs présenté, au contraire des autres régions du monde. Il n'est donc pas fait mention des catégories de population qui bénéficient en théorie d'un accès aux soins de santé, mais qui en pratique n'exercent pas toujours ce droit, en particulier les migrant/es en séjour précaire ou irrégulier. Le rapport Eurosurveillance souligne plutôt l'impact des progrès thérapeutiques sur l'amélioration de l'espérance de vie, tout en émettant l'hypothèse que ceux-ci auraient participé d'une banalisation de la maladie et d'un relâchement des comportements préventifs, plus particulièrement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et vivant en milieu urbain. Enfin, Eurosurveillance s'inquiète du fait que des personnes non dépistées ne soient pas traitées et transmettent le VIH sans le savoir, d'où la nécessité d'augmenter le taux de dépistage des publics cibles.

## VIH/SIDA ET IM-MIGRATION EN BELGIQUE<sup>[21]</sup>

Dès 1984-1985, la Belgique a élaboré un dispositif de surveillance épidémiologique. Malgré une marge d'incertitude générale de 30 % (estimation de la proportion de cas de séropositivité non diagnostiqués), en moyenne 2 à 3 nouveaux diagnostics de séropositivité sont enregistrés quotidiennement depuis 1986. Compte tenu des doubles enregistrements possibles, au 31 décembre 2006 le total cumulé des diagnostics positifs se situait dans une fourchette allant de 18.978 à 20.106 cas. Parmi ceux-ci, 3647 cas de sida ont été notifiés et au 31 décembre 2006, 1627 malades étaient encore en vie. Alors que l'incidence du VIH diminue régulièrement depuis 1992, l'année 1997 marque un point d'inflexion dans l'évolution de l'épidémie avec une recrudescence du nombre de nouveaux cas d'infection (+ 45 % entre 1997 et 2006). Depuis 2003, l'Institut scientifique de santé publique (ISSP) observe une relative stabilisation de l'incidence autour de 1000 nouveaux diagnostics par an.

[18] CALVEZ, FIERRO, LAPORTE & SEMAILLE, 2006.

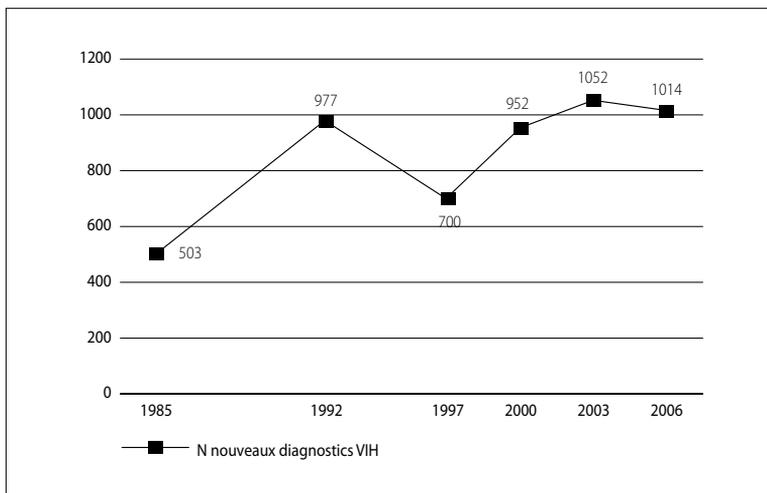
[19] ONUSIDA, Rapport 2006, «L'épidémie de sida dans le monde», pp. 52-53.

[20] ONUSIDA, Rapport 2006, «L'épidémie de sida dans le monde», p. 53.

[21] Source : Rapports de l'ISSP au 31 décembre 2005 et au 31 décembre 2006. Les pourcentages ont été arrondis à l'unité (supérieure à partir de 0.6 ; inférieure à partir de 0.4) pour une meilleure lisibilité.

Figure 1  
**Évolution du nombre de nouveaux diagnostics VIH+ en Belgique, 1985-2006**

Source : ISSP, Situation au 31 décembre 2006



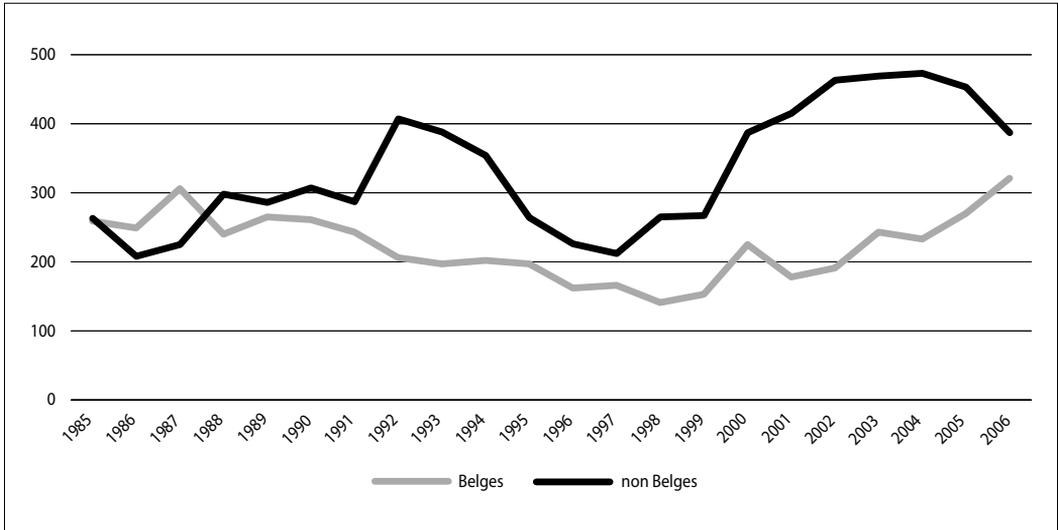
Par ailleurs, concernant les cas de sida, l'apparition des antirétroviraux en 1996-1997 a fait chuter le nombre de nouveaux diagnostics. Toutefois depuis 1998, ce chiffre ne diminue plus, notamment en raison du fait que de nombreuses personnes découvrent leur séropositivité au stade sida (23 % en 1995-1996 ; 40 % en 2004-2005).

Il n'apparaît pas pertinent d'exposer plus avant les caractéristiques globales de l'épidémie de VIH en Belgique car au moins deux épidémies y ont cours parallèlement et nécessitent d'être décrites spécifiquement. En effet, les groupes de population distingués pour la zone européenne apparaissent également en Belgique : des hommes belges ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des hommes et des femmes non belges, principalement originaires d'Afrique subsaharienne, et majoritairement contaminés par voie hétérosexuelle en dehors de la Belgique et de l'UE. C'est la situation des seconds qui sera la plus développée ici.

Malgré une marge d'incertitude de près de 30 % puisque la nationalité n'est connue que pour 74 % des personnes diagnostiquées VIH+ depuis le début de la surveillance épidémiologique, le ratio Belges / «non Belges» a sensiblement varié au cours du temps. Alors qu'en 1985, l'ISSP comptait presque autant d'individus des deux groupes, en 1992 puis en 2002, le nombre de «non Belges» était largement supérieur. Aujourd'hui, ce ratio approche de nouveau de l'unité. Entre 1985 et 1992, le nombre de nouveaux cas de séropositivité parmi les «non Belges» a régulièrement augmenté. Cette progression a été suivie d'une diminution jusqu'en 1997. Ensuite, ce nombre a connu une augmentation significative en 1999-2000 et s'est stabilisé depuis 2002. La recrudescence récente de l'épidémie est par ailleurs également observée chez les Belges et depuis 2002, elle se manifeste surtout parmi les «homo/bisexuels masculins».

Figure 2  
**Évolution de l'incidence du VIH chez les Belges et les «non Belges», 1985-2006**

Source : ISSP, Situation au 31 décembre 2006



Depuis 2000, les personnes de nationalité belge constituent 40 % des nouveaux diagnostics VIH+ et le mode probable de transmission est connu pour 95 % d'entre elles. Les hommes sont cinq fois plus nombreux que les femmes, et chez eux, l'infection par voie homo/bisexuelle est prédominante (déclarée dans 65 % à 75 % des cas). Chez les femmes, la transmission par voie hétérosexuelle est largement dominante (87 % à 94 %). Enfin, la transmission par injection de drogue compte approximativement pour 3 % chez les hommes et 7 % chez les femmes. Entre 2000 et 2006, 30 % à 40 % des Belges étaient diagnostiqués séropositifs moins de trois mois avant que le diagnostic de sida soit posé, soit tardivement dans le décours de la maladie, phénomène plus manifeste par ordre décroissant chez les homo/bisexuels, les hétérosexuels et les usagers de drogue par injection.

Parmi les 60 % de «non Belges»<sup>[22]</sup>, le ratio hommes/femmes est proche de l'unité (0,6). Chez les hommes, le groupe d'âge des 20-24 ans est le plus représenté (20 %), tandis que chez les femmes ce sont les 25-29 ans (23 %). En matière de résidence<sup>[23]</sup>, plus de 40 % des patients séropositifs «non belges» résident à Bruxelles, plus de 30 % en Flandre et plus de 25 % en Wallonie. Toutefois, parmi les malades du sida de nationalité étrangère en 2006, 63 % résident à Bruxelles, 19 % en Flandre et 18 % en Wallonie. Bruxelles et la Flandre sont également les régions où la contamination par voie homo/bisexuelle est la plus souvent déclarée. Il serait peut-être judicieux de chercher à interpréter la concentration bruxelloise des «non Belges» malades du sida. Il pourrait notamment s'agir d'une mobilité interrégionale des patients (p. ex. pour l'accès aux soins) ou d'un regroupement des migrant/es récemment arrivé/es en Belgique au stade sida.

Enfin, pour ce qui a trait à la précocité du diagnostic<sup>[24]</sup>, l'évolution pour l'ensemble des personnes diagnostiquées en Belgique est relativement stable depuis 1992 et ne présente pas de différence sensible selon les modes de transmission.

Malgré leurs quelques caractéristiques démographiques générales précédemment décrites, les «non Belges» ne forment une catégorie ni homogène sur le plan épidémiologique, ni significative sur le plan sociologique, non seulement en raison de leurs origines continentales et nationales diverses, mais encore eu égard aux variations dans les modes de contamination, et enfin, du fait de leurs trajectoires migratoires et de

[22] Les données sont plus précisément relatives aux 1395 «non Belges» diagnostiqués au VIH entre 2004 et 2006.

[23] La résidence est connue pour 83 % des «non Belges» diagnostiqués en 2006.

[24] La précocité est mesurée par le taux de lymphocytes T4 dans le sang (connu pour près de 40 % des diagnostics depuis 1992). «Ce taux peut être considéré comme un marqueur biologique du stade de l'infection, étant d'autant plus faible que l'infection est avancée. Il est généralement situé aux environs de 1000 T4/mm<sup>3</sup> chez les personnes en bonne santé, et inférieur à 200 T4/mm<sup>3</sup> chez les personnes infectées par le VIH lors du passage au stade SIDA» (ISSP, Situation au 31 décembre 2006, p. 19).

leurs positions dans la structure sociale. Il faudrait donc également pouvoir distinguer «les» épidémies de VIH parmi les «non Belges».

- Lors du diagnostic de sida en 2006, plus de la moitié des «non Belges» résidaient<sup>[25]</sup> depuis moins de 5 ans en Belgique (lire : «contaminés à l'étranger») et près d'un tiers depuis plus de 5 ans. Sur cette base, il devient possible d'esquisser une première répartition de profils de «non Belges», renvoyant à deux populations distinctes : les «migrant/es» arrivé/es il y a peu sur le territoire belge et qui n'ont probablement pas été infectés en Belgique et les «immigré/es» installé/es en Belgique depuis au moins cinq ans. Les premiers seraient manifestement plus nombreux que les seconds, quoique le taux élevé de résidence inconnue des «non Belges» (20 %) ne permette pas de consolider cette hypothèse.
- En matière d'origines, près des trois quarts (73,5 %) des «non Belges» diagnostiqués au VIH entre 2004 et 2006, sont originaires d'Afrique subsaharienne, 15 % sont Européens, 2 % sont originaires d'Afrique du Nord et 9 % d'Asie et d'Amérique<sup>[26]</sup>. La nationalité est connue pour 97 % des «non Belges» et parmi les 990 Africains subsahariens diagnostiqués au VIH entre 2004 et 2006, les ressortissants congolais comptaient pour près d'un quart (24 %), suivis des Camerounais (17 %) et des Rwandais (15 %).

Figure 3  
**Origines régionales des «non Belges» diagnostiqués VIH+, 2004-2006**

Source : ISSP, Situation au 31 décembre 2006

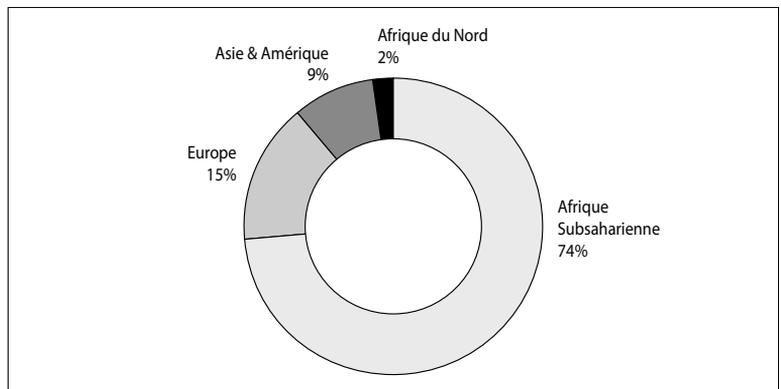
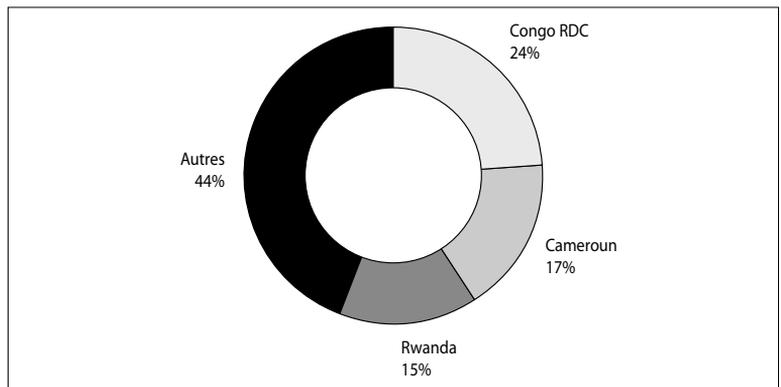


Figure 4  
**Nationalités des Africains diagnostiqués VIH+, 2004-2006**

Source : ISSP, Situation au 31 décembre 2006



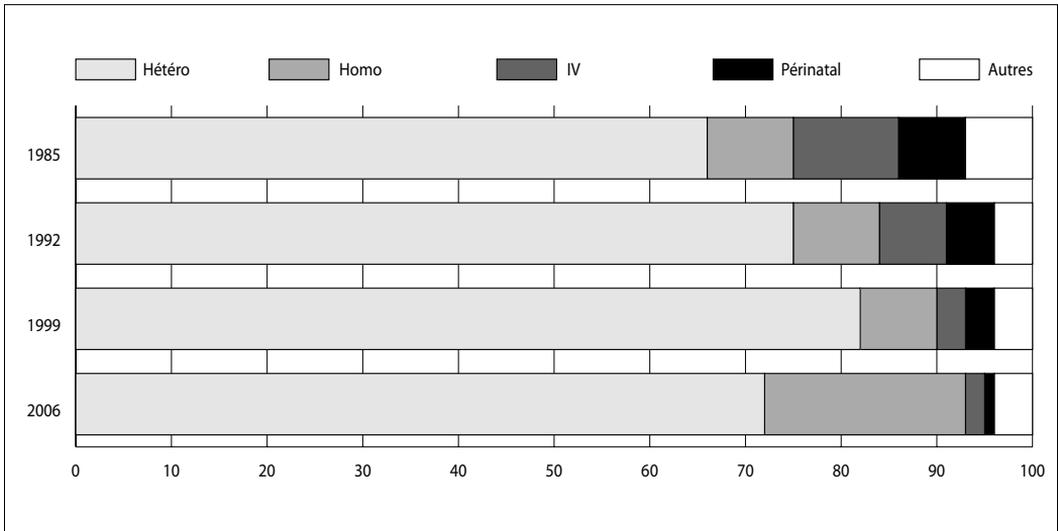
[25] Le critère de résidence en Belgique depuis au moins 5 ans avant que le diagnostic de sida soit posé est introduit afin d'évaluer si la personne a été contaminée en Belgique ou à l'étranger (5 ans étant le temps moyen estimé de développement de la maladie). En 2006, la résidence des malades du sida était connue pour 73 % d'entre eux. Notons enfin que 15 % des Belges n'étaient pas résidents lors du diagnostic de sida.

[26] Les malades du sida «non Belges» sont pour leur part composés à 70 % d'Africains subsahariens, à 18 % d'Européens et à près de 5 % de Nord Africains.

- En ce qui concerne le mode probable de transmission du VIH chez l'ensemble des «non Belges» depuis le début de la surveillance, la part de la contamination par voie hétérosexuelle est de loin prédominante (entre 65 % et 80 %). La part relative de la (déclaration de la) transmission par voie homo/bisexuelle a par ailleurs doublé depuis 1985, tandis que la part des infections par injection de drogue et par voie périnatale n'a cessé de chuter.

Figure 5  
**Mode probable de transmission du VIH chez les «non Belges», 1985-2006**

Source : ISSP, Situation au 31 décembre 2006



Les données recueillies lors du diagnostic de sida entre 1985 et 2006 montrent en outre que la part relative des modes de contamination varie selon le sexe et l'origine continentale.

- La transmission par voie homo/bisexuelle touche uniquement les hommes (25 % des hommes contre 0 % des femmes) et surtout les Européens (déclarée par 45 % d'entre eux, contre 1 % parmi les Africains subsahariens, 9 % parmi les Nord Africains).
- Inversement, la contamination par voie hétérosexuelle touche plus souvent les femmes que les hommes (84 % contre 57 %) et plus particulièrement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (84 %, contre 25 à 30 % parmi les autres groupes régionaux).
- Enfin, la contamination par injection de drogue touche plus souvent les hommes que les femmes (10 % contre 3 %) et les Nord Africains (quasiment 60 %, contre 22 % d'Européens et 7 % d'Américains et d'Asiatiques). Elle n'est presque pas déclarée par les Subsahariens (1 %).

# STATISTIQUES ETHNIQUES, LES VULNÉRABILITÉS SYMBOLIQUE ET CULTURELLE EN QUESTION

---

Après cette analyse des principales données épidémiologiques disponibles sur le VIH/sida et plus particulièrement sur l'épidémie touchant les migrant/es, une mise en perspective s'impose. Au départ du débat français sur les statistiques ethniques et d'une première critique méthodologique de l'épidémiologie, nous en viendrons à développer plus avant deux vulnérabilités particulières de la condition de «migrant/e malade», à savoir les vulnérabilités symbolique et culturelle.

## UN DÉBAT FRANÇAIS

En France, la controverse actuelle sur les statistiques ethniques dépasse le champ du VIH/sida et adresse plus largement la problématique des moyens de la lutte contre les discriminations ethniques et les disparités socioéconomiques (emploi, revenus, logement, accès à la santé, état de santé) touchant les populations étrangères et immigrées<sup>[27]</sup>. La «question immigrée» se pose doublement : «Faut-il mesurer les discriminations et les disparités socioéconomiques en catégorisant les groupes sur base de leur origine ?» et «Faut-il faire apparaître publiquement et politiquement les chiffres relatifs aux étrangers ?» Les courants favorables à la quantification «raciale» cherchent précisément à fonder la lutte contre les inégalités subies par les minorités ethniques sur la mesure objective de celles-ci et mobilisent des données chiffrées fiables pour mener des actions rationnelles et ciblées. La publication des données s'inscrit ainsi dans la volonté de ne pas nier «une fois de plus» l'expérience des «victimes» de la discrimination. Pour leur part, les partisans du «non aux statistiques ethniques» estiment que la référence à l'origine étrangère est contraire aux principes républicains de non distinction des citoyens sur base de caractéristiques ascriptives (liées à la naissance ou aux affiliations personnelles) et contribue en outre, à nourrir l'amalgame entre immigration et problèmes sociaux, renforçant la stigmatisation de ces populations et encourageant le «repli communautaire»<sup>[28]</sup>. Le débat prend ainsi une coloration particulière en France, où l'idéologie politique de l'universalité incarnée par une République égalitaire est largement prégnante.

Avec la maladie, les statistiques ethniques entrent dans le champ de la santé publique et la mesure de l'état de santé des populations ressort de l'épidémiologie. Les différentiels observables entre populations autochtone et allochtone en matière d'incidence et de prévalence revêtent dès lors des atours de contrôle des épidémies et de surveillance des populations. Ces finalités «protectionnelles» semblent *a priori* légitimes, mais ne sont toutefois pas dénuées d'enjeux politiques, culturels et symboliques. Comme l'écrit Sandrine MUSSO en contexte français, «si toutes les épidémies constituent des épreuves de fond pour les sociétés dans lesquelles elles s'inscrivent, l'appréhension d'une vulnérabilité spécifique des populations étrangères et/ou immigrées constitue de manière exemplaire une épreuve de fond pour le modèle institutionnel français qui ne reconnaît en théorie face à l'Etat que des citoyens abstraits sans distinction de race, de genre, de classe et de religion»<sup>[29]</sup>. En France donc, la mesure de la «santé immigrée» impliquerait à la fois de reconnaître la multiplicité des identités françaises (autrement appelée la «multiculturalité»), ainsi que l'échec relatif du modèle d'intégration puisque «s'agissant de la question de l'immigration comme catégorie du débat public, au cours des dernières années, le fossé entre la rhétorique de l'intégration et la réalité de la marginalisation sociale est devenu évident»<sup>[30]</sup>.

En France jusqu'en 1999, les données publiques sur le VIH/sida n'ont pas fait paraître la nationalité ou l'origine ethnique des patients, les Africains séropositifs passant implicitement sous l'intitulé «transmission hétérosexuelle» par un jeu de superposition entre les catégories. Ce «silence» autour de la problématique résulte pour Didier FASSIN

[27] FASSIN, 2005 ; DE RUDDER & VOURC'H, 2007.

[28] En contrepoint du débat, nous pourrions évoquer la discrimination non plus de «race», mais de «genre». En effet, la mesure des inégalités entre hommes et femmes, initiée par les féministes de la seconde vague, est entrée dans les pratiques de recherche et les stratégies politiques depuis plusieurs décennies. Cette mesure s'avère un outil efficace dans le débat public et dans l'action sociale relatifs au relèvement des discriminations et disparités «sexospécifiques», mais également pour ce qui a trait aux violences et autres formes de domination masculine. En outre, l'impact d'une telle quantification ne soulève plus de questions en termes de répétition du stigmatisme ou de repli identitaire.

[29] MUSSO, 2003.

[30] MUSSO, 2003.

de l'analyse qui en était faite, analyse «prisonnière du modèle épidémiologique de la contagion et du danger, mais aussi de l'approche des questions liées à l'immigration qui demeurait largement tributaire d'une intériorisation du modèle républicain de l'intégration et de l'égalité»<sup>[31]</sup>. Ce silence a généré des «dégâts collatéraux» puisque ce qui devait rester caché sous prétexte d'universalisme a plutôt exacerbé les suspicions et les amalgames, et que «l'origine» est devenue l'explication centrale de la contamination sans autre forme de démonstration<sup>[32]</sup>. «Mal armé conceptuellement, le souci compréhensible de prudence, dans un contexte où les idées xénophobes s'emparaient des thèmes de l'immigration, a largement contribué à produire ce qu'il cherchait à éviter.»<sup>[33]</sup>

La problématique «VIH/sida et migration», longtemps impensable en France, a connu une rupture significative lorsque l'Institut de veille sanitaire a publié un rapport sur «le sida, la prévalence, l'accès au dépistage et aux soins dans la population étrangère résidant en France» (1999), rendant publiques des informations jusque-là dissimulées. D'un questionnement sur les liens entre culture et contamination, de nouveaux enjeux ont émergé, relativement aux inégalités sociales et de santé. La préoccupation précédemment focalisée sur le risque de contagion des nationaux a été remplacée par la question du tribut payé par les étrangers à la maladie (retard au diagnostic, accès difficile au traitement). Les étrangers n'ont plus été vus «comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives»<sup>[34]</sup>. En outre, selon Didier FASSIN, la publication de telles données détient une valeur performative puisqu'«en énonçant ce qui était caché, (...) une politique plus cohérente devient possible».

## PRODUCTION ET USAGE DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Au-delà du débat français, les données épidémiologiques donnent à penser plusieurs questions à l'aune de la problématique posée par les liens entre «VIH/sida et migrations». La situant comme «auxiliaire et garant scientifique de la santé publique», François BUTON définit l'épidémiologie de veille comme un «savoir qui met en chiffres le réel ("technique statistique"), met en discours ses chiffres ("pratique discursive"), et rend public ses discours, ainsi que ses chiffres, parfois, ou du moins une partie d'entre eux ("instance communicante")»<sup>[35]</sup>. Parce qu'elle participe d'un système de «surveillance sanitaire» mené par les «autorités sanitaires» et visant la «sécurité sanitaire»<sup>[36]</sup>, l'épidémiologie est une discipline dont les productions interviennent dans le processus de décision politique. Savoir appliqué, voire instrumentalisé non seulement par les acteurs politiques – notamment en demande de prédictibilité – mais aussi par les intervenants de terrain – pour certains en quête de légitimité. Sa visée scientifique n'est donc pas dégagée d'enjeux stratégiques, et cela seul suffirait à questionner ses procédés d'élaboration.

Une lecture attentive des rapports épidémiologiques amène en effet à interroger d'une part, les procédés de production des données et d'autre part, l'usage social et politique de celles-ci. Outre les remarques formulées dans la section précédente (variabilité nationale des modes de récolte des données, marge d'incertitude générale estimée à 30 %), l'opacité méthodologique de l'épidémiologie nous interpelle sur un point précis, celui des catégories construites et employées et particulièrement, celles liées à la migration. Qu'est-ce qui est véritablement mesuré dans les «statistiques ethniques» et par quel moyen ? Plus avant, que construisent et de quoi témoignent les procédés de construction de l'objet et de collecte des données, eu égard au traitement social, politique et symbolique de l'altérité ? S'agissant de la récolte des données, la question reste une préoccupation d'ordre méthodologique. En Belgique, lors de l'annonce d'un résultat positif au VIH, les médecins sont tenus de remplir un questionnaire anonyme pour chaque patient diagnostiqué, notifiant notamment son origine, sa nationalité et sa durée de résidence en Belgique. Comment s'acquittent-ils de cette tâche : sur base de questions posées au patient (données déclaratives), de données d'état civil ou de leur propre perception ? Le contexte souvent difficile de l'annonce de séropositivité – tant pour le patient que pour le médecin – conjugué au manque de formation de certains médecins en matière de VIH, ainsi qu'à la perception en termes de charge de travail supplémentaire, sont autant d'obstacles aptes à biaiser une collecte efficace des données.

[31] FASSIN, 2005.

[32] Comme le souligne l'enquête ANRS Retard sur le lien entre origine africaine et sida : «Souvent, un facteur agrège un ensemble de facteurs (...). Ainsi, dans plusieurs modèles de régression logistique (analyses univariée et multivariée), le facteur "né en Afrique subsaharienne" émerge comme seule variable explicative. La globalité géographique de cette variable en limite la pertinence ; son contenu en limite la signification pour le sociologue qui est conduit à s'intéresser à ce qu'elle est susceptible d'indiquer en termes de conditions et de mode de vie en France en association avec des situations de migration» (CALVEZ, FIERRO, LAPORTE & SEMAILLE, juillet 2006).

[33] FASSIN, 2005.

[35] FASSIN, 2005.

[35] BUTON, 2002.

[36] BUTON, 2002.

Plus avant, la question devient épistémologique sur le plan de la définition des catégories : qui sont les «non nationaux» ou les «non résidents» étant donnée la diversité sociologique des publics désignés par ces termes ? S'agit-il d'identités (objectives ou subjectives) ou de «catégories de situation»<sup>[37]</sup> dont il faudrait encore déterminer les traits communs qui unissent leurs protagonistes ? Pour désigner l'altérité «raciale» et «culturelle», plusieurs termes apparaissent dans la littérature relative au VIH et à la migration. Étranger, non national, non résident, immigré, migrant, d'origine ethnique, allochtone se relaient et semblent interchangeables, alors qu'ils ne désignent pas les mêmes réalités sociologiques. Le terme «migrant», en plus d'être imprécis quant au statut administratif auquel il renverrait, a été introduit pour remplacer les vocables trop connotés d'«immigré» et d'«étranger»<sup>[38]</sup>. Le terme «étranger» renvoie précisément à une qualité juridique puisque l'étranger est celui qui ne possède pas la nationalité du pays où il réside, tandis que le terme «immigré» souligne l'origine, qu'elle soit nationale (nationalité à la naissance) ou ethnique (minorité). Tentant d'englober un ensemble de situations, la catégorie «migrant» homogénéise de l'hétérogène, alors même que les trajectoires migratoires et les situations sociales varient sensiblement entre un primoarrivant, un réfugié, un clandestin ou un immigré de la première, deuxième ou troisième génération. «Migrer», autrement dit «effectuer une migration», rend compte du déplacement temporaire ou définitif de personnes ou de populations entières d'un lieu vers un autre, d'un pays d'émigration vers un pays d'immigration pour des motifs divers (politiques, sociaux, économiques, personnels). De plus, dans le pays d'arrivée, la catégorie «migrant» renvoie souvent à des situations de précarité liées aux modalités d'inscription et d'intégration juridique et sociale. Nous emploierons cette catégorie dans son acception générique, étant entendu qu'un/e migrant/e est une personne ayant changé de résidence habituelle, quel que soit son statut de séjour dans le pays d'arrivée, et dont l'expérience de migration est à la source de vulnérabilités sociales spécifiques.

Méthodologique, puis épistémologique, la question devient finalement politique. Eu égard aux biais qui président à leur élaboration, les statistiques dégagées reflètent-elles *suffisamment* les réalités sociales et sociologiques, et sont-elles dès lors pertinentes à fonder une action publique qui soit efficace ? Politiquement toujours, les statistiques restent muettes sur les *explications* à mêmes de rendre compte des différentiels de santé, soit sur les rapports de force et de domination générateurs de discriminations, d'inégalités et d'exclusions. En ce sens, la production de statistiques ethniques ne devient «légitime que dans la mesure où (elle) vise à poser la question de la vulnérabilité des personnes immigrées de nationalité étrangère à l'égard de l'infection à VIH, et de la poser enfin dans toutes ses dimensions, en définissant l'espace du pensable mais aussi du possible dans lequel se réalisent concrètement les comportements de ces personnes»<sup>[39]</sup>.

[37] BERTAUX, 1997.

[38] MUSSO, 2003.

[39] BUTON, 2002.

[40] La construction de «groupes à risque» en épidémiologie s'opère en mesurant le risque probable de contracter le VIH dans un groupe de population construit sur base d'indicateurs sociodémographiques courants (âge, sexe, orientations sexuelles, nationalité, pays de résidence, pays d'origine, origine ethnique). Ceux-ci sont corrélés à des indicateurs de «comportements qui confrontent (les membres de ces groupes) à un risque plus élevé d'infection» (ONUSIDA, Rapport 2006, Chap. V), à savoir les modes de transmission du VIH et en particulier les pratiques sexuelles.

[41] CANTELLI, 2007 ; MUSSO, 2003.

[42] CANTELLI, 2007 ; HUBERT, 1990.

## LES MIGRANT/ES COMME GROUPE À RISQUE

Dès les débuts de l'épidémie, outre les homo/bisexuels masculins, de nombreux étrangers, principalement «noirs de peau», ont été touchés par le VIH/sida. Aux USA, la panique sanitaire provoquée par les décès n'est pas allée sans créer une panique sociale voire morale, révélant une série de présupposés racistes et homophobes. Face à la peur de la propagation de la maladie, la notion de «groupe à risque»<sup>[40]</sup> a rapidement fait son apparition, construisant le danger autour des «4 H» (Hémophiles, Homosexuels, Héroïnomanes et Haïtiens). Ces groupes épidémiologiques particulièrement contaminés, ont été désignés comme étant à l'origine du virus, et tenus pour les vecteurs de sa diffusion. Leur «mise en accusation» s'est accompagnée d'une mise en «quarantaine symbolique» permettant de protéger le groupe «sain»<sup>[41]</sup>, autrement dit les «hétérosexuels blancs», puisque à l'époque, la transmission du virus était encore relativement méconnue.

Ces catégories épidémiologiques ont été importées en Europe de l'Ouest, la Belgique ne faisant pas exception<sup>[42]</sup>. Le danger relatif au sida s'y est alors configuré comme une menace extérieure, principalement incarnée par les homosexuels américains et les hétérosexuels africains, pointés comme groupes «déviant» de par leurs pratiques sexuelles

«hors normes» menaçant l'équilibre social, sexuel et moral. Ainsi que l'écrit Didier FASSIN, «toute épidémie met à l'épreuve le rapport à l'étranger, en ce qu'il incarne idéalement "l'Autre dangereux", construit comme différent – donc suspect – et venant d'ailleurs – donc menaçant»<sup>[43]</sup>. Toutefois note FASSIN, ce processus de stigmatisation de groupes particuliers, ou construits comme tels, «vient toujours s'ancrer dans le soupçon et le rejet qui préexistent à l'épidémie et dont elle vient conforter le bien-fondé»<sup>[44]</sup>. L'altérité dangereuse s'est ainsi trouvée un nouvel espace d'expression dans la notion de «groupe à risque». Quant au «migrant/e malade», il menace doublement l'identité puisque à l'altérité de sa «race» se surimprime l'altérité de sa «maladie».

Tant aux USA qu'en Europe, tandis que les homo/bisexuels masculins se sont mobilisés dans la lutte contre la discrimination dont ils étaient l'objet et se sont engagés activement dans la prévention du VIH/sida, les Africains se sont toutefois nettement moins rassemblés contre cette nouvelle forme de racisme. L'approche en termes de groupes à risque a été critiquée<sup>[45]</sup> en ce qu'elle a engendré la désignation de boucs émissaires porteurs du risque, entraînant la stigmatisation accrue de groupes déjà relativement exclus, et que l'identité de ces groupes et de leurs membres était réduite à certaines de leurs pratiques. Une conception en termes de pratiques à risque a vu le jour à la mi-1980, que ce soit par affinement de la qualification («des parties de ces groupes, identifiées par des variables supplémentaires, ont été définies comme plus exposées au risque de l'infection») ou par déplacement dans l'imputation des risques («vers les comportements, ce qui induit une individualisation problématique de l'imputation»)<sup>[46]</sup>.

Non plus des groupes sociaux, mais des individus, au détour de leurs comportements à risque, ont été tenus pour «responsables de leurs actes» eu égard au développement d'une politique d'information massive. Visant le changement des schémas de comportement, la prévention ne fut pas seulement mécanique – supposant un sujet rationnel agissant dans son intérêt bien compris – mais également prescriptive. «Comme discours d'une science appliquée, (l'épidémiologie) est au service d'une politique de santé publique qui, sur fond d'universalisme, prétend prescrire aux individus les comportements conformes à la préservation de cette valeur suprême qu'est censée représenter la santé.»<sup>[47]</sup> Sous cet angle, l'épidémiologie peut être questionnée en termes de présupposés sous-jacents au ciblage des groupes et des pratiques «à risque». L'usage de certains critères de catégorisation, outre l'objectivation statistique qui fait voir la vulnérabilité accrue de certains groupes, doit-il être compris comme une des modalités du contrôle des altérités, que celles-ci soient sexuelles (non hétérosexuelles) ou raciales (non blanches) ?

En 1985-1986, la stigmatisation des migrant/es africain/es s'est ensuite renouvelée avec les développements scientifiques qui mettaient au jour la transmission hétérosexuelle du virus. La maladie ne concernait dès lors plus uniquement les groupes à risque du début de l'épidémie, mais pouvait «atteindre les individus dont la vie sexuelle n'est pas particulièrement dispersée», ainsi que l'exprimait en Belgique un député socialiste<sup>[48]</sup>, qui déclarait également que : «(...) le sida n'a pas de frontières. Cette maladie existe partout dans le monde. On la découvre aussi en Belgique. Je crains qu'elle puisse peut-être se propager avec quelque facilité chez nous, dans le dédale institutionnel qui est le nôtre et dans les absurdes conflits de compétence que nous connaissons»<sup>[49]</sup>. Le sida devint ainsi une menace *intérieure* et la construction de ce danger domestique s'est effectuée concomitamment à la «découverte» de l'origine africaine du sida, soit non seulement que le foyer originel de l'épidémie s'y serait développé mais encore, que l'épidémie européenne serait principalement due à la migration d'Africains contaminés venus se soigner dans les anciennes métropoles. Au cours de cette décennie, la guerre froide prenait fin et le mur de Berlin était détruit, événements emblématiques de la nouvelle polarisation du monde mais surtout, du renouvellement et du durcissement des politiques de sécurité intérieure face au supposé «péril migratoire» déferlant depuis l'ancien bloc de l'Est. Ce passage historique peut également être analysé comme le glissement d'un ennemi extérieur (le communisme) à un ennemi intérieur (la criminalité transfrontalière sous toutes ses formes).

[43] FASSIN, 2005.

[44] FASSIN, 2005.

[45] DELOR & HUBERT, 2003 ; HUBERT, 1990.

[46] BUTON, 2002.

[47] BUTON, 2002.

[48] Claude Eerdeken lors d'une interpellation au Ministre de la Santé au Conseil de la Communauté française (1986).

[49] Le propos de M. Eerdeken laisse également travailler l'hypothèse selon laquelle le sida agit à «révéler» des problématiques sous-jacentes, en l'occurrence le «problème belge» de la division de l'Etat unitaire entamée dans les années 1980.

En Belgique également, le Professeur infectiologue Nathan Clumeck mettait en lumière en 1986, la «connexion VIH/sida et Afrique»<sup>[50]</sup>. La même année, le Ministre de la Santé<sup>[51]</sup> en Communauté française établissait très clairement le lien entre épidémie africaine, transmission hétérosexuelle, migration thérapeutique et épidémie belge : «La Belgique (est) le pays d'Europe avec la fréquence la plus élevée du sida. En fait, la signification réelle de cette statistique est altérée par le grand nombre d'étrangers non résidents originaires d'Afrique centrale qui viennent se faire soigner dans notre pays». Le Ministre émettait son propos de chiffres puisque sur 160 nouveaux cas, 73 % concernaient des non résidents, dont 90 % de «non Belges». En outre, parmi les 20 % de Belges résidents, 23 % auraient été contaminés par des relations sexuelles avec des Africains. Le sida ne concernait donc plus uniquement les immigrés africains, mais également leurs partenaires belges ainsi que les Belges voyageant ou résidant en Afrique. Aujourd'hui encore, le questionnaire relatif aux nouveaux diagnostics de VIH comporte la question de savoir si le patient a entretenu des rapports sexuels avec un partenaire d'origine africaine. Ces éléments soulèvent le «problème» de la mixité sexuelle et de l'atteinte à l'ordre sociosexuel et racial puisque le risque d'infection résulte ici de relations sexuelles entre Belges et non Belges.

Cette hypothèse sur «l'origine africaine du sida» entraîna une double réponse politique en vue de protéger la population belge. D'une part, certaines mesures répressives furent engagées vis-à-vis de la mobilité internationale des étrangers, en particulier des Africains. Ainsi que l'écrit Didier FASSIN à propos des rapports entre sida et migration, «pour ce qui est des immigrés, la première réaction des Etats, avec d'importantes différences selon les pays, a été de contrôler les mouvements de populations, et plus particulièrement les entrées aux frontières, avec pour corollaire, à l'égard des étrangers vivant sur le territoire national, une exclusion pouvant prendre des formes violentes : on se souvient des tests sérologiques faits à la demande des consulats de certains pays occidentaux pour sélectionner les candidats à l'immigration ; on a également en mémoire l'organisation par des gouvernements africains de campagne de répression, voire de pogroms, à l'encontre d'immigrés de pays accusés de transmettre la maladie»<sup>[52]</sup>. En Belgique, l'accroissement du contrôle du territoire par un moyen sanitaire est illustré par «l'affaire des boursiers de l'AGCD». En 1986-1987, les candidats étrangers à une bourse d'études de l'Administration Générale de la Coopération au Développement ont dû se soumettre à un test de dépistage du VIH. Cette mesure fit très rapidement l'objet d'un débat public, notamment provoqué par la communauté africaine<sup>[53]</sup>.

Face à l'impossibilité éthique et politique de fermer totalement le territoire, un député socialiste<sup>[54]</sup> en appelait à la coopération internationale : «Nous savons que la Belgique est un pays particulièrement sensible. Nous recevons beaucoup d'Africains, d'Américains et des gens de presque tous les pays du monde qui nous amènent ce virus. Il me paraît cependant difficile de les empêcher d'entrer chez nous. Il est même impossible, sur le plan humanitaire, d'imposer à toutes les personnes entrant en Belgique de justifier qu'elles ne sont pas porteuses du virus du sida. Néanmoins une collaboration internationale s'impose pour mettre en commun les recherches, les résultats et surtout les moyens de prévention dans le respect des droits de chacun».

Outre les stratégies suivies par les politiques extérieures, une série d'initiatives intérieures furent financées en vue de prévenir et de suivre le VIH parmi les migrant/es (africain/es). En Communauté française de Belgique, le premier programme de «prévention du VIH/sida et des autres IST tenant compte des spécificités des populations migrantes»<sup>[55]</sup> a été mis en place dès 1986 au sein d'un service d'accompagnement social et juridique des (im-)migrant/es. Michel HUBERT<sup>[56]</sup> souligne que le «devoir d'agir» face au sida parmi les migrant/es s'est toutefois heurté à la «peur politique» de stigmatiser les Africains. Ce souci de discrétion publique a été à la source d'une relative invisibilisation de ces initiatives. En contexte français, Didier FASSIN estime que la relation entre sida et immigration a fait l'objet d'un «travail d'occultation» par les pouvoirs publics et d'une «autocensure» dans les milieux scientifiques pendant près de vingt ans «pour rendre invisible une vérité qui "n'apparaissait pas bonne à dire"»<sup>[57]</sup>. Ce silence politique de l'épidémiologie, sous couvert d'universalisme, n'a toutefois pas laissé les pouvoirs publics inactifs. Avec pour postulat de

[50] Cfr. l'article du Soir intitulé «Sida : la filière hétérosexuelle établie par des médecins belges» (22 octobre 1986).

[51] André Bertouille, ministre libéral, Conseil de la Communauté française (1986).

[52] FASSIN, 2005.

[53] HUBERT, 1990.

[54] Claude Eerdeken, lors d'une interpellation au Ministre de la Santé au Conseil de la Communauté française (1986).

[55] Consulter le site de l'asbl SIREAS, Service de prévention IST/sida : [http://www.sireas.be/prevention\\_sida](http://www.sireas.be/prevention_sida).

[56] HUBERT, 1990.

[57] FASSIN, 2005.

départ la spécificité «culturelle» du public migrant, l'Etat français a délégué l'intervention auprès d'intervenants spécialisés en migration et en «interculturalité», procédant à la mise en place d'une «politique ethnique du sida»<sup>[58]</sup>.

## L'IRRÉDUCTIBLE DIFFÉRENCE

En France, l'ethnopsychiatrie et l'anthropologie, respectivement dans le champ de l'intervention et de la recherche, ont ainsi été chargées par les autorités sanitaires de faire face au sida parmi les populations migrantes et immigrées. L'anthropologie médicale répondait également à la demande de médecins en quête d'informations utiles à une meilleure prise en charge thérapeutique des patients africains séropositifs<sup>[59]</sup>. Usant de l'hypothèse du «sida africain», pour désigner à la fois l'origine du virus et les spécificités de la population africaine immigrée, les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques des Africains vivant en France ont participé d'une exotisation de la perception du risque et d'une essentialisation de la «culture africaine». Au moyen de concepts tels que «choc culturel», «croyances», «rituels» et «pratiques magiques», la «culture» a servi à expliquer les problèmes de prise en charge de la maladie chez les immigrés.

Pour Didier FASSIN, cette surdétermination par le culturel soulève plusieurs problèmes. Négligeant les différences entre deux individus (africains), ainsi que la pluralité des appartenances identitaires d'un même individu – soit les notions de plasticité, de fluidité et de multiplicité –, le culturalisme surestime la supposée irrationalité constitutionnelle des Africains, à l'origine d'une «exubérance sexuelle» et d'une adhésion à des «croyances surnaturelles», toutes qualités prêtées aux Africains depuis la colonisation. Sur ce point, DOUVILLE & BLONDIN-DIOP rajoutent que la référence à la «culture africaine», employée à rendre compte de l'inaptitude des populations africaines à se prémunir et à se soigner du VIH, dénote d'une perception figée de l'autre (réduit à un «modèle ultime d'autrui absolu») et ne rend pas compte des «effets de déplacements»<sup>[60]</sup> découlant du processus migratoire, processus non seulement géographique, mais également symbolique (transformation de soi et du rapport au monde dans la migration). Enfin, et surtout, en plaçant la culture au centre de la problématique, le culturalisme n'examine pas les conditions socioéconomiques des étrangers et les dépossède de leur place discriminée et inégale dans la société. Mathieu THÉVENIN souligne en outre que la relation entre «race» et contamination, et la mise en accusation culturelle des intéressés en raison de leur origine, dédoublée du déni des contraintes matérielles et administratives – qui pèsent bien plus que tout autre facteur magico-religieux dans la prise en charge médicale<sup>[61]</sup> – exerce une forme de violence symbolique.

Au-delà du constat anthropologique que les migrant/es adoptent des comportements et attribuent des significations socialement et culturellement construits qui se donnent notamment à voir dans les pratiques et représentations de la santé, le discours culturaliste, en supposant une cause culturelle et la nécessité d'une communication interculturelle, a cherché à répondre à des problèmes jugés spécifiquement «africains». En matière de santé sexuelle particulièrement, une série de clichés surannés issus de l'ère coloniale n'ont pas manqué de refaire surface. Les préconçus historiques sur «l'anormalité des noirs» sont aujourd'hui désignés par des termes qui ne font que renouveler ces mêmes conceptions. Au niveau de l'analyse, ceux-ci ne relèvent pas tant d'une «différence culturelle» que de la désignation d'une altérité raciale, radicalement déviante. La lecture des rapports épidémiologiques renseigne plusieurs facteurs de vulnérabilité culturelle parmi les Africains subsahariens :

- La précocité des premières relations sexuelles, surtout chez les filles (12-13 ans), ainsi que le multipartenariat, principalement chez les hommes, autrement dit le grand nombre de rapports sexuels au cours de la vie, font écho aux légendaires «promiscuité» et «polygamie»<sup>[62]</sup>.

[58] FASSIN, 2005.

[59] DOUVILLE & BLONDIN-DIOP, 2001.

[60] DOUVILLE & BLONDIN-DIOP, 2001.

[61] THÉVENIN, 2002.

[62] En outre associer le multipartenariat (qu'il soit homosexuel ou africain) au risque accru d'infection au VIH associée par défaut le monopartenariat (hétérosexuel, blanc) avec les comportements à moindre risque (CALVEZ, 2001).

- Le faible recours au préservatif est expliqué par des raisons d'atteinte à la virilité et à la fécondité et de position dominée des femmes<sup>[63]</sup>, mais aussi en raison de tabous et de non-dits sexuels.
- La religion et les instances magiques (la prière et la sorcellerie), dont les discours sont en contradiction avec les conceptions objectives de la santé publique, sont également invoquées pour expliquer l'irrationalité des comportements préventifs et le manque d'adhésion aux prescrits thérapeutiques.

Malgré les limites posées par l'approche culturaliste, la question culturelle demeure toutefois : comment la comprendre et y répondre ? Didier FASSIN répond à cela en émettant deux conditions scientifiques : le travail d'historicisation et l'inscription dans le social. Pour rendre compte d'une «économie politique de la maladie», il propose de traiter les biographies individuelles afin d'articuler le niveau des micro-phénomènes des existences individuelles (statuts juridiques, possibilités de travail, logement, relations avec les nationaux, accès à l'information, aux soins, etc.) avec le niveau macrosocial et historique (politiques coloniales et postcoloniales, politiques d'immigration et de travail). Dès lors, écrit-il, «la question n'est plus de chercher des "facteurs culturels" expliquant les comportements ou des "obstacles culturels" rendant compte des difficultés rencontrées par les intervenants, mais bien d'appréhender l'expérience de l'étranger malade du sida en termes de condition sociale, c'est-à-dire en tant qu'elle est une production de la société, qui en définit le contenu et les limites juridiques, économiques, politiques et culturelles»<sup>[64]</sup>.

[63] Notons ici le biais culturaliste qui consiste à ne parler jamais aussi bien de la domination masculine qu'à propos des femmes non européennes. C'est ce qui fait dire à Sirma BILGE que «l'aspect inégalitaire des rapports sociaux de sexe se travestit ainsi en trait culturel (...) propre aux groupes dominés. C'est en ce sens-là que la représentation culturaliste de la violence faite aux femmes minoritaires incorpore à la fois la «culturalisation» du sexisme et du racisme» (2005).

[64] FASSIN, 2005.

## L'EXTRA-TERRITORIALITÉ D'UNE MALADIE-MONDE, LA VULNÉRABILITÉ MIGRATOIRE

---

Panique épidémiologique et sanitaire contemporaine, le sida apparaît dans un contexte historique particulier, chargé d'enjeux sociologiques et de luttes sociales qu'il cristallise en même temps qu'il concourt à les produire. Maladie-monde de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le VIH/sida circule et prend place dans une économie capitaliste mondialisée, postcoloniale<sup>[65]</sup> et postindustrielle<sup>[66]</sup>, dont le (dés-)équilibre global repose sur des rapports de subordination et d'exploitation entre pays dits du «Nord» et du «Sud» et dont les migrations massives et leur gestion politique sécuritaire constituent un des indicateurs les plus forts.

[65] Pour ne pas dire «néo» colonial, le «post» ne témoignant pas tant de la disparition du rapport colonial que de son redéploiement plus ou moins subtil après les Indépendances.

[66] À nouveau, le «post» n'indique pas la fin du capitalisme industriel mais plutôt, le déplacement des sites et activités de production depuis les pays dits «développés» vers les pays «moins développés», ainsi que la financiarisation d'une partie des activités économiques mondiales.

[67] L'ONUSIDA (UNAIDS) est un programme de l'ONU créé en 1995 et destiné à coordonner les actions de lutte contre la pandémie de VIH/sida des agences spécialisées de l'ONU. Les diverses préoccupations de ces agences sont à l'image de la complexité de la problématique : UNHCR - réfugiés ; UNICEF - enfants et familles ; PAM - alimentation / malnutrition ; PNUD - développement ; UNFPA - santé sexuelle et reproductive ; ONUDC - criminalité et stupéfiants ; OIT - travail et migration ; UNESCO - information, éducation ; OMS - santé et équipes médicales ; Banque mondiale - prêts financiers.

[68] Les huit Objectifs du millénaire pour le développement ont été engagés par les pays membres de l'ONU «en vue d'un monde meilleur» et «vont de la réduction de moitié de l'extrême pauvreté à l'éducation primaire pour tous, en passant par l'arrêt de la propagation du VIH/sida, et ce à l'horizon 2015». L'objectif numéro 6, intitulé «Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies», vise en ce qui concerne le VIH/sida à «avoir enrayé et commencé à faire reculer l'épidémie».

### TENSIONS DANS LA MIGRATION À L'ÈRE DU SIDA

Le sida est apparu au début des années 1980, à l'époque où la mondialisation des échanges monétaires et financiers s'est accompagnée d'un transfert des activités de production des pays industrialisés vers les pays «émergents», ainsi que d'un accroissement de la circulation des marchandises, des services et des personnes, le tout rendu possible par un déploiement extraordinaire des moyens de communication. Le «nouveau» visage du capitalisme, d'autant plus visible dans le monde unipolaire d'après 1989, a connu la poursuite désormais sans limites de la recherche de bénéfices des entreprises multinationales. Celle-ci s'est assortie de nécessaires «restructurations», consistant tant dans les pays du Nord que du Sud, dans le démantèlement et la privatisation progressive des entreprises et services publics. *In fine*, la globalisation des rapports sociaux de production a concouru partout aux mêmes effets, bien qu'à des degrés divers et ressentis plus durement dans les pays du Sud, dont : pertes d'emploi, effritement des protections sociales et des missions publiques, appauvrissement et aggravation des inégalités socioéconomiques, instabilités politiques et militaires.

À ce titre, la «riposte au VIH» – formule guerrière empruntée à l'ONUSIDA<sup>[67]</sup> – illustre les disparités importantes entre continents, régions et pays dans les moyens effectifs consacrés à la prévention de la propagation du virus et au traitement des personnes vivant avec le VIH. La domination économique se dédouble ainsi logiquement d'une inégalité à la santé sur les plans tant préventif que curatif (infrastructures sanitaires, accès au dépistage et aux traitements, formation des personnels soignants) et enfin eu égard aux répercussions plus graves qu'entraîne la maladie dans des pays économiquement pauvres. Sur ce point, les Nations Unies, par la voix de l'ONUSIDA et des Objectifs du millénaire pour le développement<sup>[68]</sup>, soulignent que le sida menace le développement de pays déjà affaiblis et a «effacé des décennies de développement dans les pays les plus touchés»<sup>[69]</sup>.

Emplâtre sur la fracture sociale mondiale, les gouvernements du Nord et les organismes internationaux consacrent au sida une partie de leurs budgets de coopération au développement. En la matière, l'ONUSIDA souligne et se réjouit de l'augmentation annuelle moyenne des fonds alloués<sup>[70]</sup> depuis 2001 à la lutte contre le VIH dans les pays à «faible ou moyen revenu», mais estime toutefois que 18 milliards de dollars seraient nécessaires en 2007, alors que 10 milliards sont prévus. Quant à l'UNFPA, en charge d'un programme de promotion et de distribution de préservatifs, celui-ci estime que l'approvisionnement mondial ne couvre pas même 50 % des besoins et que les moyens dispensés devraient tripler. Enfin, alors que les multithérapies antirétrovirales ont été employées dès 1996 dans les pays occidentaux, allongeant l'espérance de vie et améliorant le confort des malades, cette évolution a laissé à leur sort le plus grand nombre des personnes vivant avec le VIH puisque ces traitements ne parviennent qu'à un cinquième de ceux qui en ont besoin<sup>[71]</sup>.

Les transformations économiques globales ont notamment entraîné un accroissement du nombre total de migrant/es internationaux/ales, puisque alors qu'en 1965, ils étaient estimés à 75 millions, en 2005, l'ONU en comptabilisait 190 millions. Toutefois, étant donné l'importante croissance démographique des quarante dernières années, cette augmentation n'a pas bouleversé la part des migrant/es dans la population mondiale (de 2,3 % à 3 % entre les deux périodes). Plus généralement, ces estimations sont probablement sous-évaluées puisque les statistiques nationales et internationales comptabilisent les migrant/es officiel/les et ne prennent pas en compte les migrant/es irrégulier/ères et qu'en outre, les systèmes d'enregistrement sont surtout actifs dans les pays récepteurs.

En termes de polarisation des flux, les migrant/es se répartissent différemment selon les régions, puisque près de 60 % d'entre eux résident dans les pays dits «développés» et 40 % dans les pays «en développement». Ces éléments permettent d'interpréter les migrations contemporaines comme un «mouvement massif» du Sud vers le Nord et de l'Est vers l'Ouest.

Tableau 2  
**Répartition des migrant/es internationaux/ales par continent**

Source : ONU, Division population, Estimations à la mi-année 2005.

Continent	N	%
Europe	64 115 850	33,6 %
Asie	53 291 281	27,95 %
Amérique du Nord	44 492 816	23,33 %
Afrique	17 068 882	8,95 %
Amérique latine et Caraïbes	6 630 849	3,47 %
Océanie	5 033 887	2,64 %
<b>Total (Monde)</b>	<b>190 633 564</b>	<b>100 %</b>

[69] La question se pose de savoir «sur qui» pèse le plus la menace du retard de développement étant donné que «si la riposte au SIDA ne s'intensifie pas de manière significative, (...) les pays dont le développement est déjà à la traîne du fait du SIDA continueront à s'affaiblir, menaçant potentiellement la stabilité sociale et la sécurité nationale», étant entendu que ces deux conditions sont nécessaires au fonctionnement du libre échange (ONUSIDA, Rapport 2006, Résumé d'orientation, p. 6).

En Europe occidentale<sup>[72]</sup>, les migrant/es sont globalement originaires d'Afrique du Nord et de l'Ouest, d'Europe de l'Est et du Sud, d'Inde, de Chine et d'Asie du sud-est. Parmi les plus de 60.000 migrant/es internationaux/ales, soit un tiers du total mondial, les réfugiés comptent pour 3 % (et 15 % des réfugiés du monde). Enfin, les femmes (53,4 %) sont sensiblement plus nombreuses que les hommes (46,6 %).

Tableau 3  
**Nombre de migrant/es internationaux/ales en Europe**

Source : ONU, Département des Affaires économiques et sociales, Division population, Estimations à la mi-année 2005.

N migrants internationaux des deux sexes	N réfugiés des deux sexes	N femmes migrantes	N hommes migrants
64 115 850	2 015 932	34 264 611	29 851 239

[70] 8,3 milliards de dollars en 2005, dont 2,5 milliards de ressources intérieures (dépenses publiques) et 5,9 milliards de financements internationaux, dont : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (1,1 milliard de dollars), Banque mondiale (2,5 milliards), Plan d'aide d'urgence du Président des Etats-Unis (570 millions de dollars).

En ce qui concerne les migrant/es en séjour irrégulier, dont le nombre est *per se* difficile à déterminer, la récente enquête européenne de Médecins du Monde<sup>[73]</sup> sur l'accès aux soins des personnes en séjour irrégulier dégage quelques tendances sur base d'un échantillon de 835 individus répartis dans 7 pays (Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal, Royaume-Uni). Les hommes (53 %) sont plus nombreux que les femmes (47 %), l'âge moyen est de 34 ans (plus grand groupe d'âge entre 20 et 44 ans). Enfin, les origines géographiques sont variées puisque ces migrant/es sont issus de 85 pays différents. Toutefois, ils sont originaires pour un tiers d'Afrique subsaharienne, pour un quart d'Amérique latine et pour un quart également d'Europe hors UE, enfin pour un sixième du Maghreb.

[71] ONUSIDA, Rapport 2006.

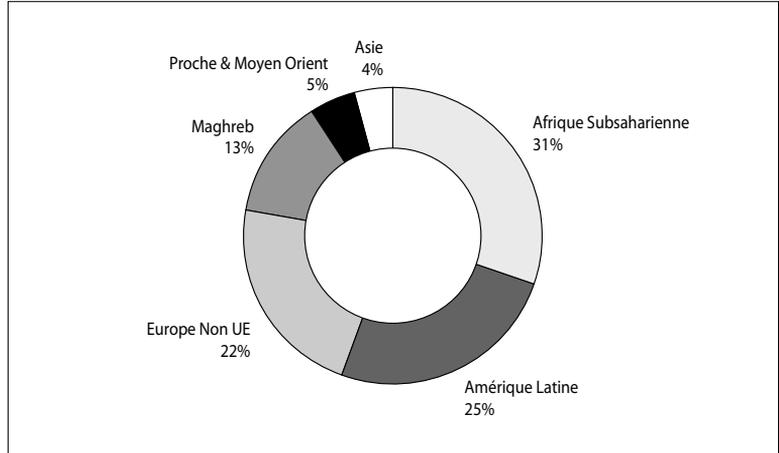
[72] Nations Unies, Rapport sur les migrations internationales, 2002.

[73] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

Dix nationalités (représentées par 2,5 % à 7,4 % des individus) regroupent 46 % de l'échantillon : Roumanie, Maroc, Equateur, Cameroun, Algérie, Colombie, Albanie, Nigéria, Sénégal et RDC.

Figure 6  
**Origines géographiques des migrant/es en séjour irrégulier en Europe**

Source : CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.



Autre caractéristique remarquable, près de 50 % des migrant/es sont des femmes<sup>[74]</sup>. Ces dernières migrent généralement dans le cadre soit du regroupement familial, soit de la mobilité de main d'œuvre. Cette féminisation de la migration témoigne de la conjonction entre l'accroissement du nombre de femmes chefs de famille paupérisées et l'importante offre de travail pour celles-ci dans les pays d'accueil. «Le secteur agricole, manufacturier, et surtout celui des services, services informels, services aux personnes (travail domestique, activités d'«entertainment», industrie du sexe, partenariat en mariage, etc.), sont des secteurs où la demande est exponentielle et largement répercutée via l'Internet»<sup>[75]</sup>.

Sur le plan économique, les migrations génèrent des profits (il-)légaux pour les employeurs des pays récepteurs de main d'œuvre, mais également des revenus pour les pays d'origine des migrant/es<sup>[76]</sup>, puisque même si ces travailleurs précaires ne gagnent jamais autant que les nationaux, ils parviennent à envoyer une partie de leurs gains aux familles restées au pays. Le PNB de plusieurs pays d'origine repose parfois essentiellement sur les rentrées de devises des travailleurs émigrés, les gouvernements allant jusqu'à «mettre en œuvre des politiques d'exportation de main-d'œuvre qui constituent de véritables piliers du développement de ces pays»<sup>[77]</sup>.

Enfin, les migrations contemporaines sont le lieu d'enjeux sociaux et politiques importants, ainsi qu'en témoignent les politiques migratoires restrictives des principaux pays récepteurs de migrant/es. De la contradiction entre le désir ou le besoin de migrer des ressortissants des pays du Sud ou de l'Est, l'offre de travail dans les secteurs informels des pays du Nord ou de l'Ouest et les restrictions migratoires, se dégage l'interstice des migrations irrégulières<sup>[78]</sup>. Celles-ci articulent les figures emblématiques des professionnels du passage illégal de frontières («passeurs»), des travailleurs précaires et exploités («clandestins»), des employeurs sans scrupule et bailleurs immobiliers abusifs et enfin, des agents et institutions de contrôle des territoires.

La politique migratoire européenne de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle a connu plusieurs phases. De l'immédiat après guerre jusqu'au choc pétrolier de 1973, l'époque des «trente glorieuses» correspondait à un plein emploi nécessitant de faire appel à de la main d'œuvre étrangère dans le cadre de programmes étatiques. Avec la crise économique et les

[74] ONU, Département des Affaires économiques et sociales, Division population, Estimations à la mi-année 2005.

[75] TOUPIN, 2002.

[76] La Banque mondiale avance le chiffre total de 160 milliards de dollars de transferts de fonds en 2004, ce qui «surpasse de loin l'aide au développement et représente la plus grande source d'échange extérieur pour certains pays» (<http://web.worldbank.org>).

[77] TOUPIN, 2002.

[78] TOUPIN, 2002.

débuts de l'ère du chômage massif, un «stop migratoire» est prononcé en 1974, ce qui n'a toutefois pas complètement entravé la venue de migrant/es ; la politique de «l'immigration zéro» étant non seulement inefficace, mais concourant à l'accroissement de migrant/es en séjour irrégulier. Dès 1983, un nouveau cycle migratoire s'est imposé avec les demandes renouvelées de regroupement familial et d'asile politique, désormais seuls moyens de séjourner légalement. Depuis 1999, une politique «d'immigration sélective» se fait jour, en réponse aux demandes de main d'œuvre dans certains secteurs, tandis que la figure du «sans papier» est devenue emblématique de la question sociale contemporaine.

Les politiques migratoires nationales des pays membres de l'UE découlent notamment des décisions prises dans le cadre de la construction européenne. Le développement d'un espace économique de libre-échange et de libre circulation des marchandises et de la main d'œuvre est allé de pair, depuis les années 1970, avec la constitution d'un espace de sécurité intérieure ou «espace judiciaire européen». Celui-ci repose sur un ensemble d'accords et d'organes concourant au renforcement de la coopération entre les polices et les services de renseignements nationaux, ainsi qu'à une harmonisation législative et pénale entre les États membres. À ce titre, les Accords Schengen, signés en 1985 et mis en application en 1995, prévoyaient la suppression progressive des contrôles frontaliers en même temps qu'une lutte accrue contre la criminalité transfrontalière. En outre, en 1986, la signature de l'Acte Unique organisait la libre circulation des personnes et des biens, ce qui engageait les Ministres de la Justice et de l'Intérieur des pays membres à contrôler les frontières extérieures de l'UE ainsi que les déplacements de population.

La sécurisation progressive du territoire européen est allée de pair avec un contrôle des flux et une lutte contre diverses «menaces» : la criminalité organisée (trafics de stupéfiants, d'armes et d'êtres humains), les migrations et le terrorisme politique. La chute du mur de Berlin a définitivement permis que se renouvelle et se reconstruise une crainte de la migration, celle d'un imaginaire du danger repris sous le vocable de la «déferlante» ou du «pénil» et associé à la criminalité transfrontalière. La gestion migratoire s'est ainsi opérée sur le registre de la sécurité et du contrôle<sup>[79]</sup>.

[79] En Belgique par exemple, la compétence «migration» ressort au fédéral du Ministre de l'Intérieur, qui a pour autres missions : la sécurité policière et civile, la gestion de crise, l'inscription et l'identification des personnes physiques et les aspects institutionnels et réglementaires de la démocratie. La conjonction de ces compétences est illustrative des liens entre migration, sécurité et démocratie.

[80] Sources : Registre National ; Office des Etrangers ; SPF Économie, PME, Classes moyennes et Énergie - Direction générale Statistique et Information économique, Service Démographie ; PERRIN, 2006.

[81] Les statistiques migratoires belges comptabilisent les entrées d'étrangers munis d'un permis de résidence d'au moins trois mois et de citoyens belges qui reviennent sur le territoire après avoir résidé à l'étranger. Ces statistiques excluent de fait les personnes en séjour illégal, mais également les personnes en court séjour et les personnes qui, bien que séjournant légalement, ne sont pas obligées de s'inscrire (p. ex. les fonctionnaires internationaux). Enfin, depuis 1995, les demandeurs d'asile en cours de procédure ne sont plus inscrits au Registre national (mais dans un registre d'attente). Ces biais entraînent une sous-estimation de la population étrangère.

## IM-MIGRATION EN BELGIQUE<sup>[80]</sup>

À l'instar des flux et des politiques migratoires européens, l'immigration en Belgique a été croissante durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Il s'agissait principalement d'une immigration de travail organisée par l'État en vagues successives (décennies 1930 : Polonais ; 1950 : Italiens ; 1960-1970 : Marocains et Turcs). Suite à l'arrêt officiel de la migration de travail en 1974, le regroupement familial et les demandes d'asile dans les années 1980 et 1990 ont permis à l'immigration légale de continuer. Depuis 1981, le nombre d'étrangers en séjour légal stagne, voire décroît légèrement, pour se maintenir autour de 900.000 individus. Paradoxalement, le nombre d'entrées légales a atteint un niveau historiquement élevé, comparable à celui des années 1950-1960. Alors que de moins de moins d'étrangers quittent la Belgique (p. ex. pour retourner dans leur pays d'origine), cette stabilité s'explique essentiellement par l'acquisition de la nationalité belge, surtout visible parmi les populations marocaines et turques. En somme, c'est le nombre de Belges d'origine étrangère qui augmente.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la population étrangère en Belgique<sup>[81]</sup> comptait 900.473 individus, soit 8,5 % de la population totale recensée sur le territoire. Elle se répartissait également selon les régions (30 % à Bruxelles, 35 % en Flandre et 35 % en Wallonie). En matière d'origines, l'immigration est principalement européenne puisque deux tiers (66 %) des étrangers proviennent de pays membres de l'ancienne UE à quinze (essentiellement : Italie, France, Pays-Bas), résidant généralement pour des séjours de courte durée. Malgré un fort taux de croissance, la migration de ressortissants des nouveaux pays membres de l'UE à vingt-sept reste minime (quelques centaines de personnes par an). Enfin, les ressortissants extra communautaires comptent pour un tiers (28 %) de la population étrangère en Belgique. Quatre groupes nationaux réunissent chacun plus de 10.000 individus, respectivement par ordre décroissant et pourcentage du total des étrangers : les Marocains (9 %), les Turcs (5 %),

les Congolais (1,5 %) et les Etasuniens (1,3 %). Entre 2002 et 2006, les demandes d'asile politique ont diminué (de 18.805 à 11.587) et en 2005, les Russes, les Congolais et les Serbo-Monténégrins étaient les plus nombreux à demander la protection de la Belgique.

Quant aux populations étrangères en séjour irrégulier ou illégal sur le territoire, il est très difficile voire impossible de quantifier ce groupe. Le nombre de personnes en séjour irrégulier interceptées par la police permet cependant de dégager certaines tendances<sup>[82]</sup>. Ainsi qu'en témoigne le tableau suivant, les nationalités non européennes en forte présence dans la population irrégulière ne correspondent pas aux nationalités non européennes des étrangers en situation régulière (à l'exception des Marocains), ce qui permet de dire que « les principaux pays d'immigration légale vers la Belgique n'occasionnent pas une immigration illégale importante proportionnellement à leur immigration légale »<sup>[83]</sup>.

Tableau 4  
**Origines des migrant/es en séjour irrégulier intercepté/es par la police en 2005**

Source : PERRIN, 2006

Région	Principaux pays	%
Europe du Sud-Est	Bulgarie, Pologne, Roumanie, Yougoslavie, Turquie, Albanie, Moldavie	28 %
Afrique du Nord	Algérie, Maroc, Tunisie	22 %
Asie	Inde, Chine, Pakistan	11 %
Proche et Moyen Orient	Iran, Irak, Palestine, Géorgie, Arménie	8 %
Amérique du Sud	Brésil	4 %
Afrique subs.	Congo, Nigeria	3 %
Ex-U.R.S.S.	Russie, Ukraine	3 %

Les données de l'enquête de Médecins du Monde<sup>[84]</sup> pour la Belgique, recueillies auprès d'un échantillon de 202 migrant/es en situation irrégulière recruté/es dans deux programmes de Médecins du Monde (le CASU et une polyclinique) et deux associations partenaires (Zorgwonen et Aide Info Sida), dégagent également des tendances en matière d'origines. Par rapport au tableau précédent, les migrant/es originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine sont nettement plus représenté/es, ce qui s'explique probablement par les modalités du recrutement.

Tableau 5  
**Répartition des migrant/es en séjour irrégulier en Belgique par région d'origine**

Source : CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007

Région	%
Afrique subsaharienne	32 %
Amériques latine et Caraïbes	32 %
Europe hors UE	14,5 %
Maghreb	12 %
Asie	7 %
Proche et Moyen Orient	2,5 %

[82] La prudence est de mise puisque certains groupes nationaux échappent peut-être plus que d'autres au contrôle d'identité et que le coefficient de multiplication entre population illégale interceptée et population illégale totale est non seulement difficile à élaborer mais doit varier au cours du temps, en fonction des flux et de la politique migratoire.

[83] PERRIN, 2006.

[84] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

## CONTEXTE DE LA MIGRATION AFRICAINE

Étant donné la proportion considérable de migrant/es originaires d'Afrique subsaharienne parmi les nouveaux cas de séropositivité en Belgique, il paraît judicieux de se pencher brièvement sur le contexte sociopolitique, économique et sanitaire des pays africains afin de situer et d'affiner la compréhension des motifs et des trajectoires migratoires.

La première conquête européenne de l'Afrique date du XV<sup>e</sup> siècle et s'est accompagnée de l'instauration du commerce triangulaire. Lors de la colonisation au XIX<sup>e</sup> siècle, les «grandes puissances» se sont appropriées et ont modelé le continent selon leurs besoins en matières premières et en main-d'œuvre corvéable. Aujourd'hui, l'Afrique subsaharienne constitue un vaste territoire (47 pays, environ 700 millions d'habitants), situé au sud du Sahel, par opposition à l'Afrique du Nord. Elle est classiquement subdivisée en quatre régions (Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, Afrique australe et Afrique de l'Est). Sur un plan sociohistorique, anthropologique, politique et économique, cette zone a connu et connaît encore des différences significatives entre ses régions, sous-régions, pays et localités. Toutefois, quelques caractéristiques communes permettent d'esquisser le contour des nations africaines d'après guerre.

Suite aux luttes et guerres d'Indépendance des décennies 1950 et 1960, des gouvernements nationalistes se sont hissés à la tête des nouveaux États-Nations, héritant des pouvoirs et des structures coloniaux. Dans un contexte de Guerre Froide, nombre de régimes africains ont été impliqués dans les oppositions Est/Ouest, tandis que prenaient pied des régimes fermés, personnalistes et parfois totalitaires. Ensuite, les années 1980 ont vu débiter, puis s'installer une crise aujourd'hui devenue structurelle, notamment caractérisée par l'affaiblissement généralisé des États et leur subordination aux politiques néolibérales internationales, ainsi que par l'appauvrissement accru des populations et les conflits armés relatifs à l'appropriation des ressources naturelles, généralement médiatisés sous couvert de «guerres ethniques et religieuses». Bien souvent népotiques et pillés par leurs dignitaires, les États africains se sont endettés, ce qui à la fois résulte et produit les conditions d'une sujétion envers les bailleurs de fonds internationaux (Banque mondiale, Fonds monétaire international), dont les programmes d'ajustement structurel (PAS)<sup>[85]</sup> ont contribué à l'appauvrissement général des populations. Malgré les richesses en minerais, forêts, flore, et autres produits dont regorgent les territoires africains et dont témoignent les nombreuses guerres et insécurités liées à leur mainmise, la dépendance vis-à-vis du cours des matières premières n'a pas permis d'enrayer la déprédation des ressources et la dégradation concomitante des conditions de vie.

Sur le plan socioéconomique, l'informalisation croissante de l'économie est allée de pair avec une fonte de la classe moyenne et un accroissement des inégalités entre «riches et pauvres». Un peu partout sur le continent, les salaires des agents de l'administration publique sont régulièrement suspendus, les équipements collectifs ne sont presque plus financés et les secteurs de l'éducation et de la santé se détériorent, en même temps que se développe une offre privée marchande accessible aux seules élites. Les politiques d'«aide» internationale ont participé de ce démantèlement progressif des structures publiques en finançant des projets de développement qui ont contourné et, de la sorte, délégitimé l'administration locale, dont l'inefficacité patente avait été préalablement démontrée. En conséquence, «le système des projets a ainsi abouti à ce qu'une multitude d'enclaves paraétatiques, sous contrôle direct des bailleurs de fonds peu au fait des sociétés locales, assument, dans une sorte de luxe tranquille et insolent, une série dépareillée et non coordonnée de bouts de fonctions de l'État. Des fonctions que ce dernier, au bord de la banqueroute, est de plus en plus incapable de remplir correctement et globalement : éducation, santé, foresterie, petite hydraulique, aménagements agricoles, etc. L'État ne peut ni freiner le phénomène ni le contrôler»<sup>[86]</sup>. Dans ce contexte, le mécanisme d'assurance sociale passe par les réseaux de relations (familiaux, professionnels, religieux ou associatifs). A tous les niveaux d'activité, les faveurs, recommandations et cadeaux font partie d'un «échange généralisé», rendu possible par «l'obligation morale de redistribution»<sup>[87]</sup>. Enfin, les régulations tacites, établies de fait par les pratiques et reconnues de tous, sont parvenues à

[85] Préconisés par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale dans les pays du Sud sur base de la contrainte du remboursement de la dette nationale, les programmes d'ajustement structurel sont des réformes de la politique économique des pays endettés qui conditionnent l'octroi de prêts d'ajustement. Ces programmes ont pour objectifs :

1/ La restauration de l'équilibre budgétaire (p. ex. limiter la baisse du PNB et l'inflation) ;

2/ Le retour à la viabilité économique extérieure du pays (mise en place d'une politique de croissance, amélioration de la compétitivité et intégration dans le commerce international).

Leur mise en œuvre est l'objet d'un «accord négocié» entre le FMI, la BM et les gouvernements locaux. En général, les réformes d'ajustement entraînent une austerité budgétaire (diminution des dépenses publiques), combinée à une privatisation des entreprises publiques (augmentation des recettes par la marchandisation des biens et services publics, p. ex. recouvrement des coûts par l'introduction de frais d'usagers). Ces réformes vont de pair avec un objectif de «bonne gouvernance» (environnement juridique et développement social, p. ex. lutte contre la corruption, droits des investisseurs étrangers) et de diminution de la pauvreté.

[86] OLIVIER DE SARDAN février 2000.

[87] OLIVIER DE SARDAN, février 2000.

supplanter les règlements officiels, inappliqués et inapplicables vu le cadre étatique réduit à peau de chagrin.

Dans la mesure où «aucune des fonctions essentielles d'un Etat n'est véritablement remplie en Afrique, aucun des services qu'un Etat doit rendre aux citoyens n'y est assuré de façon tant soit peu satisfaisante»<sup>[88]</sup>, le secteur de la santé – à l'instar de l'éducation ou de la justice – n'est pas épargné. Celui-ci figurerait parmi les plus représentatifs du «délabrement» contemporain des Etats, de la fracture sociale et du fonctionnement économique informel. «Seuls les privilégiés ont une protection sociale et un accès à un minimum de soins de qualité. La très grande majorité de la population n'a accès qu'à des soins payants et de très mauvaise qualité. La corruption et le favoritisme règlent partout les relations avec les soignants. Cabinets privés et colportage illicite de médicaments prospèrent alors que le service public de santé est dans la plus profonde misère.»<sup>[89]</sup>

Depuis les Indépendances et jusque dans les années 1970-1980, la «modernisation» de la santé publique a constitué un objectif prioritaire des politiques sociales, et les subventions publiques ont permis de former des professionnels, d'équiper les infrastructures et d'assurer un approvisionnement régulier en matériel et en traitements. Les populations fréquentaient les centres médicaux publics et cet accès allait croissant. La réduction drastique du financement public dans le secteur de la santé, exigé par les PAS, a notamment entraîné une baisse, puis une suspension des salaires, ainsi qu'une détérioration des équipements et une irrégularité des arrivages, voire une pénurie de médicaments. S'en est logiquement suivi un exode des personnels de la santé, et plus globalement, une baisse de la qualité des soins. Alors que les revenus des travailleurs diminuaient, les soins publics auparavant gratuits sont devenus payants, et de plus en plus chers, donc de moins en moins accessibles. Sans système efficient de protection sociale redistributive, les populations ont déserté les centres médicaux publics, qui n'étaient d'ailleurs plus en mesure de répondre à leurs besoins.

Le retrait de l'Etat et les réformes d'ajustement ont non seulement entraîné une détérioration du champ de la santé publique, mais ont également créé les conditions d'émergence et de développement de services de santé privés fonctionnant sur une logique de marché. De nombreux acteurs et structures ont vu le jour, en partie constitués d'agents internationaux et locaux (notamment d'anciens employés de la santé publique et d'acteurs dits «traditionnels»). Une médecine à deux vitesses s'est instituée, puisque les membres des classes aisées de la société ont pu opter pour des services thérapeutiques commerciaux, ceux-là même qui captent le gros des investissements extérieurs, tandis que les travailleurs pauvres – dont l'état de santé est le plus soumis à la maladie et à la mort (dénutrition, diminution de l'espérance de vie, mortalité infantile, etc.) – se sont tournés soit vers le système public, soit vers les «tradipraticiens», ou encore vers la médecine religieuse. Les groupes exclus des services de santé de qualité ont également développé des moyens alternatifs pour pallier leurs difficultés, notamment par le recours à l'automédication ou au partage de médicaments, ce qui pose d'immenses problèmes en termes d'efficacité thérapeutique vu l'absence de suivi (pertinence et dosage des médicaments) et les interruptions des traitements (développement de résistances virales).

La problématique du VIH/sida en Afrique s'inscrit dans cette évolution historique de la santé publique et illustre la crise sanitaire contemporaine, marquée notamment par la résurgence de maladies autrefois contrôlées (p. ex. tuberculose, poliomyélite). Les déterminants macroéconomiques (pauvreté, instabilité, guerres) ont généré une explosion de l'épidémie, en même temps qu'une impossibilité à y faire face sur les modes tant préventif que curatif.

[88] OLIVIER DE SARDAN, février 2000.

[89] OLIVIER DE SARDAN, février 2000.

# MIGRANT/ES SÉROPOSITIF/VES ET DROITS SOCIAUX, LA VULNÉRABILITÉ INSTITUTIONNELLE

---

Lors de la reprise de l'épidémie de VIH/sida à la fin années 1990, les Africains ont à nouveau été désignés comme un groupe à risque devant faire l'objet de politiques publiques. En outre, face au risque d'importation du virus, l'entrée en vigueur d'un droit des étrangers reposant sur la santé a entraîné une série de « mises en garde vis-à-vis de l'augmentation (réelle ou supposée) du nombre de ressortissants d'Afrique subsaharienne parmi les personnes vivant avec le VIH »<sup>[90]</sup>. Au supposé péril migratoire s'est ainsi ajouté un péril vénérien, ouvrant le spectre de la « migration thérapeutique ». À l'instar des vulnérabilités symbolique et culturelle développées précédemment, les mêmes lignes de force traversent l'analyse des dispositifs migratoires eu égard au traitement de l'altérité en contexte de panique épidémiologique.

## SITUATION SOCIALE ET ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANT/ES EN EUROPE

De manière générale, les étrangers et les immigrés constituent un groupe social souffrant de discriminations et de disparités dans l'accès aux soins de santé. En outre, ces personnes sont surreprésentées parmi les populations précaires<sup>[91]</sup>, l'égalité des droits ne comblant pas forcément « l'ensemble des disparités qui caractérisent leur condition sociale »<sup>[92]</sup>. La problématique de la « santé immigrée » doit ainsi être pensée sous l'angle de la précarité, celle-ci induisant une double contrainte puisque les populations pauvres vivent le plus souvent dans des conditions néfastes à leur santé (p. ex. logement, alimentation) et sont relativement exclues des soins de santé (coût, mobilité). La précarité et le traitement inégal des migrant/es revêtent en outre un enjeu *spécifique* eu égard au statut de séjour duquel découle une série de restrictions des droits sociaux, civils et économiques. Les politiques migratoires contemporaines des pays européens exercent notamment leurs effets répressifs sur le plan de l'accès aux soins, à la sécurité sociale et aux revenus du travail.

Les migrant/es en situation irrégulière et précaire sont ici particulièrement vulnérables puisqu'ils conjuguent le plus souvent des conditions de vie difficiles, des besoins de santé importants et un accès restreint à la couverture médicale. En ce qui concerne par exemple les primoarrivants, le Centre pour l'Égalité des chances<sup>[93]</sup> souligne qu'aux difficultés liées à la précarité (telles que la formation professionnelle inadaptée ou la difficulté à trouver un logement), s'ajoutent les obstacles propres à la migration (comme la non maîtrise de la langue ou la méconnaissance des institutions) et à la clandestinité (peur des autorités publiques, dépendance à l'égard d'employeurs ou de bailleurs « peu scrupuleux »).

Les situations sociales et de santé des migrant/es en séjour irrégulier sont difficiles à mettre au jour étant donné la clandestinité dans laquelle ils se trouvent. Toutefois, une récente enquête réalisée par l'Observatoire européen de Médecins du Monde<sup>[94]</sup> sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière dans sept pays, fait état de tendances fortes. Sur base d'un échantillon non-représentatif de 835 personnes résidant sans titre de séjour valable depuis en moyenne deux ans, le logement, les revenus et la santé ont été repris comme indicateurs de la situation de précarité. Un peu moins de la moitié des migrant/es questionné/es déclarent bénéficier d'un logement fixe, 40 % estiment que leur hébergement est précaire (chez la famille, les amis, dans un squat ou un foyer) et 11 % disent n'avoir aucun lieu de résidence. Les hommes sont plus souvent sans logement que les femmes (18 % contre 4 %), et ces dernières vivent plus souvent en couple (23 % contre 12 %) et/ou avec leurs enfants (30 % contre 20 %). Trois quarts (73 %) des personnes qui vivent seules sont aussi sans logement. Parmi les obstacles dans l'accès au logement, l'équipe de Médecins du Monde recense principalement : le manque de ressources financières (faibles ou irrégulières) ; le non droit au logement social ; les discriminations et les pratiques abusives

[90] THEVENIN, 2002.

[91] MUSSO, 2003.

[92] FASSIN, 2005.

[93] Centre pour l'Égalité des chances, <http://www.diversiteit.be>

[94] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

des bailleurs ; la faiblesse des réseaux sociaux et la peur de la dénonciation. La situation de logement n'est pas sans impact sur la santé étant donné les problèmes de «précarité de l'hébergement chez des proches, de surpeuplement contraint ou (...) d'équipement et d'hygiène», ainsi que le fait de vivre dans des «zones de relégation»<sup>[95]</sup>.

En matière d'emploi, près de la moitié des migrant/es questionné/es exercent une activité rémunérée (39 % en Belgique), sans différence significative entre hommes et femmes. Pour ce qui a trait aux revenus, les données manquantes sont importantes puisque seuls 56 % des migrant/es ont répondu à cette question (le taux de non réponse atteint 83 % en Belgique). Malgré cette lacune, le revenu moyen déclaré est de 205 Euros par unité de consommation<sup>[96]</sup>. Un cinquième des interviewés déclare ne bénéficier d'aucun revenu, et la moitié déclare un revenu mensuel inférieur à 145 Euros par unité de consommation. Ces personnes vivent ainsi sous le seuil de pauvreté.

Enfin, en ce qui concerne leur état de santé général, 20 % estiment que celui-ci est mauvais ou très mauvais. Parmi les 60 % de migrant/es qui déclarent avoir eu un problème de santé, trois quarts des personnes ont consulté un intervenant et 20 % n'ont consulté personne. Les recours à un médecin généraliste ou à un dentiste sont largement prédominants, tandis que la déclaration de consultation auprès d'un tradipraticien est tout à fait minoritaire, ce qui pose question quant à une éventuelle sous-déclaration. Le faible pourcentage de consultation auprès des pairs laisse supposer que le recours aux ressources puisées dans le tissu communautaire est peut-être plus faible qu'on ne l'imagine généralement.

Tableau 6  
**Types de recours des migrant/es en séjour irrégulier  
lors du dernier problème de santé**

Source : CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

N'a consulté personne	19,5 %
A consulté un médecin ou un dentiste	76 %
A consulté un infirmier	1,2 %
A consulté un praticien traditionnel	0,4 %
A consulté un voisin, ami, famille	3,9 %
A téléphoné à un médecin au pays	0,8 %
A consulté un médecin au pays	1 %

N= 517

Plusieurs réponses possibles

Au plan européen, les principes de non-discrimination, d'égalité de droits et du droit à la santé sont inscrits dans la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que dans la Charte sociale européenne. Cependant, les législations nationales sont plus ou moins restrictives, et «les programmes nationaux de soins de santé font fréquemment une discrimination à l'encontre des migrants temporaires (...), des demandeurs d'asile et de ceux (...) dépourvus d'autorisation de séjour»<sup>[97]</sup>. Inversement, certains pays, dont la Belgique, l'Italie et la France, garantissent en théorie un accès gratuit aux soins de santé pour les migrant/es en séjour irrégulier.

Toutefois, toujours selon l'enquête européenne de Médecins du Monde, alors qu'en théorie, 78 % des migrant/es interrogé/es pouvaient bénéficier d'une couverture médicale dans le pays où ils séjournaient, seul un quart des migrant/es «sans papiers» rencontrés en a effectivement joui. La plupart se passent de soins ou consultent le service des urgences hospitalières sans suivi ultérieur. En outre, lors de leur dernière demande de soins, 11 % des personnes ont essayé un refus de prise en charge des professionnels de la santé (15 % en Belgique). En pratique donc, l'accès effectif aux soins et à la couverture soins de santé est limité, et aux conditions de vie précaires induisant des risques de santé, se

[95] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007, p. 19.

[96] Le premier adulte compte pour une unité, les adultes suivants pour 0,7 et les enfants pour 0,5.

[97] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007, p. 7.

conjugue un accès restreint aux soins. L'équipe de Médecins du Monde distingue plusieurs types de pays selon le rapport entre accès théorique et accès effectif aux soins de santé.

1. Les pays où les droits théoriques à une couverture médicale des migrant/es irrégulier/ères sont garantis, mais où en pratique seule une minorité de personnes concernées en bénéficie (Belgique, France).
2. Les pays où les droits théoriques à une couverture médicale des migrant/es irrégulier/ères sont garantis, mais où en pratique au maximum la moitié de ceux-ci en bénéficie (Italie, Espagne, Portugal).
3. Les pays où les droits théoriques sont restrictifs (Royaume Uni).
4. Les pays où les droits théoriques sont restrictifs et l'accès effectif très restreint (Grèce).

Dans cette typologie, la Belgique, avec un accès théorique garanti à tous les migrant/es irrégulier/ères et un accès effectif de 13 %, fait donc partie du premier groupe de pays. En sus des restrictions liées au statut de séjour, Médecins du Monde relève plusieurs obstacles à l'accès aux soins :

- Les migrant/es en séjour irrégulier ne sont pas informé/es de leurs droits et ignorent où se faire soigner.
- Les migrant/es ne font pas valoir leurs droits et/ou ne se font pas accompagner dans cette démarche.
- Les procédures administratives sont trop lourdes.
- Les soins sont trop chers.
- Les migrant/es craignent une dénonciation et/ou une discrimination.
- Les difficultés linguistiques et culturelles, ainsi que la réticence de certains professionnels vis-à-vis de cette population constituent des entraves supplémentaires.

Les migrant/es qui dans les faits ne bénéficient pas d'une couverture santé alors qu'ils y ont droit se présentent sous trois profils type selon des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : soit des personnes âgées (plus de 55 ans), soit des personnes sans domicile, soit enfin des primoarrivants ou des personnes qui ont récemment perdu leur droit de séjour. Par rapport à cette troisième catégorie, Médecins du Monde souligne que «les principaux obstacles à l'accès aux soins évoluent au fil des années passées sans autorisation de séjour dans le pays d'accueil. Lors des premiers temps, ces obstacles renvoient surtout à des questions de logement, d'inadaptation des horaires de travail des médecins, de couverture maladie, à la peur d'être dénoncé aux autorités ou encore à une méconnaissance quant aux lieux où les personnes peuvent se faire soigner. Les différences culturelles ne sont pas citées comme des obstacles en tant que tels lors des premiers mois de l'émigration... Ce ne serait qu'après plusieurs années passées dans le pays d'accueil (...), que la barrière culturelle serait vécue comme un obstacle dans l'accès aux soins. On soulignera que les obstacles financiers (coût des traitements et des consultations) perdurent au fil des années passées dans le pays d'accueil.»<sup>[98]</sup>

## TITRE DE SÉJOUR ET COUVERTURE SOCIALE EN BELGIQUE

Chacun des statuts de séjour fixés par la loi<sup>[99]</sup>, aux différentes étapes de leur procédure, est assorti d'un accès plus ou moins restrictif aux droits sociaux (allocations sociales), économiques (permis de travail) et sanitaires (couverture santé). Au plan institutionnel, depuis la dernière réforme de la loi, toute demande de séjour est examinée conjointement et selon des compétences spécifiques par l'Office des étrangers (en charge de la réception de la demande) et le Commissariat général aux réfugiés et apatrides (en charge de statuer sur la demande), deux organes attachés au Ministère de l'Intérieur. Les recours en cas de désaccord avec leurs décisions s'effectuent dorénavant devant le Conseil du contentieux des étrangers (dont les décisions peuvent être cassées le cas échéant par le Conseil d'Etat).

[98] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007, p. 59.

[99] Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (dernière réforme en date du 1<sup>er</sup> juin 2007).

La *demande d'asile* compte parmi les procédures les plus fréquemment introduites par les migrant/es. Elle consiste dans la reconnaissance de la qualité de réfugié pour tout étranger qui demande à être protégé par la Belgique en raison des persécutions encourues dans son pays «du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques (selon la Convention de Genève, 1951).

- Pour les demandes introduites avant la réforme de la procédure d'asile (1<sup>er</sup> juin 2007), l'ancienne procédure reste d'actualité. Dans ce cas, lors de l'introduction de la demande («phase de recevabilité»), les candidats peuvent uniquement prétendre à une aide matérielle (hébergement dans un centre d'accueil). Ils n'ont pas droit à une aide financière du CPAS, ne peuvent pas travailler et n'ont pas accès à la couverture santé de base. Durant la deuxième phase de la procédure («l'examen quant au fond»), les candidats réfugiés doivent chercher eux-mêmes un logement, ils bénéficient d'un permis de travail, perçoivent éventuellement une aide financière du CPAS dont ils dépendent et ont accès à une couverture médicale.
- La réforme de la procédure d'asile a supprimé la distinction entre les phases de recevabilité et de fond. Désormais, pendant toute la durée de la procédure, les candidats réfugiés n'ont plus accès qu'à une aide matérielle (hébergement dans un centre communautaire géré par FedAsil les quatre premiers mois, puis dans une structure individuelle gérée par un CPAS), en ce compris les frais médicaux et pharmaceutiques.
- En outre, depuis le 10 octobre 2006, la demande d'asile a été dédoublée de la demande de *protection subsidiaire* accordant le cas échéant un séjour temporaire. Celle-ci est destinée aux étrangers qui ne répondent pas aux conditions prévues par la convention de Genève et qui ne peuvent donc pas être considérés comme des réfugiés, mais «pour lesquels il y a lieu de croire qu'ils courent un risque réel d'être exposés à la peine de mort ou à une exécution, à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou à des menaces graves contre leur vie ou leur personne, en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé interne ou international».

Si la demande d'asile est acceptée, le demandeur obtient le statut de réfugié (carte de séjour à durée illimitée) et peut obtenir le droit au revenu d'intégration sociale. Si la demande d'asile est refusée mais la protection subsidiaire acceptée, l'étranger bénéficie d'une carte de séjour d'une durée d'un an renouvelable (après 5 ans, son séjour devient illimité) et peut obtenir l'aide financière du CPAS. Enfin, si la demande d'asile est rejetée et que la personne déboutée séjourne illégalement sur le territoire, elle peut uniquement bénéficier de l'aide médicale urgente (AMU) du CPAS.

Par ailleurs, plusieurs statuts de séjour sont directement en lien avec l'état de santé du demandeur et sont régulièrement demandés par des «migrant/es malades».

- Le *visa médical*, d'une durée de trois mois, doit être demandé depuis le pays d'origine et a pour objet l'accès aux soins médicaux en Belgique. Il n'est assorti d'aucun droit, ni d'aucune prise en charge sociale ou financière.
- Le *sursis de courte durée* au départ est une prolongation temporaire (trois mois) d'un titre de séjour (p. ex. visa touristique) ou d'un ordre de quitter le territoire (OQT) pour les étrangers qui ne peuvent pas quitter la Belgique en raison d'une brève maladie ou d'une grossesse. Cette prolongation n'ouvre toutefois pas les droits à une assurance maladie ou à un emploi officiel. Les frais médicaux sont pris en charge soit par le centre d'accueil, soit pas le CPAS.
- Enfin, la *régularisation pour raison de santé* – sur base de l'article 9<sup>ter</sup> de la loi du 15 décembre 1980 – est une procédure visant les étrangers souffrant «d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour (leur) vie et (leur) intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain et dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans (leur) pays d'origine ou dans le pays où (ils) séjournent». Le dossier de demande

doit notamment contenir un certificat médical et d'autres renseignements utiles relatifs à la maladie. Lors de l'examen du dossier, les demandeurs peuvent être convoqués par le médecin-conseil de l'Office des étrangers dans le cas où le volet médical du dossier n'est pas suffisamment établi. Des informations manquantes, des informations déjà invoquées dans d'autres procédures ou des informations qui auraient dû être mentionnées lors de procédures antérieures entraînent l'irrecevabilité de la demande.

À l'introduction de la demande, le migrant/e pourra être pris/e en charge par un centre d'accueil et s'il vit par ses propres moyens, il ne pourra demander l'aide du CPAS qu'en cas de force majeure. Si la demande est jugée recevable, le migrant/e recevra une attestation d'immatriculation et n'aura pas droit à une assurance santé ni à un emploi, par contre il pourra prétendre à une aide financière et médicale du CPAS. Dans le cas d'une décision positive quant au fond du dossier, le migrant/e se verra attribuer une carte de séjour d'une durée d'un an, laquelle pourra être prolongée annuellement si le migrant/e satisfait encore aux conditions d'octroi de ce statut. La carte de séjour ouvrira le bénéficiaire des droits à l'assurance maladie, à l'aide sociale et à un permis de travail. Après cinq années de séjour temporaire sous statut médical, le migrant/e pourra prétendre à un titre de séjour définitif sans devoir satisfaire à aucune condition médicale.

Dans les expériences concrètes des «migrant/es malades», les récentes politiques de régularisation basées sur l'état de santé font émerger le paradoxe entre un accès théorique et parfois effectif, aux soins de santé et des conditions de vie précaires défavorables à l'état de santé. Plus avant, ainsi que l'écrit Didier FASSIN, ces politiques témoignent du fait que «l'étranger a obtenu, sous la condition d'être atteint d'une pathologie grave, une reconnaissance qui lui était contestée dans tous les autres registres de l'activité sociale. Cette reconnaissance conférée par la maladie débouche ainsi sur une forme de biocitoyenneté qui relève au fond, d'une politique de la "vie nue". L'étranger se voit reconnaître un droit de cité parce qu'il est menacé dans son existence biologique»<sup>[100]</sup>. En quelque sorte, seul le corps du migrant/e s'est vu octroyer le droit de séjourner sur le territoire, son corps malade dont le corps social souhaiterait se prémunir et qu'il s'agit de préserver *in extremis* de la mort par un sursis à durée déterminée et détaché de toute autre forme d'inscription.

Les étrangers séjournant illégalement sur le territoire belge et dont l'absence de titre de séjour valable ne donne accès à aucun droit, pouvaient auparavant bénéficier de l'aide sociale octroyée par les centres publics d'action sociale (CPAS). En effet, lors de sa publication, la loi organique (L.O.) du 8 juillet 1976 des CPAS ne prévoyait aucune disposition relative aux étrangers en séjour illégal, qui par une interprétation extensive du texte pouvaient bénéficier de l'aide sociale au même titre que les Belges et les étrangers en séjour régulier. Depuis les années 1980, la L.O. a connu plusieurs modifications en vue de réduire les dépenses, et en l'occurrence, de restreindre l'aide sociale accordée aux personnes en séjour illégal d'abord à l'aide médicale et matérielle nécessaire à leur subsistance, ensuite dans les années 1990, à une aide strictement destinée à leur permettre de quitter le pays. En 1996, une troisième modification de la L.O.<sup>[101]</sup> voit le jour et la mission des CPAS vis-à-vis des étrangers se limite désormais à l'octroi de l'aide médicale urgente (AMU)<sup>[102]</sup>. Depuis cette date, un étranger en séjour illégal ne peut donc plus prétendre à une aide sociale «générale».

L'AMU est une aide à caractère médical dont l'urgence est attestée par un certificat médical fourni par un médecin ou un dentiste agréé par l'INAMI. Cette aide peut être tant préventive que curative (elle ne se limite pas aux cas d'urgence médicale et vise précisément à éviter les situations de crise) et peut être administrée tant en ambulatoire que dans un établissement de soins. Enfin, depuis 2003, l'AMU doit également permettre d'assurer la continuité des soins en cas de maladie contagieuse reconnue par les autorités compétentes et à laquelle répond une politique de santé publique. S'adressant aux migrant/es «sans papiers» ayant des ressources insuffisantes (critère d'indigence), le CPAS via l'AMU prend totalement en charge les soins répertoriés par la Sécurité Sociale.

En pratique, la personne, munie d'un certificat d'aide médicale urgente préalablement fourni par un médecin ou un dentiste, doit introduire une demande de

[100] FASSIN, 2005.

[101] Article 57 §2 de la loi du 15.07.1996 modifiant la loi du 15.12.1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et la L.O. du 08.07.1976 des CPAS.

[102] L'AMU à proprement parler est définie par l'Arrêté royal du 12.12.1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les CPAS aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume (modifié par l'A.R. du 13.01.2003).

prise en charge médicale auprès du CPAS de la commune où elle réside habituellement. Après vérifications de la résidence, de l'état de besoin et du statut de séjour, le CPAS pourra octroyer une prise en charge. Au moyen du réquisitoire ou de la carte médicale délivrée par le CPAS, la personne pourra consulter gratuitement un prestataire de soins, lequel sera ultérieurement remboursé par le CPAS. Dans le cas où la personne se rend directement à la garde d'un hôpital ou reçoit des soins en urgence par un dispensateur et si la demande d'AMU est introduite au moment de l'hospitalisation ou de la prestation, le CPAS compétent sera celui de la commune de l'hôpital ou du dispensateur. Si ces conditions ne sont pas remplies, le CPAS de résidence reste alors compétent.

Depuis sa mise en œuvre, l'AMU a fait l'objet de plusieurs critiques issues de la pratique, pointant les limites et difficultés d'un accès effectif et complet des migrant/es aux soins de santé :

1. Les migrant/es en séjour illégal sont généralement méfiants vis-à-vis des dispositifs institutionnels et administratifs et ne mettent donc pas en œuvre de démarche préventive ou curative.
2. Etant donné que le CPAS effectue à la fois une mission d'aide et de contrôle (vérification des critères d'octroi, dont le statut de séjour), une crainte subsiste quant à la garantie de confidentialité (transfert d'informations entre le Ministère de la Santé publique et le Ministère de l'Intérieur), alors que celle-ci est prévue par la loi.
3. L'octroi de l'AMU s'effectue sur des critères variables en fonction de chaque CPAS (instance communale).
4. De nombreux conflits de compétences ont lieu entre les CPAS du lieu de résidence et du lieu de prestation des soins, en raison d'interprétations multiples de la loi et des circulaires y afférant ; en conséquence les usagers sont renvoyés d'administration en administration.
5. Certains CPAS ont établi des conventions avec des hôpitaux (notamment le réseau IRIS en région bruxelloise) et privilégient le remboursement des prestations de ceux-ci, faisant pression sur les patients pour s'y rendre.
6. Les intervenants sociaux hésitent parfois quant à la définition de «l'urgence».
7. Concernant le VIH/sida, entamer une thérapie ARV pour une personne qui risque d'être expulsée est délicat en raison des conséquences d'une interruption du traitement.

## **MIGRANT/ES SÉROPOSITIF/ES ET SOINS DE SANTÉ**

Pour clôturer ce chapitre sur la santé des migrant/es, nous présentons ici quelques résultats d'enquête spécifiquement relatifs au VIH/sida parmi les Africains subsahariens.

En Belgique, l'Observatoire coordonne depuis 2005 le processus des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/sida en Communauté française de Belgique (SCSS), avec l'appui méthodologique du Service d'Information en Promotion et Education à la Santé<sup>[103]</sup>. Le public cible des «personnes migrantes», pour lequel la prévalence et l'incidence du VIH sont élevées, y est caractérisé par une hétérogénéité tant sur le plan des origines nationales et culturelles, que des trajectoires de migration et des statuts de séjour. En matière de VIH/sida, les SCSS mettent en évidence que ce public :

- Souffre d'un accès difficile aux droits élémentaires : aide sociale, logement et *a fortiori* santé.
- Cumule diverses vulnérabilités, notamment celle de la double stigmatisation : discrimination des porteurs du virus – particulièrement au sein des communautés de vie – et racisme vis-à-vis des étrangers dans la population générale.
- Maîtrise insuffisamment les moyens de prévention et de dépistage.

[103] MARTENS & PARENT, décembre 2006.

Les résultats des SCSS soulignent également les limites du dispositif de santé et plus particulièrement en ce qui concerne le rapport interculturel entre patient et soignant. Enfin, la formulation des objectifs spécifiques pour ce public insiste sur la prise en considération de la dimension du genre.

Pour l'Europe, les données de l'Observatoire de Médecins du Monde<sup>[104]</sup> font voir que le VIH est le problème de santé le plus souvent cité par les migrant/es en séjour irrégulier, ce qui correspond à 7 % de la population totale d'enquête répartie dans sept pays. Par ailleurs, 48 personnes sur 835 – dont 30 en Belgique – vivent avec le VIH, soit 5,7 % des migrant/es de l'échantillon. Cette forte prévalence s'explique en partie par un biais de recrutement (une partie de l'enquête en Belgique s'est déroulée dans des centres qui s'adressent aux étrangers vivant avec le VIH/sida). Dans le reste de l'échantillon, la prévalence est de 2,3 %, ce qui reste élevé puisque la prévalence dans la population générale est largement inférieure à 1 %. Cependant, la prévalence varie selon l'origine des patients et elle atteint 14 % parmi les migrant/es d'Afrique subsaharienne. Les 35 Africains subsahariens vivant avec le VIH sont principalement originaires du Cameroun (9 personnes), du Rwanda (7) et de la RDC (5).

Tableau 7  
**Taux de prévalence au VIH des migrant/es en séjour irrégulier en Europe selon l'origine**

Source : CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

Origine	Afrique subsaharienne	Maghreb	Asie	Océanie et Amériques	Europe non UE
<b>Taux de prévalence</b>	14,2 %	3,6 %	3,1 %	1,5 %	1,1 %

Dans les sept pays étudiés par les équipes de Médecins du Monde, les migrant/es ont en théorie gratuitement accès au dépistage et au traitement (sauf au Royaume-Uni). En Belgique, le dépistage VIH et les traitements ARV sont totalement pris en charge par l'aide médicale urgente. En pratique toutefois, plus de 50 % des enquêtés ignorent qu'ils ont accès au dépistage, plus de 60 % ignorent où se faire dépister et plus de 60 % ignorent qu'ils ont accès au traitement gratuit. La confiance et la confidentialité n'apparaissent toutefois pas comme des obstacles. Parmi ceux qui ont fait le dépistage, tous ont eu connaissance du résultat, sauf une personne. Enfin, cinq personnes déclarent avoir été dépistées à leur insu.

En ce qui concerne l'accès aux soins, «les personnes infectées par le VIH bénéficient plus souvent d'une couverture santé que les autres (93,8 % contre 76 %) et la quasi-totalité (93,8 %) a consulté un médecin pour sa maladie»<sup>[105]</sup>. Au moins 60 % des personnes vivant avec le VIH prennent un traitement ARV. Les raisons invoquées par les personnes de l'enquête ne prenant pas un tel traitement sont les difficultés à l'observance et un refus de la mise sous traitement.

L'enquête ANRS Retard, menée en France en 2003-2004 auprès de 267 patients, dont deux tiers nés à l'étranger, avait pour objectif d'éclairer du point de vue des patients, les conditions de vie et les univers relationnels des personnes séropositives en accès tardif aux soins<sup>[106]</sup>.

Dans l'échantillon, trois quarts (77 %) des personnes nouvellement diagnostiquées VIH+ au stade sida n'avaient pas bénéficié d'un traitement ARV préalable au développement de la maladie (dans 2/3 des cas, les personnes ignoraient leur séropositivité et dans 1/3 des cas, elles savaient leur séropositivité mais n'avaient pas été traitées). Paradoxalement, 94 % des personnes dépistées au VIH avaient pris contact avec un médecin endéans les 3 mois. Observant donc que l'accès tardif aux soins découle d'un accès tardif au dépistage, les chercheurs ont posé l'hypothèse que «le recours aux soins, dans le cadre du sida, dépend de la possibilité pour l'individu de se reconnaître comme preneur de risques» mais aussi

[104] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007.

[105] CHAUVIN, PARIZOT, DROUOT, SIMONNOT & TOMASINO, 2007, p. 55.

[106] L'accès tardif au système de soins est défini par les auteurs de l'enquête comme un moment clinique qui ne permet pas au patient de bénéficier de façon optimale des réponses thérapeutiques disponibles. Ce moment est mesuré médicalement par le nombre de lymphocytes T4 dans le sang (inférieur à 350/mm3).

«de sa capacité à recourir au système de santé»<sup>[107]</sup>. La (non) reconnaissance de soi comme preneur de risques et la (non) mobilisation des ressources de santé ont été postulées comme un effet du contexte social, en raison de variables socioéconomiques (revenus, logement, catégorie socioprofessionnelle), relationnelles (types de réseaux et attribution de confiance) et individuelles (perception subjective du contexte social).

Parmi les patients en accès tardif aux soins, deux groupes émergent clairement de la population d'enquête, constituant au total la moitié de l'échantillon. Ces profils sont à l'image des «deux épidémies» en cours en Europe de l'Ouest (voir le chapitre épidémiologique).

- Un premier groupe est formé de femmes originaires d'Afrique subsaharienne, de moins de 35 ans et en situation précaire (peu ou pas de qualifications, faible insertion professionnelle). Le plus souvent, elles ignorent comment elles ont été contaminées. Dans leurs cas, l'accès tardif aux soins résulte principalement de la précarité socioéconomique et de l'absence de réseau social soutenant, ainsi que de la crainte d'une stigmatisation. Le dépistage et l'annonce s'effectuent le plus souvent dans le cadre d'un recours hospitalier pour un autre motif (grossesse, maladie).
- Un second groupe est composé d'hommes nés en France, âgés de plus de 35 ans et socialement bien insérés (formation supérieure, situation professionnelle favorable). Plus de la moitié ont été contaminés par voie homosexuelle lors des premiers temps de la diffusion du sida. Chez eux également, l'accès tardif aux soins est tributaire de leur condition socioéconomique puisqu'ils perçoivent la séropositivité comme une maladie chronique et croient en l'efficacité des thérapies, ce qui participe en somme d'une «banalisation» du VIH/sida. Le dépistage de la séropositivité résulte d'une démarche volontaire lors de la phase symptomatique.

Parmi les 140 personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne, ce qui correspond à 83 % des femmes et 30 % des hommes de l'échantillon, les indicateurs de précarité socioéconomique révèlent des données très claires. En effet, 30 % des migrant/es africain/es ne sont titulaires d'aucun diplôme, 74 % des femmes sont sans emploi (53 % des hommes) et les trois quarts déclarent des revenus mensuels inférieurs à 1000 Euros et 61 % ne vivent pas dans leur propre logement. Sur le plan relationnel, les personnes sont insérées soit dans de petits réseaux relationnels (moins de 5 personnes), soit dans de grands réseaux (plus de 20 personnes). 60 % des personnes font confiance à leur entourage, toutefois elles nourrissent peu d'attentes de soutien dans des situations difficiles.

Pour ces personnes, le VIH/sida est apparu le plus souvent après la migration, et ceci concerne principalement les anciens migrant/es puisque «les personnes arrivées moins de deux ans avant l'enquête (38 %), c'est-à-dire en 2002 ou après, connaissent leur séropositivité soit avant l'arrivée, soit l'année de l'arrivée, alors que dans une migration plus ancienne, la connaissance de la séropositivité est postérieure à la migration»<sup>[108]</sup>. La tardivité du dépistage parmi les Subsahariens s'explique par deux séries de facteurs :

- socioéconomiques : un usage inégal du système de soins découlant d'une position sociale défavorisée (niveau d'études, activité professionnelle, niveau des revenus) ;
- relationnels : l'information sur le VIH est peu disponible et peu diffusée au sein de l'entourage, ce qui témoigne du secret et du stigmate entourant le sida. Les personnes diagnostiquées font d'ailleurs très peu part de leur maladie à l'entourage.

[107] CALVEZ, FIERRO, LAPORTE & SEMAILLE, janvier 2006, p. 3.

[108] CALVEZ, FIERRO, LAPORTE & SEMAILLE, janvier 2006, p. 14.

[109] L'estimation amplifiée de risques non avérés «concerne l'estimation de risques de transmission par la salive, par une piqûre de moustique, lors d'une hospitalisation dans le même service qu'une personne contaminée, etc.» (CALVEZ, FIERRO, LAPORTE & SEMAILLE, janvier 2006, p. 23).

La précarité et l'absence de connaissances et de communication exercent un poids déterminant sur le dépistage tardif, mais aussi sur les prises de risque. Peu informées, les personnes entretiennent une perception de la contagiosité du VIH reposant sur une estimation amplifiée de risques non avérés<sup>[109]</sup>, ce qui va de pair avec une perception de risques généralisés. Les situations d'exposition ne sont pas perçues avec précision et les personnes ont donc très peu d'emprise sur celles-ci. La plupart ignorent d'ailleurs le moment et le contexte de leur contamination. En conséquence de cette non identification de risques réels, les personnes n'ont pas recours au test de dépistage de leur propre initiative.

Cette seconde partie du rapport rend compte de l'analyse de contenu de douze entretiens biographiques menés dans le courant de l'année 2006 avec des migrants/es originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en Communauté française de Belgique (Bruxelles et Charleroi). La première section fera état de la «vie au pays», tandis que la seconde exposera les trajectoires sociales depuis «l'arrivée en Belgique». Avant cela, un point est consacré au dispositif méthodologique (recueil et analyse des données).

## DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE

---

Afin de répondre à la question de départ relative aux vulnérabilités des migrant/es vivant avec le VIH, et de satisfaire en même temps à la volonté de placer les protagonistes au cœur du processus de recherche, la méthode des récits de vie a été privilégiée en tant qu'elle donne accès à (la narration de) l'histoire objective et subjective des personnes. Menés avec les sujets de l'expérience pratique, les entretiens biographiques permettent ainsi d'appréhender les situations sociales «de l'intérieur».

Le recrutement de «migrant/es vivant avec le VIH originaires d'Afrique subsaharienne» n'a pas fait l'objet d'une méthodologie d'échantillonnage statistique, et aucun critère d'inclusion supplémentaire n'a été préétabli (concernant p. ex. l'âge, le sexe, le statut de séjour, etc.). Outre la difficulté à atteindre le public cible de la recherche, ce bas seuil visait à favoriser la diversité des profils et des trajectoires afin de repérer les éléments communs significatifs de logiques et processus sociaux globaux<sup>[110]</sup>. La non-représentativité de l'échantillon qualitatif sera ainsi compensée par les mécanismes de l'analyse de contenu.

La rencontre effective avec les migrant/es a été rendue possible par l'intermédiaire de professionnels des secteurs associatif et médical. Certains intervenants ont décliné la demande, arguant soit du secret professionnel, soit de la crainte de répercussions pour les personnes concernées (p. ex. en cas de rupture de confidentialité), soit enfin parce qu'ils ne cernaient pas l'utilité sociale et politique d'une telle recherche étant donné l'urgence et la gravité des situations concrètes des personnes. Toutefois, plusieurs organismes ont répondu favorablement et ont permis de rencontrer des témoins privilégiés. Cette intermédiation introduit néanmoins quelques biais :

- Les professionnels ont sélectionné certains profils qu'ils jugeaient représentatifs de la situation de vulnérabilité des migrant/es séropositif/ves ;
- Les professionnels ont également privilégié des profils présentant certains problèmes particuliers (avancement de la procédure de séjour, avancement de la maladie, désir d'enfant, solitude, engagement associatif, importance de la religion) ;
- On peut supposer que les profils des personnes fréquentant un organisme de prévention et d'accompagnement et/ou un centre médical présentent des trajectoires et des situations différentes comparativement au public non capté par ces dispositifs.

[110] En cours de recrutement toutefois, vu le nombre important d'hommes rencontrés, nous avons veillé à privilégier l'inclusion de femmes.

Plusieurs migrant/es séropositif/ves référés par les professionnels ont également refusé une demande d'entretien, soit en raison d'une trop grande fatigue, soit par peur des conséquences d'un tel témoignage (méfiance face à la rupture du secret médical). La réalisation d'entretiens avec des migrant/es vivant avec le VIH renvoie donc aux conditions d'énonciation de leur parole. D'une part, certains d'entre eux séjournent illégalement sur le territoire belge, ce qui est de nature à induire soit une forme de censure («ne pas dire ce qui ne doit pas se savoir»), soit un discours d'hyper légitimation («être ici pour de bonnes raisons»). Les migrant/es sont en effet régulièrement confronté/es, dans leurs rapports avec les dispositifs d'aide et de contrôle, au devoir de se raconter et se justifier. Ils sont progressivement amenés à «sur-construire» ou à reconstruire une version dicible et légitime de leur vécu, en adéquation avec ce qu'ils estiment attendu d'eux. D'autre part, le fait de vivre avec le VIH, vu la charge de secret, de tabou et de stigmatisme, peut également induire une méfiance vis-à-vis du chercheur (à nouveau, peur de la rupture de confidentialité) et entraîner à son tour une retenue dans la parole. Les effets de la conjonction entre VIH et migration sont ainsi déjà visibles dans le processus même de recueil de la parole. En ce qui concerne la confidentialité et l'anonymat des personnes rencontrées, nous avons veillé à ce que le mode de compte-rendu des entretiens ne laisse pas apparaître de noms, de dates précises, de lieux reconnaissables ou tout autre élément permettant d'identifier les protagonistes.

L'échantillon est composé de six hommes et de six femmes, âgés de 26 à 55 ans, avec une plus grande occurrence des trentenaires et quinquagénaires.

- Neuf migrant/es proviennent d'Afrique centrale (trois femmes congolaises, deux hommes rwandais, trois femmes et un homme burundais).
- Trois hommes sont respectivement originaires du Djibouti, du Niger et de Côte d'Ivoire.

Ces migrant/es ont quitté leur lieu de vie dans les décennies 1990 (trois personnes) et 2000 (neuf personnes), alors qu'ils étaient âgés de 26 à 51 ans. Leur durée de séjour sur le territoire belge lors de l'entretien variait donc de deux à quatorze ans. Au moment de l'enquête, huit personnes avaient été régularisées sur la base soit :

- du mariage (1 personne) ;
- de la demande d'asile (2) ;
- de la demande de séjour pour raison médicale (4) ;
- de la naturalisation (1)

Les quatre autres migrant/es étaient encore en cours de procédure de leur demande d'asile ou de régularisation pour raison médicale.

L'analyse de contenu des récits visait non seulement à dégager une série d'enseignements empiriques issus des pratiques et des vécus, mais également à tirer des indices permettant de nourrir et de consolider les concepts et les hypothèses de la recherche, et *in fine*, de construire un modèle d'interprétation qui mette à jour des rapports et des processus sociaux. L'analyse des trajectoires en tant que telles, sans objet social qui les circonscrive par avance, est rendue impossible de par leur diversité. Ce n'est donc pas tant la trajectoire que la situation vécue par les protagonistes qui nous intéresse puisque «c'est la situation elle-même qui leur est commune. Cette situation est sociale, dans la mesure où elle engendre des contraintes et des logiques d'action qui présentent bien des points communs, où elle est perçue à travers des schèmes collectifs, où elle est éventuellement traitée par une même institution»<sup>[111]</sup>.

Afin précisément de généraliser les trajectoires singulières, la démarche d'analyse est inductive et comparative. Chaque récit a fait l'objet d'une reconstitution factuelle et chronologique des étapes du parcours de vie et des bifurcations significatives, ainsi que d'une analyse compréhensive des attributions de sens opérées par les sujets. Ensuite, ces cas particuliers ont été mis en rapport et ont fait émerger une série de thématiques. Très concrètement, les trajectoires ont été séquencées en «temps de la maladie» et «temps de la

[111] BERTAUX, 1997, p. 15.

migration». Bien qu'il adopte en apparence une logique linéaire du temps qui ne rendrait pas compte des aléas existentiels, ce séquençage a toutefois permis d'ordonner les récits selon un schéma comparable. Ces temps ont été identifiés dans chaque trajectoire, puis articulés afin de cerner les déterminations réciproques de la maladie et de la migration.

Figure 7

**Temps de la migration et de la maladie dans les trajectoires**

<b>Temps de la migration</b>	<b>Origine</b> Conditions et modes de vie au pays	<b>Départ</b> Contexte et motifs de la migration	<b>Transit</b> Moyens et déroulement du voyage	<b>Arrivée</b> La première année en Belgique	<b>«Intégration»</b> Les années suivantes en Belgique
<b>Déterminations réciproques</b>					
<b>Temps de la maladie</b>	<b>Exposition et capacité</b> Contexte de contamination et moyens de prévention		<b>Dépistage et annonce</b> Contexte et motifs du dépistage Actions et réactions suite à l'annonce		<b>Accès aux soins</b> Modalités d'accès et de maintien d'un traitement et d'un suivi thérapeutique

## RÉSUMÉ INDIVIDUEL DES TRAJECTOIRES

---

**Madame A.**, d'origine congolaise, est âgée de plus de 50 ans. Elle a travaillé en tant qu'employée administrative pour plusieurs sociétés en Afrique et en Europe et est divorcée de feu son ex-mari, mort du sida. Elle aurait contracté le VIH avant son divorce à la fin des années 1970. Lorsqu'elle a appris sa séropositivité à la fin des années 1980 au Congo, lors d'un examen de routine, elle n'y a pas cru vu qu'elle était plutôt dans «un vide sexuel» depuis la séparation. Suite à ce diagnostic, Madame A. a continué à vivre en Afrique et est restée sans traitement pendant plusieurs années. Au début des années 1990, son état de santé s'est détérioré et elle a commencé à prendre de l'AZT, traitement qu'elle interrompra. A la mi-1990, vu son état de santé critique dans un contexte de guerre civile, Madame A. a fui son pays et est arrivée en Belgique au moyen d'un visa de santé. Durant la phase de transit, elle s'est trouvée proche de la mort. Un mois après son arrivée, elle a été hospitalisée et en est sortie partiellement paralysée. Elle a également reçu un autre traitement pour le VIH/sida. Dans l'incapacité de payer les soins, l'assistante sociale du Centre de Référence Sida l'a aidée à régler divers problèmes liés à la couverture maladie et au titre de séjour. Madame A. est également active dans la prévention du VIH/sida et a demandé la naturalisation.

**Madame B.** a près de 40 ans, elle est Congolaise et est issue d'une famille aisée. Au Congo, elle travaillait dans le secteur privé. Mère de plusieurs enfants, son mari est décédé du sida à la fin des années 1990. Avant de s'y installer, Madame B. connaissait déjà la Belgique puisqu'elle y séjournait lors des vacances. Suite aux changements politiques survenus dans le paysage congolais, et vu leur état de santé, toute la famille a quitté le Congo à la fin des années 1990. Lors de cette migration, parents et enfants ont transité par un autre pays d'Afrique, puis par un pays d'Europe. Madame B. avait précédemment découvert sa séropositivité en Europe à la mi-1990 lors d'un accouchement. En Belgique depuis le début des années 2000, Madame B. n'a de papiers de séjour que depuis deux ans et vit de ressources propres, de l'aide sociale et de la mutuelle (accès au traitement). Elle est active dans la prévention du VIH/sida

**Madame C.** a 50 ans. Elle est Congolaise et mère de plusieurs adolescents. Enseignante de formation, elle gagnait bien sa vie au pays. Au début des années 1990, vu le contexte politique et économique, et son état de santé, Madame C. est venue en Belgique pour se faire soigner. Apprenant sa séropositivité, elle a décidé de ne plus retourner en Afrique et de rester en Belgique. Elle a entamé une procédure de demande d'asile et pendant trois ans, elle a connu l'attente (séjour temporaire de trois mois en trois mois). Finalement, elle a obtenu le statut de réfugié. Entre-temps, elle s'est remariée. Madame C. a suivi une formation et cherche actuellement du travail. Elle vit des revenus de son mari qui intervient également dans les frais liés à son traitement. Mais elle doit subvenir seule aux besoins de sa famille restée au pays. C'est pourquoi elle travaille au noir. Elle est active dans la prévention du VIH/sida.

**Madame D.** a passé la quarantaine et vient du Burundi. Veuve de feu son mari mort du sida au début des années 1990, elle est mère de plusieurs adolescents. Elle a appris sa séropositivité au Burundi à la fin des années 1980, lorsqu'elle était enceinte de son deuxième enfant et qu'elle travaillait dans la fonction publique. Trois années plus tard, elle a commencé un traitement à ses propres frais. Au début des années 2000, ayant essayé tous les traitements disponibles au pays, sa santé s'est dégradée et elle a décidé de venir en Belgique pour se faire soigner. Elle a demandé l'asile politique et a été régularisée après trois années d'attente.

**Madame E.** est proche de la cinquantaine et est originaire du Burundi. Veuve, elle est mère de plusieurs enfants. Les raisons de la migration sont politiques (guerre) ainsi que sanitaires. Elle ne savait pas en Afrique qu'elle avait le VIH/sida. En arrivant en Belgique au début des années 2000, elle a été hospitalisée dans un état très critique et y a appris sa séropositivité. Elle s'est sentie très seule et déprimée vu son état de santé, la mort de son mari et la séparation avec ses enfants. Elle ne connaissait personne et n'avait aucune famille. Elle a très rapidement demandé l'asile politique et a obtenu le statut de réfugié une année plus tard.

**Madame F.** est âgée de plus de 30 ans. Elle vient du Burundi où son mari a été tué au début des années 2000. La raison de la migration est politique. Elle est arrivée en Belgique quelques mois après le décès de son conjoint et a introduit une demande d'asile. Actuellement en phase de recevabilité, elle bénéficie d'un titre de séjour temporaire (trois mois renouvelable). En arrivant, elle a été hébergée pendant six mois dans un centre d'accueil. C'est là qu'elle a appris sa séropositivité. Elle ne sait ni quand ni comment elle a été contaminée. Elle pose l'hypothèse que c'est soit par son mari, soit par un soldat (relations non volontaires). Elle garde des contacts irréguliers avec sa famille. Elle ne connaît pas beaucoup de monde ici. Elle a accès au CPAS.

**Monsieur K.** est âgé de plus de 50 ans. Il vient du Burundi où il travaillait dans la fonction publique. Monsieur K. connaît sa séropositivité depuis le début des années 1990. Selon lui, il a été contaminé chez le dentiste. Étant donné le manque d'accès aux soins, le coût économique de la maladie et l'aggravation des symptômes, il s'est décidé à migrer au début des années 2000. Il a rejoint sa femme qui avait migré une année plus tôt avec leurs enfants pour des raisons de santé. Son travail lui ayant permis d'acquérir quelques ressources, il a en outre vendu ses biens pour financer son projet migratoire. Il est arrivé en Belgique avec un visa de 20 jours, s'est rendu à l'hôpital et le double diagnostic de VIH/sida et d'hépatite C l'a obligé à renoncer à son travail et à son projet de retour au pays. En Belgique, sa femme et lui n'ont pas de travail et émargent au CPAS, dont les allocations sont suspendues par intermittence. Depuis leur régularisation, ils sont tous les deux demandeurs d'emploi. En ce qui le concerne, il cherche du travail mais le marché de l'emploi et son état de santé lui laissent peu d'espoir.

**Monsieur L.** a la cinquantaine. Il est Rwandais. Il a été réfugié toute sa vie. Il a vécu au Rwanda, au Burundi, au Congo. Il a trois enfants de trois femmes différentes avec lesquelles il n'a jamais été marié. La guerre au Rwanda a commencé en 1990. Il y a participé en «sensibilisant les jeunes à partir au front». Il a ainsi fait partie de l'armée de libération des Tutsis qui a «délivré» le Rwanda en 1994. Au début des années 2000, il a découvert sa séropositivité suite à divers problèmes de santé. Vu la difficulté à se faire soigner au Rwanda, il est reparti au Burundi où il a commencé un traitement AZT. Moins d'une année plus tard, il a migré en Belgique grâce à la prise en charge d'un membre de sa famille. Depuis son arrivée en Belgique, son statut reste extrêmement précaire. Il passe de prolongation de trois mois en trois mois, parfois six mois. Actuellement, il vient de recevoir un dernier renouvellement pour six mois, mais sous la contrainte qu'il se mette en ordre avec les conditions imposées par l'Office des étrangers, c'est-à-dire de ne dépendre ni du CPAS ni de la Mutuelle.

**Monsieur O.** est âgé de 50 ans. Il est Rwandais, «intellectuel» et ancien enseignant. Suite aux événements et persécutions de 1994, il s'est réfugié au sud du Rwanda, puis au Congo, enfin au Kenya. Il y est resté de nombreuses années avant de migrer en Belgique au début des années 2000, à l'aide d'un passeur. Concernant la migration, les raisons politiques, de santé et économiques se combinent. Concernant le VIH/sida, il a été dépisté au Kenya alors qu'il s'était rendu dans une petite clinique. Il ne sait ni quand ni comment il a été contaminé. Il pense que cela a dû se passer au début des années 1990 lorsqu'il a hébergé un membre de la famille qui avait le VIH/sida. À son arrivée en Belgique, il a introduit une demande d'asile pour raison politique et a «reçu sa recevabilité». En Belgique, il a suivi diverses formations. Il a obtenu des allocations du CPAS dès son arrivée. Il n'a pas encore trouvé de travail.

**Monsieur P.** a la trentaine. Il vient du Djibouti. À peine diplômé de ses études, il a été mobilisé dans l'armée pendant toute la durée du conflit. Au début des années 2000, il a migré pour raison de santé car il ne pouvait ni se faire suivre correctement, ni payer les médicaments nécessaires. Sa demande d'asile en Belgique a été refusée et il est parti aux Pays-Bas. Il y a été hospitalisé et y a appris qu'il était infecté par le VIH/sida. Il ne sait pas comment il a été contaminé et il se demande si c'est de naissance. Après une année aux Pays-Bas, il a été reconduit en Belgique par les autorités néerlandaises vu le Règlement de Dublin (comme il a introduit une première demande d'asile en Belgique, c'est là que son dossier doit être traité). Arrivé sur le territoire belge, on lui a délivré un ordre de quitter le territoire dans les cinq jours. Il s'est rendu dans un centre médical où il a été informé des possibilités de recours en introduisant une demande de régularisation pour raison médicale. Il a été récemment régularisé sur cette base. Actuellement, il a accès à un titre de séjour limité (une année) lequel ne lui donne pas accès au marché de l'emploi. Il vit dans une chambre et émerge au CPAS.

**Monsieur R.** a la vingtaine et vient du Niger où il déclare avoir été esclave. Il aurait fui son maître et rencontré une dame dont le frère l'aurait aidé à migrer en Belgique (passeur) au début des années 2000. Arrivé en Belgique, cet homme l'aurait laissé seul. Un «passant» l'aurait alors envoyé à l'Office des étrangers. Il a séjourné dans un centre pour réfugiés pendant trois mois. Lorsqu'il est sorti, il a dû être hospitalisé et a appris sa séropositivité. Selon lui, il a été contaminé en Afrique en ayant des relations sexuelles. Il a reçu une réponse négative de recevabilité à sa demande d'asile. Son avocat a déjà introduit trois recours en demandant une régularisation pour raison médicale. Actuellement, il est en phase de recevabilité, son statut est précaire et il craint très fort d'être débouté. Il a eu accès à un logement et a également trouvé du travail. Il travaille de nuit comme technicien. Il a commencé des cours d'alphabetisation, mais il a dû arrêter vu son état de santé.

**Monsieur T.** a la trentaine. Il vient de Côte d'Ivoire. Il a migré dans un contexte de guerre et pour des raisons économiques. Il est arrivé sur le territoire belge au début des années 2000 et a décidé d'entreprendre une formation avant de rentrer au pays. Il a rapidement appris sa séropositivité à l'hôpital. Il ne sait ni quand ni comment il a été contaminé. Il pose l'hypothèse que c'est arrivé lors d'une agression ou par des relations sexuelles. Suite au diagnostic, il a changé son projet de retour au pays. Après huit mois de repli sur lui-même, il a introduit une demande de régularisation pour raison médicale. Sa situation n'étant toujours pas réglée à ce jour, il est dans l'attente administrative. Son titre de séjour l'empêche d'avoir accès à la formation, au travail, au logement, à l'aide sociale. Actuellement, il bénéficie de l'aide médicale urgente mais n'a aucun revenu.

## VIE AU PAYS, VIH ET MIGRATION

---

Dans leur pays d'origine, le mode de vie de vie des personnes rencontrées était à la fois construit par les relations familiales et professionnelles et déconstruit par la dégradation de la situation politique et économique, enfin parfois détruit par l'arrivée de la guerre. Questionné/es sur les modalités de leur exposition et de leur infection au VIH dans ce contexte, les migrant/es déclarent le plus souvent «ne pas savoir» comment ils ont été contaminés. Néanmoins, tous se livrent à une interprétation causale et à une attribution de sens *a posteriori* sur la transmission du virus, livrant par là des indices témoignant de l'histoire des peuples, révélant les rapports sociosexuels de genre et décrivant un ensemble d'éléments participant de la place et de la représentation du VIH/sida en Afrique.

### TRAVAIL, FAMILLE, GUERRE

Au pays, la vie quotidienne des personnes rencontrées s'organisait principalement autour du travail et de la famille. Cinq personnes exerçaient une activité d'indépendant, tandis que cinq autres avaient poursuivi des études supérieures et travaillaient comme salariés, pour certains dans la fonction publique, venant grossir les rangs de la «classe moyenne africaine». Parmi les femmes particulièrement, seule une d'entre elles n'exerçait aucune activité professionnelle, tandis que pour les cinq autres, le travail occupait une place centrale, garant de leur indépendance matérielle et symbolique. Plusieurs travailleurs ont été touchés par les crises secouant leur pays depuis les années 1980 et dont les conséquences ont été visibles dans les nombreuses faillites d'entreprises, la suspension des salaires des fonctionnaires et l'informalisation généralisée des économies locales. Par ailleurs, une personne originaire d'une région réputée pour la subsistance de ce type de pratiques, a fait état de son statut d'esclave agricole.

Toutes les femmes se sont mariées et ont enfanté, deux d'entre elles occupant une position d'épouse au sein d'un régime polygame. Alors qu'elles laissent entendre que leur époux entretenait des relations extramaritales – sur un ton d'évidence naturelle, comme «un bon Africain, un bon vivant» ainsi que l'exprime Madame B. – les femmes n'évoquent jamais leur vie sexuelle ni au sein du couple, ni éventuellement en dehors de celui-ci. Parmi les hommes, trois se sont mariés et tous sauf un, ont eu des enfants. Ils n'abordent pas plus les questions de polygamie ou d'extraconjugalité, et ne sont pas plus prolives sur le sujet sexuel, à l'exception de Monsieur L., dont le récit de vie abonde de descriptions détaillées et apporte quelque éclairage plus général. Monsieur L. ne s'est jamais marié ni même «fixé» avec une femme, mais il a entretenu plusieurs relations longues et «fidèles», desquelles sont issus plusieurs enfants. *A posteriori*, il exprime une certaine amertume quant au désir d'un projet familial plus conventionnel.

«Une famille, j'aurais voulu avoir une famille... Toutes les femmes que j'ai eues, c'étaient des femmes d'autrui... La première, c'était une femme célibataire qui a continué sa vie de célibataire, elle a eu d'autres enfants, mais elle avait fait un garçon avec moi, tandis que l'autre c'était une femme dont le mari était là. Il voulait faire avorter la femme, mais la femme n'a pas voulu parce qu'elle m'aimait beaucoup.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Cet extrait nous informe par défaut que des femmes mariées entretiennent des relations extraconjugales. Ce qui tient du bon sens sociologique n'apparaît toutefois dans aucun des récits féminins, et cette question n'a donc pas pu être explorée plus à fond.

Interrompant violemment des vies investies autour de la famille et du travail, la guerre ou des épisodes de grande insécurité politique et militaire traversent les récits de presque toutes les personnes interviewées. La Région des Grands Lacs (Congo, Rwanda, Burundi)

d'où sont issu/es neuf migrant/es est une poudrière depuis les années 1990. Conflits «ethniques», massacres, pillages, viols de guerre, et autres atrocités ont été le lot quotidien des populations de cette région. Le reste de l'Afrique n'a pas été épargné. Au Djibouti, une guerre civile a ébranlé le pays entre 1991 et 1994, et la pacification est entrée dans sa phase finale en 2001. En Côte d'Ivoire, un conflit armé débuté en 2002-2003, se poursuit à «basse intensité» jusqu'à ce jour. Dans l'ensemble, les guerres ont non seulement concouru au chaos politique des Etats, mais encore, elles ont «tout fait perdre» à certains, et ont décimé bien des familles et réseaux sociaux.

«J'avais mon atelier chez moi. Donc à la guerre, tout a été volé, toutes mes machines, plus rien. Comme on dit, on ne peut rien changer à ça. (...) Mais avec la guerre, tout est arrivé, tout est fini, je n'avais plus rien.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

«J'étais dégoûté. J'ai perdu beaucoup d'amis quoi. Beaucoup d'amis, des amis d'enfance, des amis du quartier, je voyais des blessés et des morts. Je suis rentré dans l'armée pour apprendre quelque chose, travailler pour mon métier. Après je deviens quelqu'un comme, ambulancier quoi. Pour ramasser les cadavres comme ça, tu vois ? Après j'ai dit : "Il faut changer ça." Chaque fois, tu vois les cadavres, des cadavres, des cadavres. Non non non non non. C'est pour ça que j'ai démissionné.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Plusieurs hommes interviewés ont été actifs à la guerre, soit du côté des groupes rebelles armés, soit parce qu'ils ont été mobilisés par le gouvernement. Certaines femmes témoignent que l'engagement de leur mari au maquis a non seulement déstructuré leur couple – le conflit «ethnique» traversant les familles mixtes, par exemple Hutu/Tutsi – mais a en outre connu une issue chaque fois fatale puisque les époux partis au combat sont tous décédés, au terme de déchirements et de ruptures familiales importantes.

## **TRANSMISSION SOCIALE ET TRAITEMENT MÉDICAL EN CONTEXTE DE CRISE**

### **Modes et moments de la contamination**

Toutes les personnes rencontrées ont vraisemblablement été infectées en Afrique, que ce soit dans leur contexte de vie au pays d'origine ou au cours d'un exode dans un pays voisin. Il n'est toutefois pas évident d'obtenir des informations concrètes sur les contextes d'exposition au VIH puisque à la question : «Savez-vous comment vous avez été contaminé/e ?», toutes les personnes répondent par la négative. Dès lors qu'ils ignorent comment ils ont été infectés, certains choisissent de ne rien en dire, de ne pas se prononcer, ce qui participe du silence entourant le VIH. Face à la massivité de cette non-réponse, il est rapidement nécessaire de s'interroger sur les conditions d'énonciation d'une telle parole. Autrement dit, le «Je ne sais pas» témoigne-t-il d'un «Je ne veux pas que tu saches» ? Et dans ce cas, qui serait le «tu» ? Le dispositif méthodologique produit-il un *effacement* en raison d'un manque de proximité<sup>[112]</sup> avec l'interviewer ? Ou faut-il interpréter ce résultat comme un *évitement*, sorte de réflexe d'«autocensure de survie» lié à la situation de séjour précaire d'une partie des interviewés ? En effet, au moins une personne fera part – à un tout autre moment de l'entretien – de sa volonté que l'Office des étrangers n'apprenne pas sa séropositivité. Bien que les garanties de confidentialité aient été assurées aux interlocuteurs, celles-ci ne suffisent probablement pas à provoquer l'expression d'une parole dégagée d'enjeux institutionnels. Sans réponse univoque face à ces interrogations sur la supposée abstention des interviewés, sans donc complètement neutraliser ce biais, quelques pistes d'interprétation suffisantes apparaissent toutefois dans les entretiens.

D'aucuns identifient et explicitent une ou plusieurs situations à risque, mais ignorent ce qui s'est véritablement passé, tandis que d'autres ne s'expliquent pas du tout ce qui est arrivé

[112] Notons que les entretiens révèlent par ailleurs une matière sensible et dense. Malgré le biais inhérent au dispositif, il apparaît que les personnes ont «joué le jeu» et que les conditions d'un relatif dévoilement de soi aient été réunies.

puisqu'ils déclarent que leur activité sexuelle était «stable» au sein du mariage. Enfin, une personne témoigne de l'impossibilité de remonter le fil de ses aventures tant sa vie sexuelle a été «abondante». Le «Je ne sais pas» se dédouble et se renforce ici d'un «Je ne peux pas savoir».

«Vraiment, je ne sais pas. Je sais que j'ai fait des rapports avec une femme.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«Tu dis : "Est-ce que c'est parti de moi ? Ou bien moi, je l'ai eu de qui ?" Tu ne sais pas parce que c'est pas... Tu ne sais pas savoir ça. Tu l'as eu de qui ? Et lui, il l'a eu de qui ? Tu ne sais pas remonter le chemin, non, tu ne sais pas. Et lui, et lui, et lui ? Finalement, tu te dis : "Merde..."»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

La contamination inexplicquée et inexplicable renvoie au thème de l'*ignorance* et révèle en même temps, une non perception des risques avérés ou à tout le moins le fait qu'aucune stratégie de s'en prémunir n'était élaborée, découlant aux dires de certains de la faiblesse des politiques de prévention.

«Moi, par exemple, j'ai été contaminée parce que la prévention n'existait pas. Il n'y avait personne qui pouvait nous prévenir.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Le deuxième énoncé associé à la contamination est celui du refus de chercher à savoir ce qui s'est passé. Trois femmes expliquent qu'elles ne souhaitent pas préciser le comment de la contamination, non seulement – comme indiqué précédemment – parce qu'il est difficile de le savoir, mais surtout parce que c'est en évitant de ressasser le passé qu'elles trouvent une relative sérénité. Le «Je ne veux pas savoir» n'est ainsi pas gratuit, en ce qu'il participe d'une économie psychique et relationnelle révélatrice des contextes de contamination.

«Je ne me suis jamais posé de questions, je me dis que ça ne sert à rien. Tant que les enfants se portent bien, le reste... Sinon, on va commencer à faire des calculs, à faire des choses, à haïr carrément l'autre, et ça ne me ressemble pas et ça ne m'intéressait pas. (...) Pour éviter, en fait, plein de choses. Sinon, ça te détruit plus qu'autre chose : à vouloir fouiller, fouiller, fouiller, et puis après ? Tu es déjà malade, et puis tu assumes, c'est tout.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Cette démarche leur apparaît d'autant plus inutile que celui qui les a probablement contaminées (leur mari) ne le «savait pas» et qu'en conséquence, «on ne peut pas lui en vouloir». L'extrait suivant témoigne en outre d'une perception plutôt positive de l'extra-conjugalité du mari. Enfin, la mort de celui-ci rend caduque toute velléité : il n'y a ni plus ni coupable à accuser, ni procès à instruire.

«Moi je pense que c'est mon mari, mais je ne... Ça ne m'a jamais préoccupé parce que je me disais... Même l'autre, s'il savait qu'il allait y trouver la mort, il n'aurait pas été ! C'est parce que... Peut-être il a eu cette malchance, peut-être, si c'est vraiment par voie sexuelle ou quoi, il a eu cette malchance en se disant, en pensant qu'il allait s'amuser ou quoi. Ça ne sert à rien d'en vouloir à l'autre.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Le «Je ne sais pas», dédoublé du «Je ne veux pas savoir» viendrait pointer, pour le gommer, le contexte de vie au sein duquel la contamination a eu lieu. Souffrances de la guerre, du deuil, du couple, autant de douleurs d'une vie passée que les personnes chercheraient à effacer de leur mémoire. S'affranchir de l'épineuse question de la contamination leur permettrait d'effectuer le «travail d'acceptation» relatif à la maladie. Apparaît alors la figure du *non-dit*, au sens de ce qui «reste caché dans le discours»<sup>[113]</sup>, de ce qui doit rester enfoui dans l'histoire personnelle et ne plus (jamais) être re-dit.

[113] Le Petit Robert, 2003.

Au-delà du silence, de l'ignorance et du non-dit, toutes les personnes interviewées se livrent néanmoins à d'hypothétiques reconstructions de ce qui a pu se passer. Confrontant les scénarios vraisemblables, elles relatent parfois des descriptions très précises, révélant un besoin d'arrêter le temps sur l'immense et angoissante incertitude entourant la contamination. Le mécanisme d'imputation puise dans la mémoire les situations potentiellement à risque, incarnées par le souvenir des personnes fréquentées et dont la séropositivité s'est avérée, le plus souvent après leur décès. Dans ce processus d'attribution de sens, la dimension de genre n'est pas sans importance puisque unanimement, les femmes relatent une contamination par voie hétérosexuelle et pour la plupart, elles incluent l'hypothèse d'un mari volage finalement décédé du sida.

«Sa première épouse était morte du sida, ça je ne le savais pas. Et parmi les enfants de la première épouse, il y en a un qui est malade. (...) Donc avec tout ça, on peut savoir finalement d'où ça vient. Mais je préfère ne pas me poser des questions dessus, sincèrement ça ne me dit rien.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Alors que toutes les autres attribuent leur contamination à l'activité des hommes, seule une femme fait part de sa propre vie sexuelle. Elle restera néanmoins très réservée sur cette question. Evoquant «un moment de distraction», Madame C. laisse entendre qu'une relation sexuelle «par égarement», «par mégarde», ou «par amusement» constitue en quelque sorte un plaisir fugace et éphémère qui se paie cher.

«Et pour un moment de distraction, comme ça, voilà c'est comme ça que c'est arrivé.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Quant aux hommes, ils avancent relativement moins souvent une contamination par voie sexuelle (seuls deux hommes non mariés en font part), et invoquent une contamination par voie sanguine – notamment parmi les hommes mariés décrivant une vie sexuelle «stable». Dans ce cas, ils pensent avoir été contaminés chez le dentiste ou en touchant le sang d'une personne séropositive.

«Moi, je soupçonnais, je soupçonnais qu'à un certain moment.. C'est possible oui. Euh... J'ai pensé qu'il doit y avoir une contamination à partir d'un autre élément extérieur. Pourquoi ? Parce que c'était après mon mariage, et il y avait une connaissance, une femme dont la famille est de ma femme qui était malade. (...) Et donc on a dû toucher son sang, et son... Et tout, et tout. On ne savait absolument rien. Mais par après, quand j'ai appris qu'on peut facilement contracter le VIH en touchant ne fût-ce que le sang etc. etc. J'ai dit que ça devait être une des possibilités. Donc c'est une possibilité que je soupçonne (...)»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Un seul homme explique sa contamination par une hypothétique transmission materno-fœtale.

«Et bien, ça, je sais pas, j'ai pas cherché ! Parce qu'à mon avis, c'est une chose qu'est pas (à) chercher quoi. Je ne sais pas si je suis né avec... Cette année, j'ai suivi à l'hôpital St Pierre une séance de formation, j'entendais que cette maladie, ça existait depuis '59 quoi. Je ne sais pas, voilà, si je suis né en '70 avec cette maladie-là je ne sais pas.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

L'introduction du paramètre de genre laisse ainsi transparaître que les femmes, en mettant en avant des modes de contamination sexuelle au sein du mariage et sans faire part de leur propre activité sexuelle, font porter aux hommes la «responsabilité» de véhiculer le sida de par leurs relations extraconjugales, toutefois perçue comme légitimes, «normales». De l'autre côté, les hommes ne mettent pas plus en avant leur sexualité et évoquent des modes de transmission par voie sanguine. En somme, personne ne fait part de ses propres actes. «Dire

le sida» mettrait-il au jour, sous une lampe gégène, des pratiques connues de tous mais vécues tacitement, voire ne devant pas être énoncées ?

Par rapport au contexte de guerre, alors qu'une femme évoque très brièvement une contamination liée à un viol, un homme relate un épisode de bagarre au cours duquel il aurait été poignardé – par un couteau contaminant – tandis qu'un autre fait part d'une rumeur quant à la propagation du VIH à des fins d'épuration ethnique.

«Maintenant il y a des témoignages très probants qu'une des techniques que le FPR (Front patriotique rwandais) a utilisé pour éliminer certaines personnes, on cible par exemple une région de dire : "Voilà, les intellectuels sont a, b, c, d." On s'arrangeait pour... Il y avait beaucoup de Tutsis qui travaillaient presque... C'étaient presque les sœurs ou infirmières qui... C'était presque la totale de chez nous. (...) Et c'est maintenant par après que nous avons appris qu'il y en avait quelques-unes parmi elles qui avaient accepté de le faire. Elles avaient accepté d'injecter le sida à toutes les femmes qui se font... qui passent pour la consultation prénatale. Et comme ça on est sûr qu'on va éliminer pas seulement la femme mais son mari. Et on élimine aussi le reste. Et beaucoup de gens ont été contaminés par ce moyen.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Cet extrait permet d'entrevoir une dimension importante du problème social posé par le sida en Afrique. Les effets du VIH seraient comparables à ceux d'une guerre, dans la mesure où tous deux tuent massivement et causent des dégâts sur au moins une génération. Dans le même ordre d'idée, Monsieur L. aborde le lien entre sida et conflit en situant la survenance et la propagation du sida en Afrique dans l'histoire des nations africaines, celle des guerres de décolonisation d'hier, et «ethniques» d'aujourd'hui, ainsi que des exodes qui s'en sont suivis. Monsieur L. se qualifie de «vagabond sexuel», ce qui s'inscrit plus globalement dans son histoire de vie passée entre plusieurs pays en conflit depuis les conflits d'Indépendance rwandaise en 1959. Jamais «chez lui», sans identité nationale propre, sa vie sexuelle a suivi le gré de ses pérégrinations professionnelles et des événements politiques et militaires de la région des Grands Lacs.

«J'ai erré comme je vous ai dit, d'année en année et de pays en pays, j'étais un vagabond sexuel. Ce qu'on appelle un vagabond sexuel.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Dans cette trajectoire, Monsieur L. situe hypothétiquement sa contamination à l'époque du retour des exilés rwandais au pays (1994).

«Alors sur le sida. Qu'est-ce qui fait qu'on a connu cette plaie ? Pourquoi il y a tant de sida dans nos pays ? Au lieu d'accuser de n'importe quoi, parlons de... C'est lié à notre histoire. En '59, cette guerre. Les uns sont partis au Burundi, d'autres sont en Tanzanie, les autres en Ouganda, les autres au Congo. Vous comprenez ? Éparpillés un peu dans toute l'Afrique. Et puis, subitement, tous ces gens se mettent ensemble pour libérer leur pays. (...) Toi tu viens du Burundi, un autre vient du Congo, et un autre vient de... Et tout le monde rentre au pays... Là tu oublies tout. Tous ces gens-là rentraient. Et alors là... Et ils viennent avec tout ce qu'ils avaient pris de l'autre côté, avec leurs coutumes d'Ouganda, leur coutume de Tanzanie, leur coutume de la Zambie, du Congo... Leur sida aussi... Parce que l'Ouganda... L'Ouganda a été pratiquement, a été vraiment... À certains moments, il y a eu des villages entiers décimés par le sida. La plus grande propagation qu'il y a eu dans la région des grands lacs, c'est parti d'Ouganda. Mais maintenant, c'est... C'est partout.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Monsieur L. décrit le retour au pays comme un moment de retrouvailles identitaires festives qui ont été l'occasion de rapports sexuels multiples, «orgiaques» dit-il.

«J'étais une bombe sexuelle. J'ai eu beaucoup de succès. Les femmes ne se refusaient pas à un homme. A cette époque-là, on dirait que vraiment c'était un remerciement... Elles nous remerciaient d'avoir libéré le pays, d'être de nouveau unis. Et alors là, pour... Pour te témoigner de ces retrouvailles, elles se donnaient»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

L'expression «bombe sexuelle» interpelle à plus d'un titre eu égard à la problématique du sida en contexte de violences et de conflits. En effet, celle-ci peut se comprendre au moins de deux manières. En tant qu'arme de guerre, elle fait référence à l'usage du viol sur les femmes des groupes ennemis. Mais on peut également penser à la «bombe à retardement», puisque le sexe à l'ère du sida tue non pas aujourd'hui, mais demain, et exerce ses effets dévastateurs sur les générations suivantes.

## **Terreur et déni, le stigmate de la maladie**

Plusieurs obstacles quant à la capacité de se prémunir de la contamination émergent des entretiens. D'une part, les personnes ne se sont jamais senties concernées par le VIH avant l'annonce du diagnostic, ce qui va de pair avec l'absence d'une quelconque attitude de prévention. Les personnes rencontrées renvoient au fait que peu de campagnes de prévention semblent avoir été organisées et qu'une information de qualité relative au VIH/sida n'était pas disponible. Le sida est resté dans les mémoires sous l'image d'une maladie provoquant une mort totale, foudroyante et inévitable. La peur de cet événement terrible a manifestement entraîné une mise à distance («le sida, on n'y croit pas, ça n'existe pas, ça ne m'arrivera pas»). La prise de conscience est souvent survenue trop tard, lorsque les personnes ont vu des membres de leur entourage décéder du sida.

«Et d'ailleurs, on ne savait même pas ce que c'était. Parce que la première fois qu'on en a entendu parler, c'était en '84. Avant ça, rien du tout. On disait qu'il y avait une maladie qui tue les gens... dont on n'a pas encore trouvé de médicaments... Tu te dis : "Ça, ça, c'est pas pour moi..." Jusqu'au jour où tu te sens un peu aussi concerné... parce que tu as vu quelqu'un de chez toi partir.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Dans les entretiens, le VIH/sida apparaît d'abord sous la figure de la mort (implicitement associée à la sexualité), du tabou et du stigmate. Plusieurs personnes décrivent les campagnes de prévention menées en Afrique dans les années 1980. Celles-ci ont entretenu une image de véritable terreur, puisque l'association prédominante était qu'avoir le sida, c'était mourir tout de suite. La panique sociale et morale a mené au déni et à une perception généralisée des risques, d'autant plus que l'information véhiculée n'était pas précise, au sens biomédical.

«C'étaient vraiment les années (décennie 1980) où le sida a été tabou. Ou même les médecins avaient peur d'en parler, ou ils essayent de trouver autre chose.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Au début, quand on a commencé à parler de la maladie, on a stigmatisé parce que ça faisait peur. "La maladie du siècle ! Le sida tue !" Il y a eu tellement de choses, je crois que dans cette période-là, dans les années '80, tout le monde s'est protégé. On a vu les images de gens qui mouraient, c'était des squelettes vivants, ça faisait peur, mon Dieu ! En Afrique c'était la totale, on avait même peur de se dire bonjour ! Moi je me rappelle, je mettais des sparadraps à mes doigts pour ne pas saluer les gens que je ne connaissais pas ! Et à l'école ! Qui va faire la bise à qui ? Ah, ah, non ! On ne sait pas comment ça se contamine ! Il n'en est pas question ! Je me rappelle, la peur même de sortir avec un garçon ! Et d'imaginer qu'on va passer à l'acte ! Mais non, il va me contaminer... Tout le monde était contaminé, tout le monde était...»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«Quand on présente une photo de quelqu'un de maigre on dit : "Il a le sida." Quelqu'un qui est maigre, c'est déjà le décès déjà... Quand tu as ça, tu meurs, tu meurs après une ou deux semaines après, et c'est ça qui a créé cette histoire de panique pour tout le monde donc... Beaucoup d'hommes ont préféré ne même plus avoir affaire à ça (...).»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

«À ce moment-là (années 1980), on faisait tourner des films qui faisaient trop peur. Les gens avaient plus peur de la maladie que peur de la mort. Mais il n'y avait pas vraiment des méthodes de transmission qui étaient très claires, des méthodes de prévention très, très claires, il fallait vraiment qu'on explique comment la maladie puisse être transmise, comment on peut l'attraper. Que ce n'est pas vraiment en partageant, il va se... Il y avait des choses ici. Mais les gens... Ils étaient... Ils avaient tellement peur de cette maladie que même s'approcher d'une personne malade ils pensaient qu'ils allaient être contaminés en fait.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Le déni se manifeste clairement dans l'ignorance relative à la contamination. «Ça ne m'intéresse pas, ça n'existe pas, c'est des histoires» sont autant de manières de prendre distance avec la peur inspirée par la maladie. Le témoignage de Madame A. est à cet égard très significatif puisqu'elle était largement sensibilisée au sida par son entourage professionnel et familial. En effet, Madame A. travaillait dans un centre médical, tandis que sa fille était engagée à l'USAID et sa soeur dans la recherche scientifique au Congo.

«Il y a eu l'histoire du sida. Autour de moi tout le monde en parlait. D'autant plus que dans ma famille, il y a beaucoup de gens qui ont travaillé dans le domaine du sida. Moi je trouvais que tout ça c'était des histoires quoi. Et donc je voyais ça de loin... J'entendais parler de tout ça et vraiment je ne me sentais ni intéressée ni concernée»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Le déni s'exprime également dans la manière de faire face à la maladie dans les rapports sexuels.

«Pourtant, dès le premier rapport, tout se passe bien et tu as ça mais si tu as, comme on dit, c'est un peu de la chance, il y en a d'autres qui vont fermer la porte, qui n'ont pas ça et d'autres qui ont ça directement.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

À la peur et au déni se rajoutent le tabou, le stigmatisme et l'exclusion : «Le sida, on n'en parle pas». Le stigmatisme a joué doublement, à la fois entre Africains vis-à-vis des malades, mais également dans le rapport Nord/Sud. L'histoire du «sida africain» a fait porter le poids de la maladie au continent noir.

«Parce qu'on nous montrait seulement que la maladie venait de l'Afrique. L'Afrique était le berceau du sida, noir égal... Même aujourd'hui, c'est ce qui blesse ! Il faut arrêter ! En Afrique, on a appris... Les homosexuels, ça ne vient pas de l'Afrique ! C'est l'Européen d'abord ! Mais ce sont des choses qu'on ne peut pas dire. On dit : "Faites attention, d'abord c'est la maladie des pédés !" Mais aujourd'hui, c'est tout le monde ! Est-ce qu'il y aurait seulement "noir = sida" ? À St Pierre, il n'y a pas que des noirs ! Il n'y a pas que des Africains ! Il y a des Espagnols, il y a des Belges... Il y a tout le monde ! Aujourd'hui, ça ne concerne pas seulement que ce continent. C'est le monde entier.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans*

Dans l'extrait précédent, le mécanisme de défense face à la stigmatisation de l'Africain met en œuvre une inversion puisque c'est l'Européen homosexuel qui devient le bouc émissaire de la maladie. Se défaire du stigmatisme revient à stigmatiser un autre groupe, dans un double mouvement, puisque le passage se fait de «sida = hétérosexuel = noir» vers «sida = homosexuel = blanc». On peut émettre l'hypothèse que ce glissement défensif a également participé du déni, puisque le sida est devenu «un truc inventé par les Blancs» qui ne concerne pas les Africains.

Un autre type d'obstacle a trait aux prescriptions de genre et aux rapports sociosexuels. En effet, les femmes semblent relativement impuissantes à négocier les rapports sexuels, que ce soit au sein du mariage ou, par définition, dans des rapports non consentis.

«Leur mari ne voulait pas utiliser un préservatif ou des choses comme ça c'était... Ou bien même des gens qui tombaient enceintes sans le vouloir, sans même être préparées (?)»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Cet extrait du récit de Madame D. évoque plus largement le peu de maîtrise des «choses sexuelles» dans le chef des femmes (contraception, prévention IST/sida). L'extrait suivant du récit de Monsieur L. renforce cette hypothèse en témoignant des comportements attendus en matière de sexualité, quoique l'on puisse soupçonner que Monsieur L. se flatte à travers l'évocation de son pouvoir de séduction.

«Et tout ça, les bonnes filles, nos filles... Ça il faut étudier peut-être. Le comportement des filles qui se donnent... Dans notre tradition, le sexe... Refuser à un homme, se refuser à un homme, c'est exclu. (...) Chez nous... refuser à quelqu'un l'acte sexuel, c'est... difficile. (...) Moi ça m'étonne de demander. Moi, je ne le demanderais jamais. Mon charme opère seulement ! (Rires)»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Quant au «tabou de la sexualité» postulé responsable d'un déficit dans la négociation des rapports sexuels, les interviewés n'ont à aucun moment fait part de celui-ci. Toutefois leur silence quasi complet sur ce sujet pourrait être lu comme un effet de ce tabou. De même, bien que présente dans la littérature comme obstacle à la prévention, la religion n'apparaît pas dans les entretiens en référence à la problématique. Plus concrètement, l'usage du préservatif ne semble avoir été ni la norme, ni même la référence car en plus d'être payant et peu disponible, il ne serait pas «entré dans les mentalités». Dans ce cas, il ne reste plus qu'à «compter sur la chance» pour passer à travers les mailles du filet.

«Quand la maladie a été découverte, il y a eu 10 ans, sans que le préservatif n'inonde le marché. Même aujourd'hui, les préservatifs sont payants, en Afrique ! Donc vous vous imaginez... C'est un frein, mais aussi, disons, c'est petit à petit... Parce que dans la pratique, il n'y a personne qui n'ait pas envie d'une relation et qui ne se pose pas la question tout de suite : "Est-ce que je vais passer ?", parce que peut-être il va avoir la chance de passer au travers.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Enfin et non des moindres, la situation socioéconomique, peut-être plus hier qu'aujourd'hui, relègue la santé et le sida au second plan.

«Mais le problème c'est que par rapport à la situation (des années 1980), à la situation économique, les choses se sont empirées. Parce qu'il y a des gens maintenant ou bien qui se... Ils peuvent se dire : "Oui je peux attraper le sida, mais pourvu que j'ai de quoi nourrir mes enfants.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

## **De l'effroi de l'annonce aux difficultés de l'accès aux soins**

Cinq personnes ont été dépistées et diagnostiquées séropositives en Afrique entre 1989 et 2002, deux femmes et trois hommes originaires de la région des Grands Lacs (Congo, Burundi, Rwanda). Aujourd'hui âgés de 43 à 55 ans, quatre d'entre eux ont été dépistés dans leur pays et le cinquième dans un pays limitrophe où il résidait depuis qu'il avait fui son pays en 1994. Pour quatre personnes, le dépistage n'a pas résulté d'une démarche «volontaire» puisque effectué sans information ni accord, soit dans le cadre d'un contrôle de routine pour d'autres motifs de santé, soit à l'occasion d'une batterie de tests médicaux effectués alors que la personne se trouvait dans un état critique ou présentait des

symptômes inexpliqués. Une personne relate avoir été dépistée à son insu (sur demande de l'employeur). Seule une femme a effectué un dépistage VIH volontaire suite à la découverte de la séropositivité de son mari. Quant à la précocité du dépistage, certaines personnes ont été diagnostiquées tardivement, tandis que d'autres ont été dépistées «non tardivement» et ont eu accès à un traitement. Se pose la question de la différence entre ces deux groupes de personnes. Est-ce par exemple une question de niveau socioéconomique ou de génération ? Aucune hypothèse claire ne se dégage au départ du matériau empirique.

Dans les entretiens, les entraves au dépistage ont trait à la peur que le secret soit divulgué, notamment en s'affichant dans un centre, et au fait que les médecins ne proposaient pas de dépistage, faute de traitement adéquat à offrir en cas de résultat positif. Plus globalement, les priorités n'étaient axées ni sur la santé, ni sur le VIH (s'informer, se protéger) car d'autres intérêts prédominaient (subvenir à ses besoins, survivre en temps de guerre). Par ailleurs, les analyses, les médicaments et les consultations coûtaient cher. Enfin, à partir du moment où les personnes ne se sentaient pas concernées par le VIH/sida et où elles entretenaient une peur quasiment panique de la maladie, le dépistage n'apparaissait pas comme une démarche évidente ou facile.

«En Côte d'Ivoire, c'est quoi, c'est la guerre, c'est tout et rien d'autre. En même temps il y a quelqu'un qui meurt du sida (...), il meurt toujours ! Mais... On sait pas. Déjà les analyses sont moins... On peut pas payer d'analyses.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Les réactions à l'annonce de la séropositivité se manifestent d'abord sous la figure du choc et de l'inacceptable. «Ce n'est pas vrai, ce n'est pas possible. Pas moi ! Pourquoi moi ?» La maladie terrible et tant tenue à l'écart de la conscience apparaît dans toute sa force destructrice et le verdict de la mort ne tarde pas à être chuchoté puis crié à l'intérieur du sujet. Les personnes se sentent véritablement frappées d'une mort physique et sociale. L'avenir prend un alentour angoissant puisque si le sujet ne meurt pas immédiatement – dans l'heure ou dans la douzaine de jours –, il entrevoit la perspective du rejet social et familial, de l'exclusion professionnelle et économique, de l'opprobre et du stigmate. L'avenir se dématérialise et devient flou, empli de peur : «Que vais-je devenir, que vont devenir les enfants ?» Un sentiment de culpabilité pointe rapidement concernant les personnes qu'on a pu contaminer en toute ignorance. Par rapport aux enfants, la culpabilité peut être telle que leur dépistage ne sera effectué que des années plus tard, quand le parent est lui-même prêt, assumant sa maladie pour lui-même. Enfin, un questionnement sur les causes de la contamination n'est pas loin, rendant l'annonce d'autant plus difficile qu'aucune explication évidente n'est disponible. Une phase de déprime peut s'ensuivre, aggravée par le choix de ne pas en parler, de rester dans la clandestinité, le secret.

«Mais entre-temps, la copine avec laquelle j'étais rentré au pays, elle était morte. Et bien, quand elle est morte, j'ai eu un petit choc, je me suis dit : "Ça..." Des fois, on n'accepte pas ! On sème à tout vent. Imaginez-vous, c'est un sentiment de culpabilité qu'on a que l'autre soit morte. Et puis, le fait même que... Parce que tu ne sais pas qui t'a donné ça et tu continues une vie amoureuse, une vie sexuelle, tu ne sais pas. Puis subitement, quand tu remarques ça, tu te dis : "Merde ! À qui j'ai donné ? À qui j'ai transmis ça ?" Tu as un sentiment de culpabilité qui ne te quitte pas, et qui ne te quittera jamais. Et ça, je vais toujours vivre avec ça. Tu ne sais pas à qui tu as transmis. Toi-même, tu ne sais pas qui t'a transmis ça. Vous comprenez ça ? Moi je ne sais pas qui m'a transmis, parce que ça m'a été donné par quelqu'un. Je n'ai pas eu ça par intraveineuse ou intramachin. C'est par une vie sexuelle abondante !»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Lorsque le médecin n'explique rien et/ou n'a rien à proposer, le sujet se retrouve d'autant plus dans un vide de sens et un sentiment de solitude mêlé d'impuissance.

«Alors il me donne mon papier et il me dit : "Tu es HIV positif, mais je ne peux rien faire pour toi. Parce qu'on n'a pas de médicaments." À cette époque-là, l'AZT était cher.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Certains éléments contextuels peuvent aider la personne à surmonter la difficulté de l'annonce. Par exemple, le fait de partager le diagnostic et d'être soutenu par son conjoint ou son entourage constituent un soutien inestimable. Toutefois, le conjoint peut ne pas y croire (il prolonge le déni), ou «craquer», et l'annonce de la séropositivité provoque une rupture (temporaire ou définitive) de la relation, le sida et son aura de mort semant le doute sur l'état de la relation.

«J'en ai parlé à mon mari... Parce que vous avez, les Africains en général ne croient pas à ce genre de chose. Il me disait : "Non, c'est du n'importe quoi, ne t'inquiète pas... Ce n'est pas grave, sûrement qu'on s'est trompé sur l'examen." Des trucs comme ça, il ne voulait pas admettre.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«On a failli se quitter. Elle a failli me quitter, plutôt. Je ne sais pas... Il y a eu d'abord un silence, au moins de deux semaines. Et après... Je ne sais pas, l'inspiration qui lui est venue. Elle est allée aussi se faire diagnostiquer, voir si elle n'avait pas le virus, elle s'est posé des questions... Petit à petit, on a repris... Elle a été compréhensive,... Je ne savais même pas moi-même où je l'avais attrapé, c'est dur... Très dur, très dur. En fait, la personne à qui tu pouvais te confier, si elle est, si elle ne te croit plus, c'est presque la fin.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Enfin, l'annonce du VIH constitue clairement un point d'inflexion dans les trajectoires puisqu'une re-priorisation s'effectue assez rapidement. Les personnes se sont recentrées sur leur santé et sur leurs enfants, comme si l'approche de la mort rendait plus aigu le besoin de prolonger la vie, d'assurer l'avenir de la descendance. Suite à l'annonce, certains ont rapidement décidé de migrer (dans l'année), tandis que d'autres ne sont partis que beaucoup plus tard (de sept à douze années après l'annonce). Cette migration n'est toutefois jamais uniquement «thérapeutique» puisqu'elle s'articule à l'ensemble des difficultés du contexte.

Parmi les six personnes ayant vécu en Afrique avec le VIH (cinq dépistées dans leur pays et une sixième rentrée chez elle après avoir été dépistée en Europe), quatre ont eu accès à un traitement. Plusieurs obstacles dans l'accès aux soins et dans le suivi thérapeutique renvoient évidemment aux conditions politiques, économiques et sanitaires des pays africains. De nombreuses personnes soulignent que les traitements sont coûteux et ne sont pas disponibles, car en quantité insuffisante ou uniquement dans les grands centres urbains (problème de distribution à l'intérieur du pays). Inversement, en matière de ressources à l'accès au traitement, les personnes font souvent référence à leur gratuité (notamment dans le cadre de programmes humanitaires internationaux). Par ailleurs, certains estiment que les médicaments en Afrique sont de mauvaise qualité parce qu'ils sont stockés dans des conditions inadéquates (chaîne du froid), qu'ils sont périmés, frelatés et qu'ils sont en général moins bons parce que ce sont des génériques. Quelques-uns évoquent le fait que les médicaments seraient testés en Afrique (laboratoire d'expérimentation sur le vivant) et seraient de fait inefficaces, voire nocifs. En somme, les médicaments ont mauvaise réputation.

Les problèmes d'infrastructure médicale (pas de formation des médecins, pas d'équipement adéquat) se rajoutent à l'arrivée irrégulière des médicaments ainsi qu'à la difficulté d'assurer financièrement la durée du traitement, l'ensemble entraînant des ruptures thérapeutiques. Enfin, une personne fait part de la discrimination du personnel soignant vis-à-vis des malades atteints du VIH.

«Même s'il y a des traitements, ce sont des génériques, et il n'y a pas de structure d'accueil. Il n'y a pas de suivi médical. Donc il y a des organisations qui donnent des médicaments pendant trois mois, après ils arrêtent»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«Il se fait qu'il y a des ruptures de stock. Même le diagnostic qu'on te fait, un examen, on te dit : "Tu reviendras", parce que les machines tombent en panne. Tu vis un peu en décalage par rapport aux soins normalement attendus pour le VIH. Les gens meurent pour un rien, donc si on a une occasion de pouvoir venir ici, en Europe. (...) On a vu que j'avais le VIH/sida, mais savoir les T4, savoir le nombre, savoir quelle dose et quels médicaments appropriés et tout ça, c'était presque impossible de m'en donner. À la limite, tout ce qu'ils savaient, tout le monde était à la même sauce, sans savoir exactement si le médicament soignait ou s'il faisait plus de mal que de bien.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

À un niveau individuel, la prise d'un traitement confronte certaines personnes à la mort, dans une sorte de fatalisme : «J'ai le sida, je suis mort, alors à quoi bon ?» D'autres estiment que tant qu'ils ne ressentent aucun symptôme, il n'y a pas de maladie et aucun traitement n'est donc nécessaire. La prise effective du médicament peut effrayer, surtout lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucune explication.

«C'est trop compliqué pour moi, je ne veux rien savoir." Ça veut dire que je ne comprenais pas, je n'avais pas envie de prendre. Déjà j'ai toujours été très douillette, et puis je ne sais pas avaler, même la pilule je ne savais pas l'avalier, alors je ne voyais pas très bien comment j'allais prendre un médicament»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Les effets secondaires divers (p. ex. allergies, sècheresse de la peau et des muqueuses) peuvent être très mal vécus, ainsi qu'en témoigne Madame D. qui s'est sentie devenir «monstrueusement laide», comme si le traitement la détruisait.

«J'avais ma peau qui au niveau du visage était devenue noire comme votre sac. Alors là ici il y avait des creux, j'avais des... C'était, c'était moche. Alors tous les gens qui m'ont... Moi-même je ne me reconnaissais pas. (...) Moi je m'imaginai, je dépensais énormément, énormément d'argent pour les médicaments qui étaient en train de me détruire. Je commençais d'abord à me rejeter en disant : "Non j'arrête. Je vais arrêter les médicaments, je vais plutôt... Je préfère mourir et laisser quelque chose à mes enfants."»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

## LA «DÉCISION» DE MIGRER

Des entretiens, il ressort très peu de données relatives aux motifs et aux moyens de la migration. En recoupant les récits, certains escamotages, parfois quelques incohérences apparaissent. À nouveau, «ce qui n'est pas dit» laisse supposer la prise de risque que constituerait un dévoilement eu égard au séjour irrégulier des migrant/es rencontré/es et au contexte répressif contemporain.

## Mobilité antérieure à la venue en Belgique

Préalable à leur venue définitive en Belgique, six personnes ont connu une importante mobilité en Afrique et/ou en Europe, que ce soit pour des motifs professionnels, de santé ou en raison de la guerre. Ceux et celles qui ont voyagé dans le cadre de leur activité professionnelle ou pour des raisons de santé semblent plutôt issus d'un milieu économique «classe moyenne» et ont pu bénéficier de l'appui d'un réseau sociofamilial étendu. Leur mobilité s'inscrit plus largement dans l'histoire coloniale entre la Belgique et le Congo.

«Il y a toujours un côté, pour les Congolais, la Belgique c'est comme une deuxième patrie. Donc on vient, on repart, on étudie un peu, on repart. Moi j'ai fait l'université, une partie au Congo, une partie en Angleterre, je suis revenue en Belgique, on va et vient, les vacances. Ce n'était pas la première fois, on ne découvre rien du tout»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Ces courts séjours en Belgique ont rendu les migrant/es plus fort/es, ou moins vulnérables, lors de leur arrivée définitive puisque, bénéficiant non seulement d'un réseau de relations, elles ont en outre acquis une relative connaissance des dispositifs institutionnels. Enfin, «le mirage occidental» est peut-être atténué et le désenchantement moins grand.

«Imaginez que moi je suis arrivée ici, en Belgique, je ne connaissais même pas. Bon, j'avais déjà été en Belgique quand ma soeur habitait ici. Mais vraiment, je ne connaissais rien de la Belgique. Et puis maintenant je ne voyais plus (paralysie faciale liée au traitement pour le VIH). C'était encore un problème. Heureusement, le temps que j'ai fait ici, je connaissais encore plus ou moins mon quartier. J'avais une amie qui habitait ici. Je circulais de temps en temps, je savais où était la commune, la poste, etc. Mais heureusement que je savais.»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Moi par exemple, c'est vrai, je suis venue, j'étais préparée. Mais les gens qui ne sont pas préparés, c'est ça qu'ils ont dans leur tête. Ils pensent qu'en Europe, ils ont tout. Mais alors une fois qu'ils arrivent c'est... Ça devient... Ça devient très dur. (...) Ils sont confrontés à des choses auxquelles ils ne s'attendaient pas. Et des fois, il y a même des gens qui craquent, qui à un certain moment ont envie soit de retourner, soit de...»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Quant à la mobilité liée à la guerre, elle est le produit de l'histoire de la construction des nations et s'inscrit dans des généalogies familiales. À nouveau très illustrative, la trajectoire de Monsieur L. abonde de déplacements, en l'occurrence dans la Région des Grands Lacs. Dans les années 1950, Monsieur L. naît au Rwanda. Lors des luttes d'indépendance, sa famille s'exile au Burundi voisin, où il grandit, étudie et entame une formation universitaire. Dans les années 1970, de nouveaux événements militaires le poussent à quitter le Burundi et à se réfugier au Congo. Il n'a jamais eu de véritable «chez lui» et on peut presque parler à son égard de «déraciné historique».

«Depuis lors (la fuite au Congo), j'erre de pays en pays. (...) Dans chaque pays où j'allais, je prenais la nationalité de ce pays-là. Au Congo j'étais Congolais, Zaïrois. Au Burundi, je n'étais pas Burundais, j'étais Rwandais, réfugié. Mais au Congo, j'étais Zaïrois. Après, je suis retourné au Burundi pour quelque temps.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Au Congo, Monsieur L. est employé dans une compagnie d'exploitation et d'exportation de plantes «aux mains des bwanas» (et Monsieur L. d'expliquer : «Ceux qu'on appelle les bwanas ce sont les blancs.»). Grâce à cela, il gagne beaucoup d'argent et ouvre une boîte de nuit dans les années 1980. Cependant, il trempe dans diverses «affaires louches» et doit fermer son club. Il rentre alors au Burundi et ouvre une buvette avec l'argent épargné. Ces deux périodes d'aisance financière, de festivités et de prestige social sont allées de pair avec une intense activité sexuelle. Mais il fait à nouveau faillite et entre dans une période de disette, ce pourquoi il décide de rentrer au Rwanda. Ce désir individuel s'inscrit dans le contexte plus large de la «guerre de libération» notamment menée par les Rwandais de la diaspora (années 1990).

«Et petit à petit, on s'est rassemblé pour rentrer dans notre pays. Ça venait de partout. Enfin on allait rentrer chez nous après autant d'années ! Vous vous imaginez ce que ça représentait ? Enfin, on allait pouvoir jouir de notre pays, de notre nationalité. Et il en venait de partout ! On s'est organisé en petits groupes. (...) On s'organisait enfin pour rentrer. (...) Pourquoi ? Parce qu'on ne savait plus où aller. Au Congo, on ne nous prenait pas pour de véritables Congolais. Au Burundi j'étais toujours réfugié. Au Rwanda, je n'avais plus la nationalité depuis 1959. Vous comprenez donc tout ça, donc je n'avais plus aucune ouverture.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

En 1994, Monsieur L. rentre «enfin» au Rwanda, retrouvant une identité tellement souhaitée alors qu'il avait jonglé des années durant avec des identités multiples et mouvantes.

«C'était la première fois qu'on me reconnaissait le droit d'être Rwandais.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

## Des motifs multiples

Quitter définitivement son pays ne résulte pas toujours d'un «projet migratoire» rationnel. Tous/tes les migrant/es rencontré/es s'accordent à dire que la migration correspondait au «choix ultime», dans une mise en tension entre rester au pays et mourir versus partir et se donner l'opportunité de vivre. En effet, malgré la guerre, la maladie ou la précarité, migrer ne va pas de soi et implique de laisser derrière soi un univers affectif, un ensemble de liens et de repères, une histoire personnelle. Sans surprise, trois grands motifs de migration émergent des entretiens : la maladie (VIH ou autre), la guerre et la pauvreté. Aucun n'est généralement suffisant à lui seul et le plus souvent, ces nécessités multiples s'agencent dans les trajectoires individuelles. Les migrant/es rencontré/es ont quitté leur pays alors qu'ils se trouvaient en mauvais état de santé, toutefois la «migration thérapeutique» n'est ni forcément pensée comme telle, ni jamais univoque et s'inscrit dans un contexte de vie dégradé ou insécurisant.

«Tu sais, en Afrique, les gens qui sont bien, qui ont un passé, un avenir, ils ne vont pas venir ici en Europe. Moi, si je suis venue ici, c'est à cause de la santé. Mais même quand j'avais un bon travail, j'avais beaucoup de copines (qui me disaient) : "Mais pourquoi tu restes là ? Viens ici, viens ici !" Et moi, je leur répondais que je n'allais pas abandonner mon travail. Pour faire quoi ? Les gens, la plupart des gens qui viennent ici, maintenant peut-être à cause de la guerre...»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

«À cette heure-ci, si j'étais resté là-bas, je ne serais plus en vie. Ça je peux vous le dire franchement.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Pour les personnes diagnostiquées VIH+ en Afrique, la «décision» de migrer n'a pas été forcément immédiate à l'annonce. Certaines migrent d'ailleurs «au dernier moment», lorsque leur état de santé est déjà critique. Ces dernières ont d'ailleurs eu accès à un traitement dans leur pays et avaient la possibilité de venir en Belgique, mais ne souhaitaient pas s'y installer. Inversement pour d'autres, la décision de migrer a été directement provoquée par l'annonce de la séropositivité

«Je suis venue ici, mais je suis partie. Je suis venue juste pour me faire soigner. Là, je suis venue juste pour me faire soigner et repartir. Parce qu'en tout cas je n'ai jamais eu envie, l'idée de... D'un jour, de dire de rester. Surtout cette année-là quand je suis venue, arrivée ici en Europe en voyant les gens courir tout le temps. Je me disais : "Ça, c'est pas vraiment ma vie, je pourrais jamais, jamais accepter cette vie." Car c'est l'image que j'ai gardée de cette année-là. On devait courir.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Je savais que je vivrais avec ça. Et c'est là que maintenant, le circuit migratoire comment je suis arrivé ici, il fallait avertir la petite soeur qui était ici, et lui dire que : "Voilà, ton frère a le virus. Il n'y a pas d'autre solution. S'il retourne sur Kigali, il va continuer à dépérir, ce sera toujours la même chose. La petite vie, la petite misère." Il fallait parer au plus pressé.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Dans tous les cas, «migrer avec le VIH» signifie le plus souvent tenter d'accéder à un traitement convenable et à un suivi médical adéquat.

«Je ne voulais pas venir en Belgique au début, je ne voulais pas venir en France, je voulais rester en Afrique. Mais quand on voit qu'on a un enfant qui est malade, qu'on est malade nous-même aussi, et qu'en Afrique, le traitement, ce n'est pas ça, on se dit : "Il faut vivre.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«Ça n'avait jamais été mon idée. En tout cas c'est parce que vraiment c'était mon dernier recours. Il n'y avait pas d'autre choix. (...) Soit je décidais d'arrêter (le suivi, le traitement) ou de décider de mourir carrément ou alors... (...) Même pas pour un traitement, plutôt pour le suivi. Parce que le traitement, à un certain moment, il y avait des associations... Mais il n'y avait pas de suivi au niveau de... Parce qu'une fois qu'on est sous traitement, il faut qu'il y ait un suivi très, très rigoureux. C'est ça qui était très dur. (...) Et là les médecins m'ont dit : "Tant que tu seras en Afrique, tu resteras en Afrique, ça il n'y a pas moyen.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Il y a beaucoup de circonstances. D'abord, chez moi, il y avait la guerre. Même aujourd'hui, il y a la guerre, donc... le manque de soins, la guerre, les mauvais traitements même... Parce qu'on devait travailler pour pouvoir... Alors qu'on était affaibli, et tout ça. Il fallait trouver un moyen de pouvoir, disons, aller se faire soigner. Moi, j'avais travaillé un peu longtemps. J'allais essayer de gagner un peu de sous. J'ai vendu quelques biens, je me suis expatrié pour pouvoir me faire soigner un tout petit peu, ne pas mourir, comme ça, sans avoir essayé de trouver un médicament»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

## Voyage et transit

La migration, quoiqu'elle s'inscrive dans des contextes qui la produisent, suivrait plutôt une logique d'opportunité. Certaines circonstances et ressources entraînent et surtout permettent le départ. Sur ce point, l'étendue et la solidarité des réseaux sociofamiliaux s'avèrent d'une grande aide. Les conditions de voyage sont souvent obscures et l'on ignore, pour la plupart des personnes interviewées, comment elles sont venues et avec quels moyens. Quelques migrant/es sont passé/es par la filière légale : demande de visa (touristique 20 jours, santé 3 mois), achat d'un billet d'avion et prise en charge en Belgique par un membre de la famille. Cette formule a toutefois un coût quasi prohibitif et nécessite de mobiliser un réseau social actif. Ces conditions réunies ne garantissent en outre pas l'obtention d'un visa.

«Parce que le visa pour la Belgique, c'est un peu difficile. Il faut que tu démontres que tu as un emploi, une base sociale et de l'argent pour pouvoir, là où tu vas, pouvoir survivre. J'ai donc pris un congé. Et je suis venu jusqu'ici.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Étant donné le silence sur cette étape de leur trajectoire et vu les difficultés objectives à atteindre l'Europe occidentale, il est très probable que plusieurs migrant/es aient fait appel à des moyens informels (passeurs), sans que cela soit explicitement formulé lors des entretiens. Monsieur R. par exemple, décrit un voyage où un passeur est clairement présent, cependant Monsieur R. le présente comme une homme qu'il a rencontré par hasard, qu'il ne connaissait pas et qui l'a aidé parce qu'il lui a expliqué ses problèmes (Monsieur R. dit s'être enfui de

l'emprise de son maître alors qu'il était esclave). Cet homme l'aurait emmené à l'aéroport et mis dans un avion à destination de la Belgique.

«On est venu dans un aéroport (...) Bon, avant je ne savais pas, mais maintenant, comme je suis venu ici aujourd'hui en Europe, je parle à l'école... Maintenant, (je sais que c'était) un aéroport, je sais que c'est ce qu'on dit (...) Et je le revois, lui, qui est en train de parler avec un policier et il me fait signe comme ça (il imite). Il me passe. (...) Nous, on passe. Tu sais, quand on demande les papiers, c'est lui qui parle avec les agents. C'est vrai, je le vois avec les papiers dans sa main comme ça, il parle. On est rentré dans l'avion.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Un seul homme témoigne ouvertement de son expérience passage illégal de frontières. Monsieur O. explique qu'il disposait de ressources financières propres qui lui ont permis de payer de faux papiers, un billet d'avion et un passeur.

«Il y avait toujours des passeurs là (...) Tout a été arrangé : "Si tu es encore prêt, on peut t'embarquer, vraiment, n'importe quand. Je suis prêt." Alors j'ai quitté cette région, j'embarque le même soir, le lendemain j'étais ici. (...) Et ce sont des gens qui se connaissent. Ce sont des gens qui connaissent, qui connaissent ce qu'ils font. Donc vous, vous arrivez, on vous montre la personne, vous ne la connaissez pas. Il vous montre la personne, on vous dit suivez cette personne. Vous ne faites que suivre, vous ne posez pas des questions, on vous amène. Vous n'avez pas de choix. Où on vous amène, vous allez là. Vous le suivez, il entre, il a les papiers, il a les passeports, il passe et il dit : "Voilà, je suis avec ma famille." Et il montre le passeport (...) On arrive ici, on arrive. Les passeports sont en ordre puisqu'il y a un cachet pour le visa et tout ça : "Bon voilà, c'est ici, vous vous restez ici." (...) Et quand il vous débarque alors sur l'aéroport, là c'est à vous de jouer.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Ces extraits des récits de Monsieur O. et de Monsieur R. illustrent également une mise en situation de vulnérabilité par l'abandon de la maîtrise sur sa destinée lorsqu'ils s'en remettent entre les mains d'un passeur. Tous deux partent pour ainsi dire «à l'aveugle», soumis au silence et à la merci des dispositifs de contrôle. Tous deux ne rouvriront les yeux qu'à l'arrivée, dans un monde nouveau et inconnu, où il s'agira de prendre ses repères.

«On vous débarque ici voilà. Et on vous dit : "Vous, on avait décidé que vous allez en Belgique voilà, maintenant vous vous arrangez, moi je pars.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Laissé à son sort par le passeur dès la sortie de l'aéroport, Monsieur R. fera une expérience éprouvante de l'arrivée, non sans risque pour sa santé. Ce moment de la trajectoire apparaît donc comme une situation de vulnérabilité accrue.

«Donc, on était dans un taxi, on est arrivé, il a acheté un pain, de l'eau et il m'a dit : "OK, arrête-toi ici, j'arrive tout de suite." Et puis, il est parti, je ne l'ai pas vu encore. (...) Comme il n'est pas revenu encore, je ne sais pas comment je vais faire, j'ai froid... J'ai froid, j'ai peur, je ne rencontre personne. Si je vais parler aux gens, il ne comprend pas, dans la rue. (...) Je ne sais pas, je suis dans le même jour qu'on est venu en Europe. Moi, je ne connais pas. Dans ma tête, je suis devenu fou. Il m'a laissé, je ne sais pas dans quelle voiture il est parti.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Le transit par un autre pays avant l'arrivée en Belgique est rare ou peu déclaré. Madame B. est la seule à décrire une étape dans sa migration. Quittant le Congo à la fin des années 1990, elle passe par le Maroc, puis par la France et arrive en Belgique en 2001. L'entretien ne révèle cependant aucune information sur les années passées entre le pays d'origine et le pays d'arrivée. On peut supposer un voyage illégal (le passage par le Maroc), ainsi qu'une première tentative d'implantation en France soldée par un échec, l'amenant à introduire une demande de séjour en Belgique. Un autre cas de transit est celui de Monsieur P. qui introduit une demande d'asile en Belgique et essuyant un refus de recevabilité, part tenter

sa chance aux Pays-Bas. Là-bas, il sera hospitalisé en urgence, diagnostiqué VIH+ et pris en charge médicalement. Après une année, il sera renvoyé en Belgique, le pays compétent pour traiter de sa demande d'asile. Ces deux cas illustrent les multiples tentatives de séjour dans plusieurs pays (demandes simultanées, échecs).

«D'abord j'ai demandé l'asile ici (en Belgique). Après, ça n'a pas marché, je suis parti en Hollande. Pour demander un deuxième asile. (...) Après, ils (les Pays Bas) ont trouvé que je suis passé ici, quoi, en Belgique. Ils ont demandé d'y retourner demander l'asile en Belgique vu la loi de Shanghai quoi (Monsieur P. fait probablement référence aux Accords de Schengen alors que c'est le Règlement de Dublin qui est d'application en cette matière). Il y a une loi qui dit, que par exemple, s'il y a quelqu'un qui vient d'Afrique, et qu'il demande l'asile dans un premier pays, et qu'il part dans un autre pays, il faut qu'il retourne au premier pays quoi. C'est pour ça que je suis retourné.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Enfin, le choix de venir en Belgique en particulier s'effectue soit en raison d'un ancrage sociofamilial et d'une mobilité antérieure, soit par le hasard, notamment lorsque est fait appel à des passeurs.

«Et finalement, j'ai eu mon visa en question. Chacun allait où le visa du moment l'amenait, quoi. Ce n'était pas prémédité. Donc moi, je suis venue là.»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

# MIGRANT/ES SÉROPOSITIF/VES EN BELGIQUE

---

Cette section analyse d'une part, les trajectoires institutionnelles des migrant/es en Belgique, autrement dit leurs parcours d'accès à un titre de séjour, aux droits sociaux et économiques ainsi qu'aux soins de santé et d'autre part, «l'intégration» progressive des migrant/es dans un tissu de relations personnelles et associatives.

## DISPOSITIFS DE SURVIE

### Trajectoires institutionnelles

Lors de leur parcours en Belgique, le VIH/sida constitue pour nombre de migrant/es rencontré/es un point de bifurcation dans leur trajectoire d'«intégration». En effet, les besoins médicaux, parfois urgents, découlant du VIH amorcent une pénétration plus profonde du système institutionnel belge en matière d'aide sociale et de séjour. Cette entrée dans les dispositifs passe le plus souvent par l'hôpital où les migrant/es centralisent pour la plupart leurs recours de santé. Schématiquement et préalablement à une description plus approfondie de chacune des étapes du parcours social et médical, il est possible de résumer les trajectoires institutionnelles des migrant/es en matière de séjour, d'aide sociale, de revenus et de logement comme suit :

#### *Les trois premiers mois de l'arrivée en Belgique<sup>[114]</sup>*

Trois personnes n'introduisent aucune demande auprès de l'Office des étrangers et séjournent donc très probablement dans l'illégalité. Une personne demande une prolongation de son visa de santé (sursis de courte durée) suite à une hospitalisation en urgence. Enfin, huit personnes introduisent une demande d'asile politique, qu'elles se sachent ou non séropositives. Plusieurs personnes migrent pour des raisons de santé, mais aucune ne formule une demande de séjour pour ce motif.

En matière d'aide sociale, seule une personne introduit une demande d'allocation auprès du CPAS.

Quant aux revenus propres, deux personnes se trouvent tout à fait démunies, tandis que pour les autres, on suppose l'aide des pairs.

Enfin, en ce qui concerne le logement, quatre migrant/es ont été hébergé/es dans un centre pour réfugiés – pour des durées allant de deux à onze mois –, deux personnes ont été accueillies dans leur réseau sociofamilial et une personne a résidé à l'hôpital (3 mois durant).

#### *La première année en Belgique*

Les personnes qui ont introduit une demande d'asile reçoivent :

- soit une réponse positive de recevabilité (la demande est acceptée sur la forme et sera traitée quant au fond), obtenant un certificat d'inscription au registre des étrangers (CIRE) temporaire renouvelé de mois en mois ou de 3 mois en 3 mois ;
- soit une réponse de non recevabilité, doublée d'un ordre de quitter le territoire (OQT) à exécuter endéans les cinq jours. Séjournant dans une relative illégalité, les personnes entament généralement la filière des recours multiples, nécessitant l'aide d'un avocat. Une personne décidera de tenter sa chance aux Pays-Bas.

[114] Cette durée a été choisie parce qu'elle correspond à la durée maximale d'un court séjour en Belgique.

Par ailleurs, un demandeur d'asile apprenant son VIH a introduit une demande de séjour pour raison médicale. Les personnes qui n'avaient pas encore introduit de demande de séjour déposent soit une demande d'asile, soit une demande pour raison humanitaire.

En matière d'aide sociale, quatre personnes introduisent une demande auprès d'un CPAS, ce qui nécessite d'être domicilié. Pour les personnes ayant bénéficié de soins hospitaliers, un conflit de compétences émerge entre les CPAS du domicile et de l'hôpital. Une personne fait appel à la mutuelle, et bénéficie du CPAS durant son stage d'attente. De manière générale, l'octroi des allocations sociales est soumis au titre de séjour, et des interruptions de paiement ont lieu au moment du renouvellement de celui-ci lorsqu'il est provisoire.

Quant aux revenus propres, deux personnes n'en ont pas du tout, la plupart sont aidées par leur réseau social et deux personnes déclarent avoir travaillé au noir.

Pour le logement, il n'apparaît pas possible de bénéficier d'un logement social lorsque le titre de séjour n'est pas définitif. Plusieurs personnes continuent à habiter chez la famille ou dans des logements partagés avec des pairs. L'accès au parc locatif privé est difficile pour de nombreux migrant/es : il faut déboursier une garantie locative, les revenus sont insuffisants pour payer le loyer, les appartements sont chers et insalubres et les étrangers sont discriminés, d'autant plus lorsqu'ils émargent au CPAS.

### ***Les années suivantes***

Les situations de séjour s'enlisent ou se dénouent. Après deux années passées sur le territoire, un dernier migrant formule enfin une première demande de séjour pour raison médicale consécutive à l'annonce du VIH. On peut clairement supposer que celui-ci a vécu dans l'illégalité et que la dégradation de son état de santé l'a amené à stabiliser son séjour. Il bénéficie d'une attestation de demande de séjour qui lui évite d'être chassé du territoire. Deux personnes ont obtenu le statut de réfugié. Les autres bénéficient de titres de séjour temporaires, soit dans le cadre d'une demande d'asile soit pour raison humanitaire. Certains sont toujours dans l'attente d'une réponse positive de l'OE, et pour la plupart ils sont engagés dans un processus de recours inabouti à ce jour. Enfin, apparaissent des demandes de séjour en deuxième instance pour raison médicale, lorsque la première demande d'asile a échoué et consécutivement à l'annonce du VIH. Cas plus rares, une personne a obtenu la naturalisation et une autre s'est mariée avec un Belge.

Pour préserver la continuité du traitement et pour obtenir le droit de séjour, les migrant/es s'adressent à plusieurs organismes. Ainsi, lorsque le CPAS refuse son aide, certains se rendent auprès de CARITAS ; lorsque l'Office refuse d'accorder un séjour, ils sonnent chez MSF, etc. Ce comportement de recours multiples peut rompre la relation de confiance du côté des professionnels qui se sentent doublés et mis en concurrence par les usagers.

En matière d'aide sociale et de revenus, lorsque la demande de séjour pour raison humanitaire est en cours, les migrant/es peuvent uniquement bénéficier de l'aide médicale urgente (AMU). L'obtention d'un titre de séjour temporaire pour raison médicale permet de bénéficier d'un permis de travail et d'allocations du CPAS pour ceux qui en introduisent la demande et/ou qui en réunissent les conditions d'octroi, ce qui n'est pas toujours le cas. Il apparaît que le CPAS et l'Office des étrangers exercent une pression à trouver un emploi. Un homme travaille à temps plein dans une entreprise de nettoyage et une femme travaille au noir pour envoyer de l'argent à sa famille.

Après quelques années en Belgique, certaines personnes louent un logement privé, en isolé ou avec leurs enfants. Le logement social n'est toujours pas accessible étant donné le titre de séjour temporaire. Faute d'opportunité, certains continuent à dépendre du réseau sociofamilial.

En résumé, aucune demande de séjour n'est formulée pour un motif de santé ni la première année, ni en première instance. Ce type de demande intervient plus souvent en deuxième instance, après plus d'une année passée sur le territoire, généralement lorsque la demande d'asile a échoué ou n'aboutit pas, et ceci concomitamment à l'annonce du VIH ou à un besoin important de soins médicaux relativement au développement de la maladie. Le passage par le Centre de Référence Sida d'un hôpital et le contact avec une assistante sociale s'avère un point de bifurcation important. Après plusieurs années passées sur le territoire, peu de migrant/es rencontrée/es sont parvenu/es à stabiliser leur statut de séjour. Ils vivent donc dans une situation d'irrégularité, source de précarité. Les revenus du travail ou de l'aide sociale ainsi que l'accès au logement restent difficiles au cours des années.

## Survenance du VIH en terre étrangère

Parmi les sept personnes diagnostiquées VIH+ en dehors de leur pays, il faut distinguer deux cas types selon que les personnes étaient *mobiles* ou *migrantes*. Illustrant le premier cas de figure, deux femmes ont été dépistées dans les années 1990, l'une en Belgique et l'autre dans un pays européen alors qu'elles y effectuaient un court séjour pour raison de santé (cancer, grossesse). Suite à l'annonce de leur séropositivité, l'une est restée en Belgique, introduisant une demande d'asile et l'autre est rentrée au pays, migrant une année plus tard. Dans l'autre cas, cinq personnes ont été diagnostiquées en Belgique ou en Europe entre 2003 et 2005 alors qu'elles se trouvaient dans un «projet migratoire» vers la Belgique. Le plus souvent, le dépistage intervient tardivement dans ces situations de migrant/es arrivé/es en Belgique en se croyant séronégatif/ves, mais dont l'état de santé est souvent critique (taux de CD4 très bas) et pour lequel/les s'ensuit une hospitalisation à l'occasion d'une «crise de maladie». En effet, une partie des migrant/es rencontré/es, qu'ils se sachent ou non séropositifs au moment de migrer, a connu une phase d'hospitalisation (d'une semaine à 3 mois), soit dès leur arrivée, soit endéans les deux ans sur le territoire belge. Le VIH s'attelant à dégrader le système immunitaire, les défenses peuvent chuter à tel point que la personne se trouve en danger de mort. Ces séquences de «crise» ne se déclenchent pas indépendamment du contexte de vie de la personne et il se dégage des entretiens que les épisodes de guerre, de mobilité et de confrontation à une précarité aggravée concourent à ces «attaques de mort», accompagnées d'un désir de mourir, de «tout lâcher» et d'en finir une fois pour toutes avec les difficultés générales liées à la maladie et à la migration.

À l'instar des réactions provoquées par l'annonce de séropositivité au pays, les migrant/es ont difficilement vécu cette nouvelle. Certains n'y ont pas crû, nombreux sont ceux qui se sont sentis frappés de morts, anéantis. Certains ont même plongé dans une sorte de «crise de folie».

«Le jour là, qu'il m'a dit ça... Je lui ai attrapé sa main, je lui ai dit : «Non... C'est quoi que tu viens de dire ? «Je me suis énervé. Il a dit : «Non, calme-toi, calme-toi.» Il m'a fait ressaisir. Il m'a fait une nouvelle prise de sang pour vérifier. Je suis rentré à la maison. Je suis devenu fou, je n'arrivais pas à me contrôler. Je vois que ma vie est finie. Ah oui ! Je suis venu ici et c'est foutu.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Le contexte migratoire, souvent précaire, se révèle d'autant plus difficile lors de l'annonce de la maladie. La solitude apparaît dans toute son étendue pour ceux qui sont venus en Belgique sans connaître personne. Celle-ci peut s'aggraver, entraînant un repli sur soi. La déprime surgit également, la maladie constituant un souci supplémentaire, noircissant un tableau déjà chargé de difficultés sociales, économiques et administratives. Certains envisagent de se laisser mourir.

«J'étais là, anéantie complètement. Alors quand on est anéantie, on ne sait plus quoi faire. Donc tu n'as plus la force ni de bouger ni de crier ni de penser à quoi que ce soit. Alors il m'a fallu quelque temps pour commencer à réaliser ça. Et je suis retournée chez le médecin pour lui demander quand est-ce que j'allais mourir. Il m'a dit que personne ne savait me dire ça.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Avec le VIH, la migration peut apparaître comme un échec. Après avoir traversé les souffrances de la guerre, puis être parti, avoir tout misé, avoir parfois chèrement payé le voyage pour aboutir dans un pays où l'on ne connaît rien ni personne, le rêve s'écroule et apparaît la maladie terrible, comme si la migration avait été un long chemin vers la destination finale.

«Ça a été difficile. Ça a été huit mois que je suis resté enfermé. (...) Je suis resté tout seul. Tu peux rien faire d'autre. Chercher un boulot, c'est pas possible. Et s'ils apprennent ça, déjà d'office éliminé.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

«Où est ma vie ? Je ne suis nulle part dans la vie.»

*Madame E., 47 ans, Burundi, 3 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 3 ans.*

Certains éléments permettent aux personnes de mieux surmonter le «choc» de l'annonce de la séropositivité. Le soutien médico-social dans les Centres de Référence Sida est à cet égard largement souligné. Le besoin de réconfort peut être également satisfait via les groupes d'entraide, de parole, soit tout lien qui permet de rompre la solitude et de partager son expérience. Enfin, la pratique religieuse donne à certains la force de vivre, ou plutôt de ne pas se tuer.

«Je demande toujours au Dieu : "Même si je souffre trop, donne-moi la force. Je ne veux pas mourir, je ne veux pas me suicider non plus. Pour ça, tu dois me donner la vie malgré les difficultés.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans*

Les explications sur la maladie et sur les traitements ouvrent la perspective de pouvoir vivre avec le VIH alors qu'au pays, l'annonce équivaut souvent à une sanction de mort ou à tout le moins de dépérissement rapide et inéluctable. Cette première rencontre avec la biomédecine – ses savoirs, ses représentants et ses représentations – participe d'un processus de transformation des connaissances et attitudes vis-à-vis du sida et des possibilités d'échapper à la mort.

«J'étais abattu, je me dis : "Mais y a plus d'espoir, qu'est ce que je dois faire ?" Comme ça, c'est au fur et à mesure que j'ai parlé au médecin qui m'a donné la force.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

«D'abord j'étais seul, il n'y avait pas beaucoup de gens qui venaient à l'hôpital, c'était loin. La seule chose, c'est qu'ils (les membres de l'équipe hospitalière) ont encouragé, ils ont dit qu'il y a des médicaments qui existent, que t'as de la chance de venir en Europe, parce que mon CT4 c'était presque mortel. Ils me disaient : "Si tu ne venais pas, dans deux mois, c'était fini. Il faut qu'on travaille ensemble, écoute mes conseils, prends les médicaments." Et voilà quoi.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

«J'ai plus dormi. Je me sentais pas, je mangeais pas, de l'eau je buvais hein pour rester en vie. C'est que je faisais et je me suis dit bon, c'est pas la peine, y vaut mieux que... (...) Mais c'est le médecin qui a tout expliqué. Il m'a beaucoup parlé au téléphone.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Avec la maladie, les migrant/es n'envisagent certainement plus de rentrer dans leur pays en guerre et pauvre. Le projet migratoire s'en trouve plutôt conforté. La possibilité d'accéder à un traitement constitue un élément décisif dans les parcours migratoires puisque rentrer équivalait désormais à se donner la mort et que rester, c'est survivre ou espérer vivre.

«Je me suis dit : "Si je retourne là-bas, je ne sais plus revenir pour me faire soigner." Parce que j'avais un cancer du sein. Je devais me faire suivre pour ça. Et ça dure des années et des années pour les examens. Alors j'ai privilégié ma santé et c'est pour ça que je suis restée.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

## Traitement du VIH et rapports avec le dispositif de santé

Onze des douze migrant/es rencontré/es sont sous traitement pour le VIH. Parmi les cinq personnes dépistées en Afrique, quatre y ont été mises sous traitement, l'ont suspendu pendant la migration et l'ont repris une fois arrivées en Belgique. Elles apparaissent comme des personnes plutôt mobiles, informées et dotées de ressources sociofamiliales. À l'inverse, les personnes dépistées en Belgique apparaissent souvent plus vulnérables sur les plans économique (peu de revenus), administratif (séjour irrégulier), social (peu informés) et relationnel (primoarrivants sans réseau). La seule personne qui n'est pas sous traitement a été dépistée en Belgique et son état de santé ne semble pas nécessiter une prise de médicaments.

En termes d'accès et de suivi du traitement, le facteur économique est capital, et le problème se pose essentiellement au niveau assurantiel (couverture sociale). En effet, plusieurs migrant/es n'ont pas introduit de demande d'aide médicale urgente (AMU) et ne remplissent pas les conditions de séjour et/ou de résidence pour bénéficier d'une allocation du CPAS ou de la mutuelle. En outre, une fois l'aide sociale obtenue, il arrive régulièrement que les versements soient suspendus lors du renouvellement du titre de séjour temporaire. L'absence de revenus (allocations ou appointements) entrave l'accès au traitement, tandis que les interruptions dans les versements de l'aide sociale entraînent des ruptures thérapeutiques. Un migrant fait part de sa participation à un protocole expérimental, ce qui constitue une manière d'accéder gratuitement au traitement. Le protocole apparaît comme le comble de l'ironie pour Monsieur L. qui n'a «droit à rien», mais qui se sent utilisé par et pour la science, au service des patients du Nord.

«Je suis dans un protocole. (...) Un protocole d'essai d'un médicament. (...) Tu dois signer tout ce que tu veux. Si on te dit qu'il y a 75 % des gens qui ont pris ces médicaments qui ont été guéris, je vais prendre ça aussi. (...) Mais maintenant les choses ne peuvent plus continuer à ce rythme sans que je puisse avoir, ne fut-ce que, une stabilité aussi. Si j'aide la science à découvrir un médicament pour... il faut bien qu'il aide aussi à être stable, n'est-ce pas ?»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Les obstacles engendrés par la précarité du titre de séjour (durée provisoire, restrictions des droits à l'aide sociale et au travail) exercent également une usure quant à la capacité à s'inscrire durablement dans une histoire de vie (travail, famille, etc.), et *a fortiori* dans un traitement. Dans l'attente des papiers, dans l'incertitude et l'instabilité quant au lendemain, prendre celui-ci devient un pari sur l'avenir. Puisant à un désir de vie déjà entamé par la maladie, le maintien d'une continuité du traitement est sans cesse érodé par les dynamiques institutionnelles (suspension CPAS) et fragilisé par la menace d'une expulsion du territoire. Arrêter le traitement apparaît finalement tentant, dès lors que cet acte viendrait mettre un terme à l'enchevêtrement des tracasseries administratives, des douleurs de la maladie et des souffrances de l'exil. Le médicament est ainsi doublement chargé de vie et de mort, l'arrêter ce serait non seulement en finir avec la maladie, mais également lâcher cette vie inutile et insensée.

«Je pense trop, ça m'arrive de temps en temps. Des fois, je regarde le comprimé, et je me demande : "Quand est-ce que ça va finir ?"»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

La difficulté à accepter la maladie se prolonge sur les plans psychique et corporel et se manifeste dans l'ingestion «lourde» du médicament. Le nombre de cachets et les effets secondaires (fatigue, somnolence, digestion difficile, assèchement inesthétique de la peau, sécheresse vaginale) entraînent parfois des ruptures de traitement. Le rapport vie/mort matérialisé dans le traitement, peut aussi se manifester par une appréhension morbide du médicament.

«Quand tu dois prendre cinq comprimés, pour avaler, c'est dur.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«Quelquefois je me dis : "Mon Dieu, un jour, je vais peut-être crever, soit du sida, soit pas du sida, je vais crever face aux effets secondaires des médicaments." Il y a des gens qui sont paralysés à cause des médicaments. Il y a des gens qui sont atteints dans la tête, dans le cerveau. Ils deviennent des malades mentaux. C'est un médicament qui a beaucoup d'effets secondaires. Et quand ce sera mon tour, ce sera quoi ? Ça sera une paralysie ou ce seront mes nerfs qui seront attaqués et... Je ne sais pas. Tu es là et tu te dis : "Mon Dieu." Alors parfois, on pense à la mort.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

La vie quotidienne est également contrainte par la prise du traitement (à horaire régulier, au moment du repas) et oblige à des ajustements de sa vie sociale ou professionnelle (gestion des effets secondaires), d'autant plus lorsque les personnes ne souhaitent pas révéler leur maladie (ne pas boire lors d'un événement festif, être seul chez soi).

«Dans le temps, on vous disait que c'était à une heure bien précise. Et donc, s'il est midi maintenant et que j'ai des gens en face de moi, je ne vais pas sortir mes médicaments ! Mon Dieu, mais qu'est-ce qu'ils vont faire ? Mais qu'est-ce qu'ils vont dire ? Mais non, je ne pouvais pas prendre ! Je ne pouvais pas prendre les médicaments ! Donc, pendant un an tu prends, et puis à un moment, tu dis : "Ah non !" Parce que si on t'invite pour aller manger au restaurant, et que moi je dois prendre un médicament à 13 heures... Je dois aller aux toilettes, me cacher. Mais dans les toilettes, il n'y a pas d'eau, donc je vais demander un gobelet en plastique, déjà on vous regarde bizarrement...»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«La fatigue par exemple. Tu es très fatiguée, et personne ne te croit. Tout le monde croit que tu fais exprès. Seulement, j'ai envie de nettoyer ma maison, mais je ne peux pas. J'ai envie d'aller faire un tour, mais je ne peux pas. J'ai envie de me lever, mais je ne peux pas. Et il y a beaucoup de choses comme ça.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

La préoccupation de l'alimentation, sphère hautement relationnelle et culturelle, revient très souvent dans les entretiens pour signifier la contrainte qu'elle représente (manger convenablement et régulièrement) et pour souligner la précarité économique qui entrave l'achat de nourriture, entraînant un affaiblissement physique. À nouveau, les conditions matérielles ne permettent pas toujours aux personnes de maintenir une attitude générale de surveillance de leur santé.

Face aux craintes et questions relatives au traitement, les explications médicales s'avèrent essentielles, en ce qu'elles permettent de comprendre, de donner du sens et de dédramatiser les injonctions thérapeutiques. L'encadrement et l'écoute du corps médico-social des Centres de Référence Sida (médecins, infirmières, assistante sociale) procurent un véritable apaisement et permettent d'adhérer à la rationalité biomédicale. Par ailleurs, une femme trouve dans la pratique religieuse une ressource pour maintenir une continuité dans la prise du médicament puisqu'elle se représente la contrainte comme égale à celle de la prière. L'observance des interdits religieux peut également être bénéfique au traitement,

comme dans le cas de Monsieur R., musulman, qui s'efforce de ne plus boire d'alcool. Plus globalement, la pratique religieuse, outre sa dimension de sociabilité, semble générer une énergie et un apaisement.

«Je prie beaucoup. (...) C'est excellent, c'est là que je puise la force. Une fois j'étais très mal, je vais à cantiques à l'église, et ça me redonne l'énergie et la force de continuer à me battre. Me battre contre la maladie, me battre contre la vie qui est dure. Essayer de survivre, quoi.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Plus généralement, le suivi médical du VIH implique de se rendre régulièrement chez le médecin infectiologue pour un contrôle du sang et un ajustement éventuel du traitement (tous les mois, 3 mois ou 6 mois selon la situation individuelle). La compliance attendue des patients se heurte alors à une dimension sociale puisque la maladie porte sa part de tabou, de stigmatisation et de honte.

«En tant que séropositive, je vais souvent à l'hôpital, je vois beaucoup d'Africains qui viennent et qui ne reviennent pas après. Qui ne viennent plus. Pourquoi ? Parce qu'il y a le rejet, parce que c'est un sujet tabou, parce qu'on a honte, parce qu'on a peur, on ne veut pas dire qu'on est malade.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Non seulement la maladie peut être difficile à s'avouer, mais plus encore, elle ne doit pas se savoir, au risque d'être exclu et isolé. Comment ne pas croiser l'un ou l'autre membre de la «communauté africaine» dans les Centres de Référence Sida ?

«Quand j'arrivais à l'hôpital, ce n'est pas que je les connaissais, quand je rencontrais un noir, qu'ils soient Congolais, Camerounais, Togolais, Sénégalais, Guinéens, quand on voyait un autre noir, on regardait par terre. Donc là, c'est dire : "Je n'ai pas envie." Et la salle d'attente, il n'y a pas plusieurs, hein. Et moi qui suis à St Pierre, le CETIM, c'est un peu à l'écart. Et c'est bien marqué : "Centre de maladies infectieuses." Et pour un noir, "maladie infectieuse = sida." Pourtant, il n'y a pas que le sida, je veux dire, il n'y a pas que "être séropositif". Donc déjà qu'on est à l'écart, c'est un problème, et les salles d'attente ne sont pas si grandes que ça, pour six personnes, et de l'autre côté il y a pour trois ou quatre, si je me souviens bien. Et quand tu rencontres un noir, s'il a un magazine, il l'ouvre grandement devant lui, tu ne vois plus son visage.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Manifestement, les médecins se sont adaptés à cette difficulté, essayant de programmer les rendez-vous en évitant les croisements entre nationaux, ainsi que Madame B. relate ce que l'un d'eux lui a expliqué :

«Maintenant quand on donne rendez-vous avec quelqu'un, avec un patient, on essaie de tout faire pour que ce ne soit pas un Congolais avec les Congolais, entre médecins, pour soulager, pour aider parce que sinon ce n'est pas possible.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Toujours dans la gamme des stratégies d'évitement en lien avec les ségrégations communautaires, lorsque le médecin est de même origine nationale que les patients, ces derniers n'iront peut-être pas le consulter.

«Moi, j'ai vu avec le docteur qui est congolais et travaille à l'hôpital. Il devait faire un travail de fin d'études, mais les Congolais ne voulaient pas l'approcher ! Il est médecin, mais le fait qu'il soit noir, et bien les autres noirs n'en voulaient pas.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

L'hôpital (le Centre de Référence Sida) apparaît comme un lieu central pour les migrant/es. En effet, seule une personne consulte un médecin généraliste en dehors du circuit hospitalier. Le premier contact médical, notamment lors des «crises de maladie», s'effectue via l'hôpital.

La confiance s'installant, et la méconnaissance du dispositif de soin aidant, les migrant/es s'y fidélisent en quelque sorte. La pression du CPAS à changer de prestataire de soins n'y fait parfois rien, les patients étant attentifs à la continuité du suivi.

«Quand je suis tombée malade, je suis allée à St Luc car c'était le seul hôpital que je connaissais. Je suis allée aux urgences, je ne savais même pas qu'il fallait un réquisitoire, je crois, un truc comme ça.»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Dans le Centre de Référence Sida, les migrant/es sont en contact avec au moins deux agents : le médecin et l'assistante sociale. Face au médecin, l'attente est grande d'être entendu et soutenu dans la maladie et le traitement. Le médecin est détenteur d'un savoir sur le VIH hautement valorisé par certains, et ses injonctions thérapeutiques seront écoutées, apprises et tant que possible respectées. Par ailleurs, le médecin ne figure pas uniquement une relation médicale, mais joue également un rôle dans l'accès aux droits de séjour et d'aide sociale puisque c'est en partie de sa coopération à certifier de la maladie vis-à-vis de l'Office des étrangers (dans le cas d'une demande pour raison médicale) et du CPAS (pour la demande d'aide médicale urgente) que dépendra la suite du parcours social. Dans le cas où tous ces rôles seraient remplis (écoute, information, papiers), le médecin sera apprécié et la compliance thérapeutique probablement améliorée.

Toutefois, certaines critiques vis-à-vis du dispositif hospitalier sont formulées par les personnes interviewées, et notamment par Madame C., qui suite à une mauvaise expérience hospitalière, est suivie par un médecin traitant recommandé par son réseau congolais.

«Là où j'avais été, c'était une clinique où le CPAS envoie les gens du CPAS quand ils sont malades. Alors les femmes qui nous soignaient, c'étaient des médecins stagiaires. Et tous les 10 mois, on les changeait. Ça, ça m'avait déjà choqué. Chez nous, on ne change pas de médecins ou d'avocats. On reste avec. Ça, déjà, ça ne m'avait pas plu. Alors quand je suis allée faire ce test chez cette dame-là, elle m'a expliqué : "Oui, vous avez ça, vous avez ça, vous avez ça..." Et je n'ai rien dit, et je suis partie. Quand je suis revenue demander : "Quand est-ce que je vais mourir ?", elle n'était déjà plus là, c'était une autre. Elle, elle voulait que je rentre au Congo. Moi, j'ai dit : "Mais si je rentre au Congo, là-bas il n'y a pas de médicaments et tout." Elle me disait : "Ici aussi, il n'y a pas de médicaments pour ça. Les seuls médicaments qu'il y a pour ça, c'est peut-être les antibiotiques." Elle ne m'a pas encouragé à rester ici. Elle voulait que je rentre là-bas.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Par ailleurs, Madame C. s'insurge de la manière dont les patients africains sont traités à part «parce qu'ils sont africains», alors qu'elle-même a préféré un médecin qui a eu des contacts avec le Congo. L'extrait suivant du récit de Madame C. témoigne à la fois d'un certain «racisme ambiant dans la population générale», d'une ethnicisation/ racialisation des situations impliquant des étrangers, auquel le corps médical n'échappe probablement pas, mais également du poids du double stigmaté d'être «noir» avec le «sida».

«Ils ont toujours une façon pour dire que les Africains, ce sont des malades à part : "Ils ne savent pas, ils ne savent pas." On est des êtres humains ! Pourquoi on ne pourrait pas savoir ? Il y a, par exemple, tu es séropositive, tu vas chez un gynécologue, quand il sait que tu es séropositive, que tu es noire, il te dit : "Non, va à l'institut de médecine tropicale, il y a un gynécologue."»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Dans sa comparaison entre médecin de famille et médecin hospitalier, Madame C. fait part du rapport entre temporalités du patient et du soignant. Lorsqu'elle se sent mal, Madame C. craint fort que la situation se dégrade rapidement. Son sentiment d'urgence s'accommode difficilement du dispositif hospitalier et elle se sent bien mieux auprès de son médecin de famille, avec qui elle entretient un contact privilégié et qu'elle peut appeler à toute heure.

«Moi j'ai envie de me faire soigner le plus vite possible. Je n'ai pas envie d'attendre tous les protocoles où il faut encore aller chez le médecin, et il ne te donne pas le médicament, l'antibiotique. On doit d'abord voir, c'est encore attendre. Il te dit que tu dois encore attendre trois ou cinq jours et si ça s'aggrave tu reviens.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Les assistantes sociales des hôpitaux (AS-H) jouent un rôle fondamental au sein de l'équipe du Centre de Référence Sida. À l'aune du soutien qu'elles apportent, certaines sont appréciées, d'autres pas. Dans l'ensemble, les personnes interviewées semblent satisfaites du rapport personnalisé qu'elles entretiennent avec l'AS-H. Leur rôle est primordial dans la mesure où elles constituent un premier relais d'information sociale. Les migrant/es entrent véritablement dans le dispositif institutionnel belge par la voie de l'hôpital (voire de l'hospitalisation). Les besoins créés par la maladie révèlent la nécessité de stabiliser un titre de séjour et des revenus. Les AS informent les migrant/es de leurs droits et des démarches possibles à effectuer, voire les accompagnent dans ce parcours et les relaient vers d'autres dispositifs, principalement associatifs (bureaux d'avocats gratuits, centres pour migrant/es et VIH, etc.). Il apparaît que c'est le plus souvent par leur intervention qu'une demande de séjour pour raison humanitaire ou d'aide médicale urgente est introduite.

Enfin, les équipes des Centres de Référence Sida sont également constituées de psychologues. L'appel à ces professionnels transparait peu dans les entretiens. Un migrant y a eu recours, ce qui lui a permis d'exposer et de soulager ses angoisses, et de traverser les périodes de déprime accompagnées d'envies de suicide.

### **Transformations des connaissances, représentations et attitudes vis-à-vis du sida**

Les migrant/es séropositif/ves interviewé/es sont tous entré/es en contact avec les agents du dispositif de soin (et principalement les médecins des Centres de Référence Sida). Ces derniers véhiculent un savoir scientifique et une conception biomédicale du sida, à laquelle les patients se confrontent. Ils comparent la manière dont le sida est expliqué en Belgique et en Afrique, et leurs propres présupposés se révèlent.

«Les Africains sont la plupart toujours... Ils rejettent quoi. Ici vous connaissez mieux la maladie. On explique comment ça s'attrape, et comment ça s'attrape pas... Oui, et la prévention aussi.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

La reconstitution des modalités et la reconstruction des causes de la contamination mobilisent également le savoir scientifique. La venue en Belgique et la rencontre avec les savoirs médicaux sur le VIH/sida apportent des éléments supplémentaires d'explication. Le médecin est sollicité autour de la question : «Quand ai-je été contaminé ?». Faute d'outils mesurant la durée de vie du virus, il ne peut y répondre, et ce silence de la science laisse les patients dans un flou définitif.

«Cette incertitude, c'est très difficile. Très, très difficile. Chaque fois que je vais pour un contrôle chez mon docteur spécialiste, je devrais plutôt lui poser la question s'il n'y a pas moyen de faire un historique de la maladie pour pouvoir savoir de quelle époque date cette maladie si c'est possible. Comme ça, je pourrai me situer dans l'histoire et savoir ça. Puisque avant notre mariage, à ce moment-là puisqu'on commence à parler de la maladie sans qu'elle soit vraiment présente et qu'on voit les cas, les gens qui étaient, qu'on disait intellectuels, pour être honnête l'un envers l'autre, vous passez un examen avant. Et nous avons passé un test avant. Et elle et moi, on n'avait pas de maladie. Et dans cette période, ça me vient pas dans la tête de l'avoir trompée.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

L'immense espoir de vie insufflé par le corps médico-social – portant notamment sur les possibilités d'accéder à un traitement efficace – joue un rôle fort dans la mutation de leurs représentations, attitudes et comportements. La figure de la mort n'est peut-être pas inversée, mais à tout le moins atténuée. Alors qu'en Afrique, «sida = mort», une mort totale et imminente, en Belgique, «sida = possibilité de vivre», même si les conditions de vie générales restent incertaines.

«On ne peut pas mourir du sida en Europe, ce n'est pas possible. Avec les traitements qu'on a, avec la facilité, avec la gratuité du médicament, on ne peut pas mourir du sida ici. Ce n'est pas possible.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Dans cette réarticulation du rapport vie/mort, une information capitale apparaît avec le terme «séropositif». Cette catégorie n'existe apparemment pas dans les savoirs et les représentations des personnes interrogées. La perception de la distinction entre les stades de développement du virus entre en jeu dans la capacité à accepter psychiquement et à assumer socialement la maladie. Permettant d'échapper à la mort et au stigmat, la notion de séropositivité la rendrait plus vivable.

«Il y a l'ignorance aussi sur l'information par rapport à la maladie. Donc, comme on ne sait pas très bien comment ça se soigne, ça ne se soigne pas. Ça se guérit, ça ne se guérit pas ? Est-ce que c'est vrai ? Est-ce qu'il y a réellement des traitements ? Est-ce que ça vaut la peine ? Comment ça va être ? Parce que l'image qu'on a de quelqu'un qui est séropositif... On ne dit même pas séropositif, c'est maintenant qu'on fait la différence, parce que nous avons eu la formation, entre séropositivité et sida. Avant, nous-mêmes, les malades, on ne savait pas ce que c'était. Maintenant, je dis que je suis séropositive. Avant je disais : "Je suis sidatique." Maintenant je connais la différence.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

«Mais moi, dans mon cas, ça veut dire, je suis infecté, j'ai le VIH, mais dans mon sang, je n'ai pas le sida. C'est ça qu'ils m'ont expliqué.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Un ensemble d'informations nouvelles et complexes sont transmises aux migrant/es séropositif/ves et le message médical est soumis à réinterprétation, quelquefois sous une forme surprenante («fausses croyances»). Par exemple, sur le lien sexualité et contamination, Monsieur L. (s')explique que la manière dont les Africains de la Région des Grands Lacs «font l'amour» serait responsable d'une propagation accrue du virus.

«Parce que quand on nous apprend que la propagation du sida... Il y a une femme qui nous a expliqué que... Dans notre méthode à nous, de faire l'amour, il y a une façon de faire l'amour... Nos femmes à nous sont plutôt clitoridiennes. Et ce sont, ce qu'on appelle, des femmes fontaines. Elles jouissent abondamment. Elles mouillent beaucoup. Elles ont une façon chez nous... Et ça, je ne savais pas... Parce que dans notre façon à nous de faire l'amour, on fait jouir la femme en faisant sortir ce jus qui se trouve, j'appelle ça "jus", ou ce liquide qu'elles ont, c'est comme ça qu'on fait. Plus elle a versé, plus on dit qu'on l'a fait jouir. Or, c'est dans ce liquide, c'est ce que j'ai appris ici, qu'il y avait plein de virus. Vous comprenez ? Ce que nous, on croyait bien faire et bien, voilà. Alors cette pratique, c'est dans toute la chaîne de l'Afrique, d'Ouganda, du Bouchi, du Rwanda et du Burundi qu'on trouve ça, cette forme d'amour. Comment c'est chez les Sénégalaises ou les Maliennes, elles sont beaucoup plus, elles ne mouillent pas mais elles sèchent, c'est mauvais parce que ça crée des petites blessures. Donc c'est tout un comportement sexuel. Nous, on croyait bien faire. Mais c'est à bien faire qu'on a attrapé cette histoire. Parce que dans ces eaux, c'est ce qu'on appelle une femme fontaine, c'est une femme qui jouit»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Dans cet extrait, l'usage de nouvelles informations (le VIH se trouve dans les sécrétions sexuelles) s'effectue dans un sens qui incrimine les femmes, puisque seules leurs sécrétions sont mentionnées, et qui dédouane les hommes, sortes de «bienfaiteurs sexuels» qui

paieraient aujourd'hui pour leur «bonnes actions». À nouveau, l'interprétation des modalités de contamination renvoie aux rapports de genre.

De manière générale parmi les migrant/es rencontré/es, le niveau de connaissances scientifiques relatives au VIH/sida augmente. Cet intérêt actif pour la maladie renvoie à une volonté de maximiser leurs chances de survie. Par ailleurs, l'expérience vécue de la maladie, doublée d'une prise d'information, entraîne plusieurs personnes à vouloir informer leurs pairs, oeuvrant à leur manière pour une prévention du VIH/sida. Alors que parler de «sa» maladie autour de soi n'est pas évident et plutôt rare, parler de «la» maladie, sans dévoilement de soi, est plus courant.

«Je préfère ne pas en parler. Quand je vois qu'il y a des groupes... Une fois j'ai vu quelqu'un qui discutait de ça, je lui expliqué que ça, ça se présente comme ça. Ils disent : "Pourquoi tu..." Je leur dis : "Non, je vous explique seulement parce que je vous apprends que c'est comme ça, et ça." Et quand je vois des gens discuter de ça et qu'ils sont mal placés dans l'éducation je leur dis : "Non, ce n'est pas comme ça", mais sans pouvoir leur dire que moi je suis comme ça. Et si moi je dois en parler alors... Ça les... Au fur et à mesure que tu en parles avec on va dire : "Ah lui il est comme ça." Vaut mieux que l'aies un chemin (...) et la personne comprend. Mais la personne ne sait pas que toi tu connais bien le domaine et tu es dedans. C'est l'avantage que nous on a, si on n'en parle pas. (...) Eux ils ne peuvent pas savoir, sinon nos conseils sinon ils vont nous rejeter.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

La prévention effectuée par les «migrant/es malades» eux-mêmes revêt également des atours de légitimité de la parole.

«Avant c'étaient ceux qui n'étaient pas porteurs qui expliquaient. Ceux qui ont ça et qui expliquent, au moins ils savent pourquoi (...)»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Cette «mission» de prévention parmi les pairs peut prendre des dimensions plus importantes. Certaines femmes rencontrées ont en effet initié ou rejoint des projets ciblant la «communauté africaine» et sont également entrées dans une «logique de témoignage» quasi militante. Leur hyper visibilité en tant que malades renvoie à la possibilité de parler du VIH, comme si le choix n'était possible qu'entre «ne pas en parler du tout» (ou très peu) et à l'inverse, une fois qu'on l'a dit, devoir le dire haut et fort, devoir l'afficher et dans une certaine mesure, le dire pour tous ceux qui se taisent. Dès lors que «le dire» implique de porter une *identité stigmatisée*, parler devient témoigner, voire mener un combat.

«Donc je dois faire ça pour aider les autres. Tous les autres séropositifs. Je dois témoigner pour eux. Car il y en a beaucoup qui ont peur, qui se cachent...»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Que disent les malades «activistes»? Leur discours est largement axé sur l'énergie du combat. L'engagement devient une ressource personnelle vitale. La lutte porte sur la transmission d'une meilleure information sur le sida en Afrique, et sur le double stigmate des «migrant/es malades» en Belgique. Les actions sont dirigées vers les membres de la communauté africaine, mais aussi vers les agents du dispositif de santé. La prévention auprès des migrant/es consiste à distribuer des préservatifs, à encourager au dépistage et à soutenir la prise des traitements. Le message pourrait ainsi être résumé par : «Protège-toi, fais le test et soigne-toi», cette troisième injonction étant doublée d'une incise sur la chance d'être en Europe : «Profites-en que tu es ici et que tu as accès au traitement». On retrouve dans ce discours la «mécanique» de la prévention en santé publique, au sens où le fait de se savoir séropositif impliquerait *de facto* l'adoption de comportements adéquats et «responsables».

## **Titre de séjour : rapports avec l'Office des étrangers**

Parmi les personnes rencontrées, l'introduction d'une demande d'asile est la plus fréquente. Le motif politique (guerre, insécurité aggravée) est donc le plus souvent invoqué et a d'ailleurs un ancrage tout à fait probant. Toutefois, comment se fait-il que très peu de «migrant/es malades» introduisent une demande pour raison médicale ? Au moment de leur arrivée sur le territoire, il est fort probable que cette procédure leur soit inconnue et que l'asile politique apparaisse comme la seule démarche possible, existante. Ensuite, il se peut également que les personnes ne souhaitent pas parler de leur maladie, autour d'eux ou auprès des dispositifs sociaux et ne seront donc pas informés de l'existence de cette procédure. L'introduction d'une telle demande est d'ailleurs généralement consécutive à une hospitalisation et concomitante à un échec ou un inaboutissement de la demande d'asile.

«Quand on arrive ici, on vous dit : "La procédure la plus rapide, c'est politique." Mais bon, on venait d'une situation de guerre là-bas. On s'est présenté sous forme politique, mais en même temps, on a introduit qu'on était malade. Et tout ça, disons, c'est refusé. Après, la force des médecins ici, de la psychologue aussi, ils ont introduit la demande, avec l'avocat aussi. Et ça aboutit finalement à une régularisation après cinq ans d'attente.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Dans le cas d'une demande de séjour pour raison médicale, une attestation médicale est nécessaire. Celle-ci sera le plus souvent fournie par le médecin du Centre de Référence Sida (ou le médecin traitant). Toutefois, l'OE peut demander un examen médical complémentaire, ce qui n'est pas systématique. Dans ce cas, le migrant/e sera convoqué auprès du médecin de l'OE. Ce dernier est investi d'un pouvoir important puisque : «S'il dit non, l'OE dit non» ; toutefois ce pouvoir est relatif car : «S'il dit oui, il se peut que l'OE dise non». L'octroi d'un titre de séjour pour raison médicale repose notamment sur le fait que le traitement pour le VIH n'est pas disponible dans le pays d'origine (renvoyer la personne serait alors la condamner à mort). Cette information est fournie par les gouvernements des pays d'origine et les migrant/es rencontré/es ne se prennent pas au «jeu de dupe» des diplomaties internationales.

«Le problème qui se passe en fait, c'est qu'il y a certaines ONG qui travaillent avec nos gouvernements et elles sont gênées de dire que nos politiques ne prennent pas les décisions sur la santé. Il n'y a pas un budget. Il n'y a pas de mesures adéquates pour la santé, spécialement pour le HIV. Alors ces organisations-là, comme elles travaillent déjà avec nos gouvernements, elles disent que non, il y a des traitements. Donc s'il y a 20 % de malades, et qu'il y en a 5 % qui sont suivis, ces 5 % ce n'est rien par rapport à tout ce monde qui est malade. Si 5 % sont suivis par l'État : 5 %, il y a combien de personnes qui sont malades ? 15 millions peut-être ! 5 % sur 15 millions de malades, vous n'avez rien fait. Et vous dites que vous donnez le traitement ! Des traitements qu'on donne pendant deux mois, pendant trois mois. Après, il n'y a pas un suivi. Des traitements qui sont des génériques. Ces gens-là n'ont pas de travail, ces gens-là n'ont pas à manger, ils prennent les médicaments, ils tombent malades.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Les migrant/es posent tous le constat de la longueur des procédures de traitement des demandes (en moyenne 3 ans). Ce problème de l'arriéré et du délai de traitement est d'ailleurs reconnu par l'OE<sup>[115]</sup>. Après introduction du dossier, une première phase d'étude examine la recevabilité ; elle se solde pour la plupart des personnes interviewées par un refus. Face à cela, les migrant/es entament un long cheminement de recours, mobilisant très souvent l'aide d'un avocat, soit un prodeo disponible auprès du palais de justice, soit via un bureau d'aide juridique de 1ère ligne. Faire récit de son vécu et être recevable sur la forme ne donne pas forcément accès au séjour sur le fond. Les migrant/es, même lorsqu'ils sont informé/es des procédures, ne comprennent pas les délais et les motifs d'octroi ou de refus du droit de séjour. Face à ce qui est perçu comme un arbitraire, ils comparent le traitement différentiel à l'égard des uns et des autres, échafaudant une somme d'interprétations diverses.

[115] Sur ce point, consulter le site Web de l'Office des étrangers.

«Pourquoi ça traînait comme ça ? Parce que ma voisine en face, on est arrivées en même temps et eux ils ont la nationalité, moi ça a mis quoi, cinq ans ?»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Madame A. est activiste dans une association de défense des droits des séropositifs et elle estime que cet engagement a retardé sa naturalisation.

«Je ne sais pas si j'étais plus ou moins fichée, dans ce sens qu'on avait dû aller se présenter avec la dame qui est ici à l'Union européenne. On te demande vos cartes d'identité et tout, quand on est allé pour défendre les soins de santé des pays du sud. Et après donc, ça a pris vraiment du temps.»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Cet extrait témoigne du fait que la prise de parole politique constitue une exposition de soi au risque de ne pas être accepté sur le territoire. Face à l'expulsion, il vaut mieux, en effet, rester le plus invisible possible. En conséquence de la difficulté d'accéder à un titre de séjour, la parole des migrant/es vivant avec le VIH est véritablement enfouie et cachée.

L'examen de la demande implique de faire la preuve de son identité, ce qui n'est pas aisé pour ceux arrivés en Belgique par des moyens relativement frauduleux ou informels. Se procurer les documents *ad hoc* nécessite soit de se rendre dans le pays d'origine, soit d'y mobiliser son réseau, ce qui coûte de l'argent et qui est parfois, plus prosaïquement, impossible. Après le dépôt du dossier, lors de l'entretien avec un agent de l'OE, les migrant/es doivent en outre démontrer des motivations authentiques. Leur récit sera passé au peigne fin, à la recherche de contradictions et d'incohérences.

«Ils trouvent un texte, et ils disent : "Là, vous mentez." Comme vous ne pouvez pas dire : "Je ne mens pas. La preuve, c'est celle-ci." Alors que vous avez donné toutes les preuves...»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Cette logique de soupçon fonctionne en boucle puisque la suspicion nourrit le «mensonge institutionnel» et vice-versa. Pour être sûrs d'être entendus et acceptés, les migrant/es vont parfois «bricoler» la réalité – alors que celle-ci est peut-être tout à fait «suffisante». Pour éviter ce qu'ils imaginent pouvoir leur causer une pénalité, certains cachent une partie de la réalité. Dans le même ordre, certains migrant/es qui ont introduit une demande d'asile cachent leur VIH, craignant que l'OE les soupçonne de mentir sur leur véritables motivations et les accuse de «profiter du système de soins». Mentir à l'OE s'instaure comme un système rationnel de réponse à la logique de suspicion.

«J'ai des amis qui me disaient : "Si tu leur dis la vérité, ils ne te croient pas, il faut mentir pour qu'ils puissent croire." Mais moi, je n'ai pas été élevée comme ça. Alors c'était pour moi un choc. Et quand j'ai expérimenté ça, j'ai donné raison à mes amis.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

## **Aide médico-sociale, emploi et formation : rapports avec les CPAS**

Lors de l'accès aux soins de santé (via l'hôpital), se pose la question du paiement des traitements prodigués et des actes pratiqués. La plupart des migrant/es étant sans revenus du travail, il s'ensuit régulièrement une demande d'allocations sociales auprès du CPAS. L'octroi de celles-ci est d'abord conditionné au fait d'être domicilié et de résider effectivement dans un logement (entraînant le cas échéant un contrôle du CPAS). Or, pour une part, les migrant/es n'ont pas les moyens financiers de payer un loyer et sont hébergé/es dans leur réseau sociofamilial, sans parfois s'être jamais déclaré/es à la commune. Accéder au logement pour accéder à l'aide sociale implique nécessairement de trouver des revenus, et notamment par le biais du travail au noir puisque le travail légal n'est généralement pas possible étant donné leur statut de séjour. Enfin, les allocataires sociaux et les étrangers sont

bien souvent discriminés par les bailleurs. L'extrait suivant du récit de Monsieur T. résume l'ensemble des difficultés qui se posent pour les migrant/es en matière de logement. Soulignons ici les difficultés posées par la cohabitation ainsi que la réduction de Monsieur T. à sa maladie puisque le CPAS ne lui octroie une aide que pour des raisons de santé.

«Pour avoir un logement, c'est un problème parce que je n'ai pas les papiers que... Et quand je dis que j'ai le CPAS ils ne veulent pas ! (...) Dès que j'aurai 600 Euros... tu veux le logement d'abord, et mais tu veux le logement de 200 Euros ou 250 Euros, plus le reste pour manger tout ça et bien, comment tu veux ? (...) C'est quelqu'un qui m'héberge et de temps en temps, je demande l'aide. (...) La personne qui m'héberge est vraiment fatiguée de me voir... Quand ça l'ennuie un peu je viens dormir le soir, le matin avant son boulot. C'est vrai c'est dur mais j'ai demandé que le CPAS m'aide ; même s'ils peuvent me donner 200 Euros pour le mois, pour que la personne ne soit pas... Mais ils disent qu'ils ne peuvent pas me donner parce que je n'ai pas de logement. Sur le plan médical, ils peuvent m'aider sans problème mais sur le plan, ils ne peuvent pas. Cela fait que, si je pouvais avoir une carte, si j'avais la carte au moins, c'est facile moi de retrouver mais je n'ai pas.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Deuxième condition à l'octroi d'allocations du CPAS, l'obtention d'un titre de séjour valable. Dans le cas où celui-ci est temporaire (CIRE de 3 mois lorsqu'une demande est en cours, séjour temporaire d'un an obtenu pour raison médicale), les périodes de renouvellement correspondent à des interruptions du versement de l'aide sociale vu la lenteur des procédures administratives à l'OE. En outre, le maintien d'un titre de séjour, d'une aide sociale et d'un accès aux soins oblige à une série de démarches administratives à mêmes de décourager les meilleures volontés. Enfin, et même si cela apparaît moins dans les entretiens, certain/es migrant/es craignent de demander une aide auprès du CPAS de peur de se déclarer de manière générale vis-à-vis des dispositifs d'Etat. Cette interaction supposée entre les systèmes de contrôle, et plus particulièrement entre aide sociale et séjour, retient probablement plus d'un migrant/e à y faire appel.

«Il y a des fois où ça passe trois mois sans que je l'ai. (...) Parce que mon droit de séjour n'est pas valable, parce que l'aide sociale est liée au droit de séjour dans le pays. Vous comprenez ? (...) Disons, par exemple qu'on demande une prolongation de six mois. Déjà, on n'aura que trois mois. Et je dois présenter ma prochaine prolongation un mois avant l'échéance de celle-là, pour l'aide sociale. Et des fois, la prolongation n'arrive pas. Parce qu'ils ont beaucoup de dossiers à l'Office des étrangers, ils ont plus de 10.000 dossiers, ils ne savent pas tout étudier. Il y a toujours des retards. Et à chaque fois, l'avocat est obligé de passer en référé pour pouvoir bénéficier... Tu comprends ? C'est trois mois d'attente, on me coupe l'aide sociale, je n'ai pas le droit à l'aide sociale. Si je n'ai plus droit à l'aide sociale, je ne sais plus payer le loyer de la maison, donc c'est la galère. Et des fois c'est en hiver...»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

«A chaque fois il faut refaire les démarches, il faut faire entrer l'attestation médicale qui prouve que vous êtes malade, que votre vie... Des conditions comme ça, mais bon, ce n'est pas la fin du monde, il faut vivre avec aussi.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Plusieurs migrant/es interviewé/es ressentent un arbitraire dans la logique des CPAS. Instance communale, chaque CPAS émet ses propres règles et les migrant/es perçoivent que «certains CPAS donnent, d'autres ne donnent pas». Cette logique est incarnée par la figure de l'assistance sociale du CPAS (AS-C), puisque le bénéfice des allocations dépend «de la personne sur qui tu tombes». Cet agent est souvent perçu négativement, comme quelqu'un qui cherche à décourager les demandeurs d'aide sociale. L'AS-C est ainsi ramenée à son individualité (son caractère «gentil» ou «méchant»), sans toujours replacer sa marge d'action dans le cadre administratif, juridique et politique au sein duquel elle agit et face auquel elle est en partie impuissante. Enfin, le refus de l'aide sociale se heurte quelquefois au «sentiment de dû» ainsi qu'à une croyance sur la gratuité des soins et des traitements.

«(Ma sœur) a tenu à ce que je sois sauvé en venant ici, et comme elle a trouvé l'hôpital St Pierre qui donnait les médicaments gratuitement, pour elle c'était déjà quelque chose pour... Il fallait parer au plus pressé, donc le plus pressé, c'est d'avoir les médicaments et ça je l'ai eu à l'hôpital St Pierre...»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Afin de maximiser les chances d'octroi d'une aide sociale, le récit formulé à l'AS-C est de prime importance. Cette «histoire qu'on raconte au CPAS» s'inscrit dans une dynamique de suspicion et de mensonge. Par exemple, Madame C. a introduit une demande d'allocation et lors de la vérification du domicile, l'AS-C ne la trouve pas chez elle et l'accuse de mentir.

«Mais je ne suis quand même pas un prisonnier. Je peux quand même aller une semaine en famille et tout ça. Je n'ai pas compris. Je trouve ça trop fantaisiste comme ça, de déranger quelqu'un sans chercher à savoir où j'étais, ce que je faisais. En plus, c'est à ce moment-là qu'on m'avait dit que j'étais séropositive. Donc je ne voulais pas le dire à elle. Je l'avais dit à ma nièce, je devais rester un peu avec ma nièce pour me réconforter.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Le sentiment d'arbitraire se double d'un état d'aliénation une fois que le CPAS du lieu de résidence accorde son aide. En effet, certains n'osent plus déménager, de peur que le dossier social ne soit pas accepté par le CPAS d'une autre commune.

«Là, je viens de voir une maison à 325 Euros. C'est cher, mais ici il me coûte plus... C'est 350. Mais le problème que j'ai, c'est ... Que je bénéficie d'un CPAS de XXX. Maintenant est-ce que le CPAS sera reconduit si je m'installe à YYY ? Voilà j'attends. Si vraiment ça se fait, et que c'est accepté que je puisse changer. Mais là, j'attends la prolongation de mon titre de séjour, comme ça je présente ça...»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Lorsque le bénéficiaire d'une aide du CPAS est (temporairement) acquis, une série de contraintes et d'injonctions en découlent, notamment celle de «trouver du travail». Chercher un emploi n'est pas une mince affaire, tant le marché du travail légal est relativement fermé aux migrant/es, dont ni la formation ni l'expérience professionnelle ne sont reconnues. Généralement fatigués, toute démarche leur coûte en outre beaucoup d'énergie.

«(L'AS du CPAS) dit que je dois toujours dépendre de ma sœur, parce que je suis venu sous une prise en charge. Donc, parmi les problèmes que j'ai, je dois encore essayer de prolonger ma carte de séjour, pour continuer une thérapie que j'ai commencée ici qui dure depuis quatre ans maintenant. Mais là, on me stoppe carrément. On me dit : "Non, pas question ! Tu ne dois pas dépendre des pouvoirs publics, tu ne dois dépendre d'aucune Mutualité, tu ne dois pas dépendre du CPAS."»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Deux femmes ont déclaré travailler au noir. Les conditions y sont insécurisantes et source d'épuisement, d'autant plus lorsqu'on est malade.

«Parfois, on doit travailler dur, en noir et il n'y a pas de sécurité et tu prends des médicaments où il était dit, par exemple, qu'avec les médicaments, il faut bien dormir, il faut bien manger. Par exemple, quand tu dois travailler la nuit, tu vois que tu ne dors pas assez et ça c'est contre le traitement. Avec ce traitement, il faut bien se reposer, bien manger réglé, prendre le médicament bien régulièrement et tout... Parfois, on n'ose pas le dire à l'employeur parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne comprennent pas ce que c'est. Ils croient qu'en respirant comme ça, on risque de les contaminer.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

«Moi, je n'ai pas le CPAS. Tu demandes, on refuse. Je n'ai pas envie de me fatiguer à ça, je me dis que si je commençais à courir tous les jours derrière un CPAS pour qu'on accepte de t'aider et qu'on ne t'aide pas, et bien tes enfants mourront de faim. Alors, pour éviter ça, qu'est-ce que tu fais, et bien s'il y a du travail au noir à faire, et bien tu feras ton travail au noir. Alors au noir, ça ne veut pas simplement dire que j'irai travailler dans des cafés, parce que l'image aussi qu'on a, c'est ça, que tout le monde ira dans des cafés ou bien des femmes de chambre et tout. Non, on peut travailler au noir en créant une société où moi je n'apparais pas, où ce serait une Européenne, ou un Congolais qui est belge, qui va créer une société, je travaillerai dedans sans pour autant dire que je travaille dedans.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Cet extrait illustre clairement les ouvertures du marché du travail informel pour les femmes, dans les métiers de service et le secteur domestique. La prostitution n'est toutefois abordée par aucun des migrant/es.

Plusieurs personnes font ou souhaitent faire une formation, que ce soit en alphabétisation, en informatique et secrétariat. À travers les entretiens, il apparaît en outre que les femmes africaines seraient régulièrement orientées vers la formation d'aide-soignante. La formation permettra peut-être d'accéder à un emploi, et ouvre en tout cas le quotidien à d'autres horizons. Mais à nouveau, la fatigue et les contraintes de la maladie pèsent sur la réussite d'une telle entreprise.

«Quand je vais aux cours, par exemple, à un moment donné, je dois prendre le médicament A 10 heures par exemple. Mais quand je l'ai pris, c'est comme si j'ai pris du whisky et je ne sais plus suivre le cours. Et tout le monde est là et on ne va pas répéter pour moi. Et le cours passe et ça continue, et ça ne va pas.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Madame C. n'a pas dit au bureau de chômage, ni à l'institut de formation qu'elle est séropositive, car elle estime que ce serait risquer d'être exclue. Craignant le pire, elle s'auto-exclut de fait.

«Non, ils ne savaient pas. Parce que si tu dis ça, ils vont dire : "Non, tu ne sauras pas suivre les cours. C'est comme ça, arrête.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Madame C. soulève en outre la logique de suspicion, d'accusation des agents du dispositif d'emploi et de formation. Elle a obtenu un graduat en langues au Congo et a exercé en tant qu'enseignante dans plusieurs pays. En Belgique, ni son diplôme ni son expérience ne sont reconnus. Elle s'est inscrite au bureau de chômage et a entamé une remise à niveau en langues. L'établissement de formation lui demande de produire un document attestant de son diplôme, ce qui lui est impossible. Elle est alors accusée de mentir sur son diplôme.

«Et comme je ne présentais pas les papiers, il y a un professeur qui me dit : "Et tu prétends être graduée !" Ça, ça m'a fort choquée. Ils voient quand même que j'ai réussi les examens, ils voient que je sais suivre les cours malgré les difficultés avec les médicaments. Quelqu'un qui n'a pas de niveau ne peut pas suivre un cours. Tous les cours de néerlandais que j'avais faits, j'avais réussi. Si je n'avais pas de niveau, je n'allais pas réussir tout ça.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

## Exil et maladie : l'attente des papiers, l'incertitude du lendemain

De manière générale, les migrant/es «jouent profil bas» eu égard à leur vulnérabilité institutionnelle : ils ne connaissent pas le «système» et ne savent *a priori* pas comment s'y comporter, en outre ils craignent d'être expulsés. Les démarches à mettre en œuvre sont nombreuses, complexes et semblent ne jamais aboutir ; elles nécessitent de mobiliser du temps (faire et refaire la file, attendre en général), de l'énergie (passer par tous les bureaux, prendre des contacts, de l'information, recouper les informations, s'assurer du suivi, réclamer ses droits) et de l'argent (payer un avocat, téléphoner, se déplacer). Certain/es migrant/es se retrouvent progressivement repoussés/es dans des espaces de grande marginalité (travail au noir, logement insalubre, etc.).

«Vous êtes demandeur d'asile, vous faites des démarches qui n'aboutissent jamais, des journées de recherches, des bureaux, les avocats, l'Office des étrangers, etc. On ne se retrouve jamais, c'est plus que compliqué. Ce n'est pas aussi facile que les gens le pensent, parce qu'apparemment les gens pensent que bon, la personne qui vit ici, l'Européen lui-même, pense que s'ils demandent l'asile, d'accord, il a toute la facilité, il aura le CPAS.»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Du matériau empirique, il ressort que le VIH viendrait en quelque sorte dédoubler les difficultés inhérentes à la trajectoire migratoire et vice-versa. En effet, la fatigue provoquée par la maladie entrave la capacité à mener une série de démarches tant sur le plan du séjour que de l'aide sociale ou de l'emploi, mais également à mener une vie sociale «normale». Inversement, la précarité provoquée par le statut administratif génère une série d'obstacles au soin. Plus généralement, la perspective de vie du «migrant/e malade» se résume à l'horizon de son quotidien, entre l'attente des papiers et la précarité quant aux possibilités de sur-vivre. Comment se projeter dans l'avenir quand la vie sera probablement écourtée et que l'annonce de la mort paralyse ? Comment s'inscrire dans un «projet» lorsque le titre de séjour ne le permet pas ou pour très peu de temps ? La conjonction de la maladie et du séjour se situe au niveau de l'incertitude globale que leurs effets conjugués génèrent. Plane ainsi sur la trajectoire du «migrant/e malade» le spectre de la mort et de l'expulsion. Apparaît «la vie nue». La dynamique de vie est bloquée dans un espace-temps incertain, un *no man's land* du devenir.

«Je vais pas me jeter (dans le canal). Mais tu comprends ? Quand on ne peut... Tu ne sais pas... Tu regardes devant toi, il y a un problème ; derrière toi, il y a un problème ; à côté de toi, il y a un problème ; tu ne sais pas où aller... Tu te fies à qui ? Devant toi, il y a un problème que tu ne sais pas résoudre, on te dit : "Monsieur, ton problème, il est..." Tu ne sais pas le résoudre. Tu te retournes, tu regardes : "Monsieur, je ne peux rien faire pour toi." À côté de toi, la même chose... "Rentrez au pays, mais rentrez au pays !" La Belgique est un Etat de droit, là, c'est bien... Tu passes d'associations en associations. Tu passes ton temps à courir pour des papiers...»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Une fatigue intense s'emparant du corps, la capacité à trouver les ressources nécessaires va en s'affaiblissant et les forces vitales s'amenuisent. L'océan de problèmes relatifs à la condition de «migrant/e malade en séjour précaire» engage une énergie telle que, l'épuisement et l'isolement faisant, le désir de mourir – alors qu'on est déjà à moitié mort et réduit à la maladie par le dispositif de séjour – surgit inévitablement.

«Il y a des fois, c'est pris dans ma tête, c'est tout ça. La semaine passée, quand je travaille, ça, j'ai pensé qu'à ça. Je suis chez moi, je coupe le poulet, je pense à ça. Je dis : "Je prends le couteau et je me tue, c'est fini." J'ai arrêté de couper le poulet. Je suis resté beaucoup seul chez moi. J'ai laissé le poulet. Et je suis venu sur le canapé. Le poulet est resté deux jours là. J'ai même pas mis sa viande au frigo. Si j'ai faim, j'achète les frites et je mange. Je pense, je pense. La semaine file. J'ai fait tout le week-end sans sortir de la maison, le week-end passé. Bon, cette semaine, j'ai recommencé à travailler. Mais je ne pouvais pas continuer toute la semaine. J'ai dit : je prends jeudi et vendredi congé.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

L'image du poulet mort dont la viande reste à putréfier dans la même pièce où Monsieur R. est étendu et occupé par ses pensées pourrait être métaphorisée pour renvoyer à son état d'abandon. La maladie fatigue, le séjour précaire, la situation est obsédante car sans issue et sans pouvoir d'action. La comparaison avec un corps animal évoque également la réduction progressive de l'individu à son corps biologique et du migrant/e à sa maladie. Pour certain/es migrant/es, l'attente obsédante des papiers dans une impuissance complète prend le tour d'une véritable angoisse et pointe le non-sens de la migration. Comment «vivre positif» ?

«L'angoisse de l'attente franchement c'est... Tu es là. Tu te dis que tu n'as pas droit, tu ne sais pas travailler. Alors que tes diplômes ne sont même pas du tout valorisés. Tu te demandes qu'est-ce que tu fais ici...»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Je suis trop pensif, c'est-à-dire que je pense trop à ça. Il faut que j'essaie de vivre positif.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

«Ma tête n'est pas tranquille. (...) Je peux dire : à cause de la maladie... Mais c'est l'attente, quoi. Des fois, je rentre chez moi, j'ai pas de copine, j'ai pas un enfant, ça me travaille. Aussi des fois, il y a des autres femmes, tu comprends, voilà... J'ai besoin de l'amour, qu'est-ce que je peux faire ? Je ne peux rien faire. Je n'ai pas envie non plus de partir chez les prostituées, qui sont dans le quartier là-bas. J'ai peur. J'ai peur ! La maladie, ça me travaille.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Sans droit ni reconnaissance, le quotidien du «migrant/e malade» est stressant. La peur de l'expulsion occupe bon nombre d'entre eux. Le long silence des instants de séjour fait office d'un grand vide où se perdre, où se pendre.

«D'abord tu es là en attente. Tu sais pas à quoi tu t'attends. Tu sais pas si un jour ils vont décider de te... De t'expulser. Là, tu te dis si jamais ça arrive. Avec les années, toutes les années que j'ai perdues.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Même hier je suis allé à l'Office des étrangers, il a dit qu'il ne sait pas. Tu sais que tu as une maladie terrible... Ça aussi ça me joue.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«C'est comme si on définissait que quelqu'un de séropositif, il est mort. (...) Mais oui, pour eux (les autorités) c'est ça. Il est mort, il n'y a pas d'avenir avec lui. On ne sait rien faire, il va mourir. C'est inutile de perdre notre temps, notre argent pour lui.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Lorsqu'un titre de séjour temporaire est finalement obtenu, la vie est encore suspendue, entre les filets de l'administration. La précarité administrative conjuguée à l'incertitude de la vie rend difficile voire impossible toute inscription. Le quotidien prend le dessus. L'espoir à long terme est lui-même élimé.

«Un an, si l'Office me donne des papiers pour un an, je suis content»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«Non, je vous assure que ce n'est pas évident, tant que je ne serai pas stable, c'est pour ça que je vous dis que seul Dieu peut me venir en aide... Donc je ne sais pas... Tu ne peux pas dire : "Voilà, je me définis, mon objectif c'est ça." J'ai des objectifs, j'ai des ambitions, j'ai même des projets, mais tu ne peux pas les réaliser tant que tu te dis : "Est-ce que demain on va m'accepter ?"»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Dans ce contexte de maladie et de précarité, Monsieur L. se sent vieillir. Le sens de son existence se réduit à la maladie. Il se sent inutile, bon à mourir. Il se sent n'être «rien», sauf à être maintenu en vie «artificiellement» par les traitements. La conjonction du séjour précaire et de la maladie provoque la sensation d'être un mort vivant. Surgit le désir de mourir quand on est déjà à moitié mort.

«Ils ne veulent pas donner un visa humanitaire. (...) Parce que je suis vieux. Je ne suis rien du tout... Donc je ne représente pas... Si j'avais 20 ans, là ils auraient quoi ? Il vient, il va guérir... Et puis après ça il va se mettre à travailler. Mais pas... À 55 ans. C'est quand tu deviens inutile que tu es un vieux. (...) De te sentir vraiment rien... Tu n'es rien. Dans le regard des autres, qu'est-ce que je représente ? Est-ce que j'existe vraiment ? Comment ? C'est ça. Je me pose même la question si j'existe. Est-ce que j'existe ? Quelle est mon existence ? (...) Mais oui, tu te poses la question si tu existes. Tu existes comment ? Par tes thérapies, oui, tu existes, qui te tient en vie. Il y a des fois où je deviens amer. Tu ne mérites pas ça.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Les regrets de l'exil surgissent. Partir, quitter son pays, n'est pas chose aisée, même s'il s'agit du «dernier choix». C'est toujours laisser «quelque chose», sa famille, ses amis, son travail. Cette souffrance n'est certainement pas atténuée par les difficultés rencontrées en Belgique.

«Penser à venir vivre en Europe. Abandonner son travail. Abandonner... Parce qu'une fois quand même qu'on a... On a tout. Une fois qu'on a tout construit en Afrique. Moi j'avais tout. Tu as investi pour avoir ta maison, tu... Tout laisser tomber pour aller refaire une autre vie, ce n'était du tout, du tout... Et je me rappelle qu'en tout cas la première année, surtout les trois premières années avant que j'aie vraiment mon... (...) Mais les trois ans où j'étais en attente, parce que j'ai attendu trois ans pour avoir les papiers, là certainement je me suis dit : "Pourquoi j'ai..." Si au moins j'avais décidé de rester là. Même si je serais morte. Je sais... Là, ça a été dur sans... Non en tout cas je me rappelle qu'il y a... Heu la deuxième année, je me rappelle, j'étais en pleurs. Vraiment je me disais... Je regrettais ma décision, je regrette...»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

La perspective de la mort fait également écho à l'exil. Madame C. envisage son décès en terre étrangère, loin des siens et de ses coutumes. Elle pratique la religion, tandis que ses enfants ne connaissent pas le rite chrétien et elle craint que son enterrement ne rende pas hommage à la tradition chrétienne et congolaise.

«Je risque de mourir un jour et j'ai des païens (ses enfants) comme ça. Ils ne savent pas chez quel prêtre aller, quelle messe demander. Je n'aime pas. Je voudrais qu'eux aussi soient croyants comme moi. Qu'ils puissent m'aider, que je puisse compter sur eux. Car je vois, il y a des gens, quand ils meurent, on amène le corps à l'église et il y a des enfants qui ne savent même pas faire ça (geste de croix).»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

## COMMUNAUTÉS DE VIE

Alors que la perspective de la mort paralyse et que la honte et le stigmate enferment le sujet à l'intérieur de lui-même, la capacité à dire la maladie à son entourage témoigne d'une «sortie de soi» dans la mesure où, préalable au dévoilement, le sujet passe généralement par un travail d'acceptation de la maladie. Il faut «être prêt» pour en parler. Accepter la maladie, c'est d'une part, accepter la mort, la finitude (in)certaine et d'autre part, accepter ou enterrer voire taire le passé pour vivre au présent. Une fois ce travail abouti, la personne est plus à même de mettre en œuvre une série d'actions. À ce titre, la pratique religieuse constitue une ressource pour certains, tandis que d'autres s'emploient activement à une prise d'informations médicales, ou participent à des groupes d'entraide et de convivialité.

«J'avais finalement accepté la situation et je me disais : "C'est arrivé, c'est arrivé. Si je dois mourir un jour, je vais quand même mourir." Et puis c'est tout.»

*Madame A., 55 ans, Congo, 10 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

«Je n'ai pas peur comme tel car je me dis toujours, on se console comme on veut, je me dis : "Séropositif ou pas séropositif, on crève quand même."»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

Réciproquement, «en parler» aide également à accepter. L'équipe du Centre de Référence Sida est parfois le premier et l'unique interlocuteur au sujet de la maladie. En effet, certaines personnes très isolées n'en parlent ni à leur famille, ni à leur entourage pour autant qu'elles en aient un, et ne participent pas aux activités associatives proposées aux séropositifs. Leur solitude semble totale avec la maladie. En contexte hospitalier, l'assistante sociale est rencontrée à des fins d'écoute et de soutien. Les instances de séjour (l'Office des étrangers principalement) constituent parfois le second interlocuteur hors du corps médical, principalement dans le cadre d'une demande de séjour pour motif de santé. Inversement, plusieurs personnes ne souhaitent pas parler de la maladie dans un souci de se protéger d'éventuelles répercussions administratives. Par exemple, lorsqu'une demande d'asile politique a été introduite, une crainte plane que l'OE apprenne la séropositivité et soupçonne que la personne ait caché ses «vraies motivations». La vulnérabilité institutionnelle joue ainsi à renforcer le silence autour du VIH.

## Les liens gardés avec le pays d'origine et le retour improbable

Certain/es migrant/es gardent des liens forts avec leur pays d'origine. Certains envoient de l'argent aux parents et enfants et la connexion Internet permet de communiquer à distance, de continuer à s'informer sur l'évolution politique, culturelle, etc. D'autres gardent des liens faibles voire inexistantes avec leur famille restée au pays, téléphonant tous les deux mois, sans grand enthousiasme ni grand-chose à raconter. Certains enfin n'ont plus de famille suite à la guerre. La maladie les éloigne également de leurs proches puisque la plupart des migrant/es qui apprennent leur VIH en Belgique ne le disent pas à leur famille restée au pays, dans un souci de les protéger de l'inquiétude de la maladie et de la mort, et probablement du poids du stigmate. Ils estiment ne pas réunir les conditions d'une telle énonciation. Pour pouvoir le dire, les personnes expriment la nécessité d'une proximité physique et émotionnelle, afin d'être en mesure de répondre aux questions de vive voix et de rassurer, notamment en mobilisant les explications biomédicales reçues en Belgique, porteuses d'espoir.

«Ma famille non, parce que je suis loin de ma famille aussi. Leur dire, c'est un peu stressant aussi, tu vois, maintenant ça fait cinq ans que j'essaie mais... Bon, pas tout de suite quoi. (...) C'est mieux que je sois près d'eux quand je leur dis, mais tant que je suis là, non...»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

«Le jour, je m'assois avec eux, comme ça pour leur expliquer que c'est comme ça, qu'on peut survivre à ça... Parce qu'en Afrique, quand tu as ça, on dit que tu es foutu. Tu meurs demain. L'explication ici est différente de là-bas. Il faut quelqu'un qui soit dedans, qui comprenne, j'attends le moment opportun pour en parler.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Pour rassurer la famille, les migrant/es peuvent renvoyer l'image d'une vie «facile» ici. Cachant les difficultés, ils participent du «mirage occidental».

«Ils avaient toujours peur. Parce que je parlais loin. Loin avec cette maladie. (...) Quand je téléphone, elles me disent : "Alors comment tu fais, est-ce que tes enfants t'aident beaucoup pour préparer à manger ?" (...) Des fois, ils ne comprennent pas en fait. Mais des fois, j'essaye de leur expliquer comme quoi c'est facile. Les choses sont tellement faciles que même pour lessiver, on n'a pas besoin de faire la lessive à la main et tout ça. Que pour cuisiner c'est, c'est vite fait, on n'a pas besoin de cuisiner des heures et des heures. Ça a été... Vraiment pour qu'ils puissent comprendre.»

*Madame D., 43 ans, Burundi, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 18 ans.*

Tant le VIH intervient parmi un ensemble de facteurs dans la «décision de migrer», la «décision de (ne pas) rentrer» est quant à elle nettement plus conditionnée au VIH. Malgré la précarité des conditions d'existence, malgré les entraves à un accès effectif complet au traitement pour le VIH, les «migrant/es malades» estiment que leur sort est relativement meilleur qu'au pays, eu égard notamment au cadre de vie en Europe (plus reposant, moins insécurisant) et à la possibilité de vivre avec le VIH sans être exclu. Aucun des migrant/es rencontré/es, quelle que soit la durée de leur séjour en Belgique, n'envisage de rentrer. Tous expriment une tension vie/mort entre rentrer et mourir, rester et survivre. Outre l'insécurité politique et militaire, le retour reviendrait à encourir l'exclusion sociale (comment cacher la maladie ?) et à s'exposer à une mort certaine (comment assurer le suivi médical ?). Rester apparaît presque comme un non-choix.

«Rentrer chez moi ce n'est pas possible. Je n'ai pas envie qu'on me chasse. Si on me chasse, je meurs tout de suite, parce qu'il n'y a pas de médicaments, donc. Ils ont pillé tout, ils ont détruit tout, donc. Parce qu'ici, on me donne, j'ai le médicament pour le sida, pour l'hépatite.»

*Madame E., 47 ans, Burundi, 3 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 3 ans.*

«Je ne veux pas rentrer dans mon pays, je ne veux pas. Si on m'enlève aujourd'hui le papier, ma vie est finie. Je suis malade. Maladie contagieuse grave ! Si on me dit de quitter le territoire, alors qu'ici, on me donne le médicament, qu'on me donne du boire, si tout ça va s'arrêter. (...) Retourner, c'est mourir. Dieu m'aide.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«De plus, il paraît que la situation est beaucoup plus compliquée qu'avant. Malgré qu'il y a un pouvoir qui a été élu. Si tu ne parles pas comme le pouvoir le veut, il y a des gens de la sécurité qui t'arrêtent, qui te mettent en prison et qui te tuent après.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Pour certains, l'idéal serait de pouvoir voyager librement, de vivre ici et de retourner ponctuellement au pays pour voir la famille. Or avec leurs titres de séjour précaires, quitter la Belgique ne garantit pas de pouvoir y revenir. Par ailleurs, les réfugiés politiques ne peuvent pas séjourner dans leur pays (sauf demande expresse et à certaines conditions).

## Migrer en famille

Au moment de migrer, les femmes étaient toutes célibataires, qu'elles soient divorcées ou veuves de feu leur mari décédé du sida, de la guerre ou d'un accident. En Belgique, elles vivent toutes, sauf une, avec leurs enfants, qu'elles aient migré avec eux ou qu'elles aient pu pratiquer le regroupement familial. Quant aux hommes, la plupart étaient célibataires avec enfants et ils ont migré seuls – sauf un veuf qui a migré avec sa fille et un homme marié qui est venu avec sa femme et ses enfants. Les enfants, c'est ce qui «fait tenir le coup» au quotidien. Ils entretiennent la «raison de vivre» ou plutôt, de ne pas se laisser mourir. Ordonnant les priorités vitales, les enfants représentent également l'avenir que les parents n'auront plus. Par ailleurs, vivre avec ses enfants est une source d'inquiétude supplémentaire puisqu'il faut pourvoir à leur éducation et subvenir à leurs besoins ; et que la menace de l'expulsion les concerne également.

«C'est ça en fait qui me fait, qui me touche encore. Parce que ma fille, elle n'est pas née rwandaise, ni kenyane, elle est plutôt belge. Tout ce qu'elle connaît c'est ici. Là quand elle avait deux ans, trois ans, ces choses s'effacent vite. Tout ce qu'elle a connu quand elle a commencé à retenir vraiment les choses c'est ici. Elle a oublié sa langue. Elle ne parle pas ma langue maternelle parce qu'elle ne l'a jamais partagée avec quiconque. Elle parle français. Et maintenant je me pose la question : si jamais on nous refuse l'asile que va-t-elle devenir ? Avec sa vie, elle ne peut pas, elle ne peut pas vivre dans mon pays, ce n'est pas possible.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Les parents ne parlent généralement pas du VIH à leurs enfants, pour leur éviter l'exclusion et pour ne pas les faire souffrir, car le VIH est trop terrifiant. Toutefois, leur transmettre un savoir sur le VIH apparaît important.

«Les enfants par exemple, si on trouvait pertinents les messages par rapport à cette maladie. Tu te dis que ça risque de choquer plus que ça ne construirait. Donc, il vaut mieux les laisser un tout petit peu grandir. S'ils atteignent un certain âge, je pourrai leur parler, mais ils ne sont pas encore à un niveau où... Ils pourraient se bloquer... C'est plutôt, essayez d'expliquer un tout petit peu mais sans devoir se prononcer sur son propre cas.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Ceux qui ont migré sans leurs enfants éprouvent une souffrance à avoir délaissé leur famille et à vivre seuls ici.

«Un enfant que tu n'as jamais vu. Une femme qui te dit qu'elle t'aime, toi tu es en plein hiver, seul dans un petit lit. Tout ça, ça te manque.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

«Je n'ai plus de contacts avec mon ex parce qu'elle est découragée que je reste ici longtemps sans papiers. Elle, elle voulait venir vite, elle voulait que je rentre vite, bon... On attend le divorce comme ça quoi, parce que certaines femmes africaines elles pensent que, son mari, lorsqu'il part en Europe, il trouve d'autres femmes blanches, comme ça, ou bien qu'il oublie sa femme. Mais moi, j'ai déclaré que je suis marié à l'Office des étrangers. Sur le papier, c'est écrit que je suis marié, mais c'est pas facile de trouver ici vite des papiers. Elle, elle ne sait pas ça, elle est découragée. (...) Elle est fâchée, elle attendait, attendait, attendait...»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

L'extrait précédent de Monsieur P. témoigne également de l'impact que la migration peut avoir sur les cellules familiales – et d'abord sur les couples, notamment lorsque le «projet migratoire» ne réussit pas comme attendu.

## Le couple, rêvé ou réel

Dans l'ensemble, les femmes rencontrées expriment que leur vie affective et sexuelle n'est plus une priorité. En effet, la maladie «occupe à temps plein» et il n'y a donc pas de place pour un homme, d'autant plus que l'éducation des enfants ainsi que l'implication associative pour certaines occupent largement leurs journées. Outre l'indisponibilité pratique, plusieurs femmes font part du fait qu'elles ne veulent rencontrer personne et qu'elles ne sont attirées par personne, principalement à cause de la maladie. La peur de contaminer, l'impossibilité à parler de la maladie ou encore la perte d'une image de soi comme femme séduisante, ainsi qu'un repli général de la vie sociale entraînent une série de stratégies d'évitement, de mises à distance, voire de «tests» de l'autre.

«Et puis quand on me fait la cour c'est encore très bien, parce que, ouh la la, qu'est-ce qu'il va souffrir, le pauvre ! Ouh, je choisis comment, quoi. C'est pas n'importe quel restaurant hein... Ah non ! Et puis je prends mon entrée, mon plat, mon petit verre de vin, pourtant je ne bois pas beaucoup mais le vin, là pour fatiguer l'autre, comme ça il ne m'invite plus la deuxième fois ! Donc, au moins, il faut que tu prépares aussi ta poche, je veux dire. Mais c'est gai, c'est gai. Et puis bon, je dis toujours à tous mes partenaires : «Tu veux me faire la cour ? Ah la la, est-ce que tu es obligé de me faire la cour ? Et pourquoi ? Moi je suis séropositive.» Il y a ceux qui m'ont dit : «Bah oui, et alors ? On t'aime telle que tu es, et alors ? «Maintenant je rigole, ça ne m'intéresse pas d'avoir des hommes pour le moment dans ma vie, c'est pas une priorité, sinon j'aurais mes enfants, le mec, mon boulot, ma... non !»

*Madame B., 38 ans, Congo, 5 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 10 ans.*

Certains hommes célibataires ne ressentent pas plus de désir de relation affective et sexuelle. Leurs priorités sont autres et le VIH les inhibe. Ils se sentent pris dans l'impasse de «devoir dire» la maladie, au risque d'être rejeté. Dans certains cas, ne rien dire pour ne pas être exclu, revient de fait à s'auto-exclure et à plonger dans l'isolement.

«Avec ce que j'ai, je ne veux pas avoir d'autres... (Rires) Je suis encore à m'asseoir dans mon coin (rires). Je préfère ne pas trop sortir pour le moment. Pas encore. Ça doit encore attendre. Dire à quelqu'un que tu es comme ça... Oui, je dois le dire, c'est la vérité. Parce que si je garde et qu'il y a quelque chose. Il vaut mieux le dire à la personne. Il faut sentir la confiance de la personne avant de pouvoir en parler. Alors pour éviter ça, je reste dans mon endroit. Parce qu'au moins, quand je reste dans mon coin, je ne vais pas déranger. Non, parce qu'en parler, si la personne se sent mal, elle va partir ! Si tu en parles vraiment, elle va te fuir, il vaut mieux rester.»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Quant à Monsieur L., il fait part de la dimension de légitimité de la sexualité puisqu'il estime en quelque sorte qu'il «paie» aujourd'hui les actes d'hier, qu'il est «puni par où il a péché» et que le VIH, dans son histoire de «débauche», joue le rôle de gardien du retour au droit chemin. Malgré ses besoins sexuels et affectifs, il n'envisage «même pas» de consulter une prostituée.

«Mais tu sais, je vais te dire, une chose qui me manque. Ce n'est pas d'avoir connu des femmes, ou d'avoir eu une vie sexuelle abondante, non, ce n'est pas ça. Cette maladie t'apprend une chose, ma croyance à ne plus pécher. Tu me comprends ? C'est que je ne peux pas te tromper ! Je sais, ça c'est exclu. J'ai des besoins, j'ai des moments de sentiment, mais je sais que... Même avec la capote, je n'ai pas envie. Je sais que je peux le faire. Tu sais, on m'a dit qu'à la Gare du Nord, il y a des femmes blanches, mais je n'ai pas envie. Maintenant, ce qui me préoccupe c'est foncer, c'est faire quelque chose de positif, non pas vivre du passé. J'ai vécu, j'ai baisé, je sais où se trouve le trou, c'est déjà pas mal, je deviens un peu vulgaire, hein ? Non. Amer !»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Monsieur O. exprime son vécu affectif et sexuel après la migration, mais surtout après la guerre et la disparition de son épouse, décédée avec une de ses filles au cours d'un massacre.

«Je n'y pense même pas. Parce que son image reste. Vous voyez chaque fois que je pense à sa mort que je... Le ne sais pas ce qui s'est passé hein. Le ne sais pas ce qui s'est passé, je n'ai même pas pu l'enterrer. Et ça me hante, ça me hante et chaque fois que je suis en présence d'une femme, de quoi, de quoi on parle et l'idée me revient toujours.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

Par contre, certains hommes souhaitent rencontrer une partenaire. Dès lors se pose la difficulté à mettre en œuvre une entreprise de séduction en étant malade et fatigué. Rencontrer une femme nécessite de sortir dans un club, ce qui outre l'incapacité à tenir la forme durant la nuit et à devoir boire comme les autres alors que la prise de médicaments l'interdit, ne permet apparemment que de vivre des aventures sans lendemain. Lors de ces relations de passage, les hommes déclarent employer le préservatif, mais ne disent pas leur séropositivité à leurs partenaires occasionnelles, tant le risque de rejet est grand.

«Avant je sortais un peu seul dans les boîtes, maintenant je suis plus concentré sur ma santé quoi. Parce qu'au début, je suis retourné à Bruxelles, c'est une ville qui bouge beaucoup tu vois, il y a trop de violence et choses comme ça, après j'ai dit : "Le temps ça passe vite, il faut faire quelque chose, il faut lutter quoi.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

«Quand je vais danser dans les boîtes, je rencontre des femmes. Ça dure une semaine, deux semaines. Après... c'est fini.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Quelques hommes expriment un désir de relation stable et sérieuse, toutefois celui-ci se heurte à la maladie et à la précarité, en somme à l'incertitude générale quant à la durée de la vie et du séjour. Face à ces difficultés, deux rencontres types permettraient de partager une relation durable. Le mariage avec une femme belge répondrait au besoin de stabiliser le titre de séjour, tandis que la relation avec une femme séropositive permettrait d'éviter le rejet et de «pouvoir dire» la maladie.

«Et si tu dois en parler, alors il faut trouver quelqu'un qui est comme toi, parce que là vous pouvez en parler, vous avez les mêmes choses, mais quand vous n'avez pas les mêmes choses, c'est difficile que quelqu'un pas comme toi l'accepte !»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Le couple, réel ou imaginé, vécu ou désiré, apparaît comme un lieu privilégié pour dévoiler la maladie. La nécessité de parler du VIH répond non seulement à un souci de préserver l'autre de l'infection, mais également au désir d'un «secret partagé», de pouvoir porter la maladie à deux face au reste du monde.

«Pour le moment, vraiment, je ne dis pas, à personne. Non. Quand je suis avec une fille, si je vois que c'est elle... "Ça, c'est la femme de ma vie." Rencontrer une femme que vraiment... Bon, je dis carrément la vérité seulement si je sais que je suis avec une femme, qu'on peut rester ensemble, pour faire des enfants avec elle. Là, je lui dis mon problème. Je vais lui dire ça, calmement. Puis je vais voir avec elle, le docteur. On va venir ici lui faire expliquer. Si c'est un Blanc, si c'est une Africaine, n'importe quelle couleur. Voilà. Mais, je peux dire, Dieu merci, comme mon cas n'est pas le sida, mais je suis infecté, voilà... Je ne sais pas quoi je vais expliquer vraiment...»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Mais alors, comment le dire ? Une femme s'est confrontée à ce dévoilement dans son couple. Venue en Belgique pour des soins relatifs à un cancer du sein, elle a rencontré un homme belge avec qui elle a entamé une relation et qu'elle a épousé ultérieurement. Apprenant son VIH, elle a décidé de rester en Belgique et a fait face au «devoir» de lui dire la «vérité».

Paralysée par la nouvelle et par l'éventuelle réaction de son partenaire, elle a demandé à son médecin de l'en informer.

«Moi, je n'avais pas le courage de lui dire, alors j'ai demandé à mon médecin. C'est mon médecin qui l'a convoqué, et qui le lui a dit, et qui lui a demandé de...»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

La relation entre Madame C. et son mari n'a pas cédé face au VIH, cependant le conjoint refuse encore d'en parler. À entendre Madame C., ce qui lui a permis d'assumer plus facilement l'annonce au conjoint, c'est le fait que la contamination ait eu lieu dans le passé, avant la relation. L'annonce du VIH fait ainsi moins peser la suspicion d'infidélité.

## Fréquenter la communauté africaine

À l'arrivée dans un pays inconnu, la structuration des repères passe notamment par le repérage d'éléments connus et sécurisants et la plupart des migrant/es interviewé/es fréquentent de près ou de loin le «milieu africain», lui-même fragmenté entre les différentes nationalités (Congolais, Burundais, Guinéens, etc.). Les nouvelles rencontres s'opèrent sur une base familiale élargie, commerciale (les business, les magasins spécialisés, le logement), religieuse (paroisses, groupes de prière) et urbaine (les quartiers, les lieux de sociabilité). Le réseau social est également constitué de personnes connues au pays et elles aussi exilées. Il n'est toutefois pas toujours évident de se retrouver avec d'autres migrant/es lorsque précarité et VIH se conjuguent et donnent à voir une piètre image de soi. Tant les moments passés ensemble aident à surmonter la solitude et l'exil, tant ces «connaissances» ne deviendront pas des «amis» auprès de qui se confier.

«Mais les amis-là, c'étaient des gens sans passé et sans avenir, un peu perdus...»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

«Des amis,... Bon, "amis" entre guillemets parce qu'un ami, c'est beaucoup dire. Disons des connaissances, des Belges, d'autres nationalités, des gens qu'on rencontre à l'église, ou dans d'autres manifestations. Des connaissances. Ce sont des gens avec qui on échange, sans trop se faire d'illusions, des amis ce serait trop dire.»

*Monsieur K., 51 ans, Burundi, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 12 ans.*

Vis-à-vis de la «communauté africaine», rares sont ceux qui affichent leur séropositivité. La plupart évitent de partager le diagnostic pour se prémunir du rejet. «Les Africains ne vont pas comprendre», signifie que les pairs interpréteront et réagiront à l'annonce de la maladie au travers des cadres d'interprétation en vigueur en Afrique, alors que le «migrant/e malade» s'est confronté/e et transformé/e au contact de la biomédecine.

«Non, non, je ne veux jamais... Si je leur dis que je suis positif... Dans mon cas, ce n'est pas un sida. Ce n'est pas le sida ! Ça n'a pas atteint jusqu'au niveau sida. Ils ne comprendraient pas. Parce que mon cas, c'est comme ça. (...) Bon, c'est comme ça que moi, ils m'ont expliqué : "Tu es infecté. Mais même si on est infecté avec le VIH, il faut que ça atteigne jusqu'à le temps de sida." (...) Moi, je connais beaucoup les Africains. Aujourd'hui, je peux dire : "Moi je suis positif", et si je fais comprendre que mon cas n'est pas atteint jusqu'au niveau de sida, la personne ne va pas me croire : "Tu es positif donc tu as le sida." C'est ça qu'il y a beaucoup de gens qui ne comprennent pas. Tu es infecté, mais il faut qu'on regarde d'abord si... Tu es infecté, mais mon cas n'est pas... J'ai pas le sida dans mon corps. C'est pas la même chose qu'avec le sida. Moi, j'ai pas le sida mais je suis avec le VIH. Tu comprends ce que je dis ? Voilà. Peut-être vous qui ... Vous, c'est votre domaine de recherche. C'est comme ça qu'on vous a expliqué, non ? C'est ça qu'il faut expliquer donc.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Outre l'incompréhension, dire le VIH, c'est prendre le risque d'être marginalisé, d'être jugé, eu égard notamment à la dimension sexuelle du VIH.

«On est marginalisé, on pense que vous allez mourir demain, on vous fuit. Vous êtes mort quoi. (...) Oui vous êtes mort, vous êtes pécheur, vous êtes... Enfin tout ce qui est négatif. La plupart des gens pensent que le sida se contracte par les rapports sexuels c'est tout. Pas une autre voie, voilà.»

*Monsieur O., 50 ans, Rwanda, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 6 ans.*

«Avant, je me disais : "Est-ce qu'il y a moyen que tu es le seul Djiboutien séropositif ?" Si je parle lors des réunions quelque part, j'étais seul, seul, seul, mais je suis sûr et certain que ça existe, qu'il y a des Djiboutiens séropositifs, mais ce sont les gens qui se cachent.»

*Monsieur P., 35 ans, Djibouti, 5 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

A l'instar de ce qui se passe «au pays», où «on n'en parle pas», les migrant/es gardent leur secret. Là-bas, en Afrique, comme ici, dans la communauté africaine de Belgique, «Si tu en parles à une personne, tout le monde le sait». Dire sa maladie à une personne implique de s'exposer à la rumeur, au ragot, autrement dit au stigmate. Dans ces conditions, il devient effectivement difficile de se confier. Les personnes craignent que «ça» se sache, que leur entourage ici et là-bas soit mis au courant. Comment faire respecter le silence, le droit au secret et à la vie privée ? Puisque cela semble impossible, alors il faut garder la maladie pour soi, en soi.

«Pour eux, si tu leur dis que tu es positif... C'est-à-dire que, vous connaissez la mentalité des Africains, ils vont dire ça à tout le monde. Y a tout le monde qui est au courant. (...) Ça se dit partout. Et j'insiste, partout ! Ils vont dire ça partout. Et là où tu passes, on fait le doigt, comme ça.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

Se pose alors la difficulté conséquente de cacher la maladie. Ne pas la dire oblige à une gestion du quotidien, notamment par rapport à la fatigue et à la prise de médicaments. Le malade est alors conduit à se mettre en scène comme une personne saine, ce qui crée une tension entre l'intérieur et l'extérieur de manière parfois extrême. Que prétexter quand on se sent mal ? Comment expliquer une faiblesse récurrente ?

«Les deux semaines qui viennent de passer, même mes amis me disent : "Mais toi, qu'est-ce que tu as ?" Parce que j'ai des malaises. C'est vrai, quand je fume la cigarette, je bois, je ne me sens pas à l'aise, j'ai du mal, pendant quatre heures et puis ça va. Je dis : "Non, c'est... J'ai pas la pêche." Ça veut dire que je suis là, je prends un peu de tartines, je vais au boulot, les gens me voient, ils voient que tu es bien, tu travailles. Mais moi, je vois que je... Dans les deux semaines qui viennent de passer, j'étais vraiment... Prou...»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

## **Pratiques religieuses, églises et communauté des croyants**

Parmi les migrant/es rencontré/es, certains sont croyants (chrétiens principalement), et parmi ces derniers, quelques-uns pratiquent et/ou sont impliqués auprès d'une paroisse. L'église est un lieu social où du lien se tisse et où des émotions et des affects sont collectivement partagés. L'implication dans les activités paroissiales occupe à ce titre une des fonctions du dispositif associatif, en ce que cela permet de ne pas rester seul chez soi à ne rien faire, de trouver un refuge et un lieu de vie collective. La séropositivité ne sera généralement pas affichée parmi les corrégionnaires, à nouveau de peur d'être jugé et exclu.

La solidarité et l'entraide entre paroissiens permettent de surmonter des épisodes critiques. Le «devoir chrétien» s'exerce au même titre que le don et le contre-don communautaires. Par ailleurs, être aidé par des amis peut fragiliser l'ego et provoquer un sentiment de mendicité.

«Des fois, je me fais aider par des amis, des amis qui m'aident. Il va y avoir celui-là qui vient avec du lait, celui-là qui vient avec... Comme je ne mange pas de la viande à cause de l'hépatite C, celui qui vient avec des légumes, celui qui vient avec du pain, des amis, tout ça. (...) Disons, c'est l'Eglise, les amis de mon église protestante, généralement. Ils ne le font pas tout le temps, pas tous les trois mois, parce que tous les six mois... Eux non plus, ils n'y parviendraient pas, ils sont dans les mêmes raisons que moi. Vous comprenez, c'est vraiment la précarité. Mon parcours tu connais, j'étais pourtant suffisamment bien, j'ai été aisé, mais maintenant, à certains moments, j'ai l'impression d'être un mort vivant et je dois mendier.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans*

L'extrait suivant témoigne par ailleurs de l'importance capitale de la télévision au quotidien et de la capacité à mobiliser rapidement une grosse somme pour une telle priorité.

«Bon par exemple, le jour où ils ont constaté qu'on avait pris la télé, ils m'ont acheté une autre télé. Mais... Tu comprends, c'est d'amour, de fraternité : "Non, c'est pas possible. C'est notre frère. Jusqu'à présent, c'était lui qui nous racontait des histoires." J'avais des cassettes sur la vie de Jésus, la vie des apôtres, etc. que je leur montrais. Ils venaient ici le soir. Ils passaient du temps, du bon temps avec moi. "Et maintenant, on lui a tout pris. Qu'est-ce qu'on peut faire pour lui ?" Alors ils ont proposé, le soir même... 800 Euros, ils m'ont donné 800 Euros. C'est plus que mon CPAS. J'ai acheté le téléviseur, le DVD et j'ai acheté le décodeur. Parce que le petit décodeur qui est là, je l'ai connecté sur leur satellite.»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

La pratique religieuse constitue une ressource face aux souffrances de l'existence, et en particulier, la prière apparaît comme une source d'espoir qui permet de supporter l'exil, la maladie et l'attente, mais aussi de trouver l'énergie de vivre et de ne pas se laisser déprimer ou mourir. Enfin, son contenu peut invoquer la sortie de la maladie du corps et l'obtention des papiers.

«Je crois, je prie. Je fais des prières, et puis voilà. Chacun prie ce qui est dans son cœur. Moi je prie et puis voilà. Dieu n'a qu'à m'aider. C'est vraiment... Cette maladie que j'ai... Que vraiment Dieu n'a qu'à faire disparaître ça de mon corps. Et les gens qui sont sur le terrain, qui cherchent le vaccin, que Dieu les aide. Ils n'ont qu'à trouver le vaccin. Vraiment Dieu n'a qu'à me donner les papiers, que je puisse rester dans ce pays-là. Si on me dit aujourd'hui de quitter le territoire, je crois que vraiment ma vie est finie. Si je dois retourner là-bas, je vais mourir là-bas.»

*Monsieur R., 26 ans, Niger, 2 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 1 an.*

«Quand je me sens fatiguée, quand je sens que je vais très mal, quand je sens que je suis un peu perturbée dans les idées, que je ne vois pas clair, que je commence à me plaindre de trop, que je commence à devenir faible, là, comme un enfant gâté. Là, je saute dans la voiture et je vais directement à l'Eglise. Quand j'arrive là-bas, je trouve toujours quelqu'un. Quand tu arrives là-bas, tu commences à prier calmement. Si tu dois pleurer tu pleures, tout calme pour ne pas déranger les autres. Et quand je sors de là-bas, j'ai toujours une force extraordinaire que moi-même je ne comprends pas, à chaque fois que j'ai quelque chose de très important quand je vais là-bas. C'est là où je vais puiser mes forces. Je dis toujours aux gens d'aller là-bas pour aller puiser des forces. Mais il y a beaucoup de gens qui ne me croient pas. Mais moi je crois, je puis vraiment la force là-bas.»

*Madame C., 50 ans, Congo, 14 ans en Belgique, diagnostiquée depuis 14 ans.*

## Les associations et la «communauté des migrant/es avec le VIH»

Tous les migrant/es rencontré/es fréquentent au moins une, et le plus souvent plusieurs associations d'aide et d'accompagnement psycho-médico-social et juridique destinées aux migrant/es avec le VIH ou à base communautaire spécialisées dans le VIH. Lors de soupers, d'activités collectives ou de séances d'information, ou encore lors des permanences, ils trouvent des informations sur la maladie et rencontrent d'autres migrant/es avec le VIH, ce qui rompt leur isolement et la routine du quotidien. Toutefois, certains n'apprécient pas de se rendre dans de tels lieux, parce qu'ils ne se sentent pas bien en groupe, ou ne souhaitent peut-être pas confronter leur maladie ou leur passé.

«J'ai déjà été dans ces groupes-là. Mais je n'aime pas. (...) Ce n'est pas la même mentalité. Ce sont des gens qui ont trop vécu. Qui ont été beaucoup plus... Qui connaissent beaucoup plus que moi. Et ça, je peux pas entrer dans un cadre comme ça. Moi je... J'aime bien être peinarde, comme je te l'ai dit. Peinarde, tranquille, une seule personne à la fois. Donc, non, j'ai pas encore trouvé un groupe où je me sente bien. Je sais que la solitude me pèse aussi. Crois-moi. Mais avec tous ces problèmes dont tu ne sais pas l'issue, le lendemain, tu sais... C'est vivre au jour le jour...»

*Monsieur L., 55 ans, Rwanda, 4 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 4 ans.*

Ces espaces leur offrent un temps d'écoute et de parole où puiser du soutien moral et ne pas se sentir jugé. Se retrouver entre pairs, dans le «secret partagé» du VIH, permet d'échanger des expériences et des pratiques et renforce la confiance en soi ainsi que la capacité à agir.

«Et bien, ça fait que je me trouve au moins avec des amis comme moi et... à comprendre. On s'amuse, on rit, ça va... Parce que tous ceux qui sont là ont la même chose donc il n'y a pas celui qui a dit que... Quand on a fait une fois une sortie en novembre pendant trois jours c'était bien. Tout le monde était content, au moins on était tous en groupe. Parce que ceux qui ne sont pas dedans, quand vous vous asseyez avec eux il y a toujours un malaise, alors que ceux qui sont comme toi (...) Ils sont la même chose (...) par rapport à cette maladie. (...) C'est pour ça que je dis que c'est mieux que tu sois avec ceux comme toi qu'avec des étrangers qui ne sont pas comme toi. Au moins, vous avez quelque chose à dire, mais celui qui n'a pas ça, quand tu veux lui expliquer, dire que voilà... Et cette personne va aller dire : "Voilà, il y a cette personne qui est chez moi..." aux autres, qu'est-ce c'est ça... Ce n'est pas bien, (...) et au fur et à mesure qu'on t'indexe tu es mal à l'aise !»

*Monsieur T., 35 ans, Côte d'Ivoire, 3 ans en Belgique, diagnostiqué depuis 2 ans.*

Cet extrait témoigne en outre d'une dynamique in/out – eux/nous très forte. La maladie devient une identité et l'autre, c'est celui qui n'est pas malade, le séronégatif. Ce processus de construction d'une identité découle en grande partie du tabou et du stigmatisme, provoquant le rejet et l'auto-exclusion. Se retrouver dans un entre-soi participe de la création d'un groupe qui inclut certains, exclut d'autres. La rencontre et le partage entre pairs organisé par le dispositif associatif contribue ainsi à la constitution d'une communauté de «migrant/es avec le VIH».

## CONCLUSION

Au départ du constat épidémiologique d'une *vulnérabilité statistique* au VIH affectant la population originaire d'Afrique subsaharienne, la présente recherche s'est axée sur l'identification des situations sociales de vulnérabilité résultant de la conjonction entre trajectoire migratoire et VIH. Deux hypothèses centrales ont été formulées, celle de vulnérabilités spécifiques et celle de l'intersectionnalité de ces vulnérabilités. Au moyen d'une revue partielle de la littérature ainsi que du recueil et de l'analyse de récits de vie auprès de migrant/es africains vivant avec le VIH, plusieurs enseignements empiriques et théoriques ont pu être dégagés, permettant de dresser les contours de la problématique «VIH et migration».

Dans l'analyse des trajectoires, la distinction entre «ici» et «là-bas» ne doit pas faire oublier que ces deux moments témoignent d'une même équation, celle des rapports Nord / Sud. En effet, la *vulnérabilité migratoire* rend compte non seulement des multiples entraves rencontrées par les migrant/es à leur arrivée et au cours de leur «intégration» en Belgique, mais également des conditions économiques et politiques ayant entraîné leur départ, ainsi que des dangers encourus pour atteindre leur destination. Aux inégalités économiques et sanitaires mondiales entre «pays riches et pays pauvres», se superpose la politique migratoire restrictive des pays récepteurs de migrant/es dont la fermeture des frontières, les contrôles d'identité et les expulsions du territoire génèrent une série de vulnérabilités.

Relatant leur vie «au pays», les personnes ont fait part de leur désintérêt pour la maladie avant leur contamination – avec pour corollaire l'absence de stratégies individuelles de prévention du risque, ainsi que du tabou entourant la maladie et de la honte pesant sur les malades – entraînant un non-dit au sein des milieux de vie. Interrogé/es sur le contexte de leur contamination, les migrant/es répondent le plus souvent par un «Je ne sais pas». Ce *silence* ne témoigne pas uniquement d'une stratégie d'évitement vis-à-vis du chercheur eu égard au sexuel et à sa dimension d'illégitimité ou de la peur du dévoilement de la maladie vis-à-vis des instances de séjour, mais également d'une impossibilité à remonter le fil des lieux, des personnes et des événements potentiellement à risque. Outre le travail de la mémoire nécessitant de fouiller parfois vingt années de vie, le «Je ne peux pas savoir» révèle une *ignorance* et une *imprécision* sur les modalités d'exposition au VIH. Enfin, plusieurs personnes expriment un «Je ne veux pas savoir», indiquant par là leur volonté de faire table rase d'un passé probablement douloureux. Ce qui devient un *non-dit* semble s'inscrire plus globalement dans un processus psychique et social de reconstruction de soi et de réaménagement existentiel avec la maladie.

De ces réponses pour la plupart assez succinctes sur l'exposition au VIH, quelques quasi-certitudes se dégagent toutefois. Il apparaît que toutes les personnes rencontrées auraient été infectées en Afrique soit dans leur pays d'origine, soit dans un pays voisin, sur fond d'insécurité militaire aggravée et de déplacement de population. La contamination par voie (hétéro)sexuelle prédomine, bien que les modes d'imputation diffèrent sensiblement selon le genre. En effet, les hommes invoquent plus souvent une contamination par voie sanguine et les femmes désignent régulièrement leur conjoint comme étant à l'origine de l'infection. Enfin, quant au moment de la contamination, il demeure incertain, ce qui entrave la quête de sens et la reconstruction identitaire consécutives à l'annonce du diagnostic.

Face au risque d'être infectées, les personnes ne semblent pas avoir mis en œuvre une quelconque attitude de prévention. Leurs vulnérabilités en amont de la contamination relèvent de plusieurs facteurs. Le contexte de crise économique et politique, la faiblesse générale des dispositifs sanitaires (mesures d'information et structures de prévention et de soin), une représentation dramatique du VIH (stigmate et mort) entraînant un déni du risque, ainsi qu'une configuration des rapports de genre induisant des différentiels dans les modes d'agir et les capacités d'action en matière de pratiques sexuelles, sont autant d'interstices par lesquels le VIH a pu s'immiscer dans des tissus sociaux progressivement déconstruits.

Dans les récits, le sida apparaît comme une maladie «terrible», dédoublant quelquefois les effets destructeurs des guerres environnantes. Rupture biographique entraînant une réorientation des priorités existentielles, l'annonce de séropositivité résonne comme une mort imminente et concourt d'une certaine manière à la migration dans l'espoir d'une vie meilleure et/ou dans le besoin d'un suivi médical adéquat. Les liens entre exposition, dépistage, accès aux soins et migration ne suivent cependant pas une logique linéaire puisque plusieurs années s'écoulent parfois avant que le départ n'apparaisse comme la réponse opportune aux difficultés quotidiennes. Pour tous néanmoins, la migration s'est imposée comme le choix ultime, articulant la tension vie / mort.

La destination belge de la migration n'est pas anodine puisque dans les trajectoires de plusieurs migrant/es, celle-ci s'inscrit clairement dans l'histoire coloniale unissant l'ancienne métropole à ses colonies. Les moyens employés pour migrer laissent entrevoir le passage par des filières clandestines. Le recours aux «passeurs» constitue une mise en danger pour les migrant/es qui, outre le fait de s'en remettre entièrement au bon vouloir d'inconnus, s'exposent aux dispositifs de contrôle des territoires, encourant l'enfermement dans des zones de non-droit et l'expulsion sans autre forme de procès. Le moment de la migration induit également une vulnérabilité accrue au VIH puisque ces phases de mobilité, intrinsèquement instables, entraînent notamment des ruptures thérapeutiques et sont souvent dédoublées d'épisodes de crise sociale et politique, générant fatigue et anxiété, éléments fragilisants sur le plan de la santé.

À l'arrivée en Belgique, l'accès aux soins n'est pas aisé puisqu'il nécessite une inscription plus globale dans les dispositifs administratifs et institutionnels. Sur ce point, les modalités spécifiques à chaque statut de séjour légal conditionnent l'accès à l'aide sociale et médicale, tandis que l'irrégularité du titre de séjour entraîne des interruptions du versement des allocations ainsi que des ruptures thérapeutiques. En outre, l'illégalité du séjour est à la source d'une précarité des conditions d'existence, elle-même néfaste à la santé.

Pour plusieurs migrant/es, l'entrée dans le système de soins de santé s'effectue «au dernier moment», au détour d'une «crise de maladie» nécessitant une hospitalisation. Cette entrée tardive s'explique globalement par la crainte de se visibiliser auprès des autorités en tant qu'étranger en séjour illégal et/ou en tant que porteur du virus – témoignant d'un sentiment de méfiance, d'arbitraire et d'aliénation vis-à-vis de toute instance administrative – ainsi que par le manque d'information et de connaissance des logiques et systèmes locaux. Au détour de ces épisodes critiques, au cours desquels la mort est imminente, certain/es migrant/es apprennent leur séropositivité et la migration leur apparaît alors comme un échec. Toutefois, après avoir surmonté le choc et l'effroi du diagnostic, la maladie constitue pour la plupart des migrant/es un élément confortant l'installation en Belgique puisque, malgré les nombreuses entraves, l'accès à des soins de qualité reste meilleur qu'au pays, rentrer équivalant à mourir. Quant au suivi du traitement, les obstacles relevés par l'analyse rendent compte du coût économique élevé, de la difficulté physique due aux effets secondaires et des conditions de vie précaires des personnes.

L'hôpital (Le Centre de Référence Sida) est le lieu principal en matière de recours de santé des migrant/es. Outre les soins spécifiques qui leur sont prodigués, les migrant/es trouvent un appui administratif important auprès des assistances sociales, celles-ci constituant souvent le premier relais d'information et d'accompagnement dans

les démarches sociales et de séjour. De nouveaux savoirs sont transmis aux migrant/es, concomitamment à l'intégration dans le système de droits. Au contact du corps médico-social, la maladie est «apprivoisée», la séropositivité fait l'objet d'un apprentissage et les attitudes et les représentations à l'égard du VIH/sida se transforment.

Les migrant/es puisent également des ressources dans leurs communautés de vie. Le couple et les enfants, lorsqu'ils sont en Belgique, sont une source de vie et de réconfort permettant de ne pas «craquer» définitivement. Les associations d'aide et d'accompagnement destinées aux migrant/es, la communauté africaine et les groupes religieux permettent par ailleurs de tisser des liens sociaux contrant l'isolement et la précarité matérielle. Cependant, «dire le VIH» reste difficile, exposant le migrant/e à l'exclusion et à la mort sociale, le silence entraînant de fait une auto-exclusion.

Si rester en Belgique permet de sur-vivre, les conditions matérielles et les ressources psychologiques ne sont cependant pas réunies pour mener à bien et à terme cette entreprise. Face aux obstacles, le traitement perd de son sens puisque se confrontent et se disqualifient rationalité biomédicale (injonctions thérapeutiques, contraintes et ajustements quotidiens) et logique d'accès au territoire (bénéfice théorique d'une couverture soins de santé sans autre préalable socioéconomique, instabilité du titre de séjour). Articulant la tension vie/mort, certaines personnes se représentent leurs conditions de vie et leur rapport à la maladie, sous la forme d'un «combat total» dans tous les domaines de l'existence. La lutte contre la maladie devient une lutte contre la mort, c'est-à-dire pour la vie, pour les papiers, pour le logement, pour les enfants. Elles puisent par et pour leur lutte une énergie totale elle aussi.

Sur le plan empirique et politique, la problématique nous paraît donc centrée sur la vulnérabilité institutionnelle. L'exercice des droits fondamentaux des migrant/es est encore insuffisant et l'impact des restrictions du statut de séjour prédomine tant sur les conditions de vie et de survie (précarité générale en matière de revenus, emploi, aide sociale, accès aux soins) que sur les possibilités psychosociales de s'inscrire dans une existence. Lorsque exil et maladie se conjuguent, l'identité du migrant/e se dissout doublement : dans l'éloignement social et dans la dégradation biologique. La finitude et l'incertitude quant au séjour et à la durée de vie provoquent des moments d'angoisse et de déprime.

Sur un plan plus théorique, les vulnérabilités symbolique et culturelle apparaissent également comme des éléments centraux de la problématique. La désignation d'un «autre radicalement autre et dangereux», corps étranger tenu à distance pour préserver le corps social ou corps malade soigné par des moyens culturels, participe d'une double stigmatisation du «migrant/e malade». Dans ce processus de désignation d'un bouc émissaire en contexte de panique épidémiologique, les «migrant/es séropositif/ves» constituent une catégorie qui condense un ensemble de problématiques et cristallise un ensemble de peurs sociales.

Partant de l'hypothèse que le VIH agit comme un «révélateur» de problématiques sociales, il apparaît que les vulnérabilités des «migrant/es malades» s'inscrivent dans une transformation globale des sociétés contemporaines, dans laquelle le sida a joué un rôle crucial. Ce que Michel FOUCAULT avait défini dans les années 1970 sous le terme de «biopouvoir» pour désigner le passage d'un «droit de faire mourir» à un «pouvoir de faire vivre» par une discipline des individus et une régulation des populations, permet l'analyse de la gestion politique du sida. Celui-ci, «parce qu'il touche aux conduites les plus intimes, mais aussi parce qu'il menace la survie de groupes ou de nations, relève non seulement logiquement, mais aussi historiquement, de l'intervention du biopouvoir, au point d'en apparaître une expression paradigmatique»<sup>[116]</sup>. Pour Didier FASSIN et Dominique MEMNI<sup>[117]</sup>, tant l'analyse des dispositifs de santé publique que l'observation attentive de ses expressions diffuses dans la quotidienneté, donnent à voir l'exercice du biopouvoir. Pour ces auteurs, le second niveau est aujourd'hui ce qui fait le cœur de la politique au-delà de ses agents connus et en ce sens, l'étude «des corps et du vivant» devrait permettre d'observer les points d'application de l'action publique.

[116] FASSIN, 2005.

[117] FASSIN & MEMNI, 2004.

Quant aux «migrant/es malades», le concept de «vie nue», développé par Giorgio AGAMBEN<sup>[118]</sup>, s'applique précisément dans le cadre d'une analyse du biopouvoir. La vie nue désignait chez les Grecs anciens «le simple fait de vivre», commun tant aux humains qu'aux animaux, et distinct de la «vie qualifiée» qui indiquait «la forme ou la façon de vivre propre à un individu ou un groupe». Dans cette perspective, «l'objet de la souveraineté (n'est) non pas la vie qualifiée du citoyen, bavard et bardé de droits, mais la vie nue et réduite au silence des réfugiés, des déportés ou des bannis, (exposés) sans médiation à l'exercice, sur (leur) corps biologique d'une force de correction, d'enfermement ou de mort». Au modèle de la cité, le philosophe oppose celui du «camp», emblématique de cette «politisation de la vie nue qui est devenu l'ordinaire du pouvoir» et qui s'applique «à des vies nues prises dans les catégories et les dispositifs d'un pouvoir qui les traitent comme telles – vie exposées et administrées». Le modèle du camp n'est pas sans écho à la problématique des migrant/es «sans papiers», objets de camps très réels.

[118] GRELET & POTTE-  
BONNEVILLE, hiver 2000.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Ouvrages et articles

- BERTAUX D., 1997, Les récits de vie, Paris, Nathan, Coll. 128.
- BIGO D., 1991, «L'idéologie de la menace du Sud», *Cultures & Conflits*, No. 2, Dossier : Menaces du Sud, images et réalités, pp. 3-15.
- BILGE S., avril 2005, «La "différence culturelle" et le traitement au pénal de la violence à l'endroit des femmes minoritaires : quelques exemples canadiens», *Le Journal International de Victimologie*, Année 3, No. 3, Dossier : Divers contextes, multiples visages de la violence exercée envers les femmes, <http://www.jidv.com>.
- BUTON F., printemps 2002, «Faire parler l'épidémiologie», *Vacarme*, No. 19.
- CANTELLI F., 2007, L'Etat à tâtons. Pragmatique de l'action publique face au sida, Bruxelles, Peter Lang.
- Institut Santé, politiques et société en Afrique,  
«Offre privée de santé en Afrique», 2007,  
«Les formes traditionnelles de fournitures de santé en Afrique», 2006,  
«Accès et équité dans les systèmes de santé africains», 2005,  
«Gérer le système sanitaire africain», 2004,  
Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique, <http://www.codesria.org>.
- DELOR F., HUBERT M., 2003, «Un ré-examen du concept de "vulnérabilité" pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA», Bruxelles, Observatoire du sida et des Sexualités, (Ed. originale : *Social Science & Medicine*, No. 50, 2000, pp. 1557-1570).
- DE RUDDER V., VOURECH F., 2007, «Quelles statistiques pour quelle lutte contre les discriminations ?», Site coopératif pour la préparation des Assises de l'ethnologie et de l'anthropologie en France, <http://assisesethno.org>.
- DOUVILLE O., BLONDIN-DIOP A., 2001, «Recherches sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France», In HOURS B. (s.l.d.), *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Karthala, pp. 329-244.
- FASSIN D., 2005, «L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration», *Revue européenne des Migrations Internationales*, Vol. 17, No. 2, pp. 129-151, <http://remi.revues.org>.
- FASSIN D., MEMNI D., 2004, «Le gouvernement de la vie, mode d'emploi» In FASSIN D., MEMNI D. (s.l.d.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Ed. EHESS, pp. 9-33.
- GRELET S., POTTE-BONNEVILLE M., hiver 2000, «Une biopolitique mineure. Entretien avec Giorgio Agamben», *Vacarme*, No. 10.
- HAOUR-KNIPE M., mars-avril 1998, «Migrants en Europe : éthique, équité et recherche», *Transcriptase*, No. 64
- HUBERT M., 1990, «AIDS in Belgium : Africa in microcosm», In MISZTAL B.A., MOSS D. (ed.), *Action on AIDS : national policies in comparative perspective*, Westport (USA), Greenwood Press, pp. 101-119.
- LOUHENAPESSEY M., 1990, *AIDS Prevention and Migrants (Belgium)*, Bruxelles, Asbl Service Social des Etrangers.
- MILLET D., TOUSSAINT E., juillet 2005, «Une "générosité" très médiatisée. Les faux-semblants de l'aide au développement», *Le Monde Diplomatique*.
- MUSSO S., 2003, «Les facteurs d'une vulnérabilité spécifique», In Actes de la rencontre nationale des CRIPS : Sida et migrants/étrangers, <http://www.lecrips.net/webpaca/Actes/migrants>.

- OLIVIER DE SARDAN J.P., février 2000, «Dramatique déliquescence des Etats en Afrique», *Le Monde diplomatique*.
- SIRÉAS asbl (ed.), 2006,  
 «Le virus VIH/SIDA, problématique de genre», *Analyses et études*, Document No. 1.  
 «La lutte contre le VIH/SIDA dans le monde. Du discours international à la réalité du terrain», *Analyses et études*, Document No. 11.
- THÉVENIN M., printemps 2002, «Africains, sauvegeons du sida», *Vacarme*, No. 19.
- TOUPIN L., 2002, «La question du trafic des femmes. Points de repère dans la documentation des coalitions féministes internationales anti-traffic», Québec, Stella, <http://www.chezstella.org>.

## Sources

- ACT UP Paris, 2005, «Enquête ANRS Vespa», *Protocoles 36*, <http://actuparis.org>.
- CALVEZ M., FIERRO F., LAPORTE A., SEMAILLE C., janvier 2006, «Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH. Modalités d'accès et contextes socioculturels», Enquête ANRS Retard, Rapport final, Institut de veille sanitaire, <http://www.invs.sante.fr/publications/2006>.
- CALVEZ M., FIERRO F., LAPORTE A., SEMAILLE C., juillet 2006, «Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête Retard, France, novembre 2003-août 2004», Institut de veille sanitaire, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, No. 31, pp. 227-229.
- Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2006, «Chapitre V : migrations», Rapport annuel, <http://www.diversite.be>.
- Conseil de la Communauté française, Séance du mardi 2 décembre 1986, Interpellation de M. Eerdekens à M. Bertouille, Ministre de la Santé, de l'Enseignement et des Classes moyennes, sur les mesures prises et à prendre par la Communauté française de Belgique en raison de l'extension du sida, Compte-rendu intégral, C.R.I. No. 2.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., DROUOT N., SIMONNOT N., TOMASINO A., 2007, Il faut forger le respect et non la peur. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, <http://www.mdm.international.org>.
- EuroHIV, 2006, HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, No. 73, <http://www.eurohiv.org>.
- HAMERS F., DEVAUX I., ALIX J., NARDONNE A., 2006, HIV/AIDS in Europe : trends and EU-wide priorities, Euro Surveillance, Vol. 11, Issue 11, <http://www.eurosurveillance.org>.
- MARTENS V., PARENT F. *et al.*, décembre 2006, Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008, Bruxelles, Observatoire du Sida et des Sexualités (FUSL).
- ONUSIDA, 2006, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, <http://www.unaids.org>.
- PERRIN N., 2006, «L'évolution du nombre d'étrangers en Belgique», Bruxelles, Groupe d'étude de Démographie Appliquée – Université catholique de Louvain (GéDAP-UCL), Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, <http://diversiteit.be>.
- SASSE A., DEFRAÏE A., 2006, Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique, Situation arrêtée au 31 décembre 2005, Rapport annuel de l'Institut Scientifique de Santé Publique, Section Epidémiologie, Bruxelles (Belgique), <http://www.iph.fgov.be/epidemio/aids>.
- ONU, Département des Affaires économiques et sociales, Division population, 2005, Trends in Total Migrant Stock : The 2005 Revision, <http://esa.un.org/migration>.



