
LA SÉROPHOBIE EN ACTES

Analyse des signalements
pour discrimination liée au
VIH/sida chez Unia (2003-2014)

Charlotte Pezeril

Rapport complet d'enquête • Mars 2017



OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	4
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	7
I. AXES ET MÉTHODOLOGIES DE L'ENQUÊTE	14
1) L'ANALYSE DES SIGNALEMENTS OUVERTS PAR UNIA POUR DISCRIMINATION LIÉE AU VIH	15
2) LA CONDUITE D'ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES AYANT CONTACTÉ UNIA	16
CONCLUSION	17
II. CADRAGE INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF.....	19
1) PRÉSENTATION DE UNIA - CENTRE INTERFÉDÉRAL POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES.....	20
A. <i>Création et modifications successives.....</i>	20
a) Création en 1993	20
b) Élargissement des critères et des missions.....	20
c) Élargissement de la couverture du territoire et interfédéralisation.....	21
d) Organisation hiérarchique.....	22
B. <i>Actions de Unia</i>	22
a) Axes de travail de Unia	22
b) Action judiciaire de Unia	23
C. <i>Perception générale de Unia et soutiens.....</i>	24
D. <i>Unia dans le réseau européen des Equality bodies.....</i>	24
2) PRÉSENTATION SUCCINCTE DE LA LOI DE 2007	25
A. <i>Institutions habilitées</i>	26
B. <i>Critères de discrimination</i>	26
C. <i>Domaines de discrimination</i>	27
D. <i>Comportements prohibés</i>	27
E. <i>Sanctions</i>	29
F. <i>Charge de la preuve.....</i>	29
3) ARSENAL LÉGISLATIF CADRANT LES DROITS DES PVVIH	30
CONCLUSION	30
III. ANALYSE QUANTITATIVE DES PLAINTES 2003-2014.....	32
1) TOTALITÉ DES PLAINTES REÇUES PAR UNIA (2003-2014)	33
A. <i>Totalité des signalements et évolution</i>	33
B. <i>Répartition des signalements</i>	35
2) ANALYSE QUANTITATIVE DES PLAINTES VIH (2003-2014)	37
A. <i>Analyse des signalements VIH (2003-2014).....</i>	37
a) Évolution du nombre de signalements	37
b) Sexe et région de résidence des requérants	38
c) Types de signalement.....	39
d) Critères de discrimination	40
e) Répartition par domaine de discrimination	42
B. <i>Analyse des dossiers VIH (2009-2014).....</i>	44
a) Formes des discriminations	45
b) Traitement des dossiers.....	47
CONCLUSION	49
IV. LES SITUATIONS DE DISCRIMINATION LES PLUS DÉCLARÉES	50
1) ACCÈS AUX ASSURANCES	51
A. <i>Refus de l'affiliation.....</i>	52
B. <i>Surprime</i>	53

C. Durée de l'assurance.....	54
D. Non-confidentialité des informations médicales	55
2) ENTRÉE, MAINTIEN ET ÉVOLUTION DANS L'EMPLOI	
ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE.....	55
A. Obstacles au maintien dans l'emploi.....	56
a) Licenciement après l'annonce de la séropositivité.....	56
b) Licenciement dû aux absences et demandes d'aménagement raisonnable	57
c) Harcèlement et blocage de carrière	59
B. Obstacles à l'entrée dans l'emploi.....	60
a) (Auto-) exclusion d'une formation professionnelle.....	60
b) Test VIH obligatoire et pression à la révélation	61
c) Blocages par les professionnels (CPAS)	62
3) ACCÈS ET CONDITIONS DU SÉJOUR POUR LES ÉTRANGERS	63
A. Obstacles à la régularisation du statut de séjour.....	63
B. Dénier d'accès au traitement antirétroviral pour les bénéficiaires de l'AMU	67
4) RELATIONS INTERPERSONNELLES	68
A. Divulgarion, menaces, harcèlement	68
B. Procédures judiciaires	70
5) MÉDIAS	71
6) ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX	74
A. Refus ou report d'intervention	74
B. Ordre de passage	76
C. Divulgarion de la séropositivité.....	77
D. Refus de soins funéraires.....	77
E. Soins dans les institutions (prisons, homes, Centres pour étrangers)	80
CONCLUSION	83
V. DOSSIERS STRUCTURELS	
ET RECOMMANDATIONS DE UNIA	85
1) NÉGOCIATIONS ET RECOMMANDATIONS FACE AUX ASSURANCES	86
2) NÉGOCIATIONS CONCERNANT LE DON DE SANG DES HSH.....	87
3) INTERPELLATION CONCERNANT LES TESTS VIH PRATIQUÉS PAR LES AMBASSADES	90
4) SENSIBILISATION ET FORMATIONS	91
CONCLUSION	92
VI. EFFETS DES DISCRIMINATIONS	
ET DE LEUR (NON) PRISE EN COMPTE	95
1) IMPACT BIOGRAPHIQUE DES DISCRIMINATIONS	96
A. Quand l'évènement discriminatoire constitue une rupture	96
a) La violence du traitement différentiel.....	97
b) La violence émotionnelle.....	97
c) La discrimination : une expérience incertaine	98
d) Le refus de la victimisation	99
B. Les sentiments suscités par la discrimination	99
a) Sentiment d'injustice	99
b) Sentiment d'abandon et de trahison	101
c) Sentiment de menace et de honte	103
d) L'expérience totale : sentiment de persécution et d'anéantissement	105
2) RESSOURCES ET STRATÉGIES FACE AUX DISCRIMINATIONS	108
A. Arts de la lutte	108
a) La lutte (individuelle et collective)	108
b) Le retournement.....	109
B. Arts de l'esquive.....	110
a) Le silence	110

b) L'apprentissage	111
c) La dissociation	113
C. <i>Capitaux détenus</i>	114
3) IMPACT DE L'ITINÉRAIRE INSTITUTIONNEL	116
A. <i>Prise de contact avec Unia : motivations et attentes</i>	116
a) Quand contacter Unia (ou pas) ?	116
b) Avec quelles attentes ?	118
B. <i>Rapports avec Unia : satisfaction et frustration</i>	122
a) La question des preuves	122
b) Les compétences de Unia et leurs limites	123
c) La critique politique : un manque de proactivité ?	123
C. <i>Une incitation au non-recours au droit ?</i>	125
CONCLUSION	126
VII. LES ENJEUX DE LA LUTTE CONTRE LA SÉROPHOBIE	128
1) SÉROPHOBIE, STIGMATE ET DISCRIMINATION	128
A. <i>La notion de sérophobie</i>	128
B. <i>L'articulation entre stigmatisation et discrimination liée au VIH</i>	129
C. <i>La discrimination statistique ou rationnelle</i>	130
D. <i>La discrimination systémique ou structurelle</i>	133
CONCLUSION 1	134
2) L'INTERSECTIONNALITÉ DE LA SÉROPHOBIE AVEC L'HOMOPHOBIE, LE RACISME ET LE SEXISME	136
A. <i>Sérophobie et gayphobie</i>	136
a) Présomption de séropositivité	137
b) Discrimination par association	138
c) Prétexte de séropositivité	139
B. <i>Sérophobie, négrophobie et sexisme</i>	140
CONCLUSION 2	143
CONCLUSION GÉNÉRALE	145
BIBLIOGRAPHIE	152

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

▶ Figure 1 : Dossiers portés devant la justice par Unia (2003-2014)	23
▶ Figure 2 : Évolution du nombre de signalements (MEL) et de dossiers (DOS): 2003-2014	33
▶ Figure 3 : Évolution des signalements par critère (2003-2014)	35
▶ Figure 4 : Évolution des signalements VIH (2003-2014)	37
▶ Figure 5 : Répartition des signalements VIH selon le sexe du requérant (2003-2014)	38
▶ Figure 6 : Répartition des signalements VIH selon la région de résidence du requérant (2003-2014)	39
▶ Figure 7 : Répartition par types de signalement VIH (2003-2014)	40
▶ Figure 8 : Répartition par domaine de discrimination pour le VIH (2003-2014)	42
▶ Figure 9 : Résultats des signalements VIH (2009-2014)	44
▶ Figure 10 : Répartition des dossiers VIH selon la forme de la discrimination (2009-2014)	45
▶ Figure 11 : Répartition des dossiers VIH selon leur bien-fondé (2009-2014)	47
▶	
▶ Tableau 1 : Présentation des entretiens	18
▶ Tableau 2 : Répartition des dossiers par critère et domaine en 2014	36
▶ Tableau 3 : Répartition par critère(s) de discrimination (signalements VIH 2003-2014)	41
▶ Tableau 4 : Répartition des dossiers VIH selon la problématique (2009-2014)	46
▶ Tableau 5 : Solution individuelle des dossiers VIH (2009-2014)	48

REMERCIEMENTS

En premier lieu, mes chaleureux remerciements vont à François Sant'Angelo de Unia, qui m'a accompagnée patiemment tout au long de cette recherche, m'a présentée à ses collègues, a mis un bureau à ma disposition et grâce auquel le travail a pu se dérouler dans les meilleures conditions.

De manière générale, l'ensemble des travailleurs de Unia m'ont accueillie avec gentillesse et disponibilité. Certains d'entre eux m'ont concrètement aidé, je pense plus précisément à :

- Pierre Genty qui a constitué la base de données et m'a conseillée pour le traitement statistique ;
- Émilie Van Laer qui a mené les entretiens en néerlandais et a assuré leur traduction ;
- Véronique Ghesquière qui a fourni les résumés des dossiers papier de 2003 à 2008 ;
- Martin Fortez qui a communiqué les documents ayant trait aux recommandations de Unia sur le dossier des assurances ;
- Michiel Bonte et Annelies Decat qui ont donné leur accord pour le démarrage de cette recherche ;
- François Michael qui a pris en charge la communication ;
- Florence Pondeville qui a relu le résumé de ce rapport.

Qu'ils en soient tous sincèrement remerciés ici.

En second lieu, je ne peux oublier mes collègues de l'Observatoire du sida et des sexualités, Myriam Dieleman, Delphine Metten, Eloïse Lion et Thomas Ronti qui ont relu et corrigé les différentes versions de ce rapport.

Bien qu'ayant contribué à ce travail, ils ne peuvent être tenus pour responsables des propos tenus dans ce rapport.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Émergence de la lutte contre les discriminations...

L'émergence de la lutte contre les discriminations témoigne d'un changement de perspective dans la justice sociale. Auparavant appréhendée sous l'angle des classes et d'une lutte pour l'égalité économique, la justice devient la possibilité offerte à tout individu d'atteindre une position sociale en fonction de son seul mérite. C'est le passage de l'égalité des places à l'égalité des chances (Dubet & *al.*, 2013). Dans ce contexte, la notion de discrimination se développe dans les années 1990 (Fassin, 2002) en mettant en évidence les lacunes du principe d'égalité. Elle constitue « *une rupture avec la vision enchantée, héritée de la Révolution française, suivant laquelle il suffirait de poser le principe d'égalité de tous devant la loi pour supprimer toute possibilité de discrimination.* » (Chevallier, 2003). Pour que l'égalité soit effective, la lutte pour l'égalité économique doit être associée à la lutte pour la reconnaissance et les droits des minorités – minorité non pas au sens numérique du terme mais dans son opposition à la majorité et à ses capacités de définir les normes dominantes et d'accéder aux positions de pouvoir. Tandis que le principe d'égalité est universaliste, « *la discrimination repose sur un mode d'appréhension catégoriel des critères prohibés (sexe, origine, état de santé, etc.)* » (Bereni & Chappe, 2011) et est en cela « *sélective* » (Tandé, 2013). La particularité du droit antidiscriminatoire est qu'il « *constitue donc la discrimination en même temps qu'il la prohibe.* » (Chevallier, 2003). En définitive, « *ce que le principe de non-discrimination perd en généralité par rapport au principe d'égalité, il le gagne en effectivité.* » (Bereni & Chappe, 2011). La notion a donc un caractère pragmatique qui vise à transformer, et le cas échéant à sanctionner des pratiques jugées illégitimes, à savoir des traitements différentiels sur la base d'un critère protégé par la loi. Elle est intimement liée à la notion de stigmatisation dans la mesure où ce sont généralement des personnes stigmatisées qui seront discriminées, même si nous verrons que les deux notions ne doivent pas être confondues.

Dans le champ du VIH/sida

La nécessité de lutter contre les discriminations et la stigmatisation émerge très tôt dans la gestion politique de l'épidémie de sida. Peu de temps après l'identification du virus en 1983, les « groupes à risque » sont regroupés aux États-Unis sous le terme des « 4H » (Homosexuels, Héroïnomanes, Haïtiens¹ et Hémophiles) ou des « 5H » (incluant les Hooker en anglais, les prostitué.es). La conjugaison entre la caractéristique du VIH comme virus létal et transmissible par le sexe et par le sang et l'identification de « groupes à risque » déjà fortement stigmatisés va susciter des peurs et des tentations liberticides au niveau politique. Face à cela, les politiques de lutte contre le sida vont choisir une « *gestion moderne-libérale* » (Dodier, 2003) en Belgique comme en France, en articulant la problématique de la santé publique à celle des droits humains, en développant des programmes de lutte contre la stigmatisation, les discriminations ou encore l'exclusion des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et en appelant à la solidarité à leur égard. Les discriminations liées au VIH sont dès lors associées à la sérophobie, phénomène renvoyant de façon spécifique à la séropositivité, et de façon croisée ou entremêlée à l'homophobie et au racisme.

Progressivement les études vont démontrer que la sérophobie entrave la politique de santé, en dissuadant le public d'avoir recours au dépistage et aux soins et en compliquant l'annonce de la

¹ L'expression vient des États-Unis qui ciblent alors explicitement cette population. En Belgique, il s'agira principalement des Congolais dans les années 1980 (voir Pezeril & Kanyebe, 2013).

séropositivité². Les recherches concernant spécifiquement les discriminations des PVVIH, qui se développent à partir de la fin des années 1990, soulignent les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accès à différentes ressources (travail, logement, assurances, soins etc.)³ et le maintien des discriminations malgré l'importance des progrès médicaux.

En effet, les traitements antirétroviraux (disponibles depuis 1996) permettent de soigner les personnes diagnostiquées séropositives (ou du moins, la très grande majorité d'entre elles⁴), entraînant une baisse de la mortalité et une amélioration de la qualité et de l'espérance de vie. De surcroît, de récents travaux (depuis 2008) attestent de la non-transmission du virus par voie sexuelle en cas de prise d'un traitement efficace et donc de l'atteinte d'une charge virale indétectable par le patient⁵. Apparaît le paradigme du « traitement comme prévention », reconfigurant la politique de lutte contre le sida, qui tente de devenir « combinée »⁶, en articulant le dépistage, les traitements et les stratégies de réduction des risques (y compris le préservatif)⁷. Les objectifs récents avancés par l'ONUSIDA afin d'éradiquer, ou du moins de maîtriser l'épidémie au niveau mondial sont d'assurer en cascade que : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique⁸, 90% des personnes dépistées reçoivent un traitement antirétroviral et 90% d'entre elles atteignent une charge virale durablement indétectable⁹. L'ONUSIDA reconnaît également l'indissociabilité de la lutte contre les discriminations et annonce un objectif de « 0 infection, 0 discrimination, 0 mort liée au VIH/sida » à l'horizon 2030¹⁰.

² La littérature scientifique étant très abondante sur ce point, voir Brimlow, Cook & Seaton (2003) pour une revue de la littérature.

³ Voir notamment en France, les recherches ANRS-VESPA, les enquêtes de AIDES et de Sida Info Service ; ou en Suisse les enquêtes de l'Aide Suisse contre le Sida et les recherches de Dubois-Arber et Haour-Knipe (1998).

⁴ Une partie, bien que minoritaire (estimée inférieure à 10% des patients traités), « échappe » au traitement, c'est-à-dire n'y est pas réceptive. Par ailleurs, les traitements peuvent occasionner des effets secondaires lourds qui dégradent l'état de santé général. Enfin, l'accès au traitement et aux soins peut encore être problématique, notamment pour les personnes n'ayant pas de statut de séjour régulier.

⁵ Depuis 2008 avec la publication de l'article de l'équipe suisse dirigée par Vernazza et Hirschel (intitulé « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », voir bibliographie) et surtout depuis la reconnaissance par l'OMS et l'ONUSIDA en mai 2011 de l'efficacité des traitements (qui réduiraient de 96% les risques de transmission du VIH), la plupart des spécialistes s'accordent sur le fait qu'une charge virale (qui mesure le taux de virus dans le sang) indétectable rend le risque de transmissibilité négligeable voire inexistant. Voir le récent consensus international : Prevention Access Campaign, *Risk of Sexual Transmission of HIV from a Person Living with HIV who has an Undetectable Viral Load*, 07/03/2017. En ligne : <https://www.preventionaccess.org/consensus>

⁶ Voir les Actes du cycle de conférences de l'Observatoire du sida et des sexualités, *Les nouveaux enjeux de la prévention combinée du VIH/sida : des apports scientifiques aux pratiques de terrain*, 2015.

⁷ Voir la *Note stratégique du CPAM pour la promotion de la santé sexuelle et plus particulièrement la prévention des VIH/VHC/IST dans la Région de Bruxelles-Capitale*, Comité de pilotage et d'appui méthodologique des Stratégies concertées IST-SIDA, 2017. En ligne : <http://www.strategiesconcertees.be/CPAM%20note%20sida%20Bruxelles%202018-2023.pdf>

⁸ On estime que 20 à 30% des séropositifs s'ignorent. Cette ignorance du statut sérologique serait l'une des causes majeures de la propagation de l'épidémie aujourd'hui.

⁹ « 90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida », publié par l'ONUSIDA en 2014, disponible sur <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>

¹⁰ Voir la stratégie ONUSIDA 2016-2021 (en ligne : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18). Il publie aussi divers documents sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, citons notamment *Reduction of HIV-related stigma and discrimination* en 2014 (en ligne : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf), *Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH* en 2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2339_KeyHumanRightsProgrammes_fr.pdf) ou encore *Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le sida* en 2009 (http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1521_stigmatisation_fr.pdf).

Manque de données en Belgique

Le Plan national belge de lutte contre le VIH 2014-2019¹¹ s'inscrit dans cette continuité et se donne notamment pour objectif de « *diminuer toutes formes de stigmatisation et de discrimination, en particulier celles fondées sur le statut sérologique ou l'état de santé* » (2014 : 5). Pourtant, les discriminations à l'égard des PVVIH restent encore peu explorées dans leurs manifestations concrètes ; les données ayant été peu actualisées depuis les réflexions menées par Vincineau (1991 ; 2002) dans les années 1990. Plusieurs pistes de recherche ont toutefois déjà été examinées au sein de l'Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis – Bruxelles), donnant lieu à diverses publications¹². L'une des plus récentes, et celle à partir de laquelle la présente recherche a été pensée, est l'enquête quantitative sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/sida menée en Belgique francophone (Pezeril, 2012). Pour comprendre la genèse du présent travail, il nous faut donc revenir succinctement sur ses principaux constats concernant les discriminations :

1. Constat d'un maintien des discriminations, particulièrement dans le milieu médical, dans l'accès aux assurances et, dans une moindre mesure, dans la vie professionnelle. Ainsi, plus de 13% des répondants disent avoir connu un ou des refus de soins à cause de leur séropositivité. Par ailleurs, près de 16% ont eu un accès refusé ou compliqué à des biens et services, en premier lieu aux assurances, mutuelles et crédits. Dans la vie professionnelle, 7% ont eu des difficultés (licenciement, refus d'embauche ou de formation, blocage de carrière) à la suite de la révélation de leur statut sérologique sur le lieu de travail. Enfin, dans la vie privée, un quart des répondants dit avoir déjà connu une rupture de relation avec un partenaire à cause de sa séropositivité (ce taux montant à un tiers pour les répondants déclarant une orientation homosexuelle).
2. Constat d'un très faible taux de connaissance de la loi anti-discrimination. 85,6% des répondants ne connaissent pas les lois pouvant les protéger en tant que séropositifs en Belgique. Seuls 13,1% en connaissent, et particulièrement les hommes, les Belges et les répondants homosexuels pour qui l'on retrouve le taux le plus élevé (27,3%) de connaissance de ces lois. Parmi les répondants connaissant des lois, la majorité (52%) cite spontanément la loi anti-discrimination ; deux sur dix la loi relative aux droits du patient et quelques-uns la loi interdisant le dépistage du VIH dans le cadre des relations de travail¹³.
3. Constat d'un manque de réactivité à la suite d'une discrimination. Si plus des trois quarts des répondants disent ne pas avoir connu de situation de discrimination, la grande majorité de ceux qui ont été discriminés n'a pas réagi. Au final, moins de 3% des répondants se sont renseignés sur leurs droits, ont contacté Unia / le Centre pour l'égalité des chances ou entamé des démarches juridiques.

Ces deux derniers résultats permettent d'expliquer en partie l'absence de jurisprudence en Belgique concernant les discriminations liées au VIH¹⁴. Si ces dernières sont une réalité, elles ne font toutefois pas l'objet d'une condamnation par la justice, ni même (semblait-il) d'une tentative de recours au droit. Nous voulions donc expliquer pourquoi les personnes ayant vécu des discriminations ne tentent pas de les faire condamner juridiquement. En outre, l'enquête de

¹¹ Plan élaboré sous l'autorité de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique L. Onkelinx. Voir : <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@myhealth/documents/ie2divers/19089653.pdf>

¹² Voir Pezeril et Kanyebe (2013), Gaissad et Pezeril (2012), Pezeril (2010, 2011a, 2011b).

¹³ Pour plus de détails sur l'arsenal législatif existant, voir la partie II, chapitre 3.

¹⁴ Un procès devrait se tenir en 2017 et modifiera probablement ce constat.

2012 ne permettait pas de comprendre les contextes précis de discrimination ni l'impact sur les victimes d'un traitement différentiel.

Présentation de l'enquête

Face à ces résultats, il nous a paru nécessaire d'investiguer davantage les manifestations de ces discriminations liées au VIH, à savoir leurs formes concrètes, leurs récurrences et leurs impacts sur la vie quotidienne des personnes qui les vivent. Il s'agit de prendre en compte **l'expérience des discriminations**, à savoir la manière dont les discriminations sont vécues par ceux qui les subissent ou pensent les subir. De plus, ce travail vise également à saisir la **trajectoire des personnes qui se sentent discriminées et décident de contacter une institution afin de déposer ou signaler une plainte**. Notre corpus est constitué des plaintes (des *signalements* dans la terminologie de Unia) pour discrimination liée au VIH reçues par Unia / Centre interfédéral pour l'égalité des chances¹⁵, puisque c'est l'institution publique qui a pour mandat de gérer les plaintes pour discrimination en Belgique, notamment celles sur base de l'état de santé et du handicap. L'analyse de l'impact de la prise de contact avec l'institution s'inscrit dans un processus de compréhension plus large des discriminations, qui englobe non seulement le moment de la discrimination en tant que tel (du moins tel qu'il est mémorisé et mis en mots par la personne qui s'en sent la victime, ou qui s'interroge à ce sujet), celui de sa dénonciation, mais aussi celui du traitement de la plainte par l'institution et de ses implications à court et plus long termes. Notre recherche vise ainsi à comprendre **l'itinéraire institutionnel** (Barcik & al., 2012)¹⁶ **des victimes de discrimination et son impact sur leur trajectoire**. Car ce que la discrimination implique au moment de la plainte ne correspond pas forcément à ce que la personne retient et à la manière dont elle l'interprète quelques années après. La plainte est la mise en mots de l'acte perçu comme discriminatoire, elle présuppose une objectivation et une explicitation de ce qui s'est passé. Comme le notent Barcik et ses collègues, elle entraîne une confrontation entre deux points de vue (celui du plaignant et celui de l'institution), non pas qu'ils s'opposent, mais dans la mesure où le discours de la victime va se fondre ou du moins tenté d'être compris, et éventuellement acquiescé, dans le schème existant de la loi et de ses interprétations. Notre corpus repose donc tant sur le récit direct des discriminés (des requérants selon le terme de Unia) que sur les notes et appréciations des travailleurs de Unia ; sans pouvoir ni vouloir trancher sur l'effectivité ou non du caractère discriminant du fait exposé. Car d'une part, si la loi peut faire croire à un dispositif suffisamment clair pour distinguer une discrimination de ce qui ne l'est pas, les dossiers prouvent le contraire et montrent la nature polysémique, ambiguë et incertaine de la discrimination. D'autre part, notre travail correspond à une volonté de prendre au sérieux les récits et de mieux comprendre les *sentiments de discrimination* et leurs répercussions. Qu'est-ce qui se joue quand une personne ayant le sentiment d'avoir été discriminée (ou qui s'interroge à cet égard) fait la démarche de contacter l'institution officiellement chargée de recevoir les plaintes ? En effet, la trajectoire et son récit sont aussi influencés par le recours aux institutions et, éventuellement, au droit. Que font les dispositifs de lutte contre les discriminations aux personnes qui les utilisent ? En quoi favorisent-ils l'égalité des chances et quelles en sont les limites ? Ces questions essentielles restent délicates. En effet, ce travail n'est ni le lieu d'une évaluation de dispositif ou de politique publique, ni celui d'une estimation représentative des discriminés ; bien qu'il puisse mettre en avant certaines insuffisances.

Cette recherche ne pourra ainsi rendre compte que de la partie émergée des discriminations vécues par les personnes vivant avec le VIH en Belgique. Tout d'abord, toute discrimination ne

¹⁵ Le Centre interfédéral pour l'égalité des chances est devenu Unia en 2016. Une partie de ce rapport ayant été rédigée avant, il est possible que Unia soit encore appelé « le Centre » dans ce rapport (notamment sur les questions ayant trait aux migrations, puisqu'elles dépendent désormais de Myria et non de Unia) et le terme est conservé dans les citations.

¹⁶ L'itinéraire institutionnel rend compte de différentes interactions entre le discriminé et les institutions chargées de combattre les discriminations (police, justice, *Equality bodies*).

fait pas l'objet d'une plainte, loin de là. D'une part, « *le processus de qualification des discriminations et leur verbalisation dépendent fortement de la sensibilisation des acteurs sociaux en général et des personnes exposées en particulier* » (Lesne & Simon, 2012 : 3). Toutes les discriminations ne sont pas visibles ou conscientisées par les acteurs et toutes ne font pas l'objet d'une même indignation. Il est d'ailleurs révélateur que les personnes les plus diplômées déclarent davantage avoir été discriminées que les autres (Beauchemin & al, 2010).

D'autre part, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les personnes interrogées ont généralement tendance à sous-estimer les discriminations et c'est pourquoi les enquêtes préfèrent cibler des situations concrètes plutôt que de demander de façon générale à la personne interrogée si elle a déjà été discriminée (Marsicano & al, 2014a). Dans le cadre de la présente étude, le corpus inclut des données provenant de 1/ personnes qui connaissent ou s'interrogent sur leurs droits et les lois les protégeant, 2/ celles qui pensent avoir été victimes d'une discrimination, 3/ celles qui connaissent Unia et qui ont confiance en son efficacité, 4/ celles qui ont effectivement la démarche de contacter Unia. Il ne saurait donc être question ici ni de représentativité de l'échantillon, bien évidemment, ni même d'analyse de l'ensemble des discriminations vécues. L'objectif est, à travers ce « coin de la lorgnette », de constater et de préciser les événements discriminatoires tels qu'ils sont vécus *et* rapportés et de saisir à travers eux les processus d'inégalité à l'œuvre et les moyens mis en place pour les combattre à partir de la loi qui interdit depuis 2003 toute discrimination, c'est-à-dire tout traitement différentiel, sur base de l'état de santé, et donc de la séropositivité.

Si cette enquête est une initiative de l'Observatoire du sida et des sexualités, elle est le fruit d'une collaboration avec Unia qui m'a donné accès à l'ensemble de ses dossiers et a permis la tenue des entretiens.

Présentation du plan du rapport¹⁷

La première partie de ce rapport revient sur les deux axes d'enquête et sur les aspects méthodologiques afin de comprendre la portée et les limites de notre corpus.

Dans un second temps, nous présenterons le cadre institutionnel et législatif, pour ceux qui ne le connaissent pas. Nous reviendrons tout d'abord sur Unia / Centre interfédéral pour l'égalité des chances, son fonctionnement, ses moyens d'action et sa perception par le grand public ; avant d'aborder rapidement le contenu de la loi anti-discrimination de 2003, revue en 2007, et l'arsenal législatif pouvant concerner des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il est en effet important de maîtriser les détails de la loi pour comprendre la gestion des dossiers.

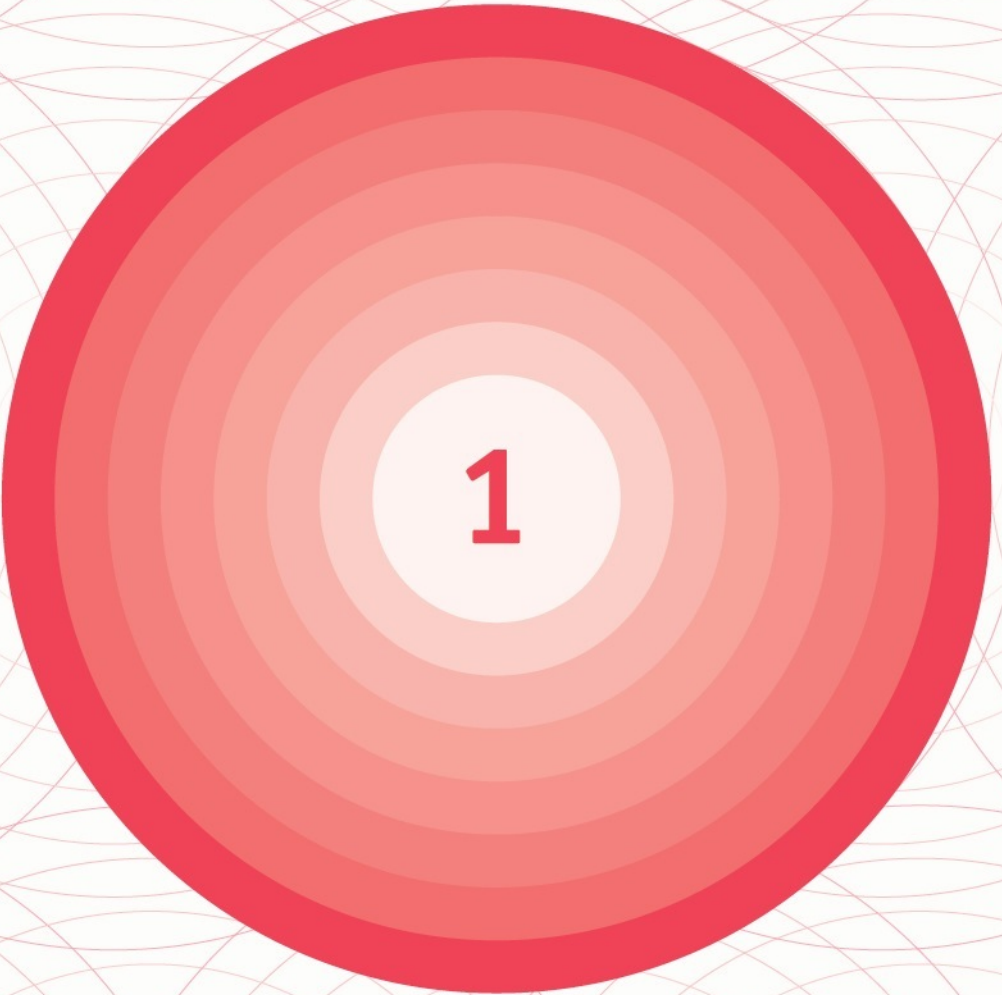
Avec la troisième partie, commence véritablement l'étude du corpus avec une analyse quantitative des signalements liés au VIH ouverts à Unia entre 2003 et 2014, sachant qu'ils sont enregistrés dans une base de données électronique à partir de 2008-2009. Au total, 141 dossiers ont été retrouvés, nombre qui ne permet pas une analyse quantitative très poussée, mais qui rend possible la mise en avant de certaines récurrences dans les situations discriminatoires identifiées.

Seront ensuite exposées plus en détails, dans la partie IV, les 6 situations discriminatoires les plus fréquemment déclarées à Unia, à partir de l'analyse détaillée des dossiers et des entretiens effectués. Ensuite, nous reviendrons, au-delà des cas individuels, sur l'action plus structurelle de Unia autour des dossiers VIH ou des problématiques qui lui sont liées ; à savoir le travail d'interpellation, de recommandation, de négociation et de formation de Unia.

¹⁷ Ce rapport a fait l'objet d'un résumé publié et traduit en néerlandais. Il est disponible à l'adresse suivante : www.observatoire-sidasexualites.be/resume-serophobie-2017

À partir de ces dossiers et entretiens, nous proposerons alors dans la partie VI une analyse plus sociologique des discriminations, en tentant de cerner leurs effets et leur reconnaissance (ou non) par Unia, à la fois peu après l'évènement discriminatoire (si cela est spécifié dans le dossier) et à plus long terme (à travers les entretiens).

Grâce à l'ensemble de ces données, nous pourrons, dans une dernière partie, analyser plus avant le sens des discriminations et de différents phénomènes qui peuvent leur être associés, en particulier la stigmatisation et la sérophobie ; en s'interrogeant également sur l'intersectionnalité des rapports de pouvoir, et notamment les interactions entre sérophobie, homophobie et racisme.



1

AXES ET MÉTHODOLOGIES DE L'ENQUÊTE

I. AXES ET MÉTHODOLOGIES DE L'ENQUÊTE

Afin de mieux comprendre les discriminations liées au VIH/sida qui font l'objet d'une plainte, ou du moins d'une prise de contact avec l'institution chargée (prioritairement) de consigner et d'accompagner ces plaintes, l'enquête auprès de Unia s'est articulée autour de deux axes. D'une part, il s'agissait d'analyser les dossiers de plainte incluant explicitement le VIH/sida et d'autre part, de proposer des entretiens avec des personnes ayant contacté Unia.

1) L'ANALYSE DES SIGNALEMENTS OUVERTS PAR UNIA POUR DISCRIMINATION LIÉE AU VIH

Dans un premier temps, il a été nécessaire d'identifier les signalements¹⁸. Puisque le VIH n'apparaît pas en tant que tel dans les critères légaux de discrimination, les dossiers mentionnent le critère « état de santé actuel ou futur » et/ou celui de « handicap ».

Au niveau méthodologique, les recherches ont d'abord été effectuées à partir de la base de données Métis, utilisée depuis 2009 par Unia pour encoder les signalements reçus (par e-mail, par téléphone ou lors d'une visite). Les mots-clés suivants ont été utilisés : « vih, hiv, sida, aids, seropo ». La lecture de l'ensemble des signalements correspondant à ces mots-clés a abouti à une sélection de **86 signalements pertinents de 2009 à 2014** (dont 49 dossiers)¹⁹. Pour les signalements antérieurs à 2009, il fallait consulter les dossiers papier archivés par année et non par thématique. Les recherches ont été menées sur la base d'un document reprenant un résumé (de 1 à 3 lignes) de chaque signalement. Ensuite, les dossiers qui paraissaient inclure la thématique du VIH ont été consultés. Toutefois 8 dossiers papier mentionnant le VIH dans le résumé n'ont pas pu être retrouvés. **55 signalements ont ainsi été sélectionnés entre 2003 et 2009.**

Au total, 141 signalements de 2003 à 2014 ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative.

Il faut souligner les limites et biais de ce corpus. En premier lieu, l'identification des signalements repose sur des mots-clés et des résumés, ce qui entraîne incontestablement une sous-estimation du nombre total de plaintes, lorsque le VIH n'est pas désigné directement et que d'autres termes, tels que « maladie chronique » ou « handicap » ont été utilisés.

En second lieu, la taille de l'échantillon limite fortement la pertinence de l'analyse quantitative, d'autant que toutes les données ne sont pas renseignées de façon systématique. Ainsi le sexe du requérant, sur la période 2003-2014, est inconnu dans 20% des cas, ce qui rend difficile une généralisation des résultats.

Les dossiers papier (2003-2008) ont été ajoutés manuellement à la base de données informatique, afin d'enrichir le corpus et d'avoir une vue plus large au niveau historique. La base de données reste toutefois faible en termes statistiques, à la fois en volume et en qualité des données encodées (taux important de non-réponse sur plusieurs catégories). L'analyse quantitative est donc succincte. Elle rend compte de la distribution des signalements et dossiers en fonction des critères disponibles dans la base de données, à savoir sexe et résidence du requérant, domaine de discrimination, estimation et suivi de Unia ; sans qu'il soit possible d'effectuer des croisements pertinents entre ces données.

¹⁸ Dans la terminologie de Unia, depuis 2009, les plaintes sont distinguées entre « signalement » et « dossier ». Voir partie III, chapitre 1 pour plus de précisions.

¹⁹ Certains signalements ont été écartés dans la mesure où ils ne concernaient pas une discrimination liée au VIH.

La seconde étape de l'analyse a été plus laborieuse puisqu'elle a consisté en la lecture de l'ensemble des 141 signalements. Le contenu informatif est très variable d'un signalement à l'autre : certains ne donnent que peu de renseignements (un résumé de quelques lignes), d'autres peuvent contenir des centaines de pages (échanges de courriers et de mails avec le requérant, son avocat, la personne ou l'institution présumée responsable de discrimination, plaintes à la police et parfois rendus de jugements). La majorité des signalements n'inclut toutefois que peu d'informations, le résumé de la situation étant indiqué en une quinzaine de lignes. Plusieurs questions ont guidé l'analyse des signalements :

- Qui contacte Unia, dans quelles circonstances, pour faire face à quel type de discrimination et dans quel domaine ?
- Quels sont la teneur et le suivi de ces demandes ? Est-ce que ce sont des demandes d'information, d'intervention de Unia ou des démarches judiciaires ? Quelle est la proportion de dossiers ouverts par rapport aux plaintes (et la proportion d'abandons) ?
- Dans quelle mesure les plaintes et les dossiers ont-ils évolué avec le temps ?

2) LA CONDUITE D'ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES AYANT CONTACTÉ UNIA

Après l'analyse des dossiers, un entretien a été proposé aux personnes ayant pris contact avec Unia pour discrimination liée au VIH afin d'approfondir la connaissance de l'évènement discriminatoire et de la perception de l'intervention d'Unia. Nous voulions également savoir pourquoi les personnes abandonnaient le plus souvent leur plainte en cours de procédure et interrompaient le contact avec Unia. Les questions posées lors des entretiens ont été de trois ordres :

- Quelle était la situation qui a amené la personne à contacter Unia ? Comment a-t-elle vécu cette situation, sur le moment et à plus long terme ? Quelle en a été l'issue ?
- Quels sont les avis et sentiments de la personne quant à l'intervention de Unia ? Quel a été l'impact de cette intervention dans son parcours ? Cette intervention correspondait-elle à ses attentes ? Pourquoi la personne n'a-t-elle pas poursuivi sa plainte (le cas échéant) ?
- La personne a-t-elle vécu d'autres situations de discrimination ? Si oui, lesquelles et pourquoi n'a-t-elle alors pas contacté Unia ?

La sélection d'un échantillon de personnes s'est faite sur la base des signalements électroniques 2009-2014, à partir de ceux ayant d'une part renseigné le numéro de téléphone et/ou l'adresse mail du requérant et n'ayant pas, d'autre part, demandé à ce que ces données restent confidentielles. 39 personnes ont ainsi pu être contactées (28 francophones et 11 néerlandophones), principalement par téléphone mais aussi par mail.

Après avoir rappelé l'anonymat de l'enquête, le projet était présenté brièvement et soit l'entretien était effectué directement (par téléphone), soit un rendez-vous était pris. Sur l'ensemble, 5 numéros de téléphone et 1 adresse mail n'étaient plus attribués. Dans la grande majorité des cas, si l'on réussissait à échanger avec le requérant, ce dernier acceptait l'entretien. Les refus explicites ont été rares, les deux cas provenant de femmes étrangères en attente de régularisation. L'une d'elles s'est désistée au dernier moment, se disant anxieuse, en attente d'une réponse imminente de sa demande de régularisation, et donc préférant ne pas parler de sa situation par peur d'une diffusion d'informations pouvant être préjudiciable à son dossier.

Au total, **18 entretiens ont été menés (13 en français, 5 en néerlandais)**, principalement par téléphone (1 entretien en face à face). Pour les entretiens en néerlandais, c'est une personne de Unia (Émilie van Laer, que je remercie à nouveau vivement) qui a mené ces entretiens, sur la base de la grille d'entretien fournie, et qui les a traduits. La retranscription des entretiens est assez courte, d'une à deux pages. Les entretiens menés en français ont été généralement plus

longs et d'une durée moyenne de 15 à 30 minutes (avec une fourchette allant de 10 minutes à plus de 2 heures). Il est probable que l'habitude de mener des entretiens semi-directifs, et même plus ouverts que directifs (où la grille d'entretien n'est qu'un appui pour ne pas oublier des questions plutôt qu'un ensemble respecté à la lettre et où les relances et les demandes de précisions sont fréquentes, sur le modèle d'une discussion), a joué dans cet important différentiel de durée des entretiens.

Comme lors de la première phase, le corpus (18 entretiens) ne permet pas une généralisation des situations rapportées. En outre, il comporte des biais dus aux refus d'entretien. Soulignons que ce corpus n'inclut finalement que 3 femmes et 7 personnes ayant au moins une nationalité étrangère (2 européennes et 5 africaines), ce qui renvoie à la sous-représentation habituelle de ces groupes dans les enquêtes (voir Pezeril, 2012) et qui s'explique par le manque de temps, de confiance en l'interlocuteur et en la légitimité de sa propre parole, de connaissance de la langue et d'intérêt pour la participation à une enquête.

Ce corpus d'entretien permet toutefois d'accéder à l'expérience de la discrimination, telle que les personnes peuvent la comprendre et la communiquer, et au vécu de la plainte pour discrimination, ses enjeux et ses impacts dans la trajectoire biographique individuelle.

CONCLUSION

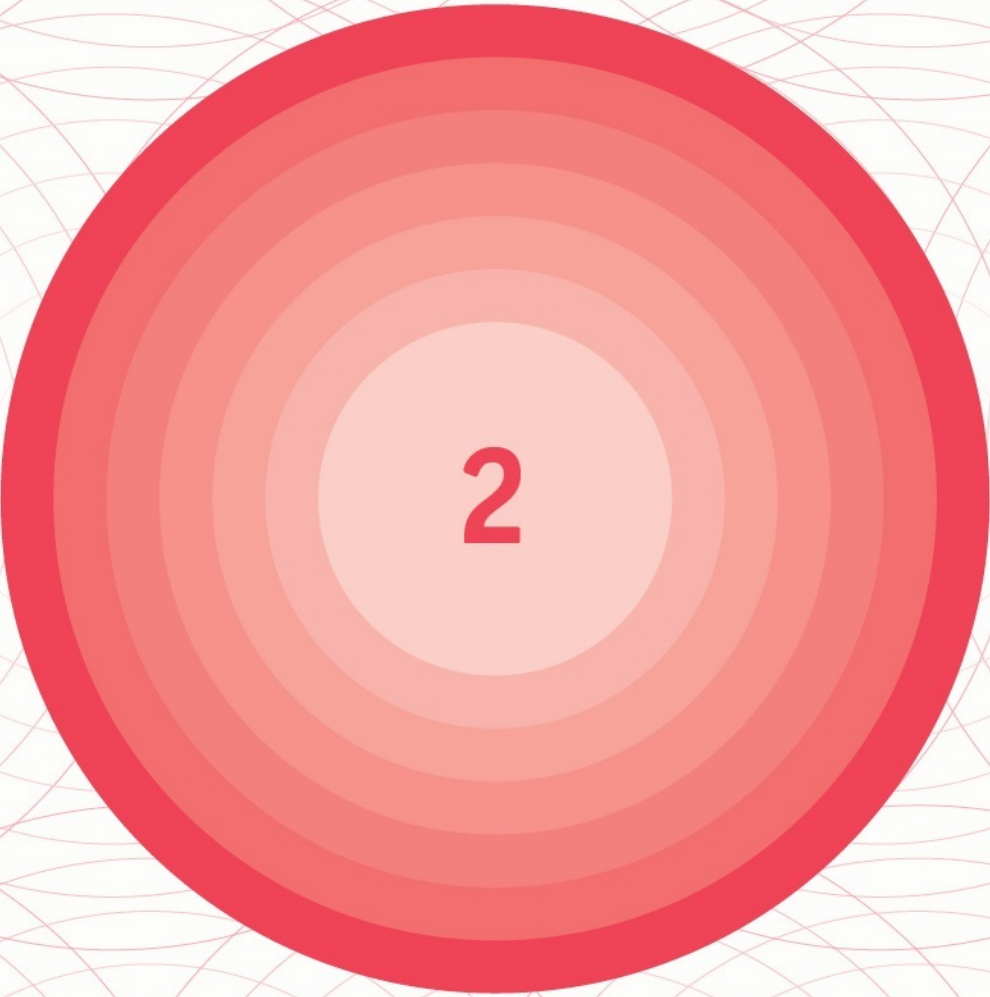
Cette enquête s'appuie donc sur deux méthodologies, quantitative et qualitative. Dans un premier temps, un corpus de 141 signalements pour discrimination liée au VIH a été identifié à partir des résumés des cas de 2003 à 2008 et du moteur de recherche interne à Unia de 2009 à 2014 (avec les mots-clés suivants: « vih, hiv, sida, aids, seropo »). Ce corpus a fait l'objet d'un traitement statistique élémentaire. Dans un second temps, un corpus d'entretiens avec 18 personnes ayant contacté Unia pour discrimination liée au VIH a été constitué, sur base de 39 personnes contactées.

S'il nous fallait résumer les atouts et limites de ces corpus, nous pourrions dire que, même s'ils permettent de ne saisir qu'une partie minime des discriminations, ils rendent compte de celles qui engendrent une réaction, un contact avec Unia, qui est l'organisme central de gestion des plaintes pour discrimination en Belgique. Le déroulement des entretiens permet de contourner les différents filtres des signalements (résumé succinct des situations, vues à travers les notes d'un travailleur de Unia) et donc d'accéder directement à l'expérience vécue des discriminations et du parcours institutionnel. Grâce aux entretiens, nous pouvons comprendre ce que veut dire, pour les personnes concernées, être discriminé, ce que cela implique, tant dans le quotidien que dans l'appréhension plus générale du monde, des autres, de la politique, de l'égalité des chances et de la démocratie. Les enquêtés font part d'une grande réflexivité à l'égard de leur propre expérience et du fonctionnement de notre société. Leurs discours et leurs capacités d'analyse sont pris au sérieux dans cette enquête. En tant que chercheur, notre devoir est aussi d'écouter, d'essayer de donner une voix, et de ne pas la trahir. Cette enquête va donc tenter de rendre compte des discriminations liées au VIH, non seulement en identifiant les situations les plus fréquentes rapportées à Unia, mais aussi en envisageant les impacts, les effets de ces discriminations du point de vue des personnes qui les vivent.

Tableau 1 : Présentation des entretiens²⁰

N°	Sexe	Nationalité	Région	Orientation sexuelle	Né en	Situation de discrimination	Année de disc	Langue	Date entretien
1	M	Congolais	RW	hétéro	1954	Refus d'assurance	2010	FR	30/10/14
2	M	Belge	RW	homo	1958	Menace de révélation au travail	2009	FR	30/10/14
3	F	Rwandais/ Belge	?	hétéro	1966	Refus d'assurance	2011	FR	30/10/14
4	H	Belge	RW	homo	1981	Licenciement	2010	FR	30/10/14
5	H	Belge	RW	homo	1984	Refus d'assurance + suprime	2013	FR	30/10/14
6	H	Belge	?/ Pologne	hétéro	1962	Refus dans agence matrimoniale/harcèlement	2014/ 2010	FR	31/10/14
7	H	Allemand	RB	homo	1973	Suprime assurance groupe + rupture de confidentialité	2010	FR	31/10/14
8	F	Camerounais	RW	hétéro	1974	Anticipation refus d'assurance	2013	FR	04/11/14
9	H	Belge	RF	hétéro	1943	Révélation en audience judiciaire	2013	FR	04/11/14
10	H	Belge/ Espagnole	RB	hétéro	1976	Suprime assurance	2013	FR	04/11/14
11	H	Belge	RB	homo	1980	Visite médicale formation police	2013	FR	04/11/14
12	F	Algérien	RB	hétéro	1968	Refus du 9ter+pas de logement	2013	FR	18/11/14
13	H	Tunisien	RB	homo	1968	Refus du 9ter	2013	FR	20/11/14
14	H	Belge	RF	homo	1972	Licenciement + propos homophobes	2013	NL	11/12/14
15	H	Belge	RF	homo	1976	Licenciement	2009	NL	11/12/14
16	H	Belge	RF	?	1979	Suprime assurance	2012	NL	11/12/14
17	H	Belge	RF	homo	1963	Licenciement	2013	NL	11/12/14
18	H	Belge	RF	homo	?	Menace d'une plainte pour transmission VIH	2012	NL	17/12/14

²⁰ Certaines données (année de naissance, nationalité, etc.) ont pu être modifiées sur demande des enquêtés afin de préserver leur anonymat.



2

CADRAGE INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF

II. CADRAGE INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF

Pour comprendre les discriminations dénoncées à Unia, il nous faut connaître le rôle assigné à Unia et les lois dont il dépend. Nous reviendrons donc rapidement sur la création de Unia et les modifications successives de son rôle, de son pouvoir d'action et d'autonomie et sa perception par le grand public et ses partenaires. Par la suite, nous définirons quelques termes importants de la principale loi sur laquelle s'appuie Unia (du moins pour pouvoir ester en justice), la loi antidiscrimination (AD) de 2003 revue en 2007 et nous décrirons brièvement les autres lois importantes qui peuvent garantir les droits des PVVIH ou identifiées comme telles.

1) PRÉSENTATION DE UNIA - CENTRE INTERFÉDÉRAL POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES

« Loin d'être le policier de la pensée politiquement correcte ou le héraut du consensualisme antiraciste, le Centre se doit d'être avant tout le dénonciateur des zones de non-droit »

Jean Cornil, premier directeur adjoint du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme²¹

A. Création et modifications successives

a) Création en 1993

Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme a été créé par la loi du 15 février 1993, à la suite de la proposition des Commissaires royaux chargés en 1988 d'analyser et de définir une politique d'intégration à l'égard des « immigrés »²², qui recommandaient de mettre sur pied une structure permanente de lutte contre le racisme et de promotion de l'égalité des chances et de l'intégration. La création du Centre s'inscrit dans la continuité de la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie, dite loi antiracisme ou loi Moureaux.

b) Élargissement des critères et des missions

En 1995, le Centre se voit chargé de deux nouvelles missions. D'une part, est votée la loi du 23 mars 1995 tendant à réprimer la négation, la minimisation, la justification ou l'approbation du génocide commis par le régime nazi pendant la Seconde guerre mondiale. Le Centre est habilité à ester en justice dans tous les litiges auxquels l'application de cette loi pourrait donner lieu. D'autre part, il acquiert une mission de stimulation, de coordination et de suivi de la politique de lutte contre la traite des êtres humains, à partir de la loi du 13 avril 1995.

Les missions du Centre sont encore élargies par la loi du 25 février 2003 tendant à lutter contre la discrimination. Cette dernière ouvre le champ de compétence du Centre aux discriminations dites « non raciales », autrement dit fondées sur le handicap, l'orientation sexuelle, l'état de santé, les convictions religieuses ou philosophiques, etc.

Plus tard, la loi du 10 mai 2007 modifie celle de 2003, en renforçant le cadre général de lutte contre la discrimination en Belgique et les missions du Centre par la même occasion. Elle ajoute le critère de la conviction politique, tout en affinant le critère d'état de santé qui devient « état de santé actuel ou futur ».

²¹ Cité dans « 1993 – 2013 : Le Centre a 20 ans! », document en ligne : [http://www.myria.be/files/historique_centre_pour_roadshow_\(1\).pdf](http://www.myria.be/files/historique_centre_pour_roadshow_(1).pdf)

²² Paula D'Hondt (CVP) et Bruno Vinikas (PS).

Depuis 2011, le Centre a également le mandat du suivi de l'application de la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par les Nations Unies en décembre 2006 et ratifiée par la Belgique le 2 juillet 2009.

A ce stade, les missions légales du Centre pour l'égalité des chances se composent dès lors de deux piliers. Le premier — Discrimination & Égalité des chances — recouvre la lutte contre la discrimination et la promotion de l'égalité des chances. Le second — Migration — veille au respect des droits fondamentaux des étrangers, éclaire les pouvoirs publics sur la nature et l'ampleur des flux migratoires et stimule la lutte contre la traite des êtres humains. Progressivement, ces deux piliers vont s'autonomiser, jusqu'à la scission en 2014 (voir ci-dessous).

c) Élargissement de la couverture du territoire et interfédéralisation

Les lois de 2003 et 2007 ne couvrent que les compétences fédérales. Afin de garantir la protection du citoyen dans les autres domaines de compétence, chaque Région et Communauté a dû adopter un texte légal afin de transposer adéquatement les directives européennes. Ces textes sont divers, datent généralement de 2008, avec une entrée en vigueur en 2009 (mais le décret de la Communauté germanophone date de 2012), et ne couvrent pas toujours les mêmes critères (la Cocof permet une plainte pour « tout autre motif de discrimination ») ni la même protection (le décret flamand de 2002 ne prévoit pas de disposition pénale)²³. Ainsi les différentiels de date (sachant que ces lois et décrets ne sont pas rétroactifs), de critère protégé, de comportement condamnable et de champ d'application font que cette législation est complexe et ne couvre pas toujours de façon équivalente tous les citoyens et résidents en Belgique.

Pour faire face à cette complexité, le Gouvernement fédéral, les Régions et les Communautés concluent un accord de coopération le 12 juin 2013 visant à transformer le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme en une institution interfédérale de lutte contre les discriminations. Le Centre voit ainsi sa mission en matière de lutte contre les discriminations élargie aux compétences des Régions et Communautés, en plus des compétences fédérales²⁴. La transformation est effective le 15 mars 2014 et aboutit à la scission en deux institutions : le Centre interfédéral d'égalité des chances et le Centre fédéral de la Migration.

Le Centre tente également d'améliorer sa couverture du territoire. Basé à Bruxelles, le Centre crée des point-relais en Région flamande (Meldpunten Discriminatie), qui peuvent accueillir et accompagner les plaintes pour discrimination. Des services locaux disposant des mêmes prérogatives sont installés à partir de 2016 en Wallonie.

La dynamique aboutit le 22 février 2016 à un changement de nom, le Centre interfédéral d'égalité des chances devenant Unia et le Centre fédéral de la Migration devenant Myria. Selon le directeur de Unia, Patrick Charlier : « *En raison d'un nom officiel, trop long, trop complexe, et dont plus de 70 versions circulent, notre visibilité n'était pas optimale. Le nouveau nom n'a donc rien d'une coquetterie. Unia, c'est un nom simple et pertinent dans toutes les langues du pays et qui doit nous positionner comme référence dans notre domaine d'activité. (...) Nos missions ont évolué. Nous sommes aujourd'hui pleinement compétents en matière de promotion de l'égalité des chances et de lutte contre la discrimination dans les matières tant fédérales que régionales ou communautaires (...). Notre ancrage local sera également renforcé via le déploiement de points de*

²³ Pour un aperçu de l'ensemble de la législation, voir <http://www.unia.be/fr/legislation-et-recommandations/legislation/lexique-discrimination>

²⁴ Avant l'interfédéralisation, il existait toutefois des protocoles de collaboration avec certaines entités : Région wallonne et Communauté française.

contact dans toute la Belgique, afin d'être plus près des citoyens et plus en phase avec la réalité locale. » (RTBF, 22/02/2016)

d) Organisation hiérarchique

Unia/ Centre interfédéral pour l'égalité des chances est géré par un conseil d'administration (CA) interfédéral composé de 21 membres (10 membres sont désignés par la Chambre des représentants, 10 membres désignés par les parlements des Régions et les Communautés²⁵, 1 membre de la Communauté germanophone pour les matières qui concernent sa Communauté).

Le CA désigne les 2 directeurs (l'un francophone, l'autre néerlandophone) à la majorité.

B. Actions de Unia

Selon les termes mêmes de Unia : « *Unia est un service public interfédéral, indépendant, expert en politique d'égalité et de non-discrimination. Son travail (...) peut se traduire dans les trois axes suivants :*

- *Promouvoir la participation égale et inclusive de chacun, quelle que soit sa situation (origine, âge, handicap, orientation sexuelle, religion/convictions,...) dans tous les secteurs de la société (emploi, logement, enseignement, santé, loisirs, culture/citoyenneté,...).*
- *Collaborer avec les différents acteurs de la société : autorités politiques et publiques, citoyens, société civile, professionnels, partenaires sociaux, académiques, organisations internationales, etc.*
- *Favoriser la connaissance et le respect des droits fondamentaux et le droit antidiscrimination en particulier, afin qu'ils soient effectifs et respectés en Belgique. »²⁶*

a) Axes de travail de Unia

Unia peut être saisi (par mail, téléphone, visite, lettre, etc.) par une personne s'estimant victime de discrimination, un témoin, une personne travaillant dans une association de droits de l'homme, etc. Toutefois, pour aller plus loin dans le suivi d'un dossier et effectuer des démarches, Unia doit demander et obtenir l'accord de la potentielle victime.

Outre son travail de gestion des signalements, Unia travaille également d'une manière plus structurelle à la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité des chances. Unia émet des avis, organise des actions de sensibilisation, commandite des recherches, soutient des projets d'autres organismes, etc. Il développe donc à la fois :

- ➔ Des missions répressives : pouvoir de conciliation et d'accompagnement judiciaire de la victime (traitement des signalements individuels) ;
- ➔ Des missions préventives : pouvoir de recommandation au politique, actions de sensibilisation/information/formation du grand public (campagnes) et des professionnels (modules de formation, codes de bonnes conduites, etc.).

²⁵ Selon la répartition suivante : 4 membres sont désignés par le Parlement flamand dont au maximum 2 sont du même sexe; 2 membres sont désignés par le Parlement de la Région wallonne dont une femme et un homme; 2 membres sont désignés par le Parlement de la Communauté française dont une femme et un homme; 2 membres sont désignés par le Parlement de la Région de Bruxelles-capitale, dont une femme et un homme dont un membre appartient au groupe linguistique néerlandophone et un membre au groupe linguistique francophone.

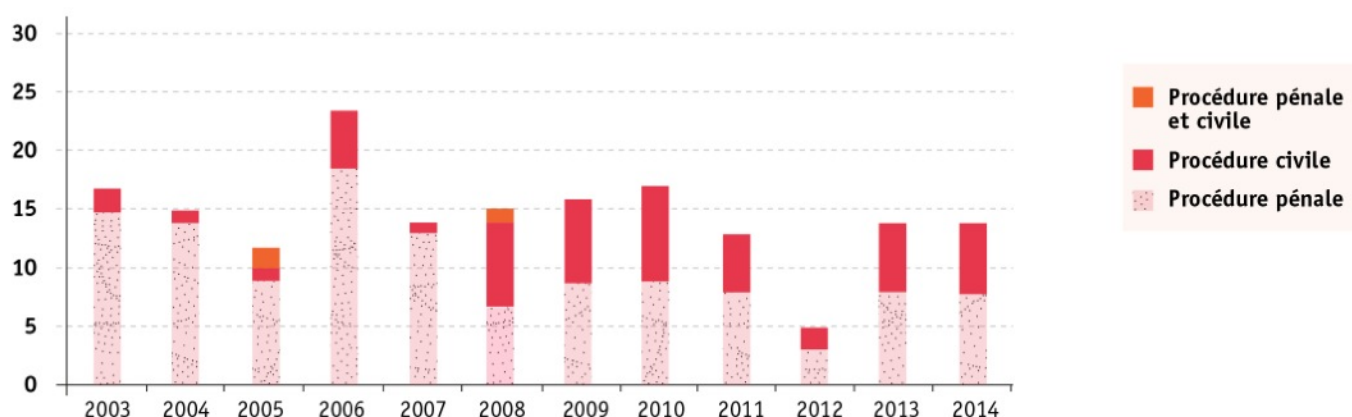
²⁶ Voir leur présentation sur leur site internet : <http://unia.be/fr/propos-dunia>

b) Action judiciaire de Unia

« Unia promeut la négociation dans les dossiers de discrimination, en encourageant le règlement constructif et extrajudiciaire du litige. Cette approche offre de meilleures chances d'aboutir à une solution rapide, durable et souvent structurelle et contribue ainsi à la prévention des discriminations. »²⁷

Cette position consensuelle de Unia explique en partie le peu de cas portés devant la justice, qu'elle soit civile (option souvent préférée par Unia) ou pénale. L'abandon par les plaignants en cours de procédure (ou la perte du contact) et le manque de preuves restent deux éléments majeurs qui empêchent le lancement ou la poursuite d'une procédure judiciaire.

Figure 1 : Dossiers portés devant la justice par Unia (2003-2014)



En 2014, Unia a décidé d'entamer une action en justice dans 14 dossiers²⁸ (sur plus de 4500 signalements), comme ce fut également le cas en 2013. « En principe, il ne le fait que dans les cas où une solution extrajudiciaire s'avère impossible et où l'affaire constitue un enjeu de société important (par exemple pour clarifier la législation) ou concerne des faits particulièrement graves (comme des délits flagrants inspirés par la haine). (...) Souvent, le Centre n'est pas parti au procès et se limite à conseiller la victime et/ou son avocat. » (Rapport annuel Discrimination/Diversité 2013 : 83)

Finalement, les poursuites en justice représentent moins d'1% des dossiers individuels ouverts chaque année à Unia selon le rapport annuel de 2012. La plus grande partie du travail de Unia continue à se faire « en coulisses », via des rencontres, des conciliations, des formations, des recommandations, la publication de rapports, d'études et de brochures d'information, etc.

Aucun dossier concernant une discrimination liée au VIH n'a été porté devant la justice ; alors que Unia a accompagné plusieurs personnes dans leurs démarches judiciaires (en conseillant, prenant contact avec l'avocat et les parties incriminées, etc.). Signalons toutefois qu'une plainte a été déposée en 2016 pour une discrimination liée au VIH (refus d'affiliation à une assurance), le procès aura lieu en 2017.

²⁷ Voir la description sur le site de Unia, dans l'onglet « Jurisprudence et alternatives » : <http://www.unia.be/fr/jurisprudence-alternatives/solutions-negociees>

²⁸ 7 affaires concernaient des discriminations (3 sur base de l'origine, 1 sur base des convictions religieuses et philosophiques, 1 sur base de la santé/handicap, 1 sur base de l'âge, 1 sur base de la fortune) ; 4 affaires concernaient des délits de haine liés à (la prétendue) race, l'islamophobie ou l'antisémitisme et 3 affaires concernaient des messages de haine liés à l'antisémitisme/négationnisme ou à l'homophobie.

C. Perception générale de Unia et soutiens

Selon l'enquête de Torrekens & Jacobs (2013) auprès des partenaires de Unia/le Centre, ce dernier bénéficie d'une bonne voire d'une excellente retombée médiatique, avec une réputation de « neutralité » (même si ce dernier élément sert aussi de point d'appui critique). Unia/le Centre est évalué de manière positive par ses partenaires, qui soulignent la nécessité de son existence, son expertise générale, son rôle de monitoring en matière de lutte contre la discrimination et d'expertise — notamment juridique — sur l'immigration, son rôle comme institution pivot au niveau fédéral sur différents terrains et la possibilité de jouer un rôle moral dans la société belge comme gardien des valeurs et droits fondamentaux (2013 :13).

Les auteurs relèvent toutefois trois types de critiques :

- La « critique stratégique » qui demande d'adopter une stratégie plus offensive (l'institution ne serait pas assez militante) ou a contrario plus consensuelle. Certains déplorent la stratégie de médiation privilégiée au détriment de l'action en justice, et ce essentiellement pour deux raisons : « *d'une part, les condamnations en justice renforcent le pouvoir, la légitimité et la raison d'être des associations de terrain et, d'autre part, parce que la médiation ne ferait pas avancer les mentalités. À ce titre, ils déplorent la timidité du Centre sur certains dossiers.* » (Torrekens & Jacobs, 2013 : 12). Dans le même ordre d'idées, les partenaires pointent le faible impact des recommandations en termes d'adoption et de réalisation effective (2013 :15).
- La « critique concurrente » portée par les autres institutions susceptibles de recevoir les plaintes.
- La « critique de type minoritaire » : Unia ne serait pas assez assertif dans la défense des minorités religieuses ; développerait une approche trop juridique, trop timorée et insuffisamment proactive quant aux pistes de solution concrètes.

Cette enquête date toutefois de 2013 et précède donc le changement institutionnel de Unia.

D. Unia dans le réseau européen des *Equality bodies*

En mars 2010, les Nations Unies ont confirmé le Centre (désormais Unia) comme institution nationale des droits de l'Homme de type B selon les Principes de Paris²⁹. En Europe, seuls deux *Equality bodies* acquièrent la pleine accréditation de type A (Danish Institute for Human Rights et the British Equality and Human Rights Commission), le type B étant ceux qui ne sont pas en totale conformité avec les principes ou dont les informations sont incomplètes, mais qui sont néanmoins reconnus d'utilité publique.

Avec la nouvelle structure Unia, il se pourrait que ce statut change dans un avenir proche, d'autant que l'ECRI (European Commission against Racism and Intolerance) vient d'adopter des conclusions très positives concernant l'évolution institutionnelle de Unia³⁰. En effet, l'ECRI « *recommandait aux autorités belges de conclure au plus vite le processus législatif de transformation du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme en une institution interfédérale, pleinement indépendante, au service de toutes les victimes de discrimination fondée sur des motifs relevant de sa compétence* » et considère aujourd'hui que cette recommandation a été mise en œuvre grâce à l'interfédéralisation de Unia.

Selon l'étude comparative européenne de Ammer & al. (2010), le Centre/ Unia est classé parmi les « organismes de promotion », comme la Halde en France (avant sa disparition), qui se

²⁹ *Principles relating to the Status of National Institutions (The Paris Principles)*, adoptés par la Résolution 48/134 du 20 Décembre 1993, en ligne: <http://www2.ohchr.org/english/law/parisprinciples.htm> (02.08.2010).

³⁰ Voir ECRI, *Conclusions de l'ECRI sur la mise en œuvre des recommandations faisant l'objet d'un suivi intermédiaire adressées à la Belgique*, Adoptées le 8 décembre 2016, publiées le 28 février 2017.

consacrent à la fourniture de conseils juridiques et d'aide aux victimes et qui soutiennent les bonnes pratiques des employeurs et des prestataires de service ; à la différence des « organismes de type juridictionnel » chargés principalement de rendre des décisions judiciaires en matière de discrimination.

Le rapport européen pointe une particularité institutionnelle de la Belgique, à savoir l'existence d'une institution généraliste (Unia/ le Centre) et d'une institution traitant exclusivement des inégalités de genre (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes). Cette partition reflète la crainte de la dépriorisation des inégalités de genre dans le cas d'une fusion des institutions, risque qu'il faudrait balancer selon les auteurs avec les avantages liés à la constitution d'un organisme intégrant l'ensemble des discriminations :

*« Après une période d'adaptation, les organismes d'égalité peuvent devenir plus forts quand ils ont un mandat nouveau et élargi. Enfin, puisque la discrimination est souvent fondée sur plusieurs autres motifs que le genre (discrimination intersectionnelle de genre), une approche intégrée peut assurer que cela soit pris en compte de manière adéquate. »*³¹ (Ammer & al., 2010 : 48)

Le rapport relève cependant les efforts de coopération des deux institutions, avec la nomination d'une personne de contact qui assure la jonction. « Il n'existe cependant aucune disposition juridique spécifique qui régit la manière dont une discrimination de "nature mixte" doit être traitée » (2010 : 69). Le rapport de l'ULB montre que ces craintes sont partagées par les acteurs belges, notamment du point de vue de la lisibilité des institutions pour le public et de la dispersion des ressources (Torrekens & Jacobs, 2013 : 22).

Enfin, en ce qui concerne le pouvoir d'action de Unia, le rapport européen souligne qu'il n'a pas de pouvoir contraignant, hormis vis-à-vis des autorités publiques (qui doivent répondre aux questions et sollicitations de Unia), et qu'il n'a pas le pouvoir d'enquêter. En revanche, il a le pouvoir d'ester en justice. Cette possibilité, même si elle est peu utilisée, lui permet de faire pression sur ses interlocuteurs lors des négociations. En outre, et très peu d'organismes pour l'égalité ont cette capacité, Unia peut fournir des moyens formels de règlement extrajudiciaire des différends et émettre des avertissements, des rappels, des conseils ou des recommandations adressées à l'intéressé pour mettre fin à la discrimination (2013 : 82). Enfin, Unia fait partie des organismes qui ont la possibilité de développer des campagnes de sensibilisation, de promouvoir les « bonnes pratiques », de développer des plans d'égalité en formulant des recommandations au politique.

Finalement, Unia fait partie des organismes européens d'égalité dotés des instruments les plus efficaces, d'autant que selon le rapport européen, il est suffisamment financé et totalement indépendant.

2) PRÉSENTATION SUCCINCTE DE LA LOI DE 2007

En 2000, deux directives européennes importantes sont adoptées : la première relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique (2000/43/CE) et la seconde qui interdit la discrimination sur base de la conviction religieuse ou philosophique, du handicap, de l'âge et de l'orientation sexuelle dans le cadre de l'emploi, des conditions de travail et de la formation professionnelle (2000/78/EU). En 2006, une directive relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (2006/54/CE)

³¹ Traduction personnelle de l'anglais au français.

reprend l'ensemble des directives précédentes concernant l'égalité de genre³².

La transposition de ces directives se fait en plusieurs étapes et aboutit en Belgique à deux lois importantes sur les discriminations :

- ▶ La loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, qui remplace l'ancienne loi anti-discrimination du 25 février 2003 et cela depuis son entrée en vigueur le 09 juin 2007 (dite loi AD)³³.
- ▶ La loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre les discriminations entre les femmes et les hommes (dite loi genre)³⁴.

Elles s'ajoutent à la loi antiracisme :

- ▶ La loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie, qui a été modifiée à plusieurs reprises (dite loi AR)³⁵.

Nous nous penchons prioritairement ici sur la loi AD de 2007 dans la mesure où c'est elle qui régit les discriminations liées au VIH puisqu'elle protège « l'état de santé actuel et futur ».

A. Institutions habilitées

Les Directives imposent aux États membres de désigner un ou plusieurs organes indépendants de lutte contre les discriminations.

Si Unia/ le Centre est désigné prioritairement, ce n'est pas la seule institution habilitée à recevoir les signalements. D'une part, une personne ne doit pas nécessairement passer par Unia pour déposer un signalement. D'autre part, elle peut décider de se faire accompagner par un syndicat et/ou une autre institution. Selon la loi, cela concerne « tout établissement d'utilité publique et toute association, jouissant de la personnalité juridique depuis au moins trois ans à la date des faits, et se proposant par ses statuts de défendre les droits de l'homme ou de combattre la discrimination ».

Par contre, Unia n'est pas compétent pour traiter des cas de discrimination basés sur le sexe (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes) et la langue (organisme à désigner).

B. Critères de discrimination

La loi du 10 mai 2007 interdit la discrimination fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, l'état civil, la naissance, la fortune, la conviction religieuse ou philosophique, la conviction politique, la langue, l'état de santé actuel ou futur, un handicap, une caractéristique physique ou génétique ou l'origine sociale.

La loi sera modifiée en 2009 pour ajouter la « conviction syndicale » suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle³⁶.

³² La directive relative à l'égalité des rémunérations entre travailleurs masculins et féminins (75/117), la directive relative à l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes en matière d'emploi (76/207, modifiée par la directive 2002/73), la directive relative à l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale (79/7), la directive relative à l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de régime professionnel de sécurité sociale (86/378, modifiée par la directive 96/97), la directive relative à l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, y compris une activité agricole (86/613), la directive relative aux travailleuses enceintes (92/85), la directive relative au congé parental (96/34), la directive relative à l'égalité entre hommes et femmes dans l'accès à des biens et services et la fourniture de biens et services (2004/113).

³³ En ligne : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2007/05/10/2007002099/justel>

³⁴ En ligne : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2007/05/10/2007002098/justel>

³⁵ En ligne : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1981/07/30/1981001359/justel>

³⁶ Arrêt n° 64/2009 du 02-04-2009. La loi 2009-12-30/01, art. 107, 002, modifie l'article 3. Elle entre en vigueur le 31-12-2009.

Les critères protégés par la loi antiracisme sont la nationalité, une prétendue race, la couleur de peau, l'ascendance et l'origine nationale ou ethnique.

Quant à la loi genre, elle couvre le sexe, en ce compris la grossesse, l'accouchement et la maternité et le changement de sexe. En 2014 sont ajoutées l'identité de genre et l'expression de genre.

C. Domaines de discrimination

La loi AD a une portée très large qui vise tous les domaines de la vie publique : l'accès aux biens et aux services (le logement, l'horeca, les assurances, les commerces, etc.), l'emploi tant dans le secteur public que privé, l'affiliation à un syndicat, la sécurité sociale et les soins de santé ou la participation à toute activité qu'elle soit économique, sociale, culturelle ou politique pour autant qu'elle soit ouverte au public³⁷.

D. Comportements prohibés

● Discrimination directe

Selon la loi AD, on parle de discrimination directe quand une distinction directe, fondée sur l'un des critères protégés, a pour conséquence qu'une personne soit traitée de manière moins favorable qu'une autre personne ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable, « à moins que cette distinction directe ne soit objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient appropriés et nécessaires » (article 7).

Deux remarques à cette définition. D'une part, la mesure de la discrimination appelle un raisonnement comparatif pour estimer le traitement différentiel. D'autre part, toute discrimination n'est pas interdite par la loi, elle doit pour cela : 1/ être basée sur un critère protégé (ou en mesure de l'être), 2/ être estimée illégitime, c'est-à-dire sans justification objective et raisonnable (certaines différences de traitement peuvent être légitimes, notamment pour lutter contre les discriminations), 3/ entrer dans un champ d'application couvert par la loi.

● Discrimination indirecte

Il est question de discrimination indirecte lorsqu'une « disposition, norme ou façon d'agir apparemment neutre sur laquelle la distinction indirecte est fondée, ne peut être objectivement justifiée par un but légitime et que les moyens de réaliser cet objectif ne sont pas appropriés et nécessaires. »

Des mesures apparemment neutres (règlements, culture d'entreprise, etc.) peuvent avoir pour effet de désavantager les personnes présentant un motif de discrimination. Par exemple, d'après la jurisprudence, refuser l'accès d'un restaurant à une personne accompagnée d'un chien

³⁷ Selon la loi, les champs couverts sont : « 1° l'accès aux biens et services et la fourniture de biens et services à la disposition du public; 2° la protection sociale, en ce compris la sécurité sociale et les soins de santé; 3° les avantages sociaux; 4° les régimes complémentaires de sécurité sociale; 5° les relations de travail; 6° la mention dans une pièce officielle ou dans un procès-verbal; 7° l'affiliation à et l'engagement dans une organisation de travailleurs ou d'employeurs ou toute autre organisation dont les membres exercent une profession donnée, y compris les avantages procurés par ce type d'organisations; 8° l'accès, la participation et tout autre exercice d'une activité économique, sociale, culturelle ou politique accessible au public. »

d'assistance pour malvoyant, parce que les animaux ne sont pas admis, est une discrimination indirecte sur base du handicap³⁸.

● Injonction de discriminer

Cette notion vise tout comportement consistant à enjoindre à quiconque de pratiquer une discrimination à l'encontre d'une personne, d'un groupe, d'une communauté ou de l'un de leurs membres. L'intention est requise pour la personne qui donne l'ordre de discriminer.

● Refus d'aménagement raisonnable

Les aménagements raisonnables sont définis comme des « mesures appropriées qui sont prises dans une situation concrète et en fonction du besoin pour permettre à une personne handicapée d'accéder, de participer et d'évoluer dans les établissements auxquels cette loi est applicable, à moins que ces mesures ne constituent une charge disproportionnée pour la personne qui doit les prendre ».

Les obstacles auxquels les personnes vivant avec un handicap sont confrontées dans la sphère publique sont souvent le résultat d'un environnement non adapté. Grâce à certains aménagements, ces obstacles peuvent être neutralisés. C'est pourquoi la loi prévoit qu'une absence d'aménagements dits « raisonnables » pour les personnes avec un handicap constitue une discrimination.

● Harcèlement discriminatoire

La loi anti-discrimination interdit certaines formes de comportements indésirables liés à un des critères protégés qui ont pour « effet de porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique de la personne et de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. »

En principe, un seul comportement indésirable suffit à établir un fait de harcèlement³⁹, sauf en matière d'emploi. Dans ce cas, c'est la loi relative au bien-être des travailleurs⁴⁰ qui s'applique et le harcèlement doit se caractériser par des conduites abusives et répétées.

● Incitation à la discrimination, la ségrégation, la haine ou la violence

Les deux lois AR et AD interdisent l'incitation à la discrimination, à la ségrégation, à la haine ou à la violence à l'encontre de personnes ou de groupes sur base d'un critère protégé.

Par « inciter à », il faut entendre toute communication verbale ou non verbale qui incite à, stimule, attise, encourage, accentue, provoque, pousse ou appelle d'autres personnes à certaines réactions de haine. L'insulte généralement ne suffit pas (sauf si elle se répète et peut alors être assimilée à du harcèlement). En outre, les propos doivent être publics (par exemple via un affichage ou une publication, en présence de témoins, dans un courrier électronique, etc.). Enfin, selon la jurisprudence, l'intention est requise. Ce comportement est l'un de ceux ayant entraîné le plus de débats jurisprudentiels puisqu'il doit se mesurer à l'aune de la liberté d'expression. Une longue série d'arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)

³⁸ Reconnu par la Cour d'appel de Gand, 6 décembre 2012.

³⁹ Pourtant, selon la jurisprudence, le harcèlement se prouve par une succession/ répétition de comportements abusifs.

⁴⁰ Voir la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

confirme son importance et le fait qu'une place doit être faite aux opinions, idées et informations qui « heurtent, choquent ou inquiètent »⁴¹.

L'ancienne Cour d'arbitrage (actuelle Cour constitutionnelle) délimite, dans son arrêt du 6 octobre 2004, la description de « l'incitation » à un délit. Selon la Cour, il ne peut y avoir « d'incitation » que si les déclarations ou les documents concernés « poussent, stimulent ou encouragent » à la discrimination, « ce qui va au-delà des simples informations, idées ou critiques ». La Cour souligne également que l'expression d'une opinion doit rester libre, même si celle-ci est « acerbe, critique ou problématique ». L'expression d'une opinion ne peut être punissable que lorsqu'elle peut avoir des « conséquences préjudiciables » pour autrui ou pour la démocratie en tant que telle. En outre, l'auteur doit avoir une « intention particulière », « une volonté spécifique d'inciter à la discrimination, à la haine ou à la violence ». Ceci suppose que l'auteur agisse sciemment, en connaissance de cause. Son intention doit être, par ses propos, d'inciter autrui à la discrimination, à la haine ou à la violence envers une personne ou un groupe identifiés par un critère protégé. Il n'est pas exigé ici que ces autres personnes donnent effectivement suite à l'incitation. Le fait d'agir sciemment dans le chef de l'auteur des déclarations suffit. Lorsque cet élément d'intention particulière est absent, les opinions exprimées ne sont pas punissables.

E. Sanctions

La loi du 10 mai 2007 donne aux victimes la possibilité de faire valoir leurs droits en cas de discrimination et de saisir un tribunal civil, à savoir le tribunal du travail, de commerce ou de première instance. La procédure spéciale, formée et instruite selon les formes du référé, est celle de l'action en cessation. Si le juge reconnaît la discrimination, il pourra octroyer à la victime des dommages et intérêts forfaitaires. La loi protège aussi la victime et ceux qui accepteraient d'être témoins contre les représailles. Enfin, la victime peut demander l'affichage de la décision.

En cas d'incitation à la haine, de discriminations commises par un fonctionnaire et de tout acte de violence ou de harcèlement (hors emploi) envers des personnes en raison d'un critère protégé (motif abject), ce sont les juridictions pénales qui sont compétentes. Les condamnations peuvent aller d'un mois à deux ans d'emprisonnement. De même, si une personne est condamnée au civil et brave la décision en ne cessant pas donc de discriminer, elle peut être poursuivie au pénal.

Les discriminations sur une base raciale sont quant à elles directement condamnables au pénal. Le volet pénal inclut l'incitation à la diffusion d'idées s'appuyant sur la supériorité de races (articles 20 et 21 de la loi AR), la collaboration à des groupements déterminés (article 22), une disposition spécifique pour un officier public (article 23), la discrimination raciale dans le travail et le logement (articles 24 et 25). Les peines peuvent aller jusqu'à un an de prison (et jusqu'à deux ans pour les fonctionnaires ou officiers publics) et 1000€ d'amende.

F. Charge de la preuve

Il y a sur ce point un « partage de la preuve », c'est-à-dire que la personne s'estimant discriminée doit apporter des éléments probants (preuves écrites, témoignages, etc.) et c'est à la partie adverse de prouver qu'il n'y a pas eu discrimination.

⁴¹ Cour eur. des droits de l'Homme, arrêt Handyside c. Royaume Uni, 7 décembre 1976.

Quand la discrimination semble avérée, même si elle reste difficile à prouver (malgré le partage de la charge de la preuve), Unia tente de mettre en œuvre des conciliations avec l'employeur et éventuellement les syndicats⁴².

3) ARSENAL LÉGISLATIF CADRANT LES DROITS DES PVVIH

Une personne séropositive discriminée à cause de sa séropositivité peut faire valoir une discrimination sur base de son « état de santé ». En 2007, le législateur a voulu mieux définir ce concept et protéger les personnes en précisant « état de santé actuel ou futur ». Toute discrimination sur base de l'état de santé actuel d'une personne ou d'une prévision de son état de santé futur est interdite. Par contre, l'état de santé passé n'est pas couvert, sauf si l'on démontre son impact sur l'état de santé actuel ou futur.

De plus, depuis 2006, les maladies chroniques sont assimilables à un handicap. Depuis l'arrêt *Chacon Navas vs Eurest Colectividas* de la Cour de justice européenne (11/07/2006), une maladie entraînant une limitation des capacités sur une longue durée relève de la notion de handicap et l'éventualité d'aménagements raisonnables doit s'apprécier avant tout licenciement. Le refus d'aménagements raisonnables constitue donc une discrimination. Selon la Cour, le handicap doit être compris comme « une limitation, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales ou psychiques et entravant la participation de la personne concernée à la vie professionnelle », pour autant qu'elle soit « probablement de longue durée ».

Outre la loi AD, précisons qu'il existe d'autres dispositions législatives qui peuvent protéger les personnes vivant avec le VIH (mais pour lesquelles Unia n'est pas compétent) :

- ▶ *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*⁴³ :
Elle réaffirme notamment le droit à des prestations de qualité ; le droit au libre-choix du dispensateur de soins ; le droit d'être informé sur son état de santé ; le droit de consentir de manière éclairée (après avoir été suffisamment informé) à toute intervention (sauf en cas d'urgence) ; le droit de consulter son dossier médical ; le droit au respect de sa vie privée et de son intimité ; le droit d'introduire une plainte si ces droits ne semblent pas respectés.
- ▶ *Loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail*⁴⁴ :
Cette loi est une spécificité de la Belgique. Elle interdit explicitement à tout employeur public ou privé de pratiquer des tests de dépistage VIH lors des examens médicaux à l'embauche ou de faire pratiquer ce test dans le cadre de la médecine du travail, même s'il a obtenu le consentement libre et éclairé du candidat-travailleur. La loi rappelle également que la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel est applicable aux informations recueillies dans le cadre d'exams médicaux.

CONCLUSION

Unia/ Centre interfédéral pour l'égalité des chances est donc la principale institution belge de lutte contre les discriminations, hors discriminations de genre traitées par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Il a une mission répressive, de conciliation et

⁴² Voir la partie V « Dossiers structurels » pour plus de détails.

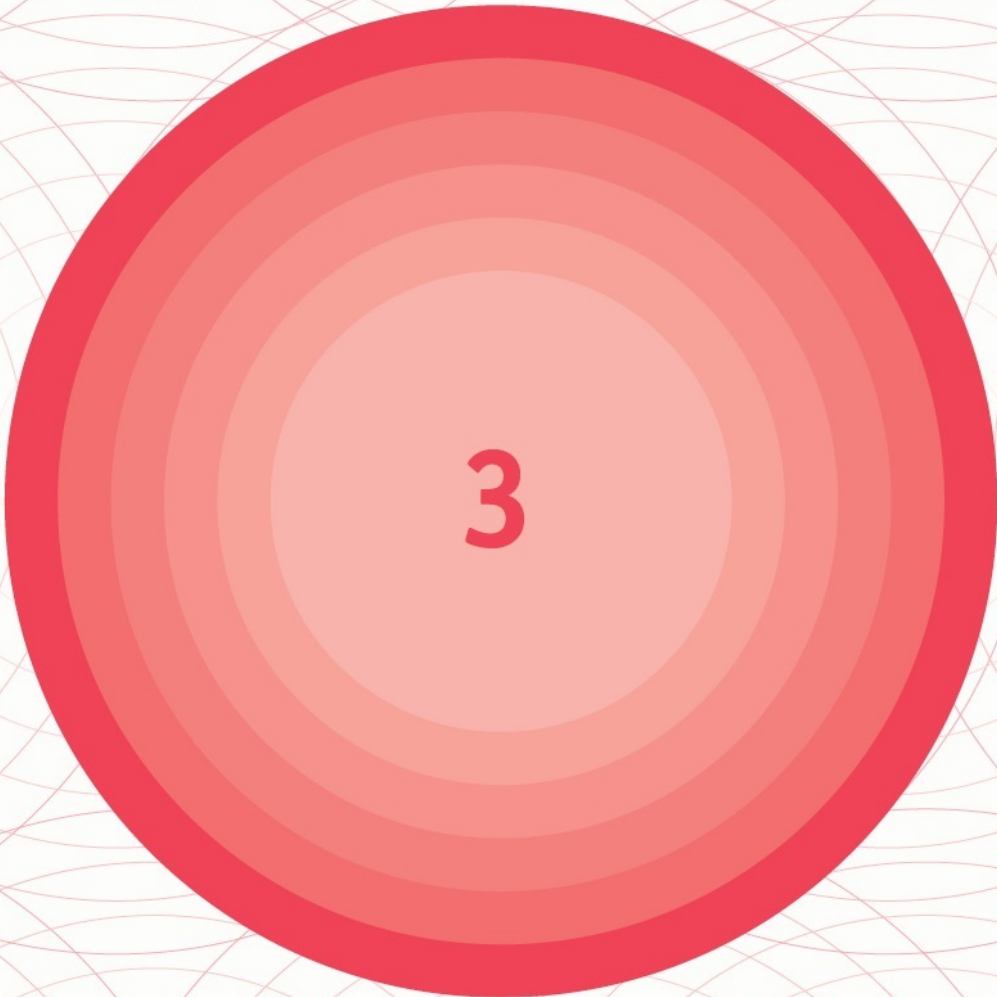
⁴³ Le texte de loi est disponible à cette adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2002082245&la=f&fromtab=loi&sql=dt='loi'&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1

⁴⁴ Le texte de loi est disponible à cette adresse : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&cn=2003012842&table_name=loi&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK

d'accompagnement des signalements pour discrimination, et une mission préventive, de recommandation au politique et de sensibilisation et formation du grand public et des organismes demandeurs. En moyenne, seul 1% des dossiers traités sont portés devant la justice ; signe d'une préférence assumée de Unia pour le règlement extrajudiciaire des cas. Les capacités d'action de Unia sont cadrées par les lois antidiscrimination, et plus précisément par celles de 1981 (loi dite AR antiraciste), de 2003 revue en 2007 (loi dite AD antidiscrimination) et celle de 2007 (la loi genre).

Les discriminations sur base du VIH relèvent de la loi AD et sont interdites, car elles relèvent du critère protégé de « l'état de santé actuel ou futur » et éventuellement du « handicap ». Selon la loi, la discrimination directe (traitement différentiel du fait d'un critère), la discrimination indirecte (mesure neutre dont le résultat est un traitement différentiel), le harcèlement discriminatoire, l'injonction à discriminer, les propos incitant à la discrimination et le refus d'aménagement raisonnable (pour les personnes vivant avec un handicap) sont condamnables, principalement dans les domaines de l'emploi, de l'accès à des biens et services, de l'accès à la protection sociale et aux régimes de sécurité sociale et de l'accès à des activités ouvertes au public. Si les plaignants doivent fournir des éléments probants attestant de la discrimination, c'est à la partie adverse de prouver l'absence de discrimination. À ce jour, il n'y a eu aucun procès en Belgique reconnaissant une discrimination liée au VIH⁴⁵, même si d'autres lois peuvent être mobilisées pour protéger les PVVIH, à savoir les lois générales (cadrant les relations de travail par exemple) et la loi de 2002 sur les droits du patient (notamment le droit à la vie privée) et celle de 2003 interdisant les dépistages VIH dans l'emploi.

⁴⁵ Un procès est toutefois prévu en 2017 pour refus d'affiliation d'une assurance sur base du VIH.



3

**ANALYSE QUANTITATIVE
DES PLAINTES 2003-2014**

III. ANALYSE QUANTITATIVE DES PLAINTES 2003-2014

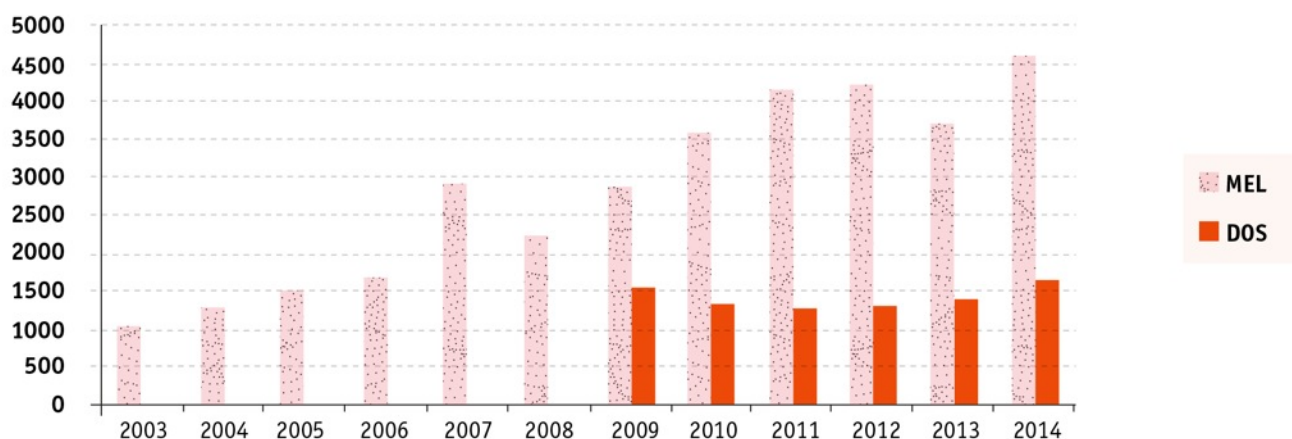
Avant d'analyser les plaintes liées au VIH, il est nécessaire de les replacer dans l'ensemble des plaintes reçues par Unia afin de mettre en perspective des spécificités éventuelles des signalements VIH. Nous reviendrons donc dans un premier temps sur l'évolution du nombre total des signalements à Unia de 2003 à 2014, avant d'exposer dans un second temps les résultats les plus saillants des 141 cas identifiés liés au VIH.

Si l'analyse quantitative proposée ici est élémentaire (voir la méthodologie expliquée dans la partie I), elle permet cependant de mieux cerner les discriminations liées au VIH telles qu'elles sont rapportées à Unia et, plus particulièrement, leur répartition en fonction d'un certain nombre de critères. Nous pourrions ainsi entrevoir la catégorisation et la classification des plaintes effectuées par Unia à travers son outil d'encodage et de collecte des données. Ce dernier objectif est déterminant puisque l'outil de collecte conditionne notre recherche en précisant certaines informations (et pas d'autres) et selon une certaine qualification. Bien que les entretiens aient permis de préciser et de compléter certaines informations, la majorité des plaintes traitées n'a pu être analysée qu'à partir de l'encodage effectué par les travailleurs.

1) TOTALITÉ DES PLAINTES REÇUES PAR UNIA (2003-2014) ⁴⁶

A. Totalité des signalements et évolution

Figure 2 : Évolution du nombre de signalements (MEL) et de dossiers (DOS): 2003-2014



La distinction entre signalement et dossier apparaît en 2009 avec l'informatisation de la base de données.

Unia fait face à une **augmentation des signalements, presque constante sur l'ensemble de la période**, qui se stabilise depuis 2010 à plus de 3500 cas signalés par an, pour atteindre 4627 signalements en 2014. La compréhension de ces chiffres nécessite une grande prudence étant donné que plusieurs éléments entrent en jeu. Ils peuvent renseigner autant sur l'augmentation effective des discriminations dans la société belge, que sur leur plus fréquente déclaration à Unia, mais aussi sur l'impact des nouvelles lois et des actions de visibilité, sensibilisation

⁴⁶ Les données de Unia présentées ici ont été pour la plupart tirées des rapports annuels *Discrimination* (disponibles en ligne). Les premières figures (2 et 3) reprenant l'évolution 2003-2014 nous ont été transmises personnellement par Unia.

ou information de Unia ou d'autres acteurs et même, plus largement, sur le contexte politique et médiatique dans lequel les questions relatives aux discriminations sont posées⁴⁷.

Par exemple, nous constatons que le nombre de signalements augmente de 77% entre 2006 et 2007, ce qui constitue la plus importante augmentation sur toute la période. D'une part, 2007 est la date de la nouvelle loi AD et des campagnes médiatiques liées à l'Année européenne de l'égalité des chances pour tous (avec le slogan « *Discriminer est intolérable. Et illégal* »). D'autre part, c'est une année de réorganisation interne à Unia et de lancement par Unia (avec l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale) de séminaires destinés à expliciter le contenu des lois AD, surtout dans le domaine de l'emploi⁴⁸.

Quant au nouveau système d'enregistrement (Metis) qui apparaît en 2009, il rend difficile la comparaison avec les années précédentes où seuls les signalements étaient rapportés. Il est dès lors important de comprendre la **distinction entre « signalement » et « dossier »** (cette catégorie donnant accès à davantage d'informations encodées). Les « signalements » désignent tous les appels et toutes les demandes que Unia reçoit de diverses manières (téléphone, e-mail, site internet, lettre, permanence). Il peut aussi concerner des faits dont Unia est amené à s'occuper sans demande ou appel concret (autosaisine). La distinction signalement/ dossier apparaît en 2009 avec la mise en place du nouveau système d'enregistrement Metis :

« Si le requérant estime qu'on a affaire à une distinction, à une exclusion, à une restriction ou à une préférence basée sur un critère protégé pour lequel le Centre est compétent et qu'il attend un avis juridique ou une autre intervention, le Centre ouvre un dossier. Le Centre peut également ouvrir un dossier de sa propre initiative lorsqu'il a connaissance (par la presse, par exemple) de faits graves relevant de ses attributions. Lorsque plusieurs signalements concernent un même événement (un mail raciste en chaîne ou une déclaration homophobe dans les médias, par exemple), ils sont regroupés dans un seul dossier. » (*Rapport Discrimination 2013*: 77)

Les années 2010-2011 montrent une augmentation du nombre de signalements et une baisse des dossiers. Cela s'explique par le fait que plusieurs signalements peuvent donner lieu à l'ouverture d'un même dossier, et cela est souvent le cas pour les plaintes dans le domaine des médias (de nombreux signalements en matière de cyberhaine se rapportent à des sites web ou mails en chaîne, pour lesquels un dossier est déjà ouvert).

Selon Unia, la baisse du nombre de signalements en 2013, par rapport à 2012 et 2011, « *peut notamment s'expliquer par le fait qu'en 2013, il a moins été question de thèmes ayant bénéficié de l'attention particulière des médias.* » (2013 : 77).

Le passage du signalement au dossier est lié à l'appréciation de la situation par Unia au regard de l'étendue de ses compétences.

« Parmi les 3713 signalements, le Centre n'était pas compétent dans 25% des cas. Ceci s'explique par plusieurs raisons. Les requérants se sentent injustement traités et ne connaissent pas précisément les compétences du Centre. Ils ne disposent pas toujours des bonnes informations ou ne savent pas à qui relater leur récit. Dans un certain nombre de cas, ils ont déjà vainement frappé à la porte d'autres instances et considèrent alors le Centre comme un "dernier recours" pour obtenir "justice". (...) Dans les signalements pour lesquels le Centre n'était pas compétent, la même tendance que les années précédentes s'est poursuivie : outre un grand nombre de demandes relatives au genre et à la langue, on a compté également, en 2013, des signalements pour lesquels il n'était pas question d'un critère protégé ou d'une discrimination. » (*Rapport Discrimination 2013* : 78)

⁴⁷ Le nombre de plaintes est sensible aux « scandales » ou débats politiques. Par exemple les déclarations de Monseigneur Léonard (voir partie suivante) ont entraîné plusieurs plaintes à Unia.

⁴⁸ Quatre publics cibles sont alors définis : les conseillers en prévention, les employeurs, les syndicats et le monde juridique. Voir le rapport de synthèse, *Programme de sensibilisation à la discrimination et aux législations de lutte contre les discriminations*, 2007. En ligne : http://unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/ProgrammeSensibilisationCNTR-FR05.pdf

L'augmentation du nombre de signalements en 2014 est imputée par Unia à l'intégration des 13 *Meldpunten* flamands depuis le 1^{er} janvier 2014⁴⁹.

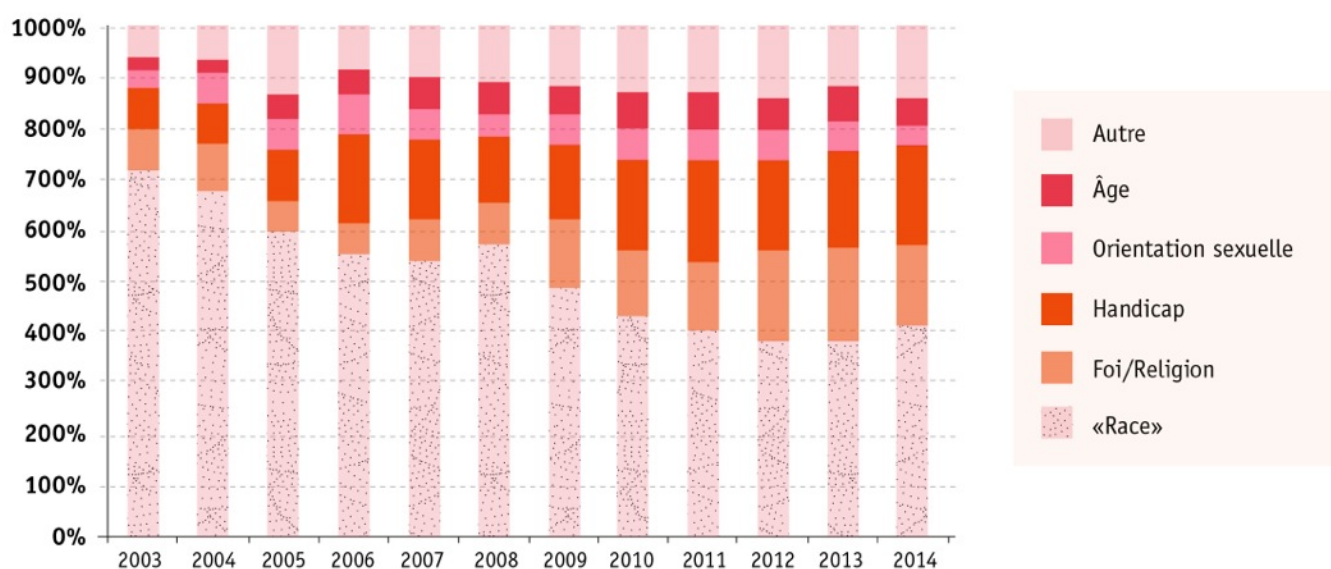
B. Répartition des signalements

Concernant les **modalités de contact**, environ deux-tiers des signalements se font par voie électronique (par mail ou en remplissant le formulaire de signalement disponible sur le site Internet). En 2014⁵⁰, la plupart des signalements ont été effectués électroniquement (64%) ou par téléphone (26%). Seuls 6% des requérants sont venus directement dans les locaux de Unia et 2% ont adressé une lettre.

Concernant le **sexe des requérants** (qui ne distingue pas la victime présumée de la connaissance ou du professionnel qui contacte Unia pour avoir des conseils et/ou des informations), ce sont principalement des hommes qui ouvrent un signalement. Sans avoir les données sur l'ensemble de la période, en 2014, Unia a été contacté à 62 % par des hommes, « comme en 2013 » précise le communiqué. Les données publiées par la Halde en France indiquent également une prédominance masculine (58% selon Borillo & Chappe, 2011). Isabelle Carles-Berkowitz (2008), qui a étudié les plaintes pour discrimination raciale à Unia à travers une perspective de genre, précise que si les hommes déposent davantage plainte, ils sont en revanche plus enclins à abandonner les contacts avec l'institution et ils ont moins de chances que les femmes de voir aboutir cette plainte. De façon générale existent une expérience différenciée des discriminations et des réactions profondément genrées à l'institution et à la loi.

Concernant les **critères de discrimination** pour lesquels un signalement est fait, la figure 3 ci-dessous montre clairement la forte baisse (proportionnellement) des signalements sur la base de critères dits raciaux (d'environ 70% à 40% du total sur la période), qui restent toutefois majoritaires, et l'augmentation relative depuis 2009-2010 des discriminations rapportées sur la base du handicap (20% en 2014) et des convictions religieuses ou philosophiques (autour des 15%).

Figure 3 : Évolution des signalements par critère (2003-2014)



⁴⁹ Voir partie II, chapitre 1 pour une description de ces *Meldpunten*.

⁵⁰ Pour certains critères, nous ne disposons pas des chiffres pour l'ensemble de la période. Nous nous référons donc aux chiffres de 2014 (voir *Rapport annuel Discrimination 2014*), année qui clôture notre enquête.

À partir de 2007, les signalements concernant une maladie chronique ont été regroupés sous le critère « handicap ». Dans son rapport de 2007, Unia explique en partie l'augmentation de 72% des dossiers handicap entre 2005 et 2006 par l'inclusion des dossiers liés aux maladies chroniques (auparavant classés dans « autres »).

Quant aux **domaines de discrimination**, les plus fréquemment signalés sont l'accès aux biens et services, l'emploi et les médias ; la répartition étant relativement stable dans le temps.

En 2014, Unia a ouvert 1670 dossiers (sur plus de 4500 signalements). Le tableau suivant croise la répartition par critère et celle par domaine. La répartition par critère montre que les critères raciaux restent en tête, suivis par le handicap qui, si l'on ajoute l'état de santé, représente près d'un quart des dossiers. Notons que le nombre total de dossiers (1843) indiqué dans le tableau ci-dessous est supérieur à 1670, car dans près de 15% des dossiers, plusieurs critères de discrimination ont été cités. Ainsi, plus d'une dizaine de dossiers concernent à la fois l'état de santé et le handicap.

Tableau 2 : Répartition des dossiers par critère et domaine en 2014

dossier par critère de discrimination et par domaine sociétal (n=1843)

	TOTAL	%	BIENS ET SERVICES	EMPLOI	MÉDIAS/ INTERNET	ENSEIGNE- MENT	VIE EN SOCIÉTÉ	POLICE/ JUSTICE	ACTIVITÉS DIVERSES	PROTEC- TION SOCIALE	AUTRE/ PAS CLAIR
TOTAL	1843	-	456	437	393	165	159	93	90	33	17
%	-	-	25%	24%	21%	9%	9%	5%	5%	2%	1%
CRITÈRES «RACIAUX»	764	41%	169	158	214	32	85	62	27	12	5
HANDICAP	372	20%	122	66	6	84	20	15	41	12	6
CONVICTIONS RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES	297	16%	15	67	127	34	29	7	11	4	3
ÂGE	100	5%	27	61	2	2	2	-	5	1	-
ORIENTATION SEXUELLE	80	4%	9	20	23	1	20	5	2	-	-
FORTUNE (PATRIMOINE)	80	4%	73	-	3	2	-	1	-	1	-
ÉTAT DE SANTÉ	63	3%	17	34	1	3	1	2	-	3	2
CONVICTIONS POLITIQUES	23	1%	1	4	14	-	1	1	1	-	1
CARACTÉRISTIQUE PHYSIQUE	23	1%	3	14	1	4	-	-	1	-	-
ÉTAT CIVIL	19	1%	17	1	-	-	-	-	1	-	-
AUTRES CRITÈRES	22	1%	3	12	2	3	1	-	1	-	-

Les plaintes liées au VIH sont pour la plupart inscrites sous le critère « état de santé », mais nous verrons que les dossiers en incluent un plus grand nombre et sont organisés selon un classement des domaines différent.

2) ANALYSE QUANTITATIVE DES PLAINTES VIH (2003-2014)

Comme expliqué précédemment, nous avons identifié **141 signalements liés au VIH/sida entre 2003 et 2014**, dont 86 de 2009 à 2014 (donnant lieu à l'ouverture de 49 dossiers) ; soit en moyenne près d'une douzaine de signalements par an (avec un minimum de 3 et un maximum de 26 par an).

Les signalements concernant le VIH sont donc ultra minoritaires puisqu'ils représentent moins de 1% de l'ensemble et entre 5 à 20% des signalements ayant trait à l'état de santé selon l'année considérée. Toutefois, le VIH/sida est la maladie chronique qui semble entraîner le plus de signalements (devant le cancer et le diabète).

Dans cette analyse, nous distinguerons deux temporalités qui correspondent également à la distinction signalement/dossier. Nous présenterons tout d'abord les données sur l'ensemble de la période (2003-2014) et la totalité des signalements, avant de préciser les données concernant les dossiers sur la période 2009-2014.

A. Analyse des signalements VIH (2003-2014)

a) Évolution du nombre de signalements

Figure 4 : Évolution des signalements VIH (2003-2014)



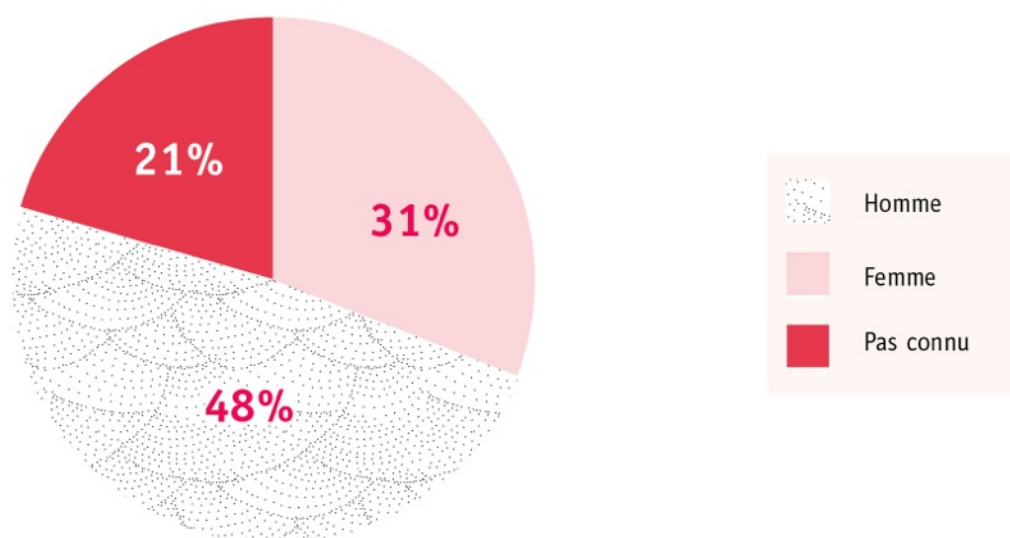
Globalement, le nombre de signalements liés au VIH augmente depuis 2003 et suit donc la tendance générale, avec deux périodes à distinguer. Au cours de la première période, de 2003 à 2007, la hausse est constante. Elle correspond à la première loi AD et aux années où Unia se fait peu à peu connaître sur des thématiques non raciales. Le *Rapport Discrimination* de 2006 relève explicitement que les plaintes de personnes séropositives ont augmenté et l'explique par la collaboration accrue avec les Centres de Référence Sida et les organisations de santé sexuelle et de lutte contre le sida. La seconde période, de 2008 à 2014, est plus chaotique bien que les signalements se stabilisent autour des 10-15 dossiers par an (sauf 2011 et 2013). Les

différentiels annuels sont difficilement explicables, surtout sur un si faible nombre de cas, et renvoient tant à l'évolution des discriminations qu'à l'action de Unia et d'autres acteurs publics (campagnes d'informations et sensibilisation des potentielles victimes, etc.) ou encore à l'actualité politique. Par exemple, les déclarations sérophobes de Mgr Léonard en 2010⁵¹ ou les débats autour du don de sang des hommes homosexuels entraînent de multiples signalements selon les années de leur publicisation. L'exceptionnalité de l'année 2013 (qui enregistre un doublement des signalements) peut s'expliquer par le travail de mobilisation de Unia auprès du « secteur sida » (participation à plusieurs réunions et conférences, constitution d'un réseau, etc.) et par l'augmentation des dossiers relatifs aux migrations à la suite du durcissement de la politique de régularisation sur base de l'état de santé⁵².

b) Sexe et région de résidence des requérants

Avant de présenter les données concernant le sexe et la région de résidence des requérants, il nous faut préciser que les requérants ne sont pas nécessairement les victimes potentielles. Il peut s'agir d'une connaissance de la victime, que ce soit un ami ou un conjoint, ou encore d'un professionnel (souvent issu de l'aide sociale ou d'une association de lutte contre le sida). En outre, ces informations sont peu renseignées (certains requérants ne désirent communiquer aucune information personnelle) et il est donc difficile d'en tirer des conclusions et d'effectuer des croisements statistiques.

Figure 5 : Répartition des signalements VIH selon le sexe du requérant (2003-2014)

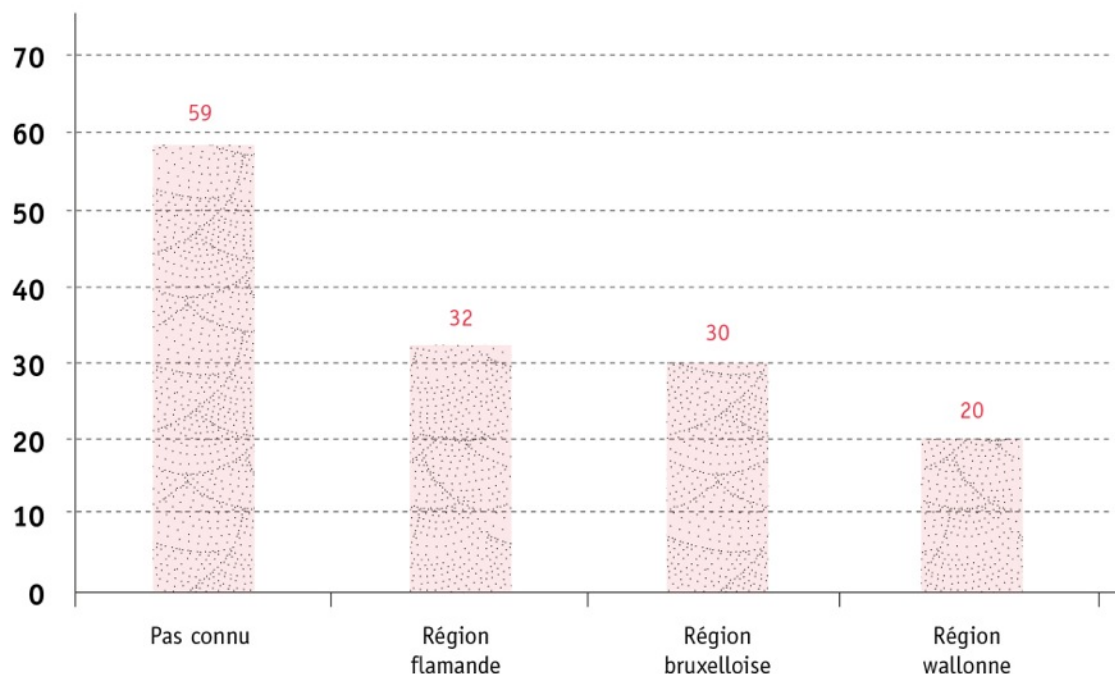


À l'image de l'ensemble des signalements reçus par Unia, les hommes sont majoritaires parmi les requérants. Toutefois, le sexe n'est pas connu pour un signalement sur cinq. Si l'on regarde la période 2009-2014 (sur base des données informatisées), le taux de non-réponse est stable (22,1%) et la proportion de femmes augmente très légèrement (33,7% pour 44,2% d'hommes).

⁵¹ Voir la partie IV, chapitre 5 « Médias » pour davantage de détails.

⁵² En février 2012, la loi d'accueil des étrangers est modifiée pour introduire un « filtre médical » à toute demande de régularisation sur base de l'état de santé. La période est à la restriction d'octroi des demandes de régularisation et à l'augmentation des expulsions du territoire. Voir partie IV, chapitre 3.

Figure 6 : Répartition des signalements VIH selon la région de résidence du requérant (2003-2014)



En ce qui concerne la répartition par région, les données sont encore plus lacunaires puisque plus de 40% des signalements ne précisent pas la région de résidence du requérant. Nous pouvons cependant constater un certain équilibre entre les signalements de requérants résidant en Région bruxelloise et en Région flamande et une plus faible représentation des requérants de Wallonie (ce qui est probablement en lien à la fois avec la taille des populations régionales, mais aussi avec une couverture inégale des territoires par Unia⁵³). Sur la période 2009-2014, la Région bruxelloise enregistre le plus de plaintes, environ 21%, pour 16% provenant de la Région flamande et 13% de la Région wallonne (sachant que 50% des signalements ne précisent pas la région).

c) Types de signalement

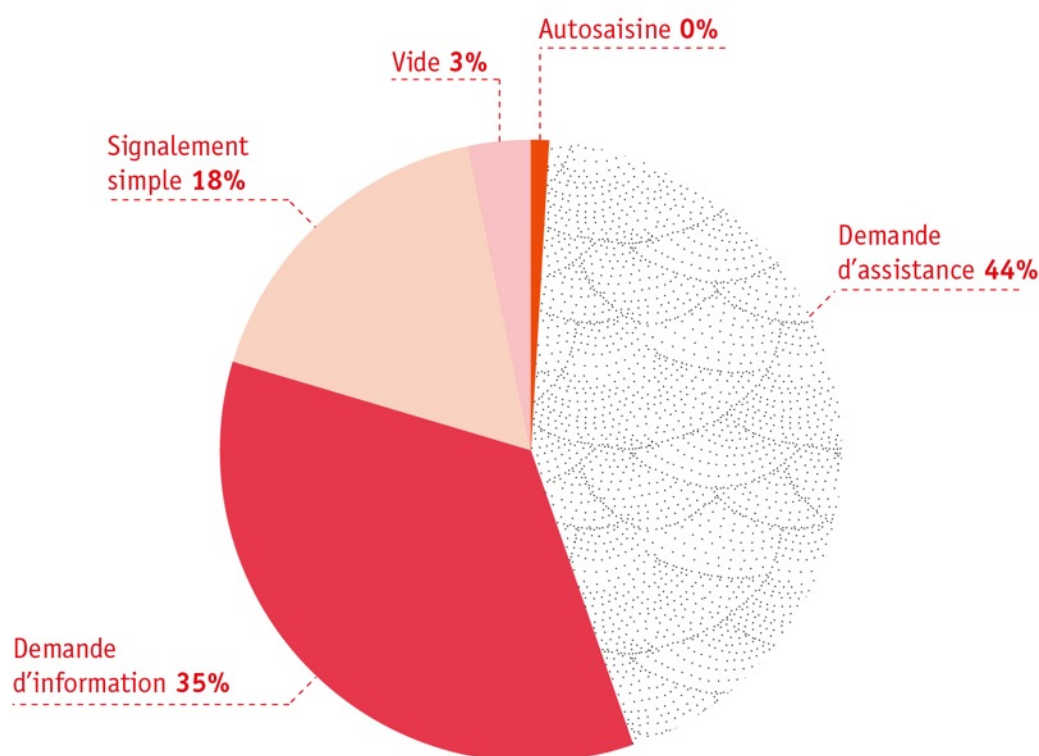
Le type de signalement est fondamental pour comprendre à la fois l'enjeu du signalement pour le requérant et l'éventuel impact de la discrimination et de l'intervention de Unia. Unia distingue 4 types de signalement :

1. la demande d'assistance, où le requérant demande des conseils et/ou l'intervention de Unia ;
2. la demande d'information, où le requérant se renseigne simplement sur ses droits et les éventuels recours ;
3. le signalement simple, qui correspond aux situations dans lesquelles « le requérant veut uniquement informer le Centre de certains faits ou faire part de son mécontentement ou de son inquiétude, sans plus »⁵⁴ ;
4. l'autosaisine, où le requérant est Unia lui-même.

⁵³ Voir la partie II, chapitre 1.

⁵⁴ *Vade-mecum de l'enregistrement de Metis*, 2010.

Figure 7 : Répartition par types de signalement VIH (2003-2014)



Pour ce qui concerne les signalements liés au VIH, près de la moitié sont des demandes d'assistance, plus d'un tiers des demandes d'information et près de 2 sur 10 des signalements simples. Comparés à la totalité des signalements Unia, nous remarquons un moindre pourcentage des signalements simples et une surreprésentation des demandes d'assistance (qui représentent généralement un tiers des signalements Unia). Sur l'ensemble de la période, Unia s'est autosaisi d'un seul dossier VIH, ayant trait au durcissement du CPAS d'Anvers face au remboursement des traitements antirétroviraux pour les étrangers non régularisés⁵⁵.

d) Critères de discrimination

Si les signalements qui ont été inclus dans notre corpus étaient bien évidemment en lien avec le VIH, cela ne signifie toutefois pas qu'ils ont été encodés comme tels, en tant que critère de discrimination (le VIH n'apparaît parfois que dans le résumé du signalement). Concernant les critères, les travailleurs de Unia ont la possibilité de cocher plusieurs cases depuis 2009.

⁵⁵ Voir la partie IV, chapitre 3 pour plus de détails.

Tableau 3 : Répartition par critère(s) de discrimination (signalements VIH 2003-2014)

CRITÈRE DE DISCRIMINATION	NOMBRE DE SIGNALEMENTS
ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL OU FUTUR	89
ORIENTATION SEXUELLE	23
(VIDE)	18
<i>HANDICAP / ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL OU FUTUR</i>	3
<i>ORIENTATION SEXUELLE / ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL OU FUTUR</i>	2
ÂGE	1
ASCENDANCE	1
AUTRE / PAS CLAIR	1
COULEUR DE PEAU	1
FORTUNE	1
CONVICTION RELIGIEUSE OU PHILOSOPHIQUE	1
TOTAL	141

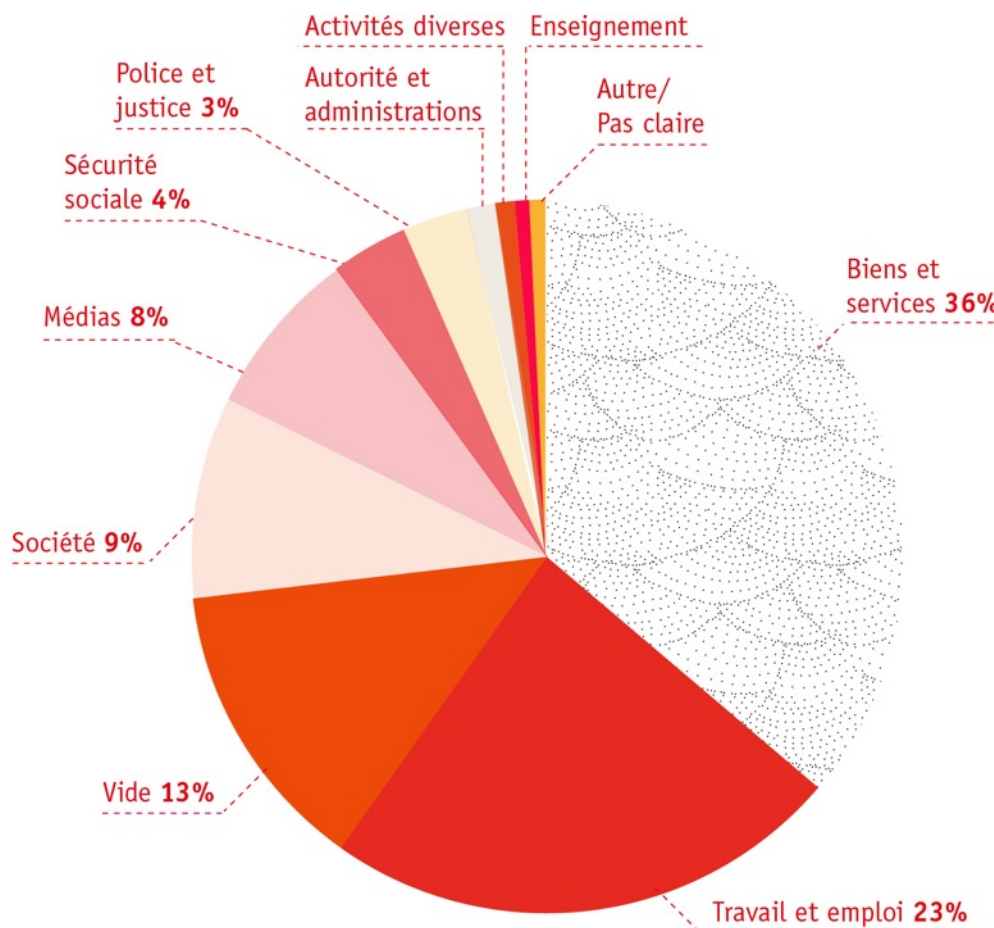
Sans surprise, plus de 63% des signalements concernent une discrimination liée à l'état de santé. Toutefois, il est intéressant de noter que près de 18% ont trait à l'orientation sexuelle sans mentionner l'état de santé ; seuls 2 signalements effectuant la combinaison des deux critères.

La déclaration de critères multiples (en italique dans le tableau 3) reste rare puisque seuls 3,5% des signalements articulent deux critères : l'état de santé avec le handicap ou l'orientation sexuelle. Toutefois la possibilité d'indiquer plusieurs critères dans la base de données est récente puisqu'elle date de 2009.

En outre, il est surprenant que plus de 20% des signalements de notre corpus ne mentionnent pas l'état de santé alors que la sélection s'est faite sur la base du VIH/sida. Dans ces cas, c'est un autre critère de discrimination (orientation sexuelle, puis âge, ascendance, couleur de peau, fortune, conviction religieuse ou philosophique) qui a été choisi par le travailleur pour enregistrer le signalement. Par exemple, le signalement qui indique une discrimination sur base de l'âge correspond en fait à une situation où un couple de plus de 50 ans s'est vu refuser une assurance solde restant dû, sur la base de leur âge *et* de leur séropositivité. De même, les signalements relevant une discrimination liée à l'orientation sexuelle correspondent, en plus des cas liés à l'exclusion des homosexuels du don de sang, à des situations mêlant homophobie et sérophobie. Ainsi, ces chiffres montrent une sous-déclaration des croisements de discrimination et une relative invisibilisation de la sérophobie ; éléments confirmés par la suite de l'enquête.

e) Répartition par domaine de discrimination

Figure 8 : Répartition par domaine de discrimination pour le VIH (2003-2014)



Les « domaines de discrimination » renvoient pour Unia au contexte dans lequel les faits signalés se sont déroulés. Les domaines coïncident en grande partie avec le champ d'application matériel des lois, même si le classement fait aussi état de catégories spécifiques comme les déclarations dans les médias et les signalements à l'encontre de la police et de la justice.

Plus d'un tiers des signalements VIH concerne l'accès et l'offre de biens et de services publiquement disponibles (à l'exception des faits et des situations qui touchent à l'action de la police et de la justice ou qui relèvent d'administrations dans le cadre de la protection sociale). Nous verrons que la plupart de ces signalements renvoient à un refus d'assurance ou une surprime à cause de la séropositivité ; le reste étant des signalements pour refus ou retard de soins, pour exclusion du don de sang et pour refus d'accès à un logement.

Le **second domaine, qui regroupe près d'un quart des signalements VIH, a trait à l'emploi** et consigne des plaintes pour licenciement, harcèlement, blocage de carrière ou encore dépistage du VIH obligatoire ou à l'insu.

Le domaine « **Vie en société** » apparaît en troisième (si l'on met de côté les signalements ne précisant pas le domaine) alors que, dans l'ensemble des signalements reçus par Unia, ce domaine ne vient qu'en cinquième position (les deux premiers étant identiques)⁵⁶. Selon le vade-mecum de l'enregistrement dans la base de données Metis, « *font partie de ce domaine tous les signalements et dossiers de discrimination supposée concernant divers problèmes de société et conflits entre citoyens qui ne peuvent pas être classés dans l'un des [autres] domaines* » (2010 : 63). Il regroupe surtout des situations touchant à des relations familiales, de voisinage ou des altercations dans l'espace public. La fréquence de ces signalements dans le corpus VIH souligne l'importance et les difficultés qui peuvent être rencontrées par les PVVIH dans leurs relations privées.

Ensuite, les « **Médias** » sont cités dans 8% des signalements. Ils incluent les cas de discrimination supposée dans ou par certains médias (radio, télévision, presse écrite, publications diverses ou internet) et touchent souvent aux limites de la liberté d'opinion. Toutefois, si l'on considère uniquement les dossiers VIH (sur la période 2009-2014), les médias arrivent en seconde position (ils représentent 17% des dossiers) : ils ont donc plus de chances de donner lieu à l'ouverture d'un dossier que les signalements dans d'autres domaines. Pour comprendre cet écart, il faut remarquer que, dans le cas des médias, les signalements sont rarement de type « demandes d'information » (comme dans l'emploi et, dans une moindre mesure, l'accès aux biens et services) et que le requérant demande souvent un positionnement ou une intervention de Unia. Enfin, dernière spécificité des dossiers médias, ils sont généralement liés à des discriminations groupales et non individuelles. Dans ce cas, le traitement discriminatoire renvoie à un groupe ou une communauté dans son ensemble ; ici l'ensemble des séropositifs. La discrimination groupale, souligne Unia, se manifeste tout particulièrement dans les déclarations présentant un caractère injurieux, potentiellement discriminatoire ou vecteur de haine (*Rapport Discrimination 2011* : 69).

Quant à la « **Sécurité sociale** », le domaine renvoie à une discrimination supposée qui se situe dans le contexte des régimes légaux de protection sociale. Les 4% des signalements VIH concernent des refus ou des complications d'accès à une mutuelle et des blocages des CPAS pour des aides diverses et particulièrement des aides à l'emploi.

Le domaine « **Police et justice** » inclut des signalements concernant des services ou des fonctionnaires de police, des autorités et des organes judiciaires, ainsi que les administrations et le personnel des établissements pénitentiaires. Les situations dénoncées dans les signalements VIH sont liées à la maltraitance de la part de policiers et les conditions de vie (et de confidentialité) en prison.

Enfin, les domaines « **Activités diverses** », « **Enseignement** » et « **Autorités et administration** », qui représentent respectivement moins de 1% du total (soit 1 ou 2 signalements), sont respectivement dans notre corpus des signalements concernant des discriminations supposées dans la participation à des activités publiques, dans la participation à des activités scolaires et enfin une situation qui situe la responsabilité au niveau d'une autorité publique ou d'une administration (et précisément au niveau des Ambassades belges à l'étranger qui exigent un test VIH pour le dossier de demande de visa).

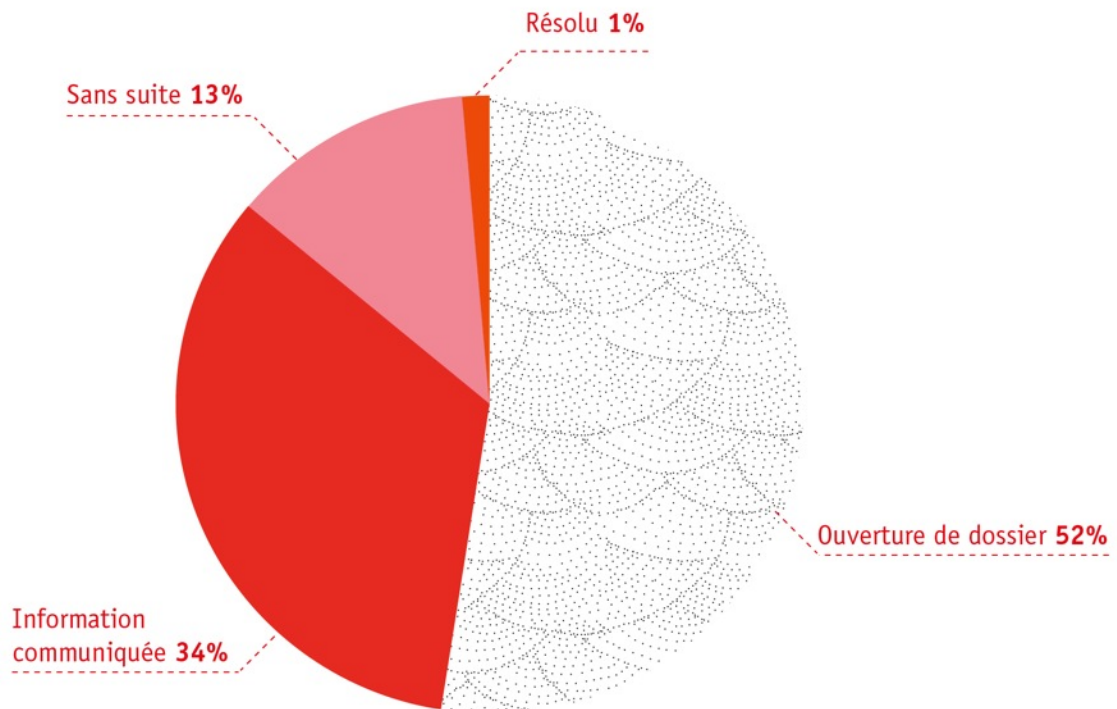
Si l'on examine les dossiers « vides », c'est-à-dire qui ne spécifient pas le domaine de discrimination, l'on se rend compte qu'une majorité est constituée de dossiers liés aux **migrations** et relèvent d'un nonaccès à la régularisation administrative sur base de l'état de santé ou du refus de la demande d'asile.

⁵⁶ Voir tableau 2.

B. Analyse des dossiers VIH (2009-2014)

L'informatisation de la base de données depuis 2009 introduit une distinction entre signalement et dossier. La décision de constituer un dossier à partir d'un signalement relève du travailleur de première ligne de Unia qui a reçu le signalement (parfois en concertation avec ses collègues). La figure 9 montre les résultats des signalements VIH de 2009 à 2014.

Figure 9 : Résultats des signalements VIH (2009-2014)



De 2009 à 2014, un peu plus de la moitié des signalements a entraîné l'ouverture d'un dossier, tandis que plus d'un tiers a donné lieu à de la transmission d'informations uniquement. Comparativement à l'ensemble des signalements traités par Unia, le taux d'ouverture d'un dossier est particulièrement élevé puisque généralement seul un tiers des signalements donne lieu à la création d'un dossier⁵⁷.

À travers ce premier filtre, on observe qu'une activité importante de Unia est de communiquer de l'information, la plupart du temps juridique, pour des personnes s'interrogeant sur leurs droits et sur leur compréhension d'une situation vécue (Est-ce une discrimination ? Est-elle condamnable par la justice ? Que dois-je faire ? À qui puis-je demander de l'aide ? etc.).

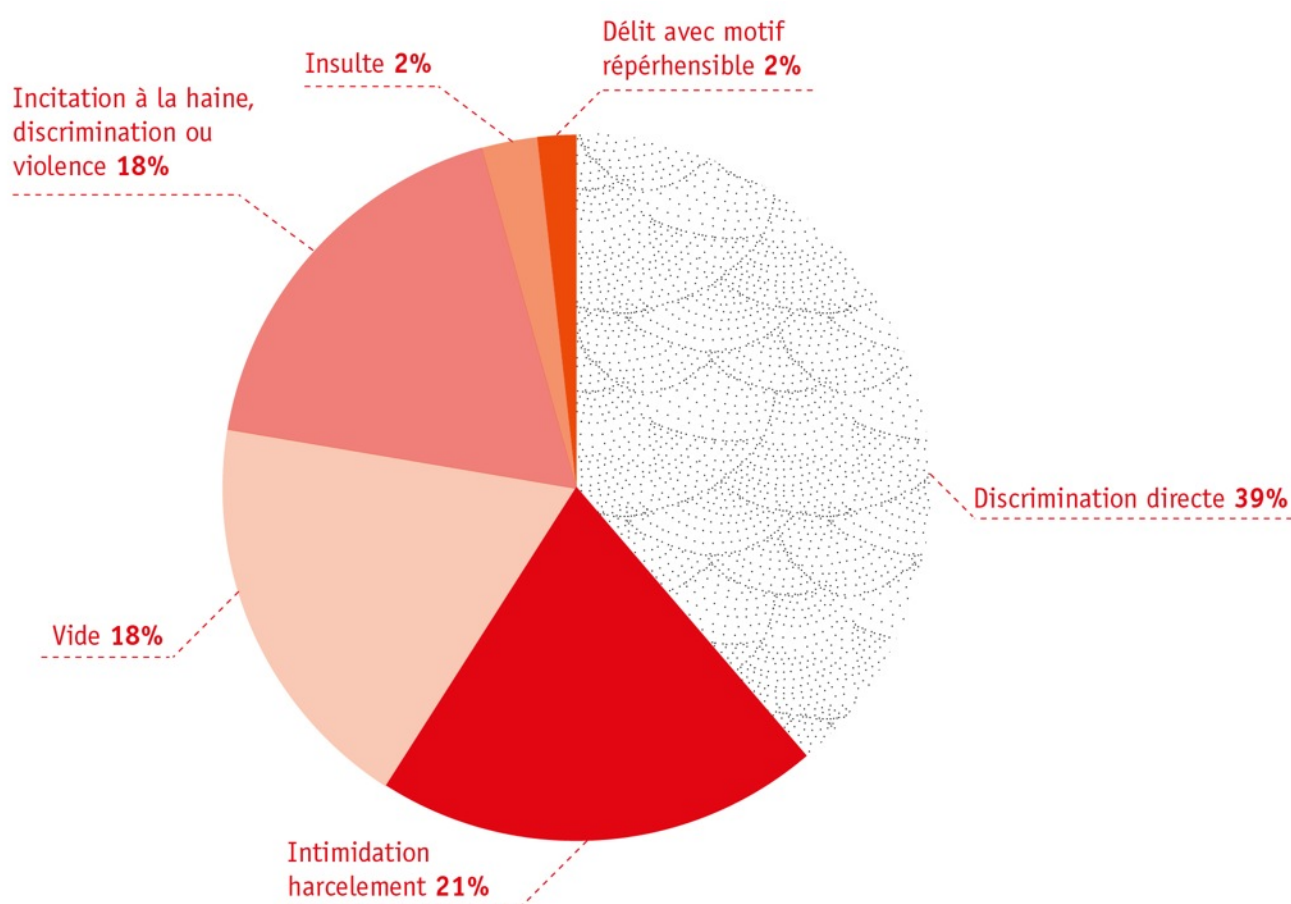
Par ailleurs, les signalements classés sans suite (13%) sont pour la plupart le fait d'une demande expresse du requérant ou d'une rupture de contact. Les dossiers subissent souvent le même sort puisque, sur 49 dossiers VIH depuis 2009, seuls 11 ont eu une « suite ». De quel type de « suite » s'agit-il ? Que disent ces dossiers quant aux plaintes pour discrimination et leur gestion ? C'est ce que nous abordons dans la suite de cette analyse puisque la constitution en dossier donne accès à des informations complémentaires.

⁵⁷ En 2014, 1670 dossiers ont été ouverts pour 4627 signalements, soit environ 36% (voir *Rapport Discrimination 2014*)

a) Formes des discriminations

Pour Unia, les « formes » des discriminations renvoient aux différents comportements prohibés par la loi⁵⁸. L'encodage dans Metis propose les options suivantes : Discrimination directe ; Discrimination indirecte ; Injonction de discriminer ; Refus d'aménagements raisonnables (handicap) ; Inaccessibilité (handicap) ; Intimidation / harcèlements ; Insulte ; Délit avec motif abject ; Incitation à la haine, à la discrimination ou à la violence ; Diffusion d'idées racistes ; Négationnisme. La figure 10 montre leur répartition pour les dossiers VIH, certains n'apparaissent pas (comme le refus d'aménagements raisonnables alors qu'il apparaît à la lecture des dossiers).

Figure 10 : Répartition des dossiers VIH selon la forme de la discrimination (2009-2014)



La forme la plus courante dans les dossiers VIH est celle de la discrimination directe, ce qui est également le cas de l'ensemble des dossiers traités par Unia en 2014 (*Rapport Discrimination 2014* : 25). En revanche, les dossiers portant sur des situations de harcèlement moral et d'intimidation sont proportionnellement plus fréquents dans les cas liés au VIH que dans l'ensemble (21% contre 11%). Enfin l'incitation à la haine, à la discrimination ou à la violence est la troisième forme de discrimination la plus rapportée dans les dossiers (18%). Remarquons en dernier lieu que la discrimination indirecte et les problèmes d'accessibilité ou

⁵⁸ Voir leurs définitions dans la partie II, chapitre 2.

d'aménagements raisonnables en faveur de personnes handicapées sont totalement absents de ces dossiers.

Tout en étant prudents quant à l'interprétation de cette remarque (puisque le sexe n'est pas spécifié dans 1/5 des cas), nous pouvons constater que les femmes sont plus enclines à déclarer une situation d'intimidation et/ou de harcèlement et les hommes à faire part d'une discrimination directe.

Les différents comportements visés ne sont pas tous exclusivement ou partiellement protégés par les lois AD. Si 60% des dossiers VIH relèvent de la loi AD de 2007, d'autres législations sont spécifiées dans la base de données : le Code pénal (pour les délits avec motifs répréhensibles, où la discrimination sur base d'un critère protégé est une circonstance aggravante), la loi antiracisme, la loi bien-être (au travail) et la réglementation de la Communauté française (mise à l'écart d'une jeune fille dans une école).

Par ailleurs, les dossiers sont également différenciés en fonction de la « problématique » dont ils relèvent. À nouveau, ce critère est délicat à prendre en compte puisque près de 25% des dossiers sont « vides » sur cette question. Toutefois, le tableau 4 rend compte que dans plus d'un dossier sur quatre, c'est un comportement qui est en cause, suivi d'un refus d'offre ou d'accès (à un bien ou service), puis d'une cessation (en l'occurrence d'un contrat de travail).

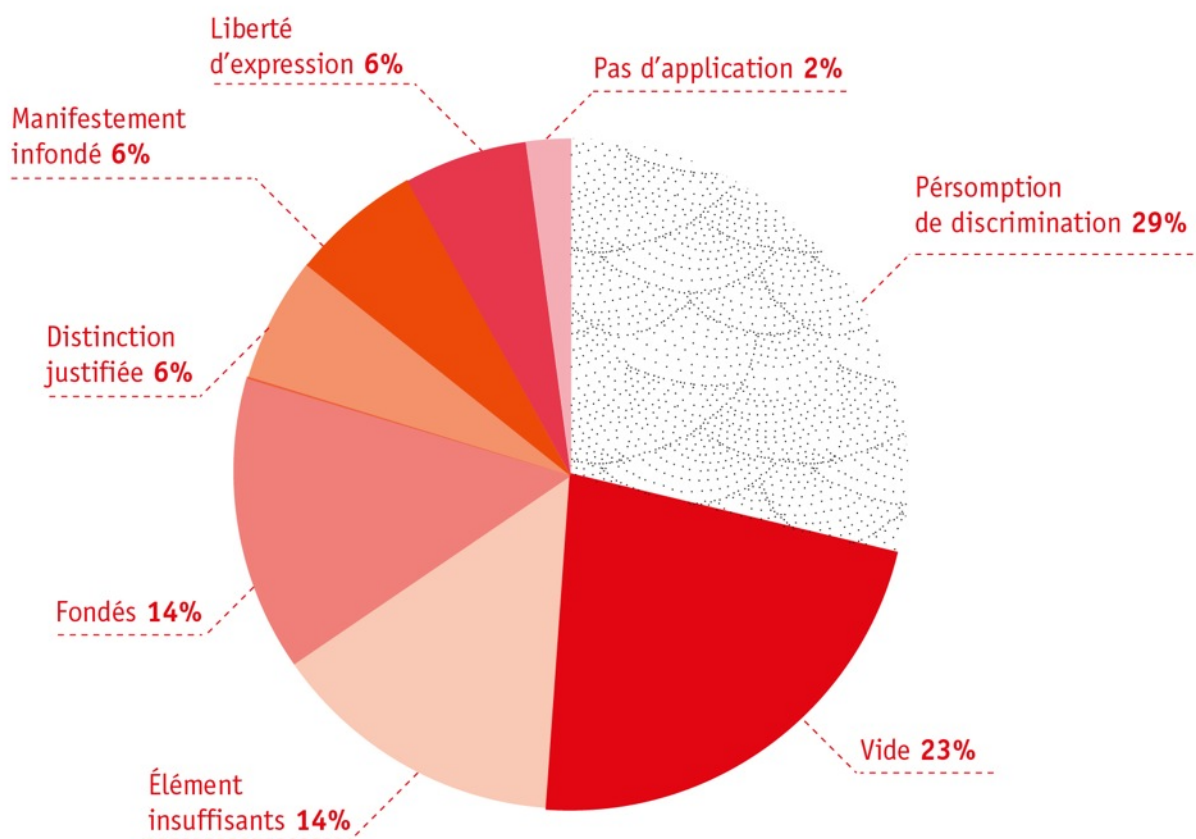
Tableau 4 : Répartition des dossiers VIH selon la problématique (2009-2014)

NOMBRE DE DOSSIER PROBLÉMATIQUES	SOMME
(VIDE)	12
OFFRE/ACCÈS	11
AUTRE/PAS CLAIRE	7
EMPLOI : RÉPONSE À UNE SOLLICITATION	1
(VIDE)	3
CONDITIONS/CIRCONSTANCES	2
DISPOSITION CONTRACTUELLE	1
EMPLOI : AVANTAGES EXTRA-LÉGAUX	1
COMPORTEMENT	14
PAS D'APPLICATION	11
(VIDE)	3
CESSATION	4
EMPLOI : PRÉAVIS / LICENCIEMENT	4
AUTRE / PAS CLAIRE	5
PAS D'APPLICATION	4
(VIDE)	1
ACTE JURIDIQUE	1
AUTRE / PAS CLAIRE	1
TOTAL	49

b) Traitement des dossiers

En dernier lieu, Unia classe les dossiers en fonction de l'estimation juridique qui est faite du cas ou de la situation exposée.

Figure 11 : Répartition des dossiers VIH selon leur bien-fondé (2009-2014)



Une infime partie des dossiers VIH sont finalement considérés comme fondés par Unia (14%). Mais si l'on ajoute à ces dossiers ceux pour lesquels il y a une présomption de discrimination (29% des dossiers), plus de 40% des dossiers relèvent d'une infraction claire ou supposée à la législation antidiscrimination. Comparativement, « en 2014, le Centre a clôturé 2065 dossiers et dans 45 % des cas, il y avait selon le Centre des indications claires d'une infraction ou une présomption de discrimination » (Rapport 2014 : 25).

Les problèmes liés aux preuves surgissent dans 14% des cas au moins (la « présomption » laissant aussi problématique la question des preuves) puisque Unia estime qu'il n'a pas suffisamment d'éléments pour étayer le dossier et pour prendre position.

Enfin les dossiers sont rejetés dans environ 20% des cas, soit parce qu'ils sont tenus pour manifestement infondés (6% d'entre eux) ou non applicables (6% des dossiers pour lesquels la distinction est estimée justifiée, 2% pour lesquels il n'y a pas d'application) ou enfin relevant de la liberté d'expression (6%).

Signalons à nouveau que le bien-fondé du dossier n'est pas renseigné dans 23% des cas.

Quelle suite est donnée à ces dossiers ? Unia a trouvé une solution individuelle dans plus du tiers des dossiers (17 sur 49) comme le montre le tableau 5. La « solution » consiste notamment en la rédaction d'un avis ou la transmission d'informations, une négociation en interne et/ou un règlement à l'amiable. Sur la période 2009-2014, seuls quelques dossiers ont donné lieu à une solution structurelle et ce sont ceux liés à l'accessibilité des assurances.

Tableau 5 : Solution individuelle des dossiers VIH (2009-2014)

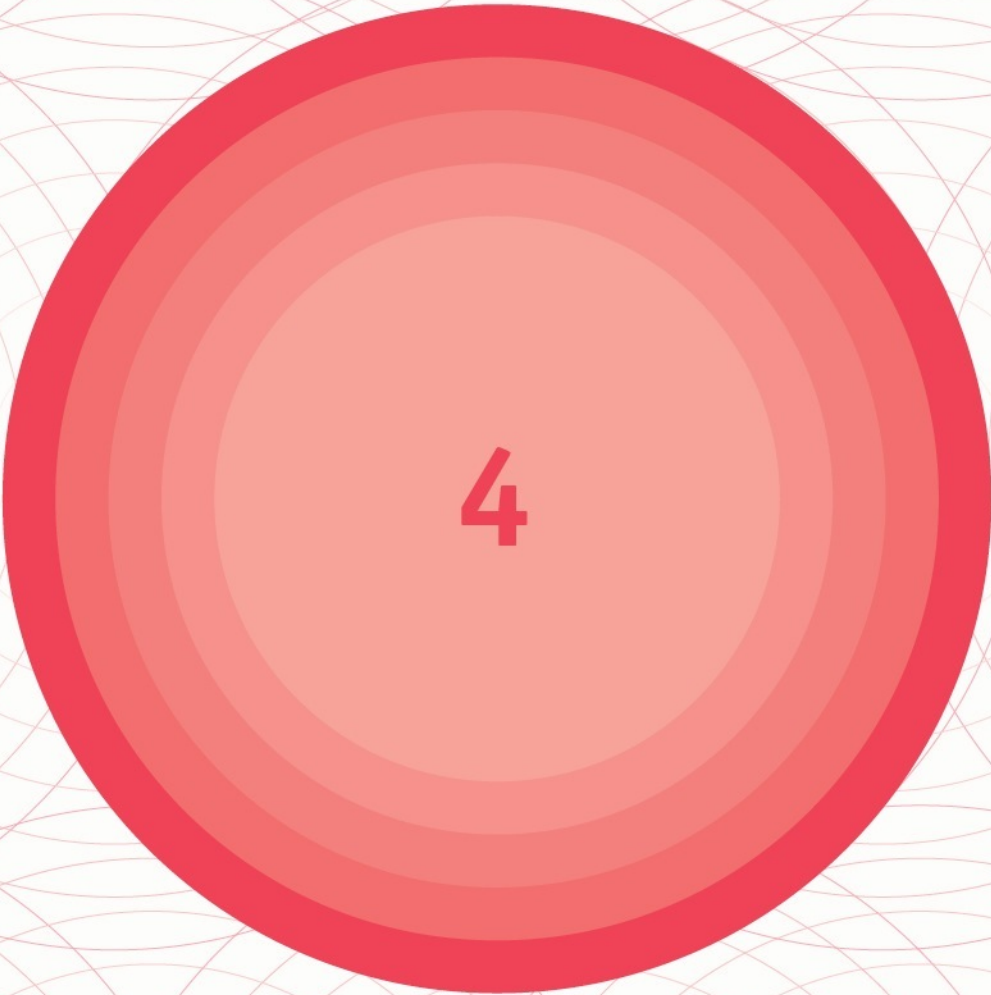
SOLUTION INDIVIDUELLE	SOMME
NON	20
EXTRAJUDICIAIRE : RÉGLEMENT À L'AMIABLE	1
(VIDE)	19
OUI	17
EXTRAJUDICIAIRE : RÉGLEMENT À L'AMIABLE	3
HIÉRARCHIQUE : PAS FONDÉ / JUSTIFICATION	1
INFORMATION, AVIS OU RECOMMANDATION	9
INTERNE : PAS FONDÉ / JUSTIFICATION	4
(VIDE)	12
(VIDE)	12
TOTAL	49

CONCLUSION

L'analyse de la base de données montre que le nombre de signalements pour discrimination liée au VIH a augmenté sur la période et se stabilise autour d'une quinzaine de signalements par an. À partir des données disponibles et connaissant leurs limites, nous constatons que la majorité des requérants sont des hommes résidant en Région flamande ou en Région bruxelloise. Les signalements sont principalement des demandes d'assistance et d'information concernant une potentielle discrimination dans l'accès aux biens et services, dans l'emploi, la « vie en société » et les médias. Les critères de discrimination sur lesquels se basent ces signalements VIH sont l'état de santé en premier lieu, mais aussi l'orientation sexuelle et dans une moindre mesure le handicap (les critères étant rarement combinés). Si l'on compare les données quantitatives des signalements VIH à l'ensemble des signalements reçus par Unia, nous pouvons souligner trois spécificités : une plus grande part de demandes d'assistance, une plus grande importance relative des signalements dans le domaine de la « vie en société » et enfin, un taux supérieur d'ouverture de dossiers.

Depuis 2009, une légère majorité de signalements a donné lieu à l'ouverture d'un dossier, essentiellement pour des cas de discrimination directe et pour des cas d'intimidation et/ou de harcèlement. Toutefois, l'estimation finale des dossiers n'aboutit que très peu à considérer le cas exposé comme une discrimination fondée, la plupart étant envisagée comme une présomption de discrimination ou basée sur des éléments insuffisants pour que Unia se prononce. Apparaît donc ici l'un des enjeux majeurs de la lutte contre les discriminations : la question de l'incertitude et des preuves de l'acte discriminatoire, sur laquelle nous reviendrons. Au final, pour les dossiers, seul un tiers aboutit à une « solution » du point de vue de Unia.

Cette analyse a donc le mérite de fournir des ordres de grandeur ; toutefois, elle ne dit pas grand-chose des situations discriminatoires et de l'impact qu'elles peuvent avoir dans la trajectoire des plaignants. De surcroît, le nombre important de « vide » ou « non-réponse » et la grande variabilité du contenu des dossiers interdisent une analyse plus poussée de ces données. Il nous faut donc désormais présenter et analyser le contenu même de ces signalements, en les complétant avec les données des entretiens effectués.



4

**LES SITUATIONS
DE DISCRIMINATION
LES PLUS DÉCLARÉES**

IV. LES SITUATIONS DE DISCRIMINATION LES PLUS DÉCLARÉES

L'objectif de ce chapitre est de rendre compte des situations de discrimination les plus souvent déclarées à Unia et de détailler les problématiques qu'elles soulèvent à partir de l'examen des dossiers complétés par les entretiens. Nous articulerons donc une analyse quantitative, qui permet d'estimer un ordre de grandeur, ici la fréquence de certains types de situations discriminantes, et une analyse qualitative afin de mieux comprendre la signification et la portée de ces situations. Afin de préserver l'anonymat des sources, nous ne précisons dans les exemples cités que l'année de la plainte, le sexe et la région de résidence du requérant (si possible). En outre, de nombreuses situations ne sont décrites qu'à partir du point de vue du requérant et dans des termes lacunaires, ce qui ne laisse pas toujours la place à une contextualisation dense de la situation. L'idée n'est pas ici de distinguer les discriminations avérées, qui seraient « réelles », des discriminations telles qu'elles sont vécues et rapportées, qui pourraient être sans fondement, ou imaginées, exagérées, voire utilisées stratégiquement. Le chercheur n'est pas juge et n'a pas les moyens, dans cette étude, de croiser les informations. Ce qu'il est important de comprendre, c'est pourquoi des personnes s'interrogent sur ce qui leur est arrivé ou se sentent injustement traitées au point de prendre contact avec Unia.

Quelles sont les situations les plus fréquentes qui poussent les PVVIH à effectuer cette démarche ? Nous en avons identifié six, les deux premières ressortent nettement :

1. l'accès aux assurances (classé dans « biens et services » dans les domaines de Unia) ;
2. l'entrée, le maintien et l'évolution dans « le travail et l'emploi » et la formation professionnelle ;
3. l'accès à la régularisation sur base de l'état de santé (classé dans les dossiers vides ou « migrations ») ;
4. les relations interpersonnelles (généralement classées dans « Société ») ;
5. les propos sérophobes tenus dans les « médias » ;
6. l'accès aux actes et soins médicaux (classés dans différents domaines, soit biens et services, soit sécurité sociale, soit encore police et justice).

Si ces situations ne sont pas exclusives, elles couvrent plus des trois quarts des signalements. Nous reviendrons sur les autres cas dans les parties suivantes. Enfin, soulignons un enjeu qui traverse l'ensemble des situations : celui de la révélation contrainte du statut sérologique, soit suite à une rupture du secret (par un professionnel, un conjoint, un collègue, etc.), soit suite à une pression voire une menace exercée pour que la personne dise sa séropositivité.

1) ACCÈS AUX ASSURANCES

Les problèmes d'accès aux assurances apparaissent dans les signalements de Unia dès 2004. Sa récurrence a induit que, à côté du traitement individuel des dossiers, Unia en a fait un dossier structurel⁵⁹ et a donc mis en place un travail de réflexion, de mise en réseau et de plaidoyer pour le vote d'une nouvelle loi. La loi dite Partyka votée le 4 avril 2014 oblige notamment les assureurs à motiver le refus d'affiliation ou la surprime de toute personne présentant un « risque de santé accru » et permet une intervention de l'État dans le paiement de la prime, nous y reviendrons.

En ce qui concerne les dossiers individuels, le suivi de Unia consiste principalement à négocier avec les assureurs et à fournir des informations aux requérants et éventuellement à leur avocat.

⁵⁹ Voir partie V, chapitre 1.

Dans les courriers adressés aux compagnies d'assurance, Unia leur demande de motiver leur refus ou de revoir leur offre et rappelle la législation AD. Il apparaît qu'une personne atteinte de maladie chronique peut porter plainte pour discrimination en cas de refus d'affiliation ou de surprime seulement si les causes de justification de l'assureur ne sont pas proportionnées et raisonnables. En effet, un Tribunal pourrait estimer qu'il n'y a pas de discrimination dans le cas d'une surprime qui compenserait le risque pris par l'assureur. En outre, les assureurs ont le droit de demander tous les examens nécessaires afin d'évaluer les risques liés à l'état de santé et ce afin de pouvoir fixer la prime en proportion. Ce dernier point est souvent rappelé aux requérants qui se renseignent sur la nécessité ou non de déclarer leur séropositivité. Pour Unia, il faut impérativement la déclarer au moment de la demande, sous peine de perdre la couverture de l'assurance en cas de complication ou de décès. Par exemple, dans un dossier ouvert en 2005, un homme habitant en Région bruxelloise souhaite obtenir un second prêt (pour effectuer des travaux dans sa maison), alors que le premier prêt (pour l'achat de la maison) avait été obtenu en dissimulant sa situation médicale. Suite à une rencontre et un échange par mail, Unia lui conseille de : 1) ne pas faire de déclaration rectificative, 2) stopper la demande du second prêt, car il existe un risque que la banque invoque une « crise de confiance » et remette en cause le premier prêt, 3) s'adresser à une autre banque en précisant la séropositivité d'emblée.

Il demeure qu'une partie importante des PVVIH, selon l'enquête sur les conditions de vie (Pezeril, 2012), préfère ne pas déclarer leur séropositivité afin de ne pas risquer un refus. Car en fait, la lecture des dossiers et les entretiens montrent que généralement, le véritable enjeu pour les demandeurs n'est pas d'avoir une assurance, mais de pouvoir ainsi accéder à un prêt et donc à la propriété. Il faut distinguer ici non seulement les différentes assurances (assurance solde restant dû, assurance-vie, assurance-hospitalisation) auxquelles prétend le requérant mais aussi les différents problèmes qui peuvent se poser à lui. Nous en avons dégagé quatre à la lecture des dossiers : 1) le refus d'affiliation, 2) la surprime, 3) la durée de l'assurance, 4) la confidentialité des informations médicales.

A. Refus de l'affiliation

Le refus pur et simple est le problème le plus aigu qui peut se poser puisqu'il interdit d'accéder à la propriété (assurance solde restant dû), à la couverture maladie (assurance-hospitalisation) ou à la couverture de la famille (assurance-vie). Les plaintes ayant trait à l'assurance solde restant dû sont largement les plus fréquentes. Par exemple, le premier signalement de 2004 inclut la réponse écrite d'une banque qui est très brève : « *Les informations concernant votre récent passé médical ne nous permettent pas de donner la suite attendue à votre demande. Il en ressort que nous ne pouvons pas accepter la couverture du risque proposé* ». Si aucune justification n'est ici donnée, les assurances développent de plus en plus leur argumentaire pour légitimer le refus.

- Par exemple, en 2011, Unia est interpellé par une femme de 45 ans résidant en Région bruxelloise qui s'est vu opposer deux refus par deux banques différentes pour un prêt hypothécaire (de 140.000 € sur 20 ans). Unia demande son avis à l'ombudsman qui estime la distinction justifiée sur la base d'études (sans toutefois les citer) prouvant un risque élevé lié à l'état de santé et sur la base d'une absence d'étude sur une telle durée, vu l'âge de la requérante. Pour donner suite à plusieurs courriers, les assureurs s'engagent à réexaminer la situation afin de proposer une assurance limitée dans le temps. Finalement, en l'absence de solution trouvée avec les assurances, cette femme obtiendra un crédit auprès de sa famille.

- En contraste, deux autres dossiers montrent que les banques peuvent accepter un crédit sans assurance si le demandeur a des garanties financières suffisantes. C'est le cas en 2004 d'un homme, fonctionnaire européen, refusé une première fois à cause du VIH, puis qui a renégocié avec l'appui de Unia ; sachant qu'il disposait d'une assurance-vie du fait de sa fonction. C'est également le cas en 2010 d'un homme travailleur indépendant, avec qui nous avons eu un entretien :

« On a pris contact avec le Centre, car on voulait acheter une maison. Au moment d'introduire la demande de crédit, on m'a refusé à cause de mes problèmes de santé. Pour eux, je n'étais pas dans les conditions, ils m'ont dit qu'ils ne voulaient pas traiter les dossiers litigieux. Alors que ma santé allait bien à ce moment. J'avais un document du médecin traitant disant que mon état de santé était normal, ma charge virale indétectable, que j'allais voir le médecin régulièrement et que je faisais mes examens tous les 6 mois. Je suis allé voir une autre banque qui a accepté le crédit mais a refusé de prendre l'assurance-vie. L'important pour moi, c'était d'avoir le crédit, de pouvoir acheter la maison. » (Entretien 1)

A travers ces exemples, on constate d'une part que le problème en soi n'est pas d'obtenir l'assurance, mais bien le fait que le prêt soit conditionné généralement par l'obtention d'une assurance, d'autre part que les négociations sont très variables selon les revenus et les situations d'emploi, ce qui aggrave les inégalités, et enfin que la situation est difficilement compréhensible pour des personnes dont l'infection est contrôlée et qui « vont bien ». Un autre requérant envoie une lettre très explicite à Unia en 2007 : *« J'ai introduit deux dossiers avec la mention hiv+ et aucune des 2 assurances veut me couvrir. Même pas un médecin-conseil a pris contact avec moi. Oui je sens cela comme une discrimination puisque des études démontrent qu'on va vivre après notre pension. »* Cette question touche le cœur de la problématique de la discrimination dans le domaine juridique (et nous la retrouverons concernant la question de don de sang) en ayant trait au caractère raisonnable et proportionné d'une différence de traitement. On a affaire à des entreprises privées qui calculent le risque, sans autre égard à la pathologie que les estimations d'espérance de vie, et qui le justifient comme tel, dans des termes parfois très techniques, en fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé. À partir de quand la surprime ou l'ajustement de la durée de la couverture deviennent-ils des discriminations ? C'est à cette question que doivent répondre les travailleurs de Unia, l'ombudsman et, éventuellement, les acteurs de la justice.

B. Surprime

Dans les dossiers étudiés, les surprimes vont de 100 à 400% de la prime initiale ou de la prime qui serait demandée pour une personne au profil similaire mais n'ayant pas ou ne déclarant pas de sérologie positive. C'est la définition même de la discrimination qui renvoie à une différence de traitement et donc qui implique une comparaison avec une situation analogue. Face à cette complexité, nombreuses sont les personnes qui contactent Unia pour se renseigner et savoir si elles doivent accepter ou non la proposition.

- En 2013, une assurance exige une surprime de 200% à un homme à cause du VIH. Celui-ci contacte Unia qui entreprend des démarches auprès de l'ombudsman. Ce dernier estime que la surprime est acceptable, incitant l'homme à accepter la proposition. Il nous révèle toutefois pendant l'entretien :

« Il y avait une surprime alors que je peux vivre comme n'importe qui, aussi longtemps que n'importe qui, à deux ans près selon les études. Je trouvais cette surprime démesurée par rapport à l'infection dont je souffre. Je ne suis pas malade. Je me soigne, je suis suivi par un médecin, qui justifie de mon sérieux. J'ai une excellente santé pour le reste. Et ma charge

virale est indétectable. Je fais un check tous les 4 mois et tout se passe très bien. Et la prime est passée du simple au double. Je trouve ça scandaleux. Je ne m'attendais pas à autant.» (Entretien 10)

Nous verrons ultérieurement⁶⁰ que le sentiment de discrimination se heurte dans ces cas à une approche statistique fondée sur l'évaluation de risques collectifs et non sur les caractéristiques individuelles, ce qui peut être difficile à comprendre ou à accepter pour les personnes concernées.

C. Durée de l'assurance

Alors que le refus et la surprime sont souvent cités dans les discussions autour des discriminations liées au VIH dans le domaine des assurances, la question de la modulation de la durée de l'assurance est peu connue et est apparue à la lecture des dossiers. En effet, dans plusieurs cas, l'assurance avait été proposée sur une durée plus courte, entraînant parfois un décalage important entre la durée du prêt et celle de l'assurance.

- Il en est ainsi pour deux hommes en 2013, l'un ayant un prêt sur 20 ans mais une assurance solde restant dû sur 10 ans, l'autre un prêt sur 30 ans et une assurance sur 20. Ce dernier acceptera après s'être tourné vers quatre compagnies différentes qui *« ont montré peu d'empressement à assurer une personne séropo, peut-être une non-volonté assumée de ne pas prendre en charge une telle assurance »*.
- Dans d'autres dossiers, le prêt lui-même est recalculé. Par exemple, toujours en 2013, une femme de la Région wallonne, séropositive depuis 13 ans, demande un prêt sur 25 ans, mais l'assurance ne l'accepte que sur 20 ans, entraînant des charges mensuelles plus importantes. Le dossier indique que la dame doit recalculer la prime pour voir si elle peut la supporter (sans suite).
- Enfin, le cas le plus surprenant est celui en 2006 d'un homme jeune (moins de 30 ans) d'origine étrangère (pas plus de précision dans le dossier) résidant à Bruxelles et qui désire une assurance-vie afin de *« protéger sa famille »*. Il se voit alors proposer une assurance sur trois ans, ce qui montre le peu de risque pris par l'assureur, d'autant que le certificat médical fait état de *« bons résultats »* et d'un diagnostic récent. Unia envoie un courrier demandant la motivation de la compagnie et rappelant la loi AD. Cette dernière répond de manière argumentée en citant trois études scientifiques (sur la durée et la qualité de vie des PVVIH) :
« Nous avons offert 7 pour 1000 de surprime pour une durée limitée de 3 ans. À notre avis, c'est une offre favorable en tenant compte de l'étude danoise qui offre une surmortalité de 11.8 pour 1000, correspondant à une surmortalité de 530% en comparaison avec la population générale. Normalement il y aurait lieu de refuser un risque avec une surmortalité de 530%. Vous pourrez également constater que par essence, la nature des données du réassureur est totalement neutre et impartiale puisqu'issue de différentes études internationales lui enlevant tout caractère discriminatoire et aléatoire. (...) Nous tenons aussi à préciser que les éléments dont l'assuré a bien voulu nous faire part auraient été utilisés selon la même méthode de tarification pour toute autre personne contractante et ce, quel que soit le pays d'origine ».

Cette compagnie d'assurance maîtrise donc très bien la loi AD et ses subtilités en matière de proportionnalité. Cet extrait est également un bon exemple de la manière dont l'espérance de vie est évaluée de manière globale, sans examen attentif de la situation individuelle.

⁶⁰ Voir notamment la partie VII, chapitre 1, le point sur « la discrimination statistique ou rationnelle ».

D. Non-confidentialité des informations médicales

Le dernier enjeu lié aux assurances est celui de la confidentialité des informations dans le cas de l'assurance-groupe professionnelle. Selon nos recherches, deux cas ont été rapportés à Unia, ils concernent des hommes travaillant dans des organisations internationales.

- Le premier date de 2008 quand un travailleur étranger d'une entreprise multinationale est muté à Bruxelles et demande une couverture de soins de santé. Il reçoit une réponse par fax qui arrive au service DRH de son entreprise. Selon lui, 60 personnes sont désormais au courant dans différents pays. Étant donné qu'il a un CDD d'un an, il a peur de ne pas être renouvelé et demande des précisions quant à ses droits. La réponse n'est pas incluse dans le dossier et le requérant ne donnera plus de nouvelles.
- En 2010, un homme travaillant dans une institution internationale est également confronté à un courrier de l'assurance envoyé directement sur son lieu de travail. En fait, son chef de service souhaitait contracter une assurance-hospitalisation de groupe pour l'ensemble de ses employés. L'assureur a renvoyé sa réponse précisant qu'il y avait pour son dossier une surprime à cause du VIH. Un entretien avec le requérant a permis de préciser les conditions de cette « erreur » :

« Après la faute de l'assurance-maladie, c'était d'écrire à l'employeur et pas à moi. Une fois, c'est la secrétaire qui a ouvert le courrier, car il était adressé au bureau. Elle est devenue toute rouge, elle était choquée. Je crois qu'elle ne voulait pas savoir. J'étais rassuré par sa manière d'être choquée. Je savais que ça allait rester entre nous. Elle ne l'a dit à personne. Mais j'ai eu plusieurs fois le problème avec cette assurance. Je suis le client mais mon employeur est celui qui paye les primes. Ils n'avaient pas compris le triangle. Alors que tout doit arriver avec mon nom. Ça c'était vraiment grave. J'ai protesté et les gens n'ont pas réagi. » (Entretien 7)

Sur ce point, peu de choses semblent en effet être mises en place, tant du point de vue des assurances que de Unia, peut-être parce que les effets de cette information sur l'emploi et la carrière sont sous-estimés ; bien qu'ils constituent probablement, comme nous allons le voir à présent, les atteintes les plus graves et les plus délétères dans la vie d'une PVVIH confrontée aux discriminations.

2) ENTRÉE, MAINTIEN ET ÉVOLUTION DANS L'EMPLOI ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les difficultés liées à l'entrée, au maintien et à l'évolution dans l'emploi des PVVIH ont déjà été documentées en Belgique francophone (Pezeril, 2010). La présente recherche permet de préciser les situations rencontrées et de rendre compte de la jurisprudence existante. Bien qu'il n'existe pas de jurisprudence pour discrimination liée au VIH, notre corpus montre en effet que plusieurs tribunaux se sont prononcés sur des licenciements abusifs de PVVIH, sans toutefois reconnaître la discrimination sur la base d'un critère protégé.

À nouveau, plusieurs situations-types se dégagent des signalements recensés : 1) la plus fréquente est celle du licenciement, qui survient à la suite de deux événements, souvent liés : la divulgation de la séropositivité ou les absences du travailleur ; 2) le harcèlement et le blocage de carrière, sur un temps plus ou moins long, qui peuvent mener au non-renouvellement du contrat, à une pression à la démission ou au licenciement sec ; 3) les blocages existant à l'entrée dans la vie professionnelle, soit au niveau des formations qui incluent des

questionnaires médicaux, soit au niveau des employeurs qui pratiquent des tests de dépistage obligatoires ou à l'insu, soit encore au niveau des professionnels sociaux qui orientent les dossiers d'aide à l'emploi (principalement dans les CPAS).

Si ces différentes situations sont rapportées, la majorité des signalements concerne un licenciement ou un non-renouvellement du contrat de travail, événement qui suit une période de mise à l'écart, voire de harcèlement par un supérieur hiérarchique ou des collègues. Deux secteurs d'activité ressortent clairement : celui de l'Horeca touchant principalement les hommes (surtout cuisiniers) et celui des soins de santé impliquant des femmes (souvent infirmières).

A. Obstacles au maintien dans l'emploi

Les obstacles au maintien dans l'emploi sont principalement dus à deux éléments : 1) l'annonce de la séropositivité sur le lieu de travail ; et 2) les absences du travailleur (à cause d'une hospitalisation, d'une détérioration de l'état de santé ou simplement pour suivi médical) qui entraînent souvent une pression à la divulgation de la séropositivité.

a) Licenciement après l'annonce de la séropositivité

Dans les dossiers ouverts à Unia, l'annonce du statut sérologique est souvent faite par le travailleur lui-même à son employeur ou supérieur hiérarchique. Le licenciement est alors vécu d'autant plus difficilement qu'il est appréhendé comme une trahison, sentiment sur lequel nous reviendrons dans le prochain chapitre. Le travailleur se confie à un moment donné et cette confiance entraîne, dans un délai souvent très court (du jour même à quelques semaines), l'annonce du licenciement. En outre, l'information circule très rapidement sur le lieu de travail.

- La problématique apparaît dès 2003, où, selon les quelques notes du dossier, « *un Mr séropositif est magasinier dans une entreprise. Après avoir informé son patron, celui-ci informe sans son consentement toute l'entreprise. Des mesures d'hygiène sont prises à son égard : port de gants,... Peu après, il est licencié pour restructuration économique.* » Le dossier stipule qu'une lettre est envoyée par Unia au manager de l'entreprise et que ce dernier répond que « *le port de gants a été proposé par le requérant qui n'a pas été licencié à cause de sa séropositivité, mais, car il était "décevant"* ». Le dossier précise ensuite qu'une nouvelle lettre a été envoyée à l'employeur, avec des informations sur la prévention du VIH.

En 2005, la problématique revient en force avec pas moins de quatre cas de licenciement, impliquant tous des hommes résidant en Région flamande et travaillant dans le secteur de l'Horeca.

- L'un d'entre eux tentera d'ailleurs d'ester en justice. Le dossier ne contient malheureusement qu'une lettre de l'avocat qui demande au requérant s'il veut faire appel vu que le tribunal du travail a estimé d'une part, qu'il n'y avait pas de licenciement abusif par manque de preuves et d'autre part qu'il ne pouvait y avoir de licenciement discriminatoire, la loi AD n'étant pas rétroactive et les faits ayant eu lieu en 2000.
- Pour un autre de ces cas, Unia opte pour une procédure judiciaire, sachant que le plaignant a fait savoir qu'il privilégiait la procédure judiciaire à la procédure de médiation. Selon un mémo de Unia, l'homme travaillait dans un restaurant depuis deux ans et demi et était séropositif depuis sept ans, ce que son employeur ne savait pas. Lors d'un entretien téléphonique « difficile » avec son employeur, il lui révèle sa séropositivité. Quelques jours plus tard, l'employeur lui fait savoir qu'il ferait mieux de rester chez lui

tant qu'il n'est pas guéri et qu'il doit demander au médecin du travail une attestation prouvant qu'il pourra poursuivre son emploi sans risque. Dans l'intervalle, il demande un remplaçant. Il fait en outre savoir à un collègue (qui est le partenaire du plaignant) qu'il ne veut pas de personnel séropositif et qu'il a peur de la réaction de ses clients. Le lendemain, un fax est envoyé au syndicat du travailleur dans lequel est confirmé le licenciement au motif d'une réorganisation interne. Par son syndicat, le plaignant reçoit une proposition de citation dans laquelle l'employeur propose une indemnisation de six mois. Mais un an après, la proposition n'a toujours pas été signée et le plaignant contacte Unia et prend un avocat par son syndicat. Le dossier inclut plusieurs lettres d'avocats et des lettres de Unia adressées à l'employeur. L'avocat de ce dernier réfute le motif discriminatoire, répétant que le licenciement est dû uniquement à une réorganisation. La suite des courriers mentionnent une négociation concernant les indemnités de licenciement ; l'idée d'une procédure judiciaire ayant été visiblement abandonnée.

- Deux autres cas de licenciement faisant suite à l'annonce de la séropositivité sont attestés, l'un en 2009 quand un homme est licencié le jour même où son employeur apprend sa séropositivité et l'autre en 2013 où un homme reçoit son C4 quelques jours après l'annonce. Dans son mail, il précise que « *son employeur a été mis au courant, car il avait confiance en lui* » et qu'il voudrait aujourd'hui réagir parce qu'il a appris qu'un de ses anciens collègues avait été mis au courant. Son mail restera toutefois sans suite.

b) Licenciement dû aux absences et demandes d'aménagement raisonnable

Cette problématique est particulièrement intéressante et documentée puisqu'un cas a donné lieu à une procédure judiciaire en 2004. Bien que Unia ne se porte pas partie civile, il suit de très près le dossier et a de nombreux contacts avec le plaignant, ses avocats et Sensoa (une association de prévention sida en Communauté flamande, vers qui le plaignant s'était tourné en premier lieu). Si l'affaire est très proche des précédentes dans la mesure où le licenciement suit la révélation de la séropositivité, le procès va se concentrer sur les absences du travailleur et les circonstances du licenciement (motif et indemnités). Le Tribunal du travail de Gand estime en 2005 que le licenciement est abusif, car une absence de deux mois pour raison médicale n'est pas un motif suffisant. Détaillons les faits :

- Au départ, l'homme contacte Unia par lettre en annonçant qu'il a été licencié en tant qu'aide-cuisinier après avoir révélé sa séropositivité à son directeur et que ce dernier n'a pas respecté leur accord. « *On m'avait promis un départ avec trois mois de salaire* ». Il signale qu'il a pris un avocat et termine ainsi sa lettre, faisant part de son désarroi : « *Ma situation est des plus précaires, mais je suis prêt d'aller devant la justice, car cela n'est déjà pas facile d'être hiv et que l'on vous mette dehors pour cette raison. On m'a très bien fait penser que hiv égale à peste. J'espère de tout cœur que la direction n'aura jamais à subir l'humiliation que j'ai subie. Ma question pour vous: une personne séropositive peut-elle encore travailler dans l'alimentation? A-t-on le droit de mettre dehors une personne pour le même motif? De ne pas respecter leur accord? J'ai vraiment besoin d'être éclairé sur certains sujets.* » De multiples échanges de mails ont ensuite lieu entre Unia, l'avocat du plaignant et l'employeur. Rapidement, le motif de licenciement pour cause de séropositivité est abandonné par manque de preuve, la révélation ayant été faite lors d'une conversation en face à face. Par contre, l'employeur ne cède pas sur les indemnités et ne consent qu'à lui verser une semaine d'indemnités (soit l'indemnité de licenciement la plus basse). Pour contrer cette décision, les avocats décident d'ester en justice et le dossier inclut le verdict du Tribunal du travail de Gand (du 23/05/2005). L'employeur est condamné à verser des indemnités pour licenciement abusif et faux motif inscrit sur le C4. Bien que le travailleur ait été absent pendant 2 mois, le Tribunal estime que ce n'est pas une raison suffisante au licenciement et que c'est à l'employeur de démontrer la nécessité de service rendant

incompatible la collaboration de travail à cause des absences du travailleur. Il rappelle les nombreuses jurisprudences attestant que le licenciement sur la base d'une indisponibilité au travail avant le terme de 6 mois de maladie n'est possible que s'il est démontré qu'elle dérange le bon fonctionnement de l'entreprise. Par contre, le Tribunal rejette l'argument de discrimination, le motif de santé n'étant pas clairement établi ou motivé. Le travailleur aurait dû déposer plainte avant d'être licencié, ce qui lui aurait donné droit à des indemnités complémentaires et à la possibilité de demander sa réintégration. Toutefois, même s'il n'a pas porté plainte, le Tribunal relève enfin que cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu intimidation de la part de l'employeur. Le Tribunal a donc donné raison au travailleur, du moins en ce qui concerne le licenciement abusif.

- Un nouveau signalement de licenciement émerge en 2013. Il s'agit d'une femme résidant en Région flamande. Dépistée séropositive en 1994, elle n'a pas pris de traitement pendant des années, mais depuis la prise des médicaments, elle dit souffrir des effets secondaires importants des traitements au niveau physique (fatigue, etc.) et psychologique. Après plusieurs absences, son employeur lui demande de se justifier et elle lui annonce alors sa séropositivité. La semaine suivante, elle reçoit une lettre stipulant : *« A la suite de notre conversation la semaine dernière, il est préférable de mettre fin à notre contrat de travail »*. L'affaire n'ira pas plus loin par « manque de preuves » concernant l'objet de la conversation (sachant que son syndicat suivait également le dossier). La requérante est dite « fragile » dans le dossier. Elle ne veut d'ailleurs plus, du moins dans l'immédiat, chercher un emploi et rompt finalement tout contact avec Unia.

Il faut signaler un changement judiciaire important intervenu récemment. Fin 2013, la loi sur le contrat de travail a été modifiée⁶¹. Il n'est désormais plus possible de licencier un travailleur disposant d'un contrat de travail à durée indéterminée pour raison de longue maladie, même l'absence dépasse 6 mois. La suppression de ce motif de licenciement a été justifiée par le législateur par le fait qu'il pouvait s'agir d'une discrimination sur la base de l'état de santé du travailleur, protégé par la loi AD.

D'autres situations problématiques émergent quand le travailleur demande une réorganisation ou un aménagement de son temps de travail à cause de son état de santé. Selon la loi AD, dans la mesure où une maladie chronique peut être assimilée à un handicap, le travailleur peut avoir droit à des aménagements raisonnables (demander une diminution du temps de travail par exemple)⁶². La réalité du monde du travail rend toutefois difficile l'accès à ces aménagements. Dans les plaintes reçues à Unia, ces situations concernent exclusivement des femmes et principalement des travailleuses du milieu médical.

- Le premier cas signalé date de 2007. Une femme infirmière est licenciée en Région flamande. Elle raconte dans son courrier : *« Je suis séropositive et mon statut n'était pas connu au sein de l'hôpital. A cause de cette maladie, je suis resté absente un certain temps (8 mois). J'avais l'intention de demander un travail adapté. J'ai eu une conversation avec le médecin du travail, puis avec le directeur des soins infirmiers. Je leur ai fait connaître mon statut parce que je voulais donner une raison pour postuler à un travail adapté. A première vue, il semblait prêt à trouver une solution. Une semaine plus tard, je l'ai appelé moi-même pour savoir. On m'a dit qu'il n'y avait pas de travail personnalisé pour moi, et je me suis interrogée sur les conséquences : est-ce que cela allait mener à un licenciement ? Pendant les mois où j'ai été absente, il n'a jamais été question de démission ou quoi que ce soit, c'est seulement après que j'ai signalé mon statut »*

⁶¹ Loi relative aux contrats de travail du 3 JUILLET 1978, mise à jour au 31-12-2013 : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1978070301&table_name=loi

⁶² Voir la partie II, chapitre 2.

sérologique. Je trouve très étrange qu'il n'y ait pas d'emploi pour moi, puisqu'en regardant le site Web de la société, il est rempli d'un tas d'offres. J'ai une forte suspicion qu'il y a quelque chose de discriminant à cause de mon statut VIH. »

Unia lui répond en confirmant que la loi AD peut la protéger et qu'elle inclut la notion d'aménagement raisonnable pour les personnes handicapées. Il rappelle les protections prévues contre le licenciement sur la base d'une plainte pour discrimination et la possibilité de faire appel à un médiateur. Lors d'un entretien téléphonique ultérieur, la femme informe Unia qu'elle ne souhaite pas poursuivre sa plainte et qu'elle veut se concentrer sur une nouvelle recherche d'emploi.

- En 2009, un autre signalement en provenance d'une femme infirmière en Région bruxelloise est porté à la connaissance de Unia. Elle explique avoir été poussé à la démission par son hôpital suite à la révélation de son statut VIH au médecin conseil. En fait, l'hôpital a d'abord cherché à la faire changer de poste, pour lui trouver un travail non directement au contact des patients. Face à « l'impossibilité » de l'adaptation, elle dit avoir été poussée à la démission. À nouveau, elle affirme ne pas vouloir porter plainte mais demande simplement de l'information, sachant qu'elle a trouvé un autre travail dans le milieu médical (il n'est pas spécifié à quel poste).

c) Harcèlement et blocage de carrière

Certains dossiers font état de harcèlement et de blocage de carrière, qui aboutissent souvent à la démission du travailleur.

- Sans développer ici l'ensemble des cas, l'un est assez représentatif de cette situation. En 2008, un homme travaillant dans un restaurant (à la fois serveur et cuisinier) à Bruxelles est progressivement mis de côté par son employeur, après que ce dernier a appris sa séropositivité (révélée par un collègue). Selon le plaignant, l'employeur ne veut pas le mettre dehors, car cela « *coûterait trop cher* » mais le fait travailler de moins en moins, arguant que le « *commerce est calme* » et le supprimant même *in fine* du tableau des horaires. Unia se met en contact avec le syndicat du travailleur, mais ce dernier ne donnera pas suite.
- Une situation du harcèlement est rapportée en 2012. Un homme contacte Unia car, dit-il, la « *situation s'est dégradée depuis que l'employeur et ses collègues connaissent sa séropositivité : ils se moquent de [lui] et [le] rabaisent* ». De plus, sa séropositivité serait utilisée pour dire qu'il fait un « *mauvais travail* » à cause de ses absences, ses évaluations devenant très négatives jusqu'à ce qu'il soit même accusé de vol. Il veut alors déposer plainte pour harcèlement et non-respect de la vie privée. À nouveau se pose le problème des « *preuves* » puisqu'il n'a pas consigné les informations et que ses collègues ne veulent pas témoigner. Le plaignant dit très mal vivre l'accusation de vol et être depuis sous antidépresseurs. Le dossier ne donne aucune autre information.
- Enfin, un dernier exemple mérite d'être mentionné. Un homme habitant en Région flamande écrit une longue lettre à Unia en 2013 pour signaler des discriminations parce qu'il est homosexuel et séropositif. Son directeur général est venu le trouver un jour pour lui affirmer entre quatre yeux qu'il ne pouvait permettre à « *un homo séropo* » de travailler dans son établissement. Cet épisode est le début d'un harcèlement qui devient « *trop grave* » et le pousse à démissionner. N'ayant pas droit aux indemnités chômage, il vend son studio et se retrouve malgré tout en procédure de surendettement. Il tombe alors en dépression et prend rendez-vous avec le médecin de l'Inami pour tenter d'obtenir des allocations. Il rapporte que le médecin lui dit : « *Vous devriez avoir honte d'avoir des relations avec des hommes. C'est ça qui a fait de vous un séropo* ». L'homme n'a jamais

porté plainte, car il n'a pas d'argent et aucune preuve. Mais il « *veut être traité de façon humaine* ». Sa lettre ne demande rien à Unia. Elle est un témoignage des obstacles mis sur la route professionnelle et sur le parcours d'un homme gay séropositif, qui cumule solitude et précarité.

Sur la question du harcèlement, un changement législatif est également à signaler. Une nouvelle loi est entrée en vigueur fin 2014 : la loi relative aux risques psycho-sociaux au travail⁶³. Elle stipule que les victimes de violences ou de harcèlement moral, sur la base des critères protégés par les lois AD, ont droit à un dédommagement correspondant à six mois de salaire brut. Il s'agit maintenant pour les victimes d'en consigner patiemment les preuves et de tenter d'avoir des témoignages écrits ou enregistrés.

B. Obstacles à l'entrée dans l'emploi

Si les refus d'embauche semblent rares, deux cas sont toutefois signalés à Unia : l'un, en 2007, en Région bruxelloise où un homme dit s'être vu refuser un poste, alors même que l'entretien d'embauche s'était très bien passé, des suites d'un échange téléphonique entre son futur employeur et son employeur précédent qui aurait dit qu'il était séropositif et souvent malade ; l'autre en 2010 quand un homme est refusé dans une entreprise : « *Tout était en ordre jusqu'à hier, quand ils ont eu connaissance de sa situation de santé, car il a dû remplir un questionnaire médical. Ils ont estimé qu'il y avait un risque et ont donc refusé de l'embaucher.* » Les deux cas sont restés sans suite, les entreprises arguant du fait que leur profil ne correspondait pas aux critères requis (et l'un précisant même qu'il ne pouvait être accusé de discrimination raciale puisqu'il embauche des personnes de plus de dix nationalités différentes). Les recours contre les discriminations à l'embauche sont en effet très compliqués à faire-valoir puisque l'employeur est maître de son choix (qu'il n'a pas à justifier) et que l'employé n'a généralement aucune preuve. Mais en fait, la majorité des cas se situent encore en amont, au niveau des formations professionnelles. À nouveau, on retrouve les secteurs de l'Horeca et des soins de santé, auxquels il faut ajouter les formations de police.

a) (Auto-) exclusion d'une formation professionnelle

Les cas d'exclusion ou d'auto-exclusion d'une formation professionnelle sont souvent amenés par des requérants qui, confrontés à un questionnaire médical ou une visite médicale obligatoire, contactent Unia pour avoir des informations sur leurs droits. Les requérants veulent d'abord savoir s'ils doivent divulguer leur séropositivité et ensuite comment la loi les protège en cas d'annonce. Pour les formations de police et de soins infirmiers, Unia conseille généralement d'informer.

- En 2007, un jeune homme contacte Unia, car il a été refusé pour une formation en boulangerie (réinsertion socio-professionnelle) en Région wallonne, après avoir révélé sa séropositivité lors de l'entretien. Unia envoie une lettre écrite à l'organisme de formation pour demander des explications, qui restera sans réponse. Le plaignant ne donnera pas suite.

⁶³ La nouvelle législation relative à la prévention des risques psychosociaux au travail est parue au Moniteur belge le 28 avril 2014. Il s'agit de deux lois et d'un arrêté royal: 1/La loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. 2/ La loi du 28 mars 2014 modifiant le code judiciaire et la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en ce qui concerne les procédures judiciaires. 3/L'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la prévention des risques psychosociaux au travail. Voir <http://www.emploi.belgique.be/defaultNews.aspx?id=41918>

- À nouveau en 2007, une jeune femme écrit à Unia, car, lors de sa formation en soins infirmiers, elle doit remplir un formulaire qui comporte une question demandant si la personne a une « maladie infectieuse ».

Suite à cette interpellation, un travailleur de Unia mène une enquête en appelant plusieurs écoles d'infirmières de façon anonyme pour savoir si un entretien médical est prévu (et lequel) et ce qui se passe si la personne est séropositive. Plusieurs écoles lui assurent agir conformément à la loi et à la législation sur l'enseignement. La pratique des écoles est toutefois variable. Plusieurs autres cas sont rapportés à Unia, mais ne font l'objet que d'une information individuelle. Certains dossiers montrent que la seule inclusion d'un questionnaire ou d'une visite médicale suffit parfois à décourager les postulants.

- Un cas de 2006 confirme cet état de fait quand une jeune femme contacte Unia, car elle a des difficultés professionnelles (elle a eu un malaise sur son lieu de travail) et a très peur que « *cela se sache* » et du rejet que cela pourrait occasionner. En racontant son histoire, elle explique qu'elle a suivi une formation d'aide-soignante, mais qu'elle l'a abandonnée suite à un examen médical comportant une prise de sang. Depuis elle s'est reconvertie dans l'animation pour enfants.
- Des cas d'abandon ont également été rencontrés dans les formations policières. Cependant, un cas récent montre que la séropositivité n'est pas (plus ?) en soi un critère d'exclusion. Un jeune homme a contacté Unia en 2013 pour lui demander conseils car il a « pris un peu peur » quand il s'est retrouvé face au questionnaire médical et que son médecin traitant ne savait pas quoi remplir.

« L'examen médical vient maintenant en dernier. Ils m'avaient déjà envoyé une convocation et j'ai reçu une deuxième lettre. J'ai trouvé ça louche. En fait ils s'étaient emmêlés les pinceaux. Mon médecin trouvait ça désagréable aussi. J'ai dû refaire des examens pour d'autres maladies. J'ai dû montrer patte blanche. Puis j'ai été reconvoqué par le médecin du travail. J'avais aussi contacté le Centre parce que les deux fois, j'étais passé en dernier. J'ai attendu tout l'après-midi. Je me demandais pourquoi. C'était peut-être juste pour une raison de discrétion. Mais j'ai même enregistré en cachette la conversation avec le médecin, en cas. Mais le médecin a été très bien, très clair. Il m'a dit que j'étais accepté, car j'étais sous traitement et que ma charge virale était indétectable depuis le début. (...) Le VIH en soi n'est pas une raison de rejet, a priori. Mais il existe certaines limitations. Le médecin m'a par exemple demandé de couvrir mes plaies en cas. Il m'a dit "C'est psychologique". Ce n'est pas pour lui, c'est pour moi. Il ne me force pas à le dire à mes collègues mais si ça vient à être découvert ou si ça s'apprend comme ça, il m'a dit que je pourrais avoir des réactions peu réfléchies, hystériques même. En fait, il me conseille de me couvrir en ayant une attitude presque paranoïaque. Sinon les collègues pourraient dire que je leur ai fait courir un risque. Je ne sais pas, c'est le point de vue du médecin du travail. » (Entretien 11)

Si les conseils donnés par le médecin peuvent être surprenants, la séropositivité du requérant n'a pas été un frein à sa formation dans la police, dans la mesure où sa charge virale était indétectable.

b) Test VIH obligatoire et pression à la révélation

Une autre difficulté rencontrée à l'embauche est liée à la pratique de tests de dépistage du VIH. Au vu des scandales qui émaillent la fin des années 1980 (voir Pezeril, 2011), une jurisprudence se met en place dans les années 1990. En premier lieu, la Cour de justice des Communautés européennes doit se prononcer sur le cas d'un candidat qui n'avait pas été embauché suite à des examens révélant sa séropositivité, alors qu'il avait explicitement refusé le dépistage du VIH par

la Commission européenne. Le 5 octobre 1994, la Cour condamne la Commission et réaffirme le droit au respect de la vie privée, l'obligation d'obtenir le consentement éclairé du candidat et celle pour l'employeur d'apporter la preuve de la nécessité du test pour l'emploi postulé. En second lieu, au niveau de la jurisprudence belge, seul un procès a lieu concernant l'emploi (voir Dario, *in* Pezeril, 2010 : 45) et il aboutit le 5 janvier 1998 à la condamnation d'un CPAS par le Tribunal du travail de Dendermonde pour atteinte à la déontologie médicale (dépistage pratiqué à l'insu) et abus du droit de licenciement (suite à la détection de la séropositivité). Face aux dérives des employeurs, le législateur belge décide finalement, par la loi du 28 janvier 2003 relative aux examens médicaux dans le cadre des relations de travail, d'interdire la pratique des tests VIH à tout employeur public ou privé, même s'il a obtenu le consentement libre et éclairé du candidat. Après plusieurs affaires et de longs débats, les dépistages sont donc interdits sur le marché du travail (pour les relations contractuelles) et l'état de santé est légitimement inclus dans la protection de la vie privée.

- Malgré cette jurisprudence, deux signalements impliquant la Commission européenne arrivent encore à Unia en 2008 et 2013. Unia se révèle incompétent puisque ces situations ne dépendent pas de la législation belge. En 2008, la réponse de Unia est ainsi formulée : « *Il vous est possible de vous référer à la directive européenne 2000/78 et de dénoncer, auprès de votre recruteur, une discrimination potentielle sur base du handicap (qui peut recouvrir le concept de "maladie chronique"). Mais cette action pourrait évidemment hypothéquer vos chances d'embauche.* »
- En outre, en 2004, une plainte est déposée par un homme résidant en Flandres. Son employeur a exigé de lui un test VIH à cause de son homosexualité et, suite aux résultats, l'a harcelé puis licencié. Unia suit l'affaire, donne des conseils et rappelle que la loi de 2003 n'est pas rétroactive. Le plaignant accepte finalement une médiation avec l'employeur qui lui verse des dommages et intérêts. L'affaire sera relatée dans les médias, un article est publié dans *Het Laatste Nieuws* (01/02/2005) sous le titre : « *Aids-test voor homoseksuelen : pure discriminatie* » (Test du sida pour l'employé homosexuel: pure discrimination). L'ancien employé et son compagnon témoignent, furieux : « *Il a été autorisé à travailler comme manutentionnaire, à condition qu'il subisse d'abord un test VIH. Cela s'est avéré le début de toutes sortes de harcèlement.* » Depuis, l'ancien employé suit un traitement psychiatrique et il a fait plusieurs tentatives de suicide, avoue son compagnon. Face à cette injustice, « *Comment devrions-nous aller ?* »⁶⁴ s'interrogent-ils.

c) Blocages par les professionnels (CPAS)

Le dernier obstacle à signaler dans le monde du travail est l'accueil réservé dans les Centres publics d'action sociale (CPAS), qui peut mêler harcèlement, mise à l'écart et rupture de la confidentialité. Au moins deux cas sont rapportés, s'agissant de femmes d'origine africaine.

- Le premier, en 2006, est celui d'une femme résidant en Région bruxelloise qui se rend au CPAS pour faire rédiger son curriculum vitae par une assistante sociale (AS). Elle compte postuler à un emploi pour nettoyage et cuisine dans une maison de retraite. L'AS exige que sa séropositivité soit inscrite sur le CV ou, au moins, que la dame signale sa maladie au directeur de la maison de retraite. Face à cette réaction, la femme contacte Unia qui lui confirme qu'elle n'est pas obligée de révéler sa séropositivité et lui propose de contacter le CPAS pour dénoncer l'agissement de l'AS. La femme ne souhaite pas que Unia interpelle directement le président du CPAS et ne donnera plus de nouvelles.

⁶⁴ « X mocht er aan de slag als magazijnier, op voorwaarde dat hij eerst een HIV-test onderging. Dat bleek nog maar het begin van allerlei peesterijen. » X is sinds september in psychiatrische behandeling en hij heeft al een paar zelfmoordpogingen ondernomen, zegt Y. « Hoe moet het nu verder ? »

- L'autre cas survient en 2008 et est assez similaire, quoique l'atteinte à la confidentialité se double de harcèlement. Une femme en recherche d'emploi se rend au CPAS de sa commune, en Région wallonne, et se retrouve « *malmenée* » par l'AS chargée de son insertion professionnelle. Cette dernière lui aurait posé des questions intrusives sur sa santé, proféré des menaces et fait du chantage pour qu'elle parle de ses problèmes de santé. Quand la femme lui dit qu'elle est « *en bonne santé* », l'AS lui assène un « *Vous mentez !* ». Elle met en doute sa capacité à travailler à temps plein à cause de sa santé et veut l'orienter au niveau d'une formation nettoyage alors que la femme travaille comme gardienne d'enfants. Face à son insistance, la femme lui demande pourquoi elle revient toujours sur sa santé et l'AS lui montre un rapport établi sur base d'une communication téléphonique avec l'AS de quartier où il est stipulé que la dame souffre d'une maladie chronique grave mais qu'elle ne souhaite pas en parler. Suite à cela, la femme contacte l'association de prévention Sidaction qui la renvoie vers Unia. Ce dernier estime que la loi AD ne s'applique qu'en cas de refus de service et non de refus d'aide, mais qu'il y a eu probablement un problème dans le traitement des données médicales et le secret partagé entre professionnels. Unia propose d'écrire au Pouvoir organisateur de réinsertion de la Province et au CPAS, mais la dame dit avoir « *peur* » et refuse toute intervention. Selon le dossier, « *elle est effrayée par le côté nominatif d'un courrier et veut tout arrêter* ». Il n'y aura pas de suite.

3) ACCÈS ET CONDITIONS DU SÉJOUR POUR LES ÉTRANGERS

Les problématiques de la régularisation du statut de séjour et de l'accès au territoire sont liées mais seront abordées distinctement dans ce rapport dans la mesure où elles ressortent différemment dans les signalements. La première, que nous développerons ici, renvoie à des dossiers individuels, tandis que la seconde a donné lieu, sur la base d'un seul dossier, à une solution structurelle, que nous aborderons dans le prochain chapitre.

Deux problèmes majeurs sont analysés dans ce chapitre : 1/ les obstacles à l'accès à la régularisation sur base de l'état de santé et à l'accès aux droits sociaux ; 2/ le déni d'accès au traitement antirétroviral pour les bénéficiaires étrangers de l'AMU à Anvers.

A. Obstacles à la régularisation du statut de séjour

Les signalements liés au refus ou aux complications des demandes de régularisation sont très majoritairement des demandes de régularisation sur base de l'état de santé (article 9ter de la loi du 15 décembre 1980) ou, parfois, des demandes d'asile. La problématique apparaît assez tard puisque le premier signalement date de 2009, mais le nombre de signalements augmente en 2013 (8 cas recensés seulement pour cette année-là) et 2014.

Pour comprendre cette évolution, il faut rapidement présenter les transformations de la législation et surtout de son application. Sous la pression du droit européen, la loi belge du 15 décembre 1980 sur le séjour des étrangers est modifiée en 2006. La modification du 15 septembre 2006 introduit une procédure spécifique qui permet aux personnes atteintes de maladies graves et ne pouvant se faire soigner dans leur pays de demander une autorisation de séjour en Belgique. Cette procédure est prévue par l'article 9ter de la loi de 1980 : « *L'étranger qui séjourne en Belgique qui démontre son identité conformément au § 2 et qui souffre d'une maladie telle qu'elle entraîne un risque réel pour sa vie ou son intégrité physique ou un risque réel de traitement inhumain ou dégradant lorsqu'il n'existe aucun traitement adéquat dans son*

pays d'origine ou dans le pays où il séjourne, peut demander l'autorisation de séjourner dans le Royaume auprès du ministre ou son délégué. »

Le 8 janvier 2012, l'article 9ter de la loi est modifié pour introduire un « filtre médical » à toute demande de régularisation sur la base de l'état de santé. Auparavant, seule une attestation du médecin traitant était nécessaire. Désormais le médecin de l'Office des étrangers doit évaluer si la maladie entraîne un risque réel pour la vie ou l'intégrité physique. S'ouvre une période de restriction de l'octroi des demandes de régularisation, d'un allongement des délais d'attente tout comme d'une augmentation des expulsions du territoire. Ainsi, en 2013, sur 9010 demandes de 9ter clôturées par l'OE, seules 148 autorisations de séjour (1,6%) ont été délivrées⁶⁵.

Dans le secteur de la prévention du sida, plusieurs acteurs, notamment des médecins en Centres de référence sida (CRS), commencent à prendre publiquement position dès 2014 pour dénoncer la situation. Plusieurs associations, dont Médecins du Monde, la Ligue des Droits de l'Homme ou Medimmigrant et des CRS, publient en 2015 un *Livre blanc*⁶⁶ sur la situation des étrangers gravement malades, qui pointe les « dysfonctionnements » actuels et appelle à une application de la loi respectueuse des droits humains. L'application qui en est faite aujourd'hui par l'administration belge ne respecte pas, selon eux, le prescrit de l'article 9ter et s'apparente davantage à un « *permis de mourir* » sur le territoire belge (2015 : 14), reprenant les termes du Conseil d'État.

La situation est loin d'être spécifique à la Belgique et constitue aujourd'hui un enjeu européen. Ainsi, deux décisions de la Cour européenne des droits de l'homme sont symptomatiques d'une acception restrictive, notamment de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme qui interdit les traitements inhumains ou dégradants. La première de 2008, l'arrêt *N. c. Royaume-Uni*, est régulièrement citée par l'Office des Étrangers : « *le fait qu'en cas d'expulsion de l'État, le requérant connaîtrait une dégradation importante de sa situation, et notamment une réduction significative de son espérance de vie, n'est pas en soi suffisant pour emporter violation de l'article 3* »⁶⁷. La seconde, très récente et à l'encontre de la Belgique, va dans le même sens : la Cour ne conclut pas à la violation de l'article 3 alors qu'elle admet que l'accès aux médicaments nécessaires pour un patient atteint du sida au Nigeria est aléatoire, que son pronostic vital à court et moyen termes pourrait être engagé et que la vulnérabilité de la patiente est accentuée du fait qu'elle est accompagnée par des enfants en bas âge⁶⁸.

Au niveau du Centre pour l'égalité des chances⁶⁹, les signalements affluent sur cette question à partir de 2013 et c'est, en outre, la seule situation pour laquelle le Centre ouvre une autosaisine. Face aux cas individuels, le Centre doit faire face à des situations tragiques mais non couvertes par la loi AD. L'essentiel de son travail est alors d'une part, d'informer sur les droits et les recours possibles et d'autre part, de faire office de relais vers des avocats spécialisés ou des associations. Les avocats du Centre peuvent également appuyer des requêtes, notamment devant le Conseil du contentieux des étrangers. Comme me le signale un avocat du

⁶⁵ Voir le *Livre blanc sur la situation des étrangers gravement malades*, 2015, référence note suivante.

⁶⁶ Il est consultable en ligne : http://www.liguedh.be/images/PDF/documentation/documents_thematiques/livre_blanc_9ter.pdf

⁶⁷ Cour EDH, *N. c. Royaume Uni*, n° 26565/05, 27 mai 2008, § 51.

⁶⁸ Cour EDH, *S. J. c. Belgique*, n° 70055/10, 27 février 2014.

⁶⁹ Nous ne pouvons parler ici d'Unia puisque suite à la scission du Centre en deux institutions en 2014, le Centre fédéral de la Migration devient Myria en 2016.

Centre, le problème est que la décision est souvent bâclée, car elle est basée sur les sites web des pays concernés, qui tendent à donner une vision idéalisée de l'état du système local de soins. Face à cet afflux de plaintes et à la spécificité des réponses qu'elles requièrent, le Centre décide en 2014 d'institutionnaliser la séparation, créant un Centre pour les migrations (Myria) et un Centre pour l'égalité des chances (Unia). Les bases de données ayant été scindées fin 2014, notre recherche a été compliquée pour cette année et des cas nous ont probablement échappé. Au-delà de cet enjeu circonstanciel, les réflexions mêlant la question migratoire et le durcissement de son traitement et la question des discriminations ethnoraciales ne seront pas facilitées, dans la mesure où le croisement des données n'est plus possible.

Dans les signalements individuels, les femmes sont largement prédominantes sur ce sujet. Leurs témoignages font état d'un cumul de difficultés au-delà de la question de la régularisation, entre accès au travail et au logement, suivi des soins médicaux, dépendance à l'égard d'un homme ou d'un proche pour la survie quotidienne et difficultés psychologiques. Les pays d'origine sont divers mais principalement d'Afrique subsaharienne.

- Le premier cas en 2009 est celui d'une femme du Cameroun, arrivée sans passeport trois ans avant, qui a fait une demande d'asile (en cours) et qui fait face au refus de Fedasil⁷⁰ de fournir un rapport médical incluant son test de séropositivité, alors qu'elle estime que cet élément pourrait jouer dans la décision. Elle sera orientée vers l'association Medimmigrant.

Nous ne présenterons pas ici l'ensemble des cas de 2013-2014, mais il nous semble intéressant de mentionner certains d'entre eux afin d'envisager la diversité des situations.

- L'un des cas les plus dramatiques est celui d'une femme d'Afrique subsaharienne, qui refusera d'ailleurs l'entretien par peur d'une publicité qui pourrait nuire à son dossier. Arrivée en Belgique en 2010, elle y apprend sa séropositivité, ainsi que celle de son fils, lors du suivi de grossesse. Selon la lettre de son médecin, « *Elle était à ce moment-là enceinte de jumeaux et a appris à son arrivée son diagnostic de séropositivité pour le VIH. Malheureusement, sous le choc, Mme a accouché prématurément et les mesures de prévention de transmission verticale du VIH n'ont pas pu être mises en place. Cette situation catastrophique a conduit à la transmission du VIH à son petit garçon, sa petite fille est restée séronégative, et ces deux enfants sont restés plusieurs semaines en néonatalogie. Mme est restée extrêmement choquée par cette situation et, malheureusement, a subi un traumatisme supplémentaire suite à la mort subite de sa petite fille séronégative. Elle est donc isolée à Bruxelles avec son petit garçon, entourée par des connaissances et soutenue par le service* » (lettre du 28/11/2011). Après une première demande de 9ter, estimée recevable puis non fondée, elle n'introduit pas de recours mais tente une seconde demande en 2011, qui sera estimée non recevable en 2012. Elle introduit alors une demande d'asile, refusée fin 2013. En plus de sa séropositivité, elle met en avant le fait d'avoir dû fuir son pays, car son mari, disparu, était soupçonné d'être à l'origine de la tentative d'assassinat du Président de son pays. La lettre du CGRA⁷¹ qui motive le refus n'est qu'une succession de dénégations : « *Vos déclarations n'ont pas convaincu le Commissariat général de l'existence dans votre chef d'une crainte actuelle et fondée de persécution en cas de retour dans votre pays d'origine. (...) il n'est pas crédible que vous soyez actuellement une cible pour vos autorités nationales (...) Malgré la compréhension concernant la situation médicale qui a été la vôtre durant les premiers mois de votre séjour en Belgique, l'introduction tardive de votre demande conforte le Commissariat général dans sa conviction qu'il n'existe pas de crainte fondée de persécution dans votre chef (...).* »

⁷⁰ L'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile qui dispose de centres d'hébergement.

⁷¹ Le Commissariat général aux réfugiés et apatrides, qui examine les demandes d'asile.

Concernant votre crainte liée à votre maladie et à celle de votre fils, le Commissariat général constate qu'elle ne relève pas d'un des critères de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 à savoir la race, la nationalité, les opinions politiques ou l'appartenance à un groupe social. Quant à la nécessité de vous accorder la protection subsidiaire pour ce motif, le Commissariat général considère que vous n'étiez pas en suffisance en quoi vous seriez victime d'atteintes graves en cas de retour en [nom du pays]. Ainsi, vous déclarez que votre fils et vous n'auriez pas de possibilité d'être soignés au pays, mais pourtant les documents que vous fournissez à l'appui de votre demande d'asile font état de l'accessibilité des traitements en [nom du pays] pour ce dont vous souffrez. Par ailleurs, vous avez invoqué la crainte d'être rejetés pour ce motif ; or vos déclarations ne sont pas suffisamment étayées pour croire que vous pourriez subir des traitements inhumains et dégradants en cas de retour en [nom du pays]. »

- Une autre femme, originaire du Rwanda, souligne explicitement la violence des réponses du CGRA et du mécanisme de dénégation inhérent à sa pratique. Cette femme, qui a introduit une première demande d'asile en 2009 (la réponse fut négative, mais elle introduit un recours au Conseil du contentieux des étrangers qui renvoie le dossier au CGRA ; par quatre fois le dossier oscille entre CGRA et CCE) rapporte son vécu du génocide : elle fait valoir qu'elle a perdu toute sa famille pendant le génocide, a reçu un coup de couteau, a été violée à plusieurs reprises (et en est devenue séropositive) et emprisonnée. Dans son échange téléphonique avec le Centre, le travailleur note dans son dossier qu'elle « se dit choquée par les propos du psychologue qui conclut que ses émotions sont superficielles, qu'elle fait du théâtre, que les faits évoqués sont trop anciens ». Elle trouve indécents ces propos. Le courrier du CGRA stipule en effet que « Vous ne souffrez en réalité d'aucun impact traumatique profond suite au génocide et le manque de crédibilité de vos déclarations ne peut en aucun cas être expliqué par votre état psychologique ». Il souligne en outre une « personnalité plutôt théâtrale » et un « besoin pathologique d'attention et une tendance à altérer la réalité ». En fait, cette femme n'a pas contacté le Centre pour cette raison, mais parce que, bien que son avocate ait introduit un 9ter déclaré recevable, le CPAS refuse malgré tout de l'aider. Or une recevabilité donne droit à une immatriculation et ouvre le droit à l'aide sociale du CPAS (sans toutefois ouvrir le marché du travail).

Les difficultés ne se trouvent donc pas seulement dans l'accès à la régularisation, même pour une carte d'immatriculation (ne serait-ce que de 3 mois), mais aussi dans l'accès aux droits sociaux liés à ces différentes étapes de la procédure. En outre, des requérants se disent perdus dans la complexité des règles, des droits et des recours auxquels ils peuvent (ou non) prétendre.

- Une femme par exemple, originaire du Kenya, contacte le Centre, car suite au refus de sa demande d'asile, elle dit ne pas avoir accès à l'Aide Médicale Urgente⁷² (à laquelle elle a droit) et avoir peur de revoir son médecin en tant « qu'illégal ». Elle a encore des médicaments pour le VIH et fonctionne pour l'instant avec ses stocks, mais ne sait pas comment « s'en sortir » puisqu'elle ne peut plus travailler et n'a aucune aide financière. Elle demande au Centre si elle peut demander l'asile à des pays hors UE...

En outre, même l'accès à la régularisation sur base du 9ter est précaire puisque tous les ans, les bénéficiaires doivent renouveler leur demande et prouver à nouveau l'indisponibilité du traitement dans leur pays d'origine.

- C'est le cas d'un homme congolais qui contacte le Centre en 2013, car, alors qu'il avait obtenu une prolongation de son 9ter pendant 3 ans, elle a été refusée cette année sur

⁷² Depuis 1996, l'AMU permet à toute personne en séjour irrégulier et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux de demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge.

base du fait qu'il serait désormais possible d'obtenir des soins en RDC. Il vit alors avec une femme enceinte (dont la demande a également été refusée, car elle n'a pas pu récupérer son passeport) et un bébé de 10 mois sans aucun revenu. Le Centre lui conseille d'introduire une demande au CPAS, qui sera refusée, puis d'introduire un recours au tribunal du travail pour cas de force majeure, l'homme ayant travaillé deux ans en Belgique (et dans un CPAS).

D'autres se retrouvent « sans-papiers » alors qu'ils ont été en règle pendant près de 10 ans.

- Un homme d'Afrique du Nord en Belgique depuis 2001 qui avait été régularisé suite à un mariage, se retrouve « sans-papiers » dans la mesure où le mariage a été cassé, assimilé à un « mariage blanc », le laissant seul et sans ressource. Lors d'un entretien, il explique que le problème n'est pas seulement la disponibilité des traitements sur place, mais aussi, et peut-être plus fondamentalement, le rapport au médecin et aux autres dans un contexte où le VIH/sida est toujours très stigmatisé :

« Je voulais mettre fin à ma vie quand le médecin m'a dit ça [sa séropositivité]. La première chose que j'ai pensé c'est ma famille : qu'est-ce que je vais leur dire ? Y'a deux choses qui m'ont empêché de le faire : c'est l'amour de ma famille et la gentillesse, le respect des médecins et des psys et des assistantes sociales. Ils m'ont beaucoup aidé. C'est ça qu'on ne trouve pas chez nous. Chez nous, on ne fait pas confiance au médecin. (...) Ils m'ont retiré la carte en disant que des traitements existent en [Afrique du Nord]. C'est pas vrai. Je connais la situation là-bas. Je ne sais pas comment les responsables peuvent dire ça. La santé, c'est pire là-bas. En plus, chez nous, il n'y a pas de respect. Pendant 30 ans, je suis allé voir des médecins pour mes problèmes cardiaques et personne ne m'a aidé. Pour moi la gentillesse, le respect, le soutien des médecins, c'est mieux que les médicaments. » (Entretien 13)

Pour lui, retourner au pays équivaut à retourner en enfer et est impensable :

« Je veux finir ma vie ici. Je ne peux pas retourner là-bas. C'est comme si j'étais au Paradis et on te dit que tu dois retourner en Enfer. »

Le nonaccès à la régularisation a des implications bien au-delà de la question administrative et interroge donc aussi l'accès aux soins, au traitement et à une vie digne en Belgique.

B. Déni d'accès au traitement antirétroviral pour les bénéficiaires de l'AMU

Par ailleurs, en 2013, le Centre active une autosaisine à partir des décisions du CPAS d'Anvers de ne plus octroyer automatiquement de traitements ARV aux personnes étrangères bénéficiaires de l'AMU⁷³. La nouvelle présidente du CPAS d'Anvers, Liesbeth Homans (N-VA), veut conditionner l'octroi de l'AMU à la signature d'une lettre engageant à quitter volontairement le territoire. *« Le nouveau conseil de l'action sociale a confirmé maintenant que tous les cas de patients atteints du VIH seront examinés individuellement et qu'il n'y aura plus de règle générale. »*⁷⁴. Les réactions politiques ne se font pas attendre, le « scandale » de la situation se mêlant aux stratégies politiciennes des différents partis. Le président du CPAS de Bruxelles Yvan Mayeur (PS) estime que *« Les masques tombent. On est dans un fascisme soft qui va totalement à l'encontre de toutes les valeurs humanitaires et notre société »*⁷⁵, tandis que pour la vice-première ministre et ministre de la Santé Laurette Onkelinx (PS) *« prendre en otage la vie et la santé est inadmissible »*. Lors d'une question parlementaire, la secrétaire d'État à l'Asile et l'Immigration

⁷³ Depuis 1996, l'AMU permet à toute personne en séjour irrégulier et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux de demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge.

⁷⁴ RTBF Info, 18/02/2013 : http://www.rtbf.be/info/belgique/detail_des-etrangeurs-malades-du-sida-privés-d-antiretrovirus-a-anvers?id=7929658

⁷⁵ RTBF Info, 20/02/2013 : http://www.rtbf.be/info/belgique/detail_les-decisions-du-cpas-d-anvers-c-est-du-fascisme-soft-dit-yvan-mayeur?id=7931678

Maggie De Block (Open Vld), déclare que lier l'aide médicale urgente aux illégaux à un engagement d'accepter un retour volontaire vers le pays d'origine, c'est « *aller un pas trop loin* » et que « *l'aide médicale urgente ne peut être un moyen de chantage* »⁷⁶. Laurette Onkelinx et Maggie De Block s'engagent alors à prendre en charge ce dossier pour ne pas laisser des « sans-papiers séropositifs » sans traitement.

S'il est difficile d'avoir des renseignements précis sur les pratiques réelles des CPAS aujourd'hui, il semblerait que certains d'entre eux tentent toujours de décourager ou de compliquer l'inscription d'étrangers vivant avec le VIH ou leur accès à certains droits (un dossier fait état d'un refus d'affiliation à l'AMU). Les différences de pratique entre CPAS constituent une inégalité territoriale d'accès à différents droits, amenant certains étrangers à choisir leur lieu de résidence en fonction de la réputation de tel CPAS.

4) RELATIONS INTERPERSONNELLES

Concernant les relations interpersonnelles, elles sont le plus souvent classées dans les dossiers « Société » et renvoient aux relations de couple, familiales et de voisinage. Les actes discriminatoires tels qu'ils sont dénoncés relèvent des menaces et insultes, du harcèlement, de la divulgation du VIH et de l'incitation à la haine. Très souvent, ces actes ne sont pas couverts par la loi AD puisqu'ils ont lieu dans un cadre privé. Les seules exceptions peuvent apparaître quand les personnes ont engagé une procédure judiciaire (divorce, partage de la garde des enfants, etc.) et quand les actes sérophobes s'inscrivent dans des infractions ou délits ordinaires. Par exemple, en cas de coups et blessures, la séropositivité pourrait être considérée comme une circonstance aggravante si la motivation de l'acte est liée à ce critère protégé. Mais les cas les plus fréquents de menaces, d'insultes et de divulgation de la séropositivité peuvent difficilement être condamnés, à moins que la répétition de ces actes puisse être considérée comme du harcèlement.

On peut supposer que cette problématique est grandement sous-estimée puisque lors de nos entretiens, la majorité des personnes, qui ont contacté Unia pour d'autres raisons, ont témoigné de discriminations dans leur vie privée sans toutefois les avoir signalées à Unia.

A. Divulgation, menaces, harcèlement

Les cas les plus fréquents mêlant divulgation du statut sérologique, menaces, voire harcèlement et agression, concernent des couples ou plutôt d'anciens couples, tant hétérosexuels que gays.

Au moins quatre signalements proviennent d'hommes belges ayant été « *outés* » (comme noté dans un dossier) en tant que séropositifs par leur ex-compagnon.

- L'un « *répand la rumeur qu'il est contagieux* » (2006), l'autre dit qu'il « *souffre du sida grave* » et « *infecte tout le monde* » (2008). Dans un cas (celui de 2006), le requérant a déposé une plainte pour agression et harcèlement auprès de la police, classée sans suite (sans explication).

Les deux autres concernent des divulgations de séropositivité aux employeurs ou collègues.

- Dans un cas, un mail a été envoyé à l'employeur et aux autres membres de l'équipe révélant la séropositivité du plaignant (2013). Il est noté que le dossier a été « résolu », clôturé à l'initiative du requérant qui avait été orienté vers Unia par son employeur.

⁷⁶ RTBF Info, 21/02/2013 : http://www.rtbf.be/info/belgique/detail_maggie-de-block-le-cpas-d-anvers-est-alle-trop-loin?id=7932571

- Dans l'autre cas en 2009, l'ex-compagnon du requérant (qui est l'un de ses collègues) a menacé de révéler son homosexualité et sa séropositivité sur le lieu de travail, entraînant une bagarre au bureau. Un entretien avec lui a permis de préciser la situation :
« C'était du chantage permanent. Et on s'est battu au bureau. Il menaçait de crier que j'avais le sida dans le bureau donc je me suis jeté sur lui pour l'en empêcher. J'ai failli perdre mon travail à cause de cela. Je ne savais pas donner d'explication à la bagarre aux autres, pourquoi j'avais dû le maîtriser. (...) Ça a été un moment très difficile dans ma vie. J'ai dû cacher la raison de la bagarre. (...) Quand j'ai téléphoné au Centre pour l'égalité des chances, c'était dans l'heure qui a suivi, j'ai cru que cela allait s'apaiser. J'ai mis fin à la relation. Mais les délégués syndicaux en ont profité pour m'affaiblir, en disant "Il a tapé sur un collaborateur". J'ai donc été convoqué devant le Conseil d'administration pour mesure disciplinaire, en cachant la vraie raison. » (Entretien 2)
 S'il n'est pas sanctionné, il précise *« avoir failli perdre son boulot »* à cause de cette altercation et avoir mis du temps à s'en remettre.

À propos des réponses de la justice aux cas supposés de harcèlement, un dossier de 2009 est plus précis.

- Ce dossier concerne une femme congolaise demandant une « assistance », car son ex-compagnon la harcèle du fait de sa séropositivité : il a révélé son statut à son employeur, à des amis et lui envoie des messages insultants. Une plainte pour harcèlement a été déposée à la police, classée sans suite. Unia décide d'envoyer une lettre au Procureur demandant l'accès au dossier et les motifs à l'origine du classement sans suite :
« Depuis leur séparation, Mr ne cesse de harceler Mme en raison de son état de santé, celle-ci étant séropositive. Il ressort du témoignage de Mme que Mr a dévoilé et dévoile encore actuellement aux connaissances de Mme que celle-ci est séropositive de sorte que cette dernière craint de sortir de chez elle de peur de croiser ces connaissances. Par ailleurs, Mr envoie des sms insultants à Mme également en raison de son état de santé. Au surplus, Mr a adressé un courrier à l'employeur de Mme en révélant l'état de santé de cette dernière et ce « de peur qu'elle puisse mettre ses collègues et les patients en danger ». La DRH a directement informé Mme de ce courrier et a répondu à Mr en se positionnant « fermement contre cet acte de discrimination lié à l'état de santé. » (Lettre de Unia, 2009)

Ces faits tombent sous le coup de la loi AD pour Unia puisque le harcèlement est fondé sur un critère protégé, qu'à cela s'ajoutent une incitation à la discrimination et des circonstances aggravantes puisque *« la haine, le mépris ou l'hostilité à l'égard d'une personne constituent un des mobiles du délit »*⁷⁷. La femme donne son accord pour que Unia este en justice en son nom. Ce dernier réinterpelle le Parquet dans la mesure où il ressort du dossier que le substitut n'a pas pris en considération les éléments de discrimination dans le cadre de son analyse. Toutefois, le Parquet répond que, même en prenant en considération ces éléments, il considère que les conditions ne sont pas rassemblées pour qu'il s'agisse de harcèlement ou d'incitation à la discrimination ou à la haine. Le dossier sera clôturé en 2011.

Outre les (anciennes) relations amoureuses et/ou sexuelles, des signalements d'insulte et de harcèlement sont également déposés à Unia concernant des relations familiales. Un dossier est ouvert à la suite de menaces d'agression d'un père qui dit à son fils en apprenant sa séropositivité : *« Tu n'es plus mon fils »*, le met dehors et lui interdit l'entrée du domicile. Aucune suite ne sera donnée au dossier, le requérant ne répondant plus aux appels.

⁷⁷ Le courrier cite l'importante jurisprudence à cet égard. Voir notamment Corr. Courtrai, 16 février 2005 ; I. AENDENBOOM, Note sous Corr. Courtrai, 16 février 2005, *T. Vreemd*, 2005, 2246.

D'autres signalements ont trait aux relations de voisinage et/ou, plus fréquemment, à un harcèlement anonyme.

- Un dossier est ouvert en 2010, car un homme habitant en Région flamande a trouvé, pour la seconde fois, sur la façade de son logement le tag suivant : « *AIDS* ». Se disant très ouvert à propos de son homosexualité et de sa séropositivité, il dit avoir déjà eu une vitre brisée et de multiples appels téléphoniques en pleine nuit, personne ne répondant quand il décroche. « *Je ne peux continuer comme ça. (...) Je suis victime d'homophobie à un degré très élevé* ». Il dépose plainte à la police, mais « *très peu est fait* » dénonce-t-il.
- En 2011, une amie d'une femme séropositive écrit à Unia, car cette dernière reçoit régulièrement des lettres de menaces lui enjoignant de quitter son domicile, car elle est séropositive. Ces lettres sont signées par le Comité du foyer qu'elle occupe, mais il semblerait que ce soit une fausse signature. Unia demande à être mis en contact avec cette amie, ce qu'elle ne fera jamais.
- Enfin un autre dossier est ouvert pour un homme de la Région wallonne qui demande assistance pour un harcèlement suite à des mails indésirables. Son épouse a quitté son emploi à cause d'un harcèlement sexuel et des moqueries sur ses origines d'Europe de l'Est. « *À moi-même qui suis séropositif, on m'a proposé une partouze et lourdement insisté. Dès que le préavis de mon épouse a été prononcé, j'ai été appelé anonymement de jour comme de nuit jusqu'à identifier une personne proche de celle qui nous avait importunés. (...) Ce serait le rêve de pouvoir mettre fin à ce harcèlement* ». Il joint l'un des mails reçus en copie qui propose une soirée GB (gang bang ?) avec huit autres couples, totalement sans préservatif avec sur place un médecin qui effectue des tests VIH, pour un résultat en maximum 20 minutes.

La situation de harcèlement anonyme est cependant très difficile à dénoncer et l'ensemble de ces plaintes est resté sans suite.

B. Procédures judiciaires

Les relations interpersonnelles prennent une autre tournure quand les personnes, souvent d'anciens conjoints, se retrouvent dans des procédures judiciaires, notamment de divorce et de partage de la garde des enfants. Dans les deux cas notifiés à Unia, la séropositivité de l'un des conjoints a été utilisée comme élément à charge.

- Le premier cas est celui d'un homme belge néerlandophone qui dénonce en 2004 à Sensoa puis à Unia une réticence à lui accorder une garde d'enfant alternée sur base de sa séropositivité. Dans son mail, il raconte la visite à domicile des assistantes sociales qui viennent faire un rapport pour la garde de sa fille. Il les décrit dès le départ comme « *très sèches* » avec lui. Il surprend ensuite une conversation (pendant qu'il est aux toilettes) où elles créditent la version de son ex-épouse, qu'elles ont déjà rencontrée. Puis l'une d'elles lui annonce qu'il n'aura probablement sa fille que les week-ends et ajoute : « *Vous feriez mieux de d'abord penser à votre futur avec le VIH et puis de relâcher le lien qui vous unit à [votre fille]. Elle reste auprès de sa mère et tout ce que vous dites sur elle ne sert à rien. C'est elle que nous allons aider* »⁷⁸. Le dossier ne dit rien sur la suite.

⁷⁸ « Toen werd deze dame wel echt gortig en zei, dit kan niet je moet eens aan de toelomst denken met je HIV, en die vaste band die je hebt met shanna lossen laten. X blijft bij de moeder en al wat je zegt over Y doet er allemaal niet toe, wij gaan Y bijstaan en helpen. »

- Le second cas est celui d'un homme belge résidant en Région wallonne qui demande une assistance en 2010, car son ex-épouse et son avocat se répandent pendant l'audience et dans les conclusions sur sa séropositivité. Ne sachant que faire, son médecin lui a suggéré de s'adresser à Unia. Ayant effectué un entretien avec lui, il nous raconte :
« Son avocat a directement attaqué sur ma séropositivité. On est passé devant le notaire et son avocat l'a redit, comme premier argument. Là je lui ai dit d'arrêter sinon il allait avoir des ennuis. Mais non, il y a quand même le secret médical qui nous protège ! Alors j'ai prévenu que j'allais contacter la Cour européenne de Strasbourg si ça continuait. Depuis c'est le calme. » (Entretien 9)

Ses menaces semblent donc avoir suffi à arrêter l'avocat de son ex-épouse qui ne reviendra pas ensuite sur sa séropositivité. La connaissance de ses droits et la menace de contacter la Cour européenne lui ont permis de déjouer cette attaque.

5) MÉDIAS

Dans le domaine des médias, il s'agit potentiellement non pas d'une discrimination directe mais d'une incitation à la discrimination proférée dans ou par certains médias (radio, télévision, presse écrite, publications diverses ou internet). Ces dossiers ont deux spécificités, liées entre elles. D'une part, c'est toujours, dans notre corpus, une discrimination groupale et non individuelle. La « victime » n'est pas un individu identifiable mais l'ensemble des personnes affectées ou concernées par le VIH/sida. D'autre part, la discrimination ne se matérialise pas par des actes, mais par des propos ou des écrits publics. Elle se heurte ainsi souvent à la liberté d'expression et donne donc rarement lieu à une condamnation. Unia, dans son rapport 2011, rappelle qu'il doit systématiquement faire la distinction entre ce qui relève de la liberté d'expression et l'incitation à la haine, la violence ou la discrimination. *« Cette évaluation n'est pas toujours comprise par les personnes qui signalent les incidents. Elles sont choquées par ce qu'elles ont lu ou entendu et le sont davantage encore quand on leur explique que ces propos ne dépassent pas les limites de la liberté d'expression. De plus, les cas susceptibles de faire l'objet de poursuites pénales sont souvent classés sans suite par le parquet. »* (Rapport Discrimination 2011 : 20). En effet, seuls les délits de presse racistes sont correctionnalisés, ceux liés à d'autres critères, et notamment les convictions religieuses ou l'orientation sexuelle, relèvent toujours de la Cour d'assises, ce qui, selon Unia, *« conduit à une impunité de fait des discours de haine islamophobes et homophobes. C'est tout à fait anormal. »* (Idem)

Pour les plaintes liées au VIH/sida, les signalements Médias concernent principalement des propos estimés discriminants émanant de trois sources : 1/ des propos dans un article ou sur Internet ; 2/ des déclarations de personnalités publiques ; 3/ des informations ou des campagnes de prévention sida.

Dans le premier cas, les plaintes font suite à la publication d'articles utilisant des *« termes pouvant être jugés discriminants pour les personnes séropositives »* (2003) ou développant des jugements discriminatoires à leur égard.

- En 2011, une plainte est déposée à Unia contre un journal local flamand ayant assimilé les séropositifs à des criminels dans un article sur l'affaire DSK et la question de la transmission du VIH⁷⁹. Pour Unia, c'est *« l'expression d'une insatisfaction générale »* qui, juridiquement, ne peut être considérée comme incitant à la discrimination ou à la haine, le dossier n'aura pas de suite.

⁷⁹ L'article n'était malheureusement pas joint au dossier et nous ne l'avons pas retrouvé.

- Une autre plainte, en 2013, est signalée à l'égard d'un journal associatif qui a publié un entretien dans lequel un homme déclare : « *Elle avait plutôt raison de pointer l'homosexualité du doigt, car ils sont souvent drogués, ont le sida, s'habillent de manière extravagante et parlent avec une voix haut perchée.* » La plainte ayant trait à des propos discriminants sur base de l'orientation sexuelle et de l'état de santé est alors appuyée par Unia, qui publiera un communiqué de presse à cet égard⁸⁰.

Dans l'ensemble des propos incitant à la haine sur internet, appelés « cyberhaine » par Unia, la sérophobie est imbriquée au racisme et à l'homophobie.

- Des propos homophobes sur un forum sont dénoncés en 2010, les « homos » étant accusés de propager le sida et d'être des « *erreurs de la nature* » et des « *tarés* ».
- L'année d'avant, un amalgame de propos homophobes, racistes, sexistes et antisémites avait été signalé : « *Il y en a marre de ces putains de Juifs (...) Il y en a marre de ces putains de Moulouds hideux qui veulent nous imposer leur foutu mode de vie médiéval. (...) Il y en a marre de ces putains de tapettes qui propagent le SIDA et pervertissent les mœurs des plus jeunes. On en a marre !* » Unia réussit à faire supprimer la diatribe qui circulait sur un site.
- Une autre plainte, la même année, à l'égard d'une page Facebook antisémite qui affirmait notamment « *Le sida n'existe pas* », entraîne une réaction de Unia et la fermeture de la page.

Mais la surveillance sur Internet et les poursuites demeurent difficiles. Certains collectifs, tel que « Faites de la tolérance », demandent à Facebook de s'engager contre la violence et le racisme sur son réseau social : si celui-ci « *filtre avec un zèle particulier les contenus à caractère pornographique, [il] pourrait parfaitement modérer et signaler les propos violents ou xénophobes, au nom du fait que le racisme n'est pas une opinion mais un délit* », explique le collectif⁸¹. La question de la modération des sites, forums, pages, articles, devient une préoccupation non négligeable pour Unia, même si les moyens d'action semblent se limiter à la suppression du passage incriminé sur la page hôte (qui reste toutefois le plus souvent visible sur d'autres pages).

En plus de la cyberhaine, les signalements Médias font aussi suite à des déclarations de personnalités publiques.

- En 2010, plusieurs plaintes sont reçues par Unia à l'encontre de l'archevêque André Léonard pour propos homophobes et sérophobes. Ce dernier a déclaré que le sida était une « *sorte de justice immanente* » pour les homosexuels, également assimilés à des « *anorexiques* », dans un entretien publié dans son livre *Monseigneur Léonard-Conversations*⁸². Unia publie alors un premier communiqué de presse (24/01/2010) dans lequel il indique que la loi ne s'applique pas, mais « *que ce type de discours, amalgamant maladie, perversité et homosexualité, est regrettable, et potentiellement dangereux, car il entretient stéréotypes et préjugés non fondés.* » Il déplore que de hauts responsables de cultes stigmatisent à nouveau l'homosexualité et rappelle que l'orientation sexuelle n'est

⁸⁰ Le communiqué est signalé dans le dossier mais il n'a pas été retrouvé.

⁸¹ France TV Info, 09/11/2015. http://mobile.francetvinfo.fr/france/nord-pas-de-calais/migrants-a-calais/racisme-appels-au-meurtre-discrimination-excede-nord-littoral-publie-les-commentaires-haineux-recus-sur-facebook_1167459.html#xtref=http://m.facebook.com

⁸² Voir notamment <http://yagg.com/2010/10/15/le-sida-forme-de-justice-immanente-pour-le-chef-de-leglise-catholique-belge-oui/>

ni un choix ni une maladie à soigner et qu'elle « *ne constitue pas non plus a priori un comportement qui mettrait en danger, plus qu'un autre, la vie ou la santé des individus* ». Quelques mois plus tard, suite à la traduction de l'ouvrage en néerlandais (et à plusieurs plaintes), Unia/ le Centre publie un nouveau communiqué (15/10/2010) : « *Le Centre partage l'indignation largement répandue provoquée par ces propos. Ils témoignent d'un manque de respect face à toute personne confrontée au VIH/sida. Ce type de déclaration risque de créer un terrain favorable aux discriminations envers les personnes porteuses du virus du sida, voire même de personnes victimes d'autres maladies ou de handicaps.* »⁸³

Dans le focus sur l'homophobie que Unia publie en 2010 dans son rapport Discrimination, il est noté que « *Certains propos contre lesquels il est impossible d'entreprendre une action juridique — car relevant de la liberté d'expression et n'étant pas, en soi, contraires à la législation — contribuent à créer un climat négatif au sein duquel la discrimination et l'homophobie deviennent acceptables sur le plan social* » et que le Centre y réagit par des communiqués de presse. Ainsi, il « *ne manque pas de faire connaître son indignation via la presse ou ses propres moyens de communication (site web, newsletter, etc.) et d'attirer l'attention des personnalités sur leur responsabilité dans la cohabitation pacifique des différents groupes de la population* » (Rapport Discrimination 2010 : 24). À l'occasion, il peut également collaborer avec des associations de terrain. Dans le cadre de « l'affaire Léonard », Unia/ le Centre avait collaboré avec Çavaria, un organisme de défense des LGBT en Flandre et à Bruxelles, qui avait alors diffusé l'affiche suivante :



Dans le rapport 2010, une contribution extérieure, celle de Francis Martens, est intitulée « Homosexualité, anorexie, justice immanente et SIDA ». Elle estime que les outrances de Monseigneur Léonard ne sont pas de simples écarts de langage mais reflètent l'actuelle politique des « fonctionnaires de Dieu ». « *Ainsi de l'homosexualité, discréditée et pathologisée par sa comparaison avec l'anorexie. (...) Ainsi et surtout du SIDA, assimilé à quelque manifestation d'une justice, si pas divine, à tout le moins "immanente". (...) En réalité, les déclarations éparses de l'archevêque Léonard sur l'homosexualité, le préservatif, le SIDA, peuvent se réduire aux membres d'une seule et même phrase : "Ne croyez surtout pas que le préservatif protégera jamais l'homosexuel de son juste châtiment ! Amen."* Nous voilà donc retombés dans une atmosphère de stigmatisation que nous espérions dépassée. » (p. 29-30) Mis à part ces contestations, Unia n'este pas en justice et des voix s'élèvent pour dénoncer son inaction judiciaire.

⁸³ Communiqué en ligne : <http://www.diversite.be/propos-de-monseigneur-leonard-reaction-du-centre>

- Un autre personnage public sera la source de plusieurs plaintes, Filip Dewinter, parlementaire du Vlaams Belang qui a déclaré en 2012 au Parlement flamand que les « *homosexuels sont responsables de la propagation du sida* », déclaration reprise dans différents médias. Unia ne réagit pas spécifiquement, mais consigne dans un dossier l'ensemble des plaintes reçues concernant le Vlaams Belang.

Enfin, le dernier type de plainte est lié aux campagnes médiatiques de prévention sida ou aux informations diffusées à ce sujet, lors des journaux télévisés ou dans des reportages. Les signalements dénoncent une assimilation, discriminante à leurs yeux, entre sida et homosexualité ou sida et Africains. La question de la représentation des personnes vivant avec le VIH dans les médias est en effet délicate et renvoie à la tension entre ciblage des populations et stigmatisation, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

- Par exemple, un signalement de 2009 dénonce un amalgame entre HSH et VIH à travers les images d'un reportage consacré à l'augmentation du nombre de personnes infectées dans une séquence du JT. Unia demande l'avis du CSA qui estime la plainte infondée dans la mesure où, bien que les supports HSH soient plus nombreux, d'autres supports sont également présents dans les images.
- De même, un signalement de 2012 dénonce un spot à caractère raciste. Il vise en fait une campagne médiatique de prévention du sida qui fait apparaître un couple composé d'une femme blanche et d'un homme noir sous la douche. Selon le mail du requérant :
« La manière dont ce spot présentait la scène et faisait apparaître le message semblait suggérer assez explicitement un risque au VIH/Sida élevé en cas de contacts avec des hommes d'origine africaine. J'ai trouvé cela choquant, tout comme mon épouse qui est d'origine ivoirienne. J'ai estimé important de vous signaler ce spot, qui semble bénéficier de l'appui financier de la Région wallonne. Nous le considérons comme de nature raciste. Merci de nous indiquer ce qu'il y a moyen d'entreprendre pour en interdire la diffusion. »
 Unia estime à nouveau la plainte infondée puisque les images n'incitent en aucun cas à la haine ou la discrimination. Le requérant n'ira pas plus loin.

Les dossiers médias liés au VIH frappent donc par le fait qu'ils concernent des discriminations groupales qui combinent presque exclusivement plusieurs critères de discrimination, à savoir l'état de santé avec l'orientation sexuelle et/ou les critères dits raciaux. Ainsi, au-delà des discriminations directes qui touchent un individu, elles rendent compte d'une sérophobie en population générale qui s'imbrique presque toujours à l'homophobie ou/et au racisme.

6) ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX

Le dernier ensemble de situations problématiques, qui apparaît dans une quinzaine de dossiers, est lié à l'accès aux soins médicaux. Les signalements sont le plus souvent classés dans le domaine des « Biens et services », mais également dans « Police et justice » ou « Protection sociale ». Cinq situations peuvent être dégagées de ces dossiers : 1/ le refus ou report d'interventions ou d'opérations médicales ; 2/ l'ordre de passage des patients, ceux déclarant leur séropositivité étant placés en dernier ; 3/ la rupture du secret médical concernant le statut sérologique ; 4/ le refus de soins funéraires ; 5/ le refus ou la complication de l'accès aux soins dans les institutions fermées.

A. Refus ou report d'intervention

Selon les plaintes déposées à Unia, les refus ou les reports d'intervention ont lieu soit à l'occasion de la programmation ou de la demande d'une opération, soit à l'occasion d'une intervention dentaire. La question de l'existence, ou non, d'une discrimination est ici mise en

regard avec l'estimation des risques de transmission du VIH que ce soit à l'égard des professionnels de la santé et/ou des autres patients. Cette tension est également centrale dans les débats autour de l'ordre de passage, abordés dans la section suivante.

Au moins quatre cas de refus d'opérations ont été rapportés à Unia entre 2005 et 2014.

- Le premier est celui d'une femme pour qui les médecins décident de reporter une opération de la cheville à cause, selon la requérante, du fait qu'elle est positive au VIH et au VHC (virus de l'hépatite C). Compte tenu d'éléments insuffisants, Unia renvoie vers la direction de l'hôpital et l'asbl Erreurs médicales. Dans la lettre, Unia estime qu'il n'y a pas d'élément permettant de penser à une discrimination sur base de l'état de santé, mais précise : « *Toutefois, nous ne contestons pas le fait que vous ayez pu être victime d'erreurs commises dans le chef de ce même personnel soignant. Dans ce cas, les faits ne relèvent plus de notre sphère de compétence* ».
- Un autre cas en 2006 donne davantage d'explications sur les motivations du personnel soignant. Le requérant a été refusé dans un hôpital pour une opération de l'appendicite parce que « *la sécurité ne pouvait être garantie* ». Il a été renvoyé vers un autre hôpital et, durant ce transfert, les coûts de l'ambulance ont été comptés (162€) ; il contacte Unia pour cela. Suite à une lettre de Unia demandant une explication au directeur de l'hôpital, ce dernier le justifie en arguant de l'existence chez les patients séropositifs d'un risque accru de complications postopératoires, expliquant la décision du transfert du patient vers un centre spécialisé. Unia répond, avec l'appui d'un médecin spécialiste du VIH de l'Institut de Médecine Tropicale, pour mettre en garde le directeur de l'hôpital et préciser d'une part, qu'un risque accru de complications postopératoires existe seulement dans le cas d'immunodépression sévère et d'autre part, qu'il est également nécessaire d'évaluer les risques liés au ralentissement ou au report d'une intervention immédiate.
- Les deux autres cas recensés concernent un refus (par deux institutions différentes) d'opération pour un recollement des oreilles du fait que le patient est séropositif (2014) et l'autre un refus de suivi sans plus d'informations (2013).

Par ailleurs, plusieurs cas ont trait à des refus de prise en charge par des dentistes, particulièrement pour une extraction de dent. Deux cas récents montrent que le dentiste ne refuse pas explicitement le soin à cause du VIH mais renvoie généralement le patient vers un collègue estimé plus « compétent », comme l'hôpital avait renvoyé vers un « centre spécialisé ».

- Un cas de 2013 est bien détaillé par le requérant. Il explique qu'il avait un rendez-vous chez son dentiste pour extraire une dent cariée. Arrivé dans la salle d'attente, il téléphone à son spécialiste pour le VIH afin de lui demander si ses caries à répétition ne sont pas dues au VIH, ce que le spécialiste confirme. Après cette conversation, il décide d'en parler avec la secrétaire du cabinet dentaire et évoque alors sa séropositivité. La secrétaire lui répond, visiblement « peu contente », qu'il aurait dû le lui dire avant. L'homme dit être sûr de l'avoir déjà dit et insiste sur le fait que son spécialiste lui a précisé que le VIH implique une hygiène dentaire irréprochable, qu'il est indétectable et qu'en conséquence il n'y a pas de risque pour le personnel soignant. La secrétaire va dans le cabinet. Quand monsieur entre, la dentiste regarde ses dents et lui dit qu'elle n'enlève pas les dents de sagesse et qu'elle va lui donner un autre contact. Mr insiste vu qu'il s'est déjà fait enlever une dent de sagesse dans ce cabinet, la dentiste persiste. Il demande ce qu'il doit faire pour les deux autres caries et la dentiste lui répond « *des bains de bouche* ». Quand en sortant la secrétaire demande s'il faut un autre rendez-vous, la dentiste ne répond pas. À la suite de cela, le requérant envoie un mail à destination du cabinet dentaire avec Unia en copie : « *Votre absence de réponse quant aux autres caries, le fait de m'envoyer chez*

quelqu'un d'autre et le fait de ne pas vouloir me traiter, comme par hasard le jour où vous apprenez que je suis VIH+, me donne de fortes présomptions de discrimination et m'ont surtout fortement blessé ». Aucune réponse n'est consignée dans le dossier.

- Un autre cas est très proche de celui-ci puisque le dentiste, une fois la séropositivité apprise, a réorienté immédiatement le requérant vers un collègue *« parce qu'il dit travailler seul dans son cabinet et qu'il ne peut prendre en charge des complications »* (Mail de 2011). Le requérant veut rester anonyme, mais demande à Unia d'envoyer une lettre au dentiste pour lui rappeler la législation.

B. Ordre de passage

La question de l'ordre de passage des patients concerne également les dentistes mais pourrait s'étendre à toute intervention invasive présentant un risque de transmission du VIH. Suite à une plainte collective de 2013 de l'association Warning-Bruxelles⁸⁴ (groupe travaillant pour les gays séropositifs, leurs amants et leurs amis) quant à la pratique de dentistes exigeant des patients séropositifs qu'ils soient les derniers patients du jour sous peine de refus de soins, Unia se demande si cela pourrait devenir un dossier structurel. Bien que cela n'a pas été pour l'instant le cas, Unia a déjà constitué un dossier bibliographique sur la question reprenant l'ensemble des documents disponibles en Belgique, en France et au Canada.

Le dossier rappelle tout d'abord que pour le VHC et le VIH, il n'existe aucune publication scientifique faisant état de transmission entre patients lors de soins dentaires. Ensuite, des extraits du rapport français du CTINILS (Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins) de juillet 2007 sur l'opportunité d'instaurer un ordre de passage lors d'actes invasifs programmés pour des patients porteurs de virus transmissibles par voie hématogène sont cités. En résumé, si *« une analyse rapide des risques amène à recommander un ordre de passage en endoscopie et au bloc opératoire »*, cela est problématique à plusieurs égards : 1/ cela reviendrait à *douter de l'efficacité et de l'universalité des mesures de désinfection du matériel et donc à remettre en cause le principe des précautions standard*, 2/ il serait alors logique *d'instaurer un dépistage de tous les patients* (problème de consentement, de faisabilité, de retard de l'intervention et de coût), 3/ *l'enjeu d'instaurer un éventuel un ordre de passage des patients devrait plus tenir à la prise en compte de la fragilité et l'immunodépression de ces patients qu'à celle de leur statut infectieux*, 4/ cela pourrait *instaurer des pratiques de désinfection des matériels de niveaux différents entre les porteurs (connus) et les non-porteurs* (risque de passer à côté d'agents infectieux non connus, risque de ségrégation). En fin de compte, *les auteurs de ce rapport ne recommandent pas l'instauration d'un ordre de passage.* »

Malgré cette position du CTINILS, il faut souligner que la pratique semble perdurer également en France. Une enquête récente de l'association Aides révèle que plus d'un tiers des dentistes ont opposé un refus de soins (direct ou déguisé) aux personnes révélant leur séropositivité au moment de la prise de RDV téléphonique⁸⁵. Effectuée par testing auprès de 440 chirurgiens-dentistes, l'enquête de l'association a comparé un appel d'une personne présumée séronégative et d'une autre se présentant comme séropositive pour les mêmes soins. Les résultats sont les suivants : 3,6% de refus directs, 30% de refus déguisés (proposition en fin de journée, surcoût, renvoi vers un collègue, etc.) et 16,8% de discriminations ou disparités de traitement (maladresses, méconnaissance du VIH, rupture de confidentialité, etc.) à l'égard des PVVIH. Au final, le testing montre le manque de formation et de connaissances des praticiens et des secrétaires médicaux. Aides rappelle que la discrimination et l'ordre de passage n'ont aucun

⁸⁴ Voir <http://thewarning.info/a-propos/questce/>. La section bruxelloise semble toutefois ne plus exister aujourd'hui.

⁸⁵ Aides, *Ces praticiens qui ont une dent contre les séropos*, dossier de presse du 04 juin 2015.

fondement scientifique et ont pour seuls effets de stigmatiser les PVVIH et de les décourager à dire leur statut ou même à recourir aux soins.

C. Divulgence de la séropositivité

Autre problématique dénoncée à Unia dans le secteur des soins médicaux : la divulgation de la séropositivité, que l'auteur soit lié ou non par le secret professionnel.

- Un cas est recensé d'une femme qui accuse son médecin de divulguer publiquement sa séropositivité (2010). En réponse à un problème avec elle, il aurait informé plusieurs personnes de sa séropositivité ; certaines ne lui adressant plus la parole depuis lors. Unia la réoriente vers l'Ordre des médecins afin qu'il évalue la faute du médecin sur le plan du non-respect du secret professionnel.
- Un autre cas est celui de la divulgation du statut sérologique d'une patiente hospitalisée (elle venait d'accoucher) par la femme de ménage de l'hôpital (2009). Cette dernière ayant entendu que la patiente était séropositive, elle en informe la famille, les collègues et des tiers, bref tous ceux qui viennent lui rendre visite. Selon la requérante, cela n'a heureusement suscité aucun problème avec ses collègues et au niveau de son emploi, mais elle se dit « *furieuse* » contre la femme de ménage et veut porter plainte à son égard. Cette dernière est convoquée par la direction de l'hôpital, mais nie les allégations. Sous l'impulsion de Unia et de Sensoa, l'hôpital développe une offre de formation professionnelle sur le VIH et une médiation est mise en place pour gérer le dossier individuel. Elle aboutira à un règlement à l'amiable.

D. Refus de soins funéraires

Bien qu'il n'y ait eu qu'une seule plainte à ce sujet et qu'elle date de début 2015, nous avons choisi de l'inclure ici, car elle souligne une situation peu abordée en Belgique ; contrairement à la France par exemple où les associations la dénoncent régulièrement. En outre, les réponses apportées par Unia et le médiateur sont intéressantes à connaître pour saisir les enjeux (et les limites) des lois en vigueur.

Voici donc des extraits de la longue lettre adressée à Unia par le requérant qui ne veut pas porter plainte, mais souhaite que cette situation ne se reproduise plus :

« Mon père est décédé en ma compagnie dans l'unité des soins intensifs de [l'hôpital]. Le [lendemain, J2], je me suis rendu au funérarium de [l'hôpital] pour me recueillir auprès de la dépouille de mon père où j'ai constaté que les cathéters et pansements ne lui avaient pas été retirés et que les soins de thanatopracteur n'avaient pas été prodigués. Le [jour suivant, J3], son petit-fils s'est présenté dans ce même service pour apporter la dernière tenue de mon père. Au lieu de prendre les vêtements, le personnel a simplement désigné une porte derrière laquelle ne l'attendait pas un préposé de la morgue mais le cadavre de mon père dans le même état que la veille. [Le jour d'après, J4], je me suis rendu aux pompes funèbres où le corps de mon père avait été transféré toujours dans le même état, sans aucun soin prodigué, son costume déposé sur son corps. C'est en interpellant la direction des pompes funèbres sur l'état du corps de mon père que la réponse suivante m'a été donnée : "Nous ne pouvons faire les soins à votre père, car la morgue de l'hôpital nous a informés qu'il y avait une bactérie dans le sang de votre père. Ne pas manipuler." En effet, papa était séropositif. (...) Les obsèques ont été prévues le [jour 6], enclenchant un compte à rebours crucial pour que les soins de base apportés à chaque défunt lui soient

prodigués et que ses proches puissent se recueillir auprès du corps. Le soir du [jour 4], j'ai envoyé un mail au service de médiation de l'hôpital pour les informer d'un cas de discrimination envers un patient séropositif en les invitant à me contacter dans les plus brefs délais vu l'urgence de la situation. Le [jour 5], en l'absence de réponse des services de médiation de l'hôpital, j'ai contacté leur service de communication. Après exposé des faits, ce service n'a pas pris de position sur ce cas de discrimination en absence de plainte. Je me suis donc rendu au commissariat de police. Vu le cas particulier et la singularité des faits, l'officier de police n'a pas acté ma plainte mais a contacté l'hôpital et l'entreprise afin de débloquer la situation. La réponse des pompes funèbres fut la suivante : "S'ils (la famille) ne sont pas contents de nos services, ils peuvent changer d'entreprise de pompes funèbres.", déplaçant le problème sans le traiter à moins de 24 heures des funérailles. Du côté de l'hôpital, la responsable de la médiation me contacte enfin pour me dire qu'il y a plus d'urgence "à traiter les dossiers des personnes vivantes que ceux des défunts." Néanmoins, je suis invité à me rendre à l'hôpital pour prendre un certificat expliquant que la "bactérie dans le sang" n'empêche pas la manipulation du corps pour que j'aie le déposer aux pompes funèbres. À la suggestion de directement faxer ce document aux pompes funèbres et de déléguer une équipe de thanatopracteurs auprès de mon père, la médiatrice m'a répondu pêle-mêle : "J'ai autre chose à faire la semaine prochaine (...), ce n'est pas ma façon de travailler (...), je ne vous contacterai plus." Avant de quitter le commissariat, on m'assure que le problème sera réglé dans les minutes à venir. Dans la soirée, je me rends aux pompes funèbres où le corps de mon père est exposé. Certes il porte enfin son costume, certes son teint est moins jaune et ses yeux ne sont plus entre-ouverts mais il est toujours exposé avec pansements et cathéters. À 21h30, je tranche entre retarder les funérailles de mon père et réaliser moi-même la dernière opération sur son cadavre. En compagnie de ma tante, nous retirons nous-mêmes les pansements et cathéters à la dépouille de mon père lui donnant enfin la dignité que lui et tout défunt mérite. Voilà pourquoi Monsieur, je trouve qu'il s'agit d'un acte de discrimination envers un séropositif. Les questions que je me pose aujourd'hui peuvent sembler fort théoriques. (...) Et comment le traiter ? En les jetant simplement à la poubelle ou en les renvoyant par simple courrier à l'hôpital ? »

Des démarches conjointes sont entreprises par Unia et la Plateforme Prévention Sida (contactée en premier lieu par le requérant) pour joindre le service de médiation de l'hôpital, la direction de l'hôpital, le service mortuaire et le Médiateur fédéral « Droits du patient ». La réponse du médiateur est très précise et éclairante d'un point de vue juridique. Il précise tout d'abord que son service n'a pas vocation à statuer juridiquement sur une situation particulière et qu'il transmet les informations à titre purement informatif, sans être spécialisé dans la matière. Il confirme ensuite que les dispositions de la loi relatives aux droits du patient ne sont pas d'application en ce qui concerne une personne décédée. De plus, la définition des soins de santé retenue dans la législation (services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie) n'inclut pas les manipulations sur le corps d'un défunt. Les actes dénoncés n'entrent donc pas dans le champ d'application de la loi de 2002.

Par contre, en ce qui concerne le droit à la protection de la vie privée du patient, qui renvoie à l'obligation au secret professionnel des praticiens professionnels de la santé, il est établi qu'il perdure après le décès du patient. Il rappelle la définition du secret professionnel par l'article 458 du Code pénal :

« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors

le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

En outre, l'article 65 du code de déontologie médicale précise quant à lui que « *La mort du malade ne relève pas le médecin du secret et les héritiers ne peuvent l'en délier ni en disposer.* » Selon lui, le respect de la vie privée du patient décédé est une notion peu contestée qui apparaît dans de multiples sources de droit.

En ce qui concerne l'intervention du service de médiation « Droits du patient » de l'hôpital, ce dernier ne dispose en principe pas de base légale pour intervenir dans de pareils cas. Cependant, en plus des entretiens occasionnellement menés par des médiateurs hospitaliers avec les familles de patients décédés, le service de médiation, au-delà du traitement des plaintes individuelles, rédige chaque année un rapport à l'attention de la direction de l'établissement en vue de formuler des recommandations.

Enfin, concernant la question relative à la « qualité du travail effectué par le service de la morgue » ainsi que les conditions de transport de la dépouille vers l'entreprise de pompes funèbres, le Médiateur fédéral renvoie vers les entités fédérées compétentes en ce qui concerne la législation relative aux funérailles et sépultures.

Sur ce point, il est difficile de connaître l'état actuel de la législation qui varie en effet selon les régions depuis 2002⁸⁶. En France, depuis l'arrêté du 20 juillet 1998, la thanatopraxie est interdite sur des défunts ayant une infection transmissible (VIH, hépatite virale, peste, rage, choléra, etc.). En 2009, le Conseil national du sida prend position estimant que l'arrêté de 1998 est l'exemple même « *d'une réglementation inutile et complexe* »⁸⁷. En 2013, une pétition des Elus Locaux Contre le Sida circule : « *Pour la levée de l'interdiction de soins funéraires pour les personnes séropositives* » et attire plus 90.000 signatures. L'année suivante, une tribune inter-associative (signée par Act Up-Paris, AIDES, Elus Locaux Contre le Sida, Flag !, Inter-LGBT et SIS Association) est publiée le 04/04/2014 : « *Séropos, la France vous préfère morts* » ... *même pas !* ».

« Si nous défendons les vivants, nous devons également défendre les morts, leur mémoire mais aussi, à cause d'une réglementation très et trop longue à modifier, leur dignité. Jugez plutôt : aujourd'hui, en France, plus de 30 ans après le début de l'épidémie, il est toujours interdit d'effectuer des soins de conservation pour les personnes décédées touchées par le VIH/sida ou une hépatite virale. (...) La conclusion à tirer est simple : Séropos, non la France ne vous préfère pas morts. La France ne vous préfère ni morts, ni vivants. Juste invisibles. »⁸⁸

Ils rappellent que c'est une question de droits, de dignité mais aussi une question de santé publique vu qu'environ 30.000 personnes ne connaissent pas leur séropositivité en France : la réglementation crée donc un sentiment de sécurité illusoire. Selon eux, la sécurité des thanatopracteurs doit passer par le respect des précautions universelles et un travail dans un environnement conforme, c'est-à-dire en chambres funéraires. En réponse à ces mobilisations, la ministre de la Santé Marisol Touraine prend position et estime en décembre 2014 que « *L'interdiction qui existe aujourd'hui doit être levée et elle le sera. (...) D'ici à un an, au plus*

⁸⁶ Voir par exemple le décret Funérailles et sépultures du 06/03/2009 en Wallonie : https://wallex.wallonie.be/index.php?doc=7522#FR_13010035

⁸⁷ <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article292>

⁸⁸ http://www.elcs.fr/Seropos-la-France-vous-prefere-morts-Meme-pas--Tribune-inter-associative_a903.html

tard au début de l'année 2016, les soins de thanatopraxie pourront être réalisés sur tous les défunts, mais dans un cadre extrêmement précis et sécurisé sur le plan juridique et dans des lieux identifiés au sein de chaque département. »⁸⁹ Début 2017, il semblerait que la décision de lever l'interdiction soit repoussée au 1^{er} janvier 2018⁹⁰, le gouvernement préparant plusieurs décrets en ce sens.

E. Soins dans les institutions (prisons, homes, Centres pour étrangers)

La situation dans les institutions (plus ou moins fermées) semble particulièrement préoccupante, que ce soit dans les prisons, les homes pour personnes âgées ou les centres de détention pour étrangers en situation irrégulière ou en attente d'une décision de régularisation. Dans ces lieux se conjuguent des problèmes d'accès aux soins médicaux, de rupture de la confidentialité et de violence, verbale ou physique, des codétenus ou co-résidents et parfois des professionnels. Il est d'autant plus difficile d'appréhender la situation que les associations ont du mal à entrer dans ces institutions (excepté les homes) et à instaurer un dialogue avec les autorités.

- Le cas le plus dramatique est venu d'une prison bruxelloise en 2014. Unia a reçu deux lettres d'un homme détenu depuis quelques années. Ce qu'il dénonce mêle sérophobie, homophobie latente et racisme. Séropositif depuis le début des années 2000, co-infecté par le VHC et VHB, il dit avoir été contaminé lors de viols répétés pendant sa jeunesse en Afrique du Nord.

« Depuis mon incarcération je subis des discriminations par le service médical, pénitentiaire, sportif, ergothérapeute, soit tous. Ils ont beau dire le contraire, je le vois, je le ressens et concernant le secret professionnel vraiment pas respecté ici à la prison. Le médecin soit généraliste soit psy soit interne ouvre votre cellule et vous parle à haute voix et les cellules à côté entendent tout, qu'ils parlent de sida, hépatite, traitement particulier (...) Le médecin parle derrière la porte : "Vous avez demandé à me voir coûte que coûte". Je réponds que c'est une erreur. Pourquoi on m'appelle pas à l'infirmerie ? Pourquoi quand on me remet mes médicaments, y'a de nouveaux commentaires dans tout le couloir, des médicaments, de traitement spécial, etc. ? J'ai aucun suivi psychologique. (...) Plusieurs agents pénitentiaires quand ils rigolent avec moi, ils m'ont dit "Ecoute, toi t'es foutu, on sait ce que tu as comme maladie grave, on sait tout, même que tu as subi des viols dans ta jeunesse". Alors je me demande où est le secret professionnel. Quand l'infirmier fait mon [? prise de sang ?], elle dit devant les agents pénitentiaires : "J'ai oublié mes gants. Pouvez-vous aller chercher mes doubles gants" ? Alors tous ils regardent. Pourquoi ? J'ai été questionné par mes voisins de cellule qui m'ont posé des questions. "Tu es malade ?" Je dis non. "Pourquoi j'ai entendu la généraliste parler de sida, d'hépatite, cirrhose ?" Voilà ce que je redoutais. Je ne sors jamais au préau par crainte qu'on me pose des questions. Mon voisin m'a demandé une bouteille de Coca Cola à dépanner. Je réponds Oui. Il me dit "STP une bouteille fermée". Pourquoi ? Il entend tout. Donc je vis 24h sur 24h en cellule replié sur moi-même. On m'appelle à la polyclinique de la prison, à chaque fois je passe en dernier. Je me fais opérer d'une éventration abdominale, l'infirmier m'a déjà dit que je passerai au bloc opératoire en dernier lieu. Pourquoi ? Dentiste en dernier. Pourquoi ? Oui je suis détenu, je suis malade, etc. mais pourquoi me le rappeler ? Je compte vraiment arrêter tous mes traitements et en finir avec toutes ces discriminations. Je demande justice et dédommagements. »

Quelques mois plus tard, il envoie une autre lettre ; la situation semble s'être dégradée. D'une part, il ne reçoit plus son traitement correctement et d'autre part, les attitudes de

⁸⁹ http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/04/12/soins-funeraires-aux-seropositifs-marisol-touraine-confirme-sa-volonte-de-lever-l-interdiction_4400289_3224.html

⁹⁰ Voir <http://www.seronet.info/breve/soins-funeraires-levée-de-linterdiction-repoussée-2018-77649>

ses codétenus semblent plus violentes et les propos haineux. Ainsi, lui qui avait toujours été indétectable depuis sa mise sous traitement, se retrouve avec une charge virale de plus de 13.000 copies à cause, écrit-il, du manque de traitement et des discriminations journalières :

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

Malheureusement, face à ces appels à l'aide, Unia se retrouve démunie. Il communique avec les associations de lutte contre le sida, qui orientent vers le Service Éducation pour la Santé de Huy-Waremme qui travaille avec les centres de détention du pays. Le SES n'est toutefois pas habilité à prendre contact individuellement avec un détenu.

- Un autre cas de figure arrivé à Unia est celui d'une femme dans une maison de repos qui se plaint du comportement harcelant et discriminatoire de l'infirmière en chef et du personnel soignant. Dans une lettre de 2009, elle écrit :

« *Depuis que je suis ici, je me retrouve confrontée dans le cadre de ma maladie à des propos discriminatoires ayant trait à ma maladie et ce par l'infirmière en chef (...). Dans cette maison de repos, ce sont tous des patients à gros problèmes psychiatriques. Ce sont surtout et principalement d'anciens alcooliques et des gens à tempérament imprévisible. Ou tout se passe bien, ou vous recevez des coups. Le personnel est incapable de gérer ce genre de problèmes et si vous avez comme moi toute votre tête, cela se passe des fois très mal. Et je ne sais plus que faire.* »

Elle ajoute à la main sur l'enveloppe : « *Je me fais traiter de salope et de putain à longueur de journée* ». Unia contacte alors l'asbl Infor-Homes et le service du SEPAM (Service d'écoute pour personnes âgées maltraitées). Si son discours est estimé peu clair et ambigu (son psychiatre indiquant une personnalité ambivalente), ses différentes lettres aboutiront toutefois à un changement de maison de repos.

- Enfin, dernière situation problématique à signaler, même si elle n'apparaît à nouveau que dans un seul signalement, est celle de la vie collective dans les centres fermés pour étrangers. La plainte en 2014 dénonce « *des problèmes dans le comportement de la direction et des AS* » à l'égard des personnes identifiées vivant avec le VIH/sida. Sans plus d'information dans le dossier, il est difficile de préciser le cas.

Selon nos entretiens et les informations qui circulent, deux types de problèmes sont à prendre en compte dans les centres, ouverts ou fermés, pour étrangers en situation irrégulière : 1/ l'accès aux médicaments et aux soins médicaux et 2/ la confidentialité et les attitudes stigmatisantes du personnel et des codétenus. Signalons concernant l'accès aux traitements qu'en décembre 2011, la Belgique a été condamnée par la CEDH⁹¹ pour le cas d'une Camerounaise détenue durant quatre mois dans le centre fermé pour demandeurs d'asile 127bis

⁹¹ CEDH, 2e Sect. 20 décembre 2011, *Yoh-Ekale Mwanje c. Belgique*.

à Steenokkerzeel. La dame, qui est séropositive, n'y a pas reçu les soins médicaux nécessaires bien qu'elle disposait d'une attestation de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers prouvant qu'elle était porteuse du VIH. D'abord enfermée dans le centre pour étrangers de Bruges et ensuite, du 17 décembre 2009 au 9 avril 2010, dans le centre 127bis, elle n'avait reçu les médicaments nécessaires — des antirétroviraux — que le 1er mars 2010. La CEDH a estimé que la Belgique avait traité la demandeuse d'asile de manière inhumaine, en ne lui fournissant pas les soins médicaux utiles durant sa détention.

CONCLUSION

Le tableau suivant vise à résumer les principaux domaines et situations de discrimination potentielle liée au VIH et qui ont été dénoncés à Unia/ Centre interfédéral pour l'égalité des chances entre 2003 et 2014.

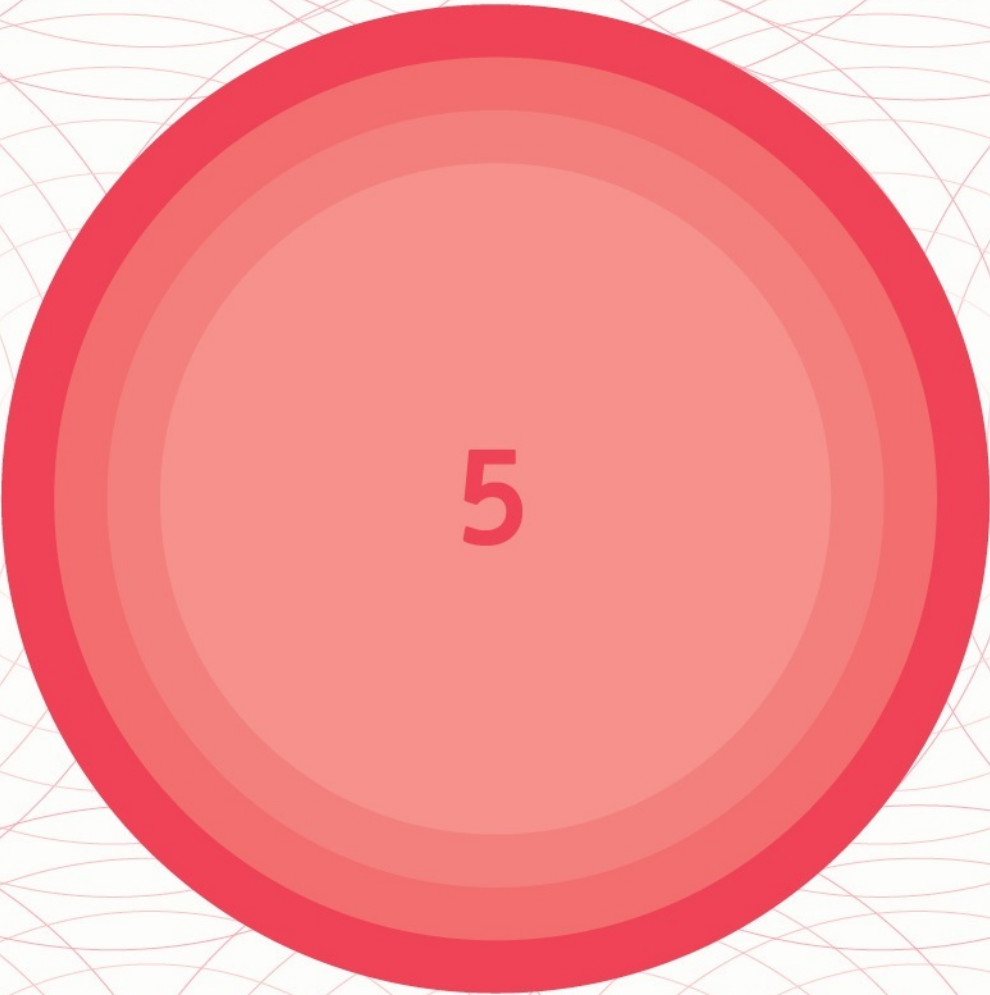
DOMAINES DE DISCRIMINATION	SITUATIONS DE DISCRIMINATION
ACCÈS AUX ASSURANCES	Refus d'affiliation
	Surprime
	Racourcissement de la durée d'assurance
	Rupture de confidentialité (assurance-groupe)
ACCÈS, MAINTIEN ET ÉVOLUTION DANS L'EMPLOI ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE	Licenciement
	Harcèlement et/ou blocage de carrière
	Divulgence contrainte du statut sérologique
	Dépistage obligatoire du VIH
	(Auto) exclusion d'une formation professionnelle
	Obstacles dans l'aide à l'emploi (CPAS)
ACCÈS À LA RÉGULARISATION	Refus d'obtention ou de renouvellement du 9 ^{ter}
	Allongement du délai des procédures
	Non-accès (ou complication) à l'A.M.U et au traitement
RELATIONS INTERPERSONNELLES	Divulgence contrainte du statut sérologique
	Harcèlement
	Insultes, coups et blessures
	Utilisation de la séropositivité comme élément à charge lors des procédures judiciaires
MÉDIAS	Propos sérophobes de personnalités publiques
	Cyberhaine (sérophobie/homophobie/racisme)
ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX	Refus ou report d'opération chirurgicale/dentaire
	Ordre de passage (PVVIH en dernier)
	Rupture du secret médical
	Refus de soins funéraires
	Non-accès aux soins, rupture de confidentialité et stigmatisation dans les institutions fermées

L'ensemble des situations dénoncées montre donc à la fois la persistance de graves discriminations liées au VIH et les difficultés à les faire condamner par la justice. Bien que l'ensemble des situations répertoriées ici ne correspondent pas nécessairement à des discriminations effectives et condamnables, il faut relever qu'il n'existe à ce jour aucune

jurisprudence pour discrimination liée au VIH en Belgique⁹². Cela ne signifie toutefois pas qu'aucune PVVIH ayant été victime de discrimination n'ait pas tenté de faire valoir ses droits. Plusieurs procès ont eu lieu, notamment pour licenciement abusif, et certains se sont soldés par la condamnation de l'employeur. Mais si les relations de travail sont relativement bien cadrées par la loi, les relations privées qui suscitent insultes ou harcèlement, de même que les déclarations médiatiques sérophobes ou encore la divulgation de la séropositivité (par une personne qui n'est pas tenue par le secret professionnel) semblent très difficiles à prouver, à dénoncer et *in fine* à proscrire. En ce sens, la lutte contre la sérophobie ne peut se résumer à une lutte législative (même si elle est nécessaire) et doit, de façon incontournable, s'accompagner d'une meilleure sensibilisation aux droits des PVVIH et d'une lutte contre les préjugés et la stigmatisation liés au VIH/sida.

En analysant en précision ces dossiers, un autre élément frappant est l'imbrication de la sérophobie avec l'homophobie, le racisme, le sexisme et les inégalités socio-économiques (que ce soit les inégalités de revenu/ patrimoine pour les assurances et l'accès aux services sociaux ou les inégalités de statut professionnel dans les relations d'emploi). Sans que cela ne soit toujours explicite, l'acte sérophobe s'inscrit, se nourrit et en même temps renouvelle les inégalités de genre, d'orientation sexuelle, de « race » et de classe. Comme le notait l'équipe de Barcik dans son analyse des cas français, la dynamique discriminatoire met fréquemment en exergue une relation de domination. Les discriminations marquent et transitent par les rapports de pouvoir (Barcik, 2012 : 144). D'une part, elles sont permises par ces rapports puisqu'ils les légitiment et les autorisent. De façon basique, un employeur pourra plus facilement discriminer un employé que l'inverse. D'autre part, l'impact des discriminations et les moyens disponibles pour les contrer sont aussi fonction des rapports de pouvoir et des situations de chacun. Nous allons voir dans la partie VI ce que font les discriminations à leurs potentielles victimes et les ressources dont ces dernières disposent pour y faire face. Avant cela, présentons un autre type de travail mené par Unia, qui en plus des traitements individuels, constitue des dossiers structurels et met en œuvre des actions de recommandation et de sensibilisation, principalement à l'égard des pouvoirs publics.

⁹² Même si un procès va se tenir en 2017 pour discrimination liée au VIH dans un dossier de refus d'affiliation à une assurance.



5

**DOSSIERS STRUCTURELS
ET RECOMMANDATIONS
DE UNIA**

V. DOSSIERS STRUCTURELS ET RECOMMANDATIONS DE UNIA

Unia distingue les dossiers individuels des dossiers dits structurels. Ces derniers sont constitués quand Unia observe une récurrence des plaintes, une tendance ou constance d'un type de discriminations. Si des pouvoirs publics sont impliqués, Unia peut formuler des recommandations à leur égard. Dans le champ du VIH, plusieurs dossiers sont à relever. En premier lieu, celui concernant l'accès aux assurances, notamment l'assurance restant dû pour les prêts hypothécaires, les plus courants, qui a abouti à une nouvelle loi. En deuxième lieu, Unia a également mené un travail de réflexion et de concertation autour de l'exclusion des HSH du don de sang. Troisièmement, le Centre/ Unia⁹³ a envoyé des recommandations au ministère des Affaires étrangères contre la pratique des dépistages VIH par les ambassades belges (en RDC, Rwanda, Brésil, etc.) pour l'obtention d'un visa. Enfin, Unia tente de sensibiliser et de former la police à la lutte contre les discriminations, mais également des entreprises et des administrations qui en font la demande.

1) NÉGOCIATIONS ET RECOMMANDATIONS FACE AUX ASSURANCES

Dans notre corpus, le grand chantier mené à bien par Unia ces dernières années concerne l'accès aux assurances pour les personnes souffrant de maladie chronique. Unia a en effet été très actif sur cette thématique et a formulé des recommandations adressées aux ministres compétents.

La première recommandation date de 2009⁹⁴ et vise l'élaboration d'une législation relative à l'assurabilité des personnes qui présentent un risque aggravé en raison de leur état de santé. Elle énonce cinq propositions faites aux ministres concernés (Finances, Affaires sociales et Santé, Emploi et Égalité des chances, Personnes handicapées, Entreprise et simplification), à l'Union professionnelle des entreprises d'assurances et à l'ombudsman des assurances :

1. Une interprétation concrète du test de justification inspirée de la proposition de directive du Conseil mettant en œuvre le principe d'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de religion ou de convictions, de handicap, d'âge ou d'orientation sexuelle et un traitement identique pour les critères protégés handicap et état de santé.
2. Une modification de la loi qui, en cas de surprime et/ou d'exclusion, rend possible une réévaluation du risque et donc aussi de la surprime et/ou de l'exclusion en faveur de l'assuré lorsque sa situation médicale s'est durablement améliorée.
3. L'instauration d'une obligation de motivation qui permet d'examiner in concreto s'il a été satisfait à l'obligation de justification.
4. La création d'un organe d'expertise indépendant qui, en cas de contestation, peut examiner si la motivation des assureurs remplit les exigences prévues et qui peut réclamer les tables de risques appliquées par les assureurs et les réassureurs.
5. La création d'un bureau de tarification qui peut offrir des assurances aux personnes avec un risque aggravé de santé qui ne peuvent être assurées sur le marché privé.

En 2010, une nouvelle loi (dont la durée est provisoire) est votée en ce sens afin de faciliter l'accessibilité à l'assurance solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru⁹⁵. Cependant, l'application de cette nouvelle loi rencontre plusieurs obstacles. Les

⁹³ A nouveau, sur la question des migrations, il s'agit aujourd'hui de Myria et non d'Unia qui est compétent, depuis la scission de 2014. Sur ce point donc, il est plus cohérent de garder l'appellation « le Centre ».

⁹⁴ Elle a été approuvée par le Conseil d'administration du 10 juin 2009.

⁹⁵ Loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

entreprises d'assurances ont, par exemple, introduit (vainement) un recours en annulation de la loi auprès de la Cour Constitutionnelle. De plus, l'absence d'arrêtés royaux d'exécution de la loi la rend inopérante dans les faits. Unia décide donc de rédiger une seconde recommandation en 2012 (16/03/2012) qui met l'accent sur quatre recommandations :

1. Une description plus précise de l'obligation de motivation permettant d'examiner in concreto s'il a été satisfait à l'obligation de justification telle que prévue par la loi antidiscrimination.
2. Une présence structurelle d'experts médicaux et actuariels au sein du Bureau du suivi de la tarification
3. Plus de transparence dans le mécanisme de renvoi au réassureur prévu par les articles 138 ter-3 et 138 ter-4.
4. Prévoir expressément qu'à côté des décisions de surprime, les décisions de refus et d'exclusion puissent être soumises au réexamen par le réassureur et par le Bureau du suivi de la tarification.

Unia a également participé aux travaux de la Commission des assurances chargée de l'élaboration d'un code de bonne conduite pour l'exécution de la loi. La Commission n'a toutefois pas pu trouver de consensus et n'a donc pas pu proposer de texte. Elle a toutefois été saisie pour avis sur le projet d'Arrêté royal en 2013.

Grâce à un intense travail de plaidoyer et de concertation avec les sociétés d'assurance, les médiateurs et d'autres organismes (tels que la Ligue des Usagers en Soins de Santé), la **loi dite Partyka est votée le 4 avril 2014**⁹⁶. Les personnes « présentant un risque de santé accru » et contractant un crédit hypothécaire pour l'habitation propre et unique peuvent obtenir, à certaines conditions, une intervention dans la prime de l'assurance de solde restant dû. Avec cette loi, le législateur veut rendre l'assurance de solde restant dû plus accessible et plus transparente. Il crée :

- ▶ une obligation de clarifier les motifs du refus ou de la surprime
- ▶ un Bureau de suivi de tarification, avec un droit de recours en cas de contestation
- ▶ un Fonds de solidarité si la surprime excède 125% (et maximum 800%) de la prime de base.

Avec cette nouvelle loi et ses décrets d'application⁹⁷, les discriminations liées au VIH (et autres maladies chroniques) dans l'accès aux assurances solde restant dû devraient donc diminuer. Cependant, des signalements pour refus d'affiliation ont toujours lieu et Unia a d'ailleurs décidé pour la première fois d'accompagner une PVVIH devant la justice pour discrimination sur base de l'état de santé. Le procès est prévu en 2017.

2) NÉGOCIATIONS CONCERNANT LE DON DE SANG DES HSH

L'autre dossier structurel important a trait à l'exclusion du don de sang des hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). Cette problématique a mené à l'ouverture de huit signalements individuels entre 2003 et 2014 en plus du traitement structurel de ce dossier.

Dès 2005, le rapport annuel de Unia en fait état et signale qu'une concertation a été mise en place avec la Croix Rouge, les associations LGBT et les associations de lutte contre le sida. En 2005, le Conseil supérieur de l'hygiène avait estimé « l'augmentation du risque de transmission

⁹⁶ Voir le texte de loi : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?numac=2014011239&caller=list&article_lang=F&row_id=1&numero=10&pub_date=2014-04-30&pdda=2014&dt=LOI&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&pdfa=2014&pddj=01&fromtab=+mofxt+UNION+montxt&nl=n&pddm=04&pdfj=30&sql=dt+%3D+%27LOI%27+and+pd+between+date%272014-04-01%27+and+date%272014-04-30%27+&pdfm=04&rech=68&tri=dd+AS+RANK+&trier=promulgation

⁹⁷ 10 avril 2014 : Arrêté royal réglementant certains contrats d'assurance visant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire (MB 10.06.2014). 24 avril 2014 : Arrêté royal portant nomination des représentants auprès du Bureau du suivi de la tarification visé à l'article 217 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, (MB 10.06.2014).

du VIH par voie transfusionnelle au-delà des 41% dans les cas où les dons provenant de la population homosexuelle masculine seraient acceptés » (Rapport 2005 : 48). La suppression de cette condition d'exclusion pourrait donc menacer la santé publique au vu de l'importance du nombre de porteurs du virus du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles au sein de la population HSH. Sur cette base, le groupe de travail a donc estimé que l'exclusion devait être maintenue et a décidé d'une part, d'informer les personnes concernées afin qu'aucun malentendu ne subsiste et d'autre part, de rester attentif à l'évolution des connaissances médicales et épidémiologiques. Un Arrêté royal du 1^{er} février 2005 prévoit que sont exclus de façon permanente du don de sang les « *sujets dont le comportement sexuel les expose au risque de contracter des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang* »⁹⁸, légitimant l'exclusion permanente du don de sang à partir de la question suivante : « *Si vous êtes un homme, avez-vous ou avez-vous eu des relations sexuelles avec un autre homme ?* ».

À nouveau, la problématique est soulevée dans le rapport de 2010, qui fait un focus sur l'homophobie. Se référant à la jurisprudence européenne qui met en avant la protection de la santé publique, le rapport souligne que « la proportionnalité de l'utilisation de cette condition d'exclusion, formulée comme telle dans le questionnaire soumis aux donneurs de sang ("si vous êtes un homme et que vous avez des rapports sexuels avec un autre homme"), pose toutefois question. » (2010 : 20) En effet, l'intérêt de la santé publique est de viser les modes de transmission et donc les comportements à risque et non une catégorie de population. Dans le cadre d'une concertation menée par la ministre de la Santé publique avec les associations et les scientifiques, Unia plaide alors pour un travail sur le questionnaire qui permettrait de reformuler une série limitée de questions en se concentrant sur toutes les situations à risque en matière de transmission du VIH et des autres IST. Arc-en-ciel Wallonie (la Fédération wallonne des associations LGBT), qui participe alors à cette concertation, rédige un avis en 2010 dans lequel elle défend la levée de l'interdiction, estimée discriminante et s'appuyant sur une catégorie épidémiologique jugée problématique, celle des HSH⁹⁹. Selon cet avis, l'exclusion temporaire de 12 mois après le dernier contact sexuel entre hommes, adoptée par la Suède en 2010, n'enlèverait rien au caractère discriminant de l'exclusion de la catégorie HSH. Les différents acteurs de la concertation n'arrivent cependant pas à se mettre d'accord sur la formulation de nouvelles questions et n'aboutissent donc à aucune proposition.

Grâce à une forte mobilisation transnationale des associations LGBT, le Conseil de l'Europe prend position en 2013¹⁰⁰ estimant que l'exclusion temporaire ou définitive doit être justifiée, liée au comportement et non à l'appartenance à un groupe, et basée sur des données scientifiques régulièrement actualisées. Plusieurs pays européens décident dès lors un changement de législation, en optant la plupart du temps pour un assouplissement de l'exclusion, une exclusion temporaire pour les HSH ayant eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois. La situation est toutefois très variable d'un pays à l'autre, l'Espagne par exemple n'ayant aucun critère d'exclusion des HSH, tandis que le Royaume-Uni a décidé une exclusion de 5 ans (puis de 1 an). Face à cela, le Comité européen sur la transfusion sanguine a créé en 2014 un groupe de travail dont l'objectif est d'harmoniser les critères d'exclusion à l'échelle internationale. Le Centre for Evidence-Based Practice de la Croix-Rouge flamande a publié

⁹⁸ Arrêté royal du 1^{er} février 2005 modifiant la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés sanguins d'origine humaine (Moniteur Belge du 8 février 2005, pp. 3939 et suivantes). Cet arrêté transpose en droit belge la directive 2004/33/CE du 22 mars 2004 portant application de la directive 2002/98/EC du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins (Journal Officiel du 30 mars 2004).

⁹⁹ Arc-en-Ciel Wallonie, *Don de sang par la population masculine homosexuelle. Contribution*, 5 mars 2010. En ligne : http://arcenciel-wallonie.be/web/uploads/userfiles/file/Avis_don_de_sang.pdf

¹⁰⁰ Résolution CM/Res(2013)3 relative aux comportements sexuels chez les donneurs de sang ayant un impact sur la sécurité transfusionnelle.

récemment une étude recensant les articles scientifiques estimant le risque et a conclu qu'aucune étude ne démontre de façon irrécusable que le sang des donneurs HSH soit aussi sécurisé que le sang des non-HSH et, inversement, aucune d'entre elles ne permet de soutenir l'option de l'exclusion¹⁰¹. Le manque de preuves scientifiques explique pourquoi les mesures d'exclusion varient tellement d'un pays à l'autre.

Dans le même temps, la Cour de justice de l'Union européenne est saisie de cette question par un citoyen français. Elle rend sa décision le 29 avril 2015¹⁰² en considérant que l'exclusion peut être justifiée, mais elle assortit cela d'un ensemble de précautions. D'une part, elle estime que les statistiques épidémiologiques concernant les taux d'infection du VIH ou les taux de contamination de la communauté homosexuelle par rapport à celui de la population hétérosexuelle ne peuvent constituer une justification suffisante pour appliquer cette exclusion. D'autre part, la limitation du principe de non-discrimination en raison de l'orientation sexuelle établi dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union n'est permise que si elle est nécessaire et répond à un objectif d'intérêt général. Selon la Cour, « *Si l'exclusion prévue par la réglementation française contribue à réduire au minimum le risque de transmission d'une maladie infectieuse aux receveurs et, partant, à l'objectif général d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine, le principe de proportionnalité pourrait ne pas être respecté.* » En effet, des techniques scientifiques récentes de détection du VIH pourraient constituer une mesure assurant un niveau suffisamment élevé de protection de la santé. Et, même si ces techniques font défaut, il pourrait exister, selon la Cour, d'autres « *méthodes moins contraignantes que l'exclusion permanente du don de sang pour assurer un niveau élevé de protection de la santé des receveurs et, notamment, si le questionnaire et l'entretien individuel avec un professionnel du secteur médical peuvent permettre d'identifier plus précisément les comportements sexuels à risque.* »

Suite à cette décision de la Cour européenne, Daniel Senesael et d'autres parlementaires socialistes belges déposent le 10 juin 2015 une proposition de résolution visant à supprimer l'exclusion du don de sang de personnes en raison de leur orientation sexuelle¹⁰³. Selon eux, « *Pour juger des risques de contamination du sang par une maladie sexuellement transmissible, il est primordial d'analyser les comportements sexuels, qu'ils soient entre personnes de même sexe ou de sexe différent et non l'orientation sexuelle du donneur.* » Début 2016, la ministre de la Santé M. De Block relance le processus de concertation et annonce début novembre que les HSH pourront donner leur sang s'ils respectent une période d'abstinence de 12 mois. La décision provoque un tollé politique et associatif¹⁰⁴ bien que le Conseil supérieur de la Santé approuve la mesure¹⁰⁵ en plaidant pour « une amélioration du niveau de prise de conscience de leur responsabilité sociale par les personnes souhaitant matérialiser leur empathie et altruisme par le

¹⁰¹ De Buck, Dieltjens, Compennolle & Vandekerckhove, « Is having sex with other men a risk factor for transfusion-transmissible infections in male blood donors in Western countries? A systematic review. », *PLoS One*, 2015 April, 15;10(4). Voir aussi <http://www.levif.be/actualite/sciences/peu-d-etudes-scientifiques-permettent-d-exclure-les-gays-du-don-de-sang/article-normal-389587.html>

¹⁰² Arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne, 29/04/2015, affaire C-528/13. En ligne : <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=164021&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=89522>

¹⁰³ En ligne : <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/1156/54K1156001.pdf>

¹⁰⁴ La Fédération Arc-en-Ciel Wallonie notamment déclare : « Maggie De Block sort donc enfin du silence, et la direction qui semble prise ne nous convient absolument pas », *Le Vif* (07/11/2016). Voir leurs arguments développés lors de la table-ronde organisée le 27/05/2016 : http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/8_arc-en-ciel_wallonie_-_point_de_vu_fr.pdf

¹⁰⁵ Avis N° 9291, *Comportements sexuels à risque et don de sang. Partie I: Don de sang par les HSH*, validé en octobre 2016. En ligne : http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9291_hsh_a5.pdf

don de sang », qui n'est, rappelle-t-il, pas un droit. Le sujet n'est cependant pas encore tranché et un projet devrait être présenté au Parlement courant 2017.

3) INTERPELLATION CONCERNANT LES TESTS VIH PRATIQUÉS PAR LES AMBASSADES

En 2007, le Centre¹⁰⁶ a ouvert un dossier individuel pour une personne ayant dû subir un test de dépistage du VIH pour obtenir un visa de long séjour (plus de trois mois) pour la Belgique. Face à la gravité de la pratique et supposant que le cas n'est pas isolé, le Centre décide de constituer un dossier structurel.

En effet, dès 2000, des parlementaires avaient déposé une proposition de résolution au Sénat de Belgique concernant « *la suppression de l'exigence de produire les résultats d'un test de dépistage du sida pour l'obtention d'un visa belge, d'un permis de travail ou d'un permis de séjour* »¹⁰⁷. Ils dénonçaient la perpétuation de cette pratique, reconnue par les postes diplomatiques du Brésil, d'Argentine, de Thaïlande, du Congo et du Rwanda ; les postes de ces deux derniers pays l'admettant uniquement à l'égard des étudiants boursiers. Les députés mettaient alors en avant une « *situation confuse et discriminatoire* », « *parfaitement inutile pour ce qui concerne la propagation de l'épidémie* ». Ils citaient le juriste Carlier (1999) selon qui le jugement de la Cour de justice des Communautés européennes de 1994 – estimant que le test VIH, pratiqué sans le consentement du candidat-travailleur, constitue une violation de la vie privée – « *peut être transposé à un test qui serait imposé pour le passage des frontières* » (1999 : 14). Cette protection fondamentale de la vie privée devrait donc s'ajouter aux principes de libre circulation des personnes et de non-discrimination. Eddy Boutmans, alors secrétaire d'État à la Coopération au développement, leur répond que la demande d'un dépistage VIH est « *sans fondement* », une « *interprétation incorrecte des dispositions en vigueur* » et reconnaît un manque de clarté dans la pratique. Il annonce l'envoi d'une contre-instruction aux ambassades (*Le Soir*, 02/12/2000).

En 2007, le Centre décide d'écrire une lettre au ministre des Affaires étrangères Karel De Gucht afin de demander une justification aux tests pratiqués par certaines ambassades et le renvoi d'une circulaire rappelant l'interdiction et l'inanité de cette pratique. Le Centre rappelle que la loi du 15 décembre 1980 qui officialise la déclaration obligatoire de certaines maladies et infections contagieuses n'inclut pas le VIH/sida et que la pratique de ces tests est donc illégale. De surcroît le Centre rappelle l'article 23 de la loi AD qui sanctionne « *tout officier public ou fonctionnaire public, tout porteur ou agent de l'autorité publique ou d'un pouvoir public qui exerce une discrimination contre une personne dans l'exercice de ses fonctions en raison de son actuel ou futur état de santé.* » (lettre du 04/09/2007). Le ministre répond le mois suivant (lettre du 04/10/2007) et reconnaît « *que nos postes diplomatiques et consulaires ne peuvent en aucun cas demander un tel test dans le cadre du dossier soumis pour étayer une demande de visa.* » Il précise que ces derniers ont été informés et qu'il enverra une circulaire à cet égard. Il indique également que la liste de maladies et infections à déclaration obligatoire est une prérogative du Ministère de l'Intérieur qui est compétent pour l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers en Belgique, et non le ministère des Affaires étrangères. Il conclut sur la nécessité de « *garder à l'esprit le problème d'une éventuelle discrimination contre les personnes vivant avec le VIH* ».

Malgré cela, selon nos enquêtes (voir Pezeril & Kanyebe, 2013), plusieurs migrants notamment en provenance de RDC attestent d'une part, de la demande d'un test VIH pour constituer un

¹⁰⁶ A nouveau, aujourd'hui ce serait Myria et non Unia qui s'occuperait de ce dossier. La dénomination « le Centre » sera donc conservée dans cette partie.

¹⁰⁷ Georges Dallemagne (PSC) et Vincent Van Quickenborne (Open VLD). Question orale lors de la séance du 16/11/2000. En ligne : <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewTBlokDoc&DATUM=11/16/2000&TYP=handeen&VOLGNR=2&LANG=fr>

dossier de visa et d'autre part, de refus du visa en cas de résultat positif, sans que le lien soit explicitement mentionné par l'Ambassade. La pratique semble donc perdurer, au mépris des engagements internationaux visant à assurer la libre circulation des PVVIH¹⁰⁸.

4) SENSIBILISATION ET FORMATIONS

Unia a également dans ses compétences la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation et de formations à l'anti-discrimination. En plus du travail effectué avec la police, Unia propose également des formations aux institutions qui en font la demande. Dans ces derniers cas, il agit principalement sur la demande d'une entreprise confrontée à un employé qui a révélé sa séropositivité par exemple ou au sein de formation plus généraliste autour de l'emploi de personnes en situation de handicap ou de formation contre l'homophobie.

Le travail avec la police semble avoir deux objectifs majeurs en lien avec le VIH : d'une part, en interne, les sensibiliser à l'interdiction des tests de dépistage du VIH dans le cadre des relations de travail et d'autre part, les former à accueillir, identifier, enregistrer et répondre aux plaintes pour discrimination qu'ils peuvent recevoir.

Dans son *Rapport annuel Discrimination* de 2006, Unia souligne que des cas de dépistages VIH par les services de police, à l'embauche ou pour l'accès à des formations professionnelles, lui ont été signalés. Unia a alors interpellé les employeurs pour rappeler d'une part que la loi du 28 janvier 2003 (interdisant les dépistages dans le cadre de relations de travail) ne souffre d'aucune exception et d'autre part, que selon la loi AD, le refus d'embauche ou le licenciement ne peut être accepté que s'il repose sur une justification suffisante. Il rappelle que cela peut être justifié si la santé d'un tiers est mise en danger, à condition que ce danger soit proportionné (par exemple si d'autres mesures de précaution sont impossibles à mettre en œuvre). Finalement, Unia s'interroge sur le caractère discriminatoire ou non de l'exclusion au sein des forces de police des personnes vivant avec le VIH et, plus généralement, du maintien de certains critères médicaux à l'embauche et annonce une collaboration avec la police fédérale sur ces questions. Le rapport conclut en estimant que « *Le refus d'accès à une formation professionnelle pour des personnes séropositives au VIH constitue une discrimination s'il ne repose pas sur une justification objective et raisonnable.* » (Rapport 2006 : 33)

En outre, un travail de collaboration avec la police est prioritairement mis en place, avec une offre de formation sur le thème de la diversité et de la non-discrimination et la diffusion de COL (circulaires adoptées par le Collège des procureurs généraux) qui visent à mettre en place une politique cohérente de poursuite des discriminations et délits de haine. La diffusion de ces COL est destinée à mieux cibler des situations de discrimination et à mieux y répondre (par exemple en donnant des conseils sur la façon de remplir les dépositions pour le renvoi au parquet ou en donnant des guidelines pour mieux situer l'intention et les chefs d'inculpation). Ces formations et collaborations font partie d'une convention qui lie la police et Unia depuis plusieurs années.

L'élaboration en 2012 de la COL 13/201353 a rassemblé beaucoup d'acteurs, dont Unia et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Elle énumère les législations concernées, clarifie les attentes envers les magistrats, sollicite les forces de police dans les recherches sur

¹⁰⁸ Dès octobre 1989, signalons que le Comité des ministres européens recommande « aux autorités de santé publique de s'abstenir d'introduire des restrictions à la liberté de déplacement au moyen de procédures aux frontières inefficaces, coûteuses, et ce pour toutes les catégories de voyageurs, y compris les travailleurs migrants » (Recommandation n°R(89)14 du 24 octobre sur les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social). Depuis, suite aux mobilisations associatives, plusieurs pays ont levé les restrictions, même si une dizaine continue à refuser l'admission des PVVIH. Voir Deutsche AIDS-Hilfe, *Guide de Référence: réglementations applicables aux déplacements et aux séjours des personnes vivant avec le VIH/Sida*, 2010, en ligne : <http://hivtravel.org/Web/WebContentEATG/File/Quick%20Ref/2010-2011%20Quick%20Reference%20French.pdf>

les délits de haine. Elle prévoit, dans chaque zone de police, un policier de référence sur ces matières. L'objectif attendu est d'améliorer les enregistrements des faits par la police et d'approcher les discriminations de manière « couplée » (justice et police). Unia est très demandeur dans ce domaine. Dans son *Rapport annuel Discrimination* de 2014, il est noté :

« En effet, les stéréotypes sont tenaces en matière de genre, de handicap, d'origine, de convictions religieuses ou philosophiques et d'orientation sexuelle. Ce qui aboutit parfois à des débordements. Certains fonctionnaires de police vont jusqu'à remettre en doute la "pertinence" de la législation antidiscrimination. Le Centre constate que la police n'a pas toujours les connaissances, aptitudes et attitudes pour réagir adéquatement à la discrimination, aux délits de haine et au racisme. Et pourtant en tant que gardien de la loi, la police a un rôle crucial à jouer. En outre, il n'est pas toujours évident, au sein d'une culture de corps, qui privilégie la notion de collégialité, de faire preuve d'autonomie et de courage moral pour contester les collègues qui tiennent des propos racistes ou posent des actes discriminatoires. Un travail autour de la sensibilité morale et des compétences éthiques s'avère donc important aussi. » (Rapport 2014 : 46)

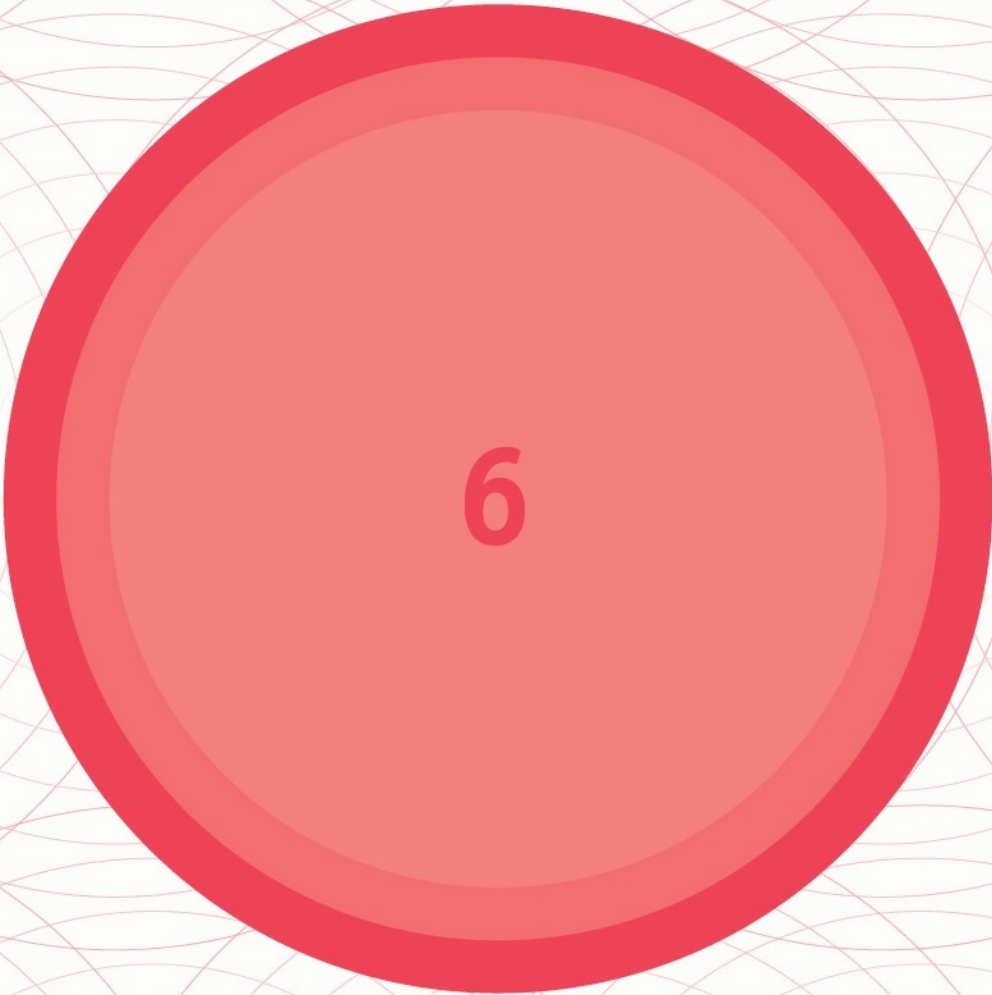
Sur cette base, Unia formule la recommandation suivante: *« Le Centre demande que les ministres de l'Intérieur et de la Justice veillent à la désignation d'un policier de référence dans les zones de police. Il invite aussi les autorités à mettre en place un dispositif d'enregistrement intégré et de monitoring pour analyser les données statistiques en matière de discriminations et de délits de haine. La circulaire prévoit des formations pour les policiers et magistrats de référence. Le Centre a déjà proposé plusieurs formules dans ce domaine. Il demande une fois encore aux ministres compétents d'intervenir pour organiser ou poursuivre ces formations adaptées aux magistrats du parquet, auditeurs du travail, policiers. » (Rapport 2014 : 48)*

Enfin, selon les demandes, Unia peut également organiser des formations au sein des entreprises. Par exemple en 2014, une grande entreprise prend contact avec Unia, car l'un de ses employés a annoncé à son chef-superviseur sa séropositivité. Ce dernier a informé la personne de confiance du CPPT (Comité pour la prévention et la protection au travail) pour voir si une formation pouvait être mise en place et pour connaître la législation concernant la confidentialité de l'information. Unia lui répond que la personne de confiance est tenue à une confidentialité totale vis-à-vis des tiers, mais qu'elle devrait informer la personne concernée qu'elle est au courant, qu'elle compte mettre en place une formation à ce sujet et, éventuellement, lui proposer d'y participer. Unia se dit prêt à assurer cette formation en concertation avec les associations de prévention du sida.

CONCLUSION

Ainsi, Unia ne se contente pas de répondre aux demandes individuelles concernant des situations potentiellement discriminatoires, il peut être davantage proactif en participant à des concertations ou négociations, en formulant des recommandations aux pouvoirs publics et en mettant en place des actions de formation et de sensibilisation à la thématique de la non-discrimination et de l'égalité des chances. Dans le champ du VIH, nous avons identifié quatre dossiers structurels importants — accès aux assurances, accès au don de sang pour les HSH, accès aux dossiers de demande de visa pour les étrangers, accès à l'emploi et la formation (essentiellement dans la police) — qui soulèvent des enjeux spécifiques tant en matière de partenariat que de possibilité d'intervention sur un processus discriminatoire précis, et qui donc ont eu des issues très diverses. Il est toutefois encore difficile d'apprécier le fruit de ce travail de longue haleine, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'accueil des plaintes par la police. Cependant, Unia a une importante capacité de négociation et de recommandation, comme le montre le dossier des assurances qui a abouti au vote de la loi Partyka. En ce qui concerne l'accueil des plaintes par Unia, nous allons désormais nous pencher sur le ressenti des

personnes l'ayant contacté, tant pour mieux comprendre le vécu des discriminations que l'expérience du recours institutionnel pour les contrer.



6

**EFFETS DES DISCRIMINA-
TIONS ET DE LEUR
(NON) PRISE EN COMPTE**

VI. EFFETS DES DISCRIMINATIONS ET DE LEUR (NON) PRISE EN COMPTE

L'analyse proposée dans cette partie s'inspire de deux enquêtes récentes, qui s'avèrent proches par leur objet d'étude et/ou leur questionnement. La première a été menée par Dubet, Cousin, Macédoine et Rui (2013) sur l'expérience des discriminations, qu'il s'agisse d'inégalités de traitement en fonction du sexe, de la race, de la sexualité, de la religion, de l'origine ou du handicap, comprises et analysées à partir du point de vue des discriminés et d'entretiens qualitatifs menés avec eux. Même si la nôtre se focalise plus précisément sur les discriminations liées au VIH, elle s'intéresse également au vécu des discriminés, tout en élargissant la focale dans la mesure où elle rend compte des démarches effectuées par les discriminés auprès des institutions de gestion des plaintes. En ce sens, ce travail s'inscrit aussi dans la continuité de l'enquête de Barcik, Bogalska-Martin, Navarro et Prévert (2012). Ces derniers analysent le « *parcours institutionnel* » des victimes de discrimination à travers les dossiers de plainte adressés à cinq institutions en France (la Halde, la CGT, le MRAP, SOS Racisme et le Médiateur de la République) de 2004 à 2010 et la conduite d'entretiens avec les potentielles victimes. Selon eux (2012 : 51), plusieurs modalités existent dans l'expérience victimaire : soit elle fait partie intégrante du vécu de personnes qui ont intégré leur appartenance à des groupes discriminés ; soit elle est exprimée en termes d'expérience unique et personnelle, qui singularise voire fait douter de sa place dans la société ; soit elle peut prendre la forme d'une expérience collective et/ou conduire à la construction d'une expertise dans les manières de lutter contre les discriminations.

Notre recherche confirme l'existence de ces trois types de modalités, les deux premières apparaissant de façon plus massive et évidente dans la mesure où les plaintes sont individuelles et que, selon nos entretiens, les personnes qui contactent Unia ne fréquentent pas d'association de lutte contre le sida ou de groupe de parole (et certaines précisent qu'elles ne le veulent pas). Beaucoup n'ont pas eu l'occasion de mettre en commun, de collectiviser leur expérience et restent assez seules face à elle. Il n'empêche que les personnes ayant un sentiment d'intégration et d'appartenance à un groupe stigmatisé sont plus à même de dénoncer les discriminations à Unia. Cette dynamique ressort très clairement des dossiers mêlant sérophobie et homophobie, souvent soutenus par une association LGBT ; le racisme et surtout le sexisme étant beaucoup moins explicités par les requérants et ne faisant que très rarement l'objet d'un encadrement ou d'un soutien par une association spécifique. On peut supposer qu'une partie de cette différence est imputable à l'existence de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (vers laquelle sont renvoyés les requérants s'il est estimé que la discrimination a plutôt un caractère sexiste ou liée aux questions de genre) et d'associations antiracistes qui peuvent également suivre des plaintes ; même si d'autres choses se jouent derrière ces différences et renvoient probablement à la naturalisation des rapports de genre et aux difficultés à aborder frontalement la question raciale dans un cadre francophone. À ce stade, ces éléments ne fonctionnent toutefois que comme hypothèses et cette enquête ne permet pas d'y répondre rigoureusement.

Par contre, grâce aux entretiens, les personnes discriminées ont pu expliquer pourquoi elles avaient contacté Unia, mais aussi pourquoi elles ne l'avaient pas fait face à d'autres situations qui auraient pu être perçues et analysées comme des situations de discrimination. Elles en viennent alors à s'interroger sur la notion même de discrimination telle qu'elle est définie par la loi. Globalement, les personnes contactées ont un bon niveau de connaissance et de compréhension de la loi et se disent déçues qu'elle n'ait pas réussi à les protéger, ou du moins à

les reconnaître comme ayant été discriminées. L'impact des discriminations est particulièrement délétère et le moment discriminatoire est parfois vécu comme une rupture dans la trajectoire individuelle, d'autant plus quand les instruments législatifs et institutionnels de lutte contre les discriminations font défaut. « Le fait discriminatoire tel qu'il est décrit est un moment d'expression d'une forme particulière, peut-être la plus aiguë, de vulnérabilité » (Barcik & *al.*, 2012 : 64). D'une part, il met à mal le statut de l'individu discriminé en l'obligeant à endosser le statut de victime et à se réduire à l'une de ses caractéristiques singulières, modifiant ainsi sa place dans la cité. D'autre part, il révèle la difficulté pour les individus de comprendre l'acte discriminatoire, tel qu'il est inscrit dans la loi et interdit par elle, et sa permanence dans un certain nombre de rapports sociaux. La discrimination est souvent vécue sous la forme prédominante de l'expérience sensible, dont l'une des caractéristiques essentielles est l'incertitude quant à la nature des situations vécues. Comme le suggère également le titre de Dubet et ses collègues, « Pourquoi moi ? » est l'une des questions essentielles : la personne doute du sens et de la caractérisation qui est faite de la situation qu'elle a vécue. Est-ce une discrimination ? Est-ce une discrimination du fait de ma séropositivité ? Pour l'équipe de Barcik, c'est justement cette incertitude qui les a conduits à interroger le passage de la dimension subjective de l'expérience de la discrimination à son objectivation narrative, sociale, institutionnelle et juridique (2012 : 11-12). Ils soulignent le rôle central de la parole pour nommer, donner du sens, s'entendre et se faire entendre autour du moment potentiellement discriminatoire. Par la parole, l'individu arrive à prendre la distance nécessaire pour se représenter et nommer les choses. Pour ces auteurs, si la personne n'était pas vraiment victime au départ, par la multiplication des recours et des contacts avec les institutions, elle deviendra véritablement une victime de discrimination avec un effet autosuggestif (Barcik & *al.*, 2012 : 92). Sur ce point, notre enquête diffère grandement, car, selon les personnes que nous avons interviewées, le recours à Unia a parfois introduit davantage de doute qu'une confirmation du statut de victime de discrimination.

Afin d'éclairer ces mécanismes, nous présenterons dans un premier temps l'impact biographique, tant matériel qu'émotionnel, des discriminations ; puis dans un second temps les ressources et stratégies mises en œuvre par les discriminés pour contrer ou se protéger de ses effets les plus violents ; pour enfin aborder l'impact de l'itinéraire institutionnel, à savoir celui du recours à Unia selon les individus interrogés.

1) IMPACT BIOGRAPHIQUE DES DISCRIMINATIONS

Les discriminations constituent à la fois un évènement précis, repérable dans le temps, et un processus par lequel l'individu conscientise cet évènement comme une discrimination et y réagit (ou pas). Tous les évènements potentiellement discriminatoires ne donnent pas lieu à ce processus de conscientisation et d'objectivation. L'un des premiers facteurs qui détermine ce passage est l'impact de l'évènement sur la trajectoire individuelle. S'il est évident que l'impact est très différent selon la situation de discrimination (être licencié ou avoir une surprime pour une assurance par exemple), selon la position socio-économique du discriminé et ses capacités de réaction et selon les possibles recours contre la discrimination subie, il est intéressant d'envisager de façon transversale la rupture que constitue cet évènement et les différents sentiments qu'il peut engendrer.

A. Quand l'évènement discriminatoire constitue une rupture

De façon générale, y compris pour les discriminations qui pourraient être considérées comme moins graves, l'impact à court et long termes nous semble largement sous-estimé, que ce soit par les auteurs des discriminations bien sûr, mais aussi par l'entourage du discriminé, par les personnes des institutions qui peuvent intervenir et par les chercheurs. Peu s'y sont intéressés, excepté Dubet, Cousin, Macédoine et Rui (2013 : 85) qui caractérisent l'expérience

discriminatoire comme une « blessure ». Au vu de la variété des émotions qu'elle suscite et afin de souligner que la discrimination n'est pas seulement une atteinte émotionnelle, nous parlerons davantage de *rupture* dans un parcours de vie. La discrimination crée, de par le non-accès à des ressources et/ou positions, des inégalités et des dénis de droits, qui peuvent se cumuler et devenir le prélude à une perte de statut, de position et de confiance en soi, l'évènement étant aussi ressenti subjectivement comme un choc, une expérience lourde d'émotions.

a) La violence du traitement différentiel

Avant toute chose, la discrimination est un traitement différentiel qui a un impact matériel : elle entraîne l'exclusion ou le non-accès à un emploi ou une formation, à la propriété (dans le cas d'un refus d'assurance ou d'une surprime que le requérant ne peut prendre en charge), au statut de séjour et aux droits qui lui sont rattachés, à des soins médicaux, etc. Sans même prendre en compte l'impact émotionnel, la discrimination signale l'inégalité de notre société dans la distribution des biens, des services et des positions sociales. En outre, une discrimination dans un domaine précis peut entraîner, par effet boule-de-neige, une succession d'autres évènements difficiles à gérer pour le discriminé.

L'un des entretiens menés est représentatif de ce processus d'aggravation progressive de la situation du discriminé.

« J'ai pris contact avec le Centre en 2010, car j'ai subi un harcèlement moral et sexuel de mon employeur, qui m'a licencié après la révélation de ma séropositivité. En fait, il a vu que j'étais malade, il m'a mis la pression pour que je lui dise ce que j'avais. J'étais en pleine séroconversion, j'ai eu 40 de fièvre pendant deux semaines. C'est là que j'ai fait le test. À la fin, je lui ai dit pour le VIH et il m'a licencié quelques jours après, pour faute grave en plus. Sur mon C4, il a écrit que je coiffais gratuitement des gens en son absence. Ce qui est absolument faux. J'ai été sanctionné par l'ONEM, au départ pendant 6 mois. Je leur ai dit que j'allais porter plainte et j'ai eu finalement 15 jours de sanction au lieu des 6 mois. Ça m'a valu beaucoup, beaucoup, beaucoup d'ennuis. Je me suis retrouvé SDF. Je ne pouvais plus payer mon loyer, donc j'ai dû rendre mon appart. Je suis retourné chez ma mère, j'ai fait une dépression. Ça m'a touché pendant deux ans, le chômage, la dépression. J'ai redéménagé deux ans après de chez ma mère. Depuis je prends des antidépresseurs et je continue aujourd'hui. Au niveau du travail, j'ai été dégoûté. Je n'ai pas pu travailler pendant deux ans. (...) Aujourd'hui, je vais essayer de travailler dans l'Horeca. J'ai changé de secteur parce que j'ai fait un blocage. Je ne sais pas pourquoi, mais je n'ai jamais pu retravailler dans la coiffure. J'associe ce que j'ai vécu à ça, je sais pas pourquoi. J'ai dû refaire des formations. J'ai un entretien demain. » (Entretien 4)

Ainsi, non seulement le licenciement (ici pour faute) entraîne une perte de revenus qui l'oblige à rendre son appartement, mais il se retrouve incapable de travailler pendant deux ans et, à plus long terme, doit changer de profession et reprendre une formation dans un autre secteur. L'entretien, qui a lieu quatre ans après l'évènement discriminatoire, rend compte du temps long nécessaire à la « récupération », après une discrimination vécue comme un trauma et suscitant une rupture dans la trajectoire professionnelle. Car en plus de la perte d'emploi, de revenu et de logement, l'évènement entraîne aussi une dépression puis une réorientation professionnelle.

b) La violence émotionnelle

Comme le notent Dubet et ses collègues, la discrimination est une blessure, un « sale coup » qui, si l'estime de soi est fragile, peut susciter des états dépressifs. D'autres, mieux armés, ressentent de la colère et de l'indignation. Mais les réactions émotionnelles qu'elle entraîne peuvent laisser des traces si l'épreuve est particulièrement marquante ou si elle s'inscrit dans

une accumulation d'expériences négatives. Elle peut se transformer en haine durable, qui peut aussi devenir une « haine de soi » (honte et culpabilité, tendance à se sentir inférieur, à se dévaloriser) et pousser les individus à se mettre « hors de soi » (à craquer, devenir violent à l'égard des autres ou d'eux-mêmes). La violence de l'expérience discriminatoire est due au fait que l'impact sur les individus va au-delà du sentiment d'injustice et/ou d'une réaction liée à un traitement anormal parce qu'elle est associée à la souffrance, à un sentiment d'infériorité ou de réduction identitaire.

Ainsi, plusieurs personnes ont fait part de la violence inhérente au fait d'être réduites au VIH, d'être perçues non pas comme des individus complexes, faits de diverses identités, mais, comme me le dit l'un d'eux, comme « *un sida sur pattes* ». Pour Barcik, la discrimination est un marqueur biographique, parce qu'elle renvoie à une double assignation identitaire : l'appartenance au groupe cible de la discrimination (ici les PVVIH) et au groupe des victimes (2012 : 137). Cette assignation identitaire peut apparaître comme un horizon indépassable. L'un des moyens pour contrer ce processus est de ne pas mettre en avant le critère ou la caractéristique stigmatisée (si cela est possible). Dans notre enquête, cela équivaut à ne pas dévoiler sa séropositivité. Pendant un entretien, une femme me dit qu'elle ne parle pas de sa séropositivité autour d'elle, car elle « *avait peur d'être réduite à ça*. » Le sentiment d'être réduit à l'une de ses caractéristiques, ou de simplement pouvoir l'être, est donc très présent et la violence de la discrimination est aussi due au fait qu'elle ne se concentre plus que sur un élément individuel (l'état de santé, la couleur de peau ou l'orientation sexuelle, etc.) qui en vient à résumer l'individu, ce dernier n'étant vu qu'à travers ce filtre, perdant *in fine* toute humanité. « *Je veux simplement être vu comme un être humain* » me dit l'un, « *comme une personne normale* » me dit une autre. La discrimination marque aussi les relations avec les autres, pas seulement les personnes discriminantes mais l'ensemble des relations sociales. Il est frappant de remarquer que l'un des termes qui est revenu le plus fréquemment dans les entretiens est celui de « peur » : peur de dire leur séropositivité, peur que la discrimination se reproduise, peur de l'échec et du rejet qui se répète, etc.

c) La discrimination : une expérience incertaine

La notion de discrimination appartient au langage juridique, ce qui participe à la fois à la clarifier en la définissant précisément et en la cadrant, mais aussi à l'obstruer dans la mesure où elle est complexe et parfois éloignée de la compréhension profane. La discrimination est donc perçue à la fois comme très précise et juridique (ancrée dans le monde de l'emploi principalement) et comme une notion vague faisant référence à un sentiment négatif, à « quelque chose qui ne va pas ». Par exemple, à la question : « Avez-vous connu d'autres types de discrimination liée au VIH ? », une femme me répondit en disant : « *Oui j'ai beaucoup de douleurs* ». De même, lors de l'enquête sur les conditions de vie de 2012, les enquêteurs s'étaient rendu compte que, même si les personnes disaient ne pas avoir été « discriminées », elles pouvaient raconter ensuite un épisode de discrimination sans utiliser le terme. Pour cette raison, lors des entretiens menés pour cette recherche, nous avons progressivement adjoint au terme de « discrimination » celui de « difficulté ».

La caractérisation de l'acte est d'autant plus compliquée que la discrimination est une *expérience* profondément incertaine. Elle entraîne le plus souvent, dans un premier temps du moins, un sentiment d'incertitude, et ce surtout quand les actes prennent des formes insidieuses. Il est connu que la discrimination est rarement énoncée comme telle et que peu de personnes se revendiquent ouvertement sérophobes, homophobes, sexistes ou racistes (bien que cela existe, ce n'est pas la majorité des cas de ce corpus, excepté dans le domaine des médias). Barcik et ses collègues soulignent l'incompréhension et l'inintelligibilité du traitement subi, même s'il est perçu *a priori* comme injuste, amenant les individus à une situation critique d'indécidabilité (Barcik & al., 2012 : 53). De plus, plane également l'incertitude quant au critère ayant pu motiver l'acte. Pour les victimes, l'enjeu principal est dès lors la capacité à réagir à

cette discrimination et en premier lieu, à se dire (et s'accepter) comme une « victime » de discrimination, tout en refusant la victimisation.

d) Le refus de la victimisation

Même si nous reviendrons plus loin sur les motivations amenant les personnes à contacter Unia, il est important de relever que plusieurs d'entre elles sont en demande de reconnaissance d'un statut de victime de discrimination, mais qu'elles refusent la victimisation associée à une passivité ou à une demande de réparation personnelle. « *Je ne veux pas être vu comme une victime, je veux me battre* » me confie l'un d'entre eux. L'un des étonnements de cette enquête est que beaucoup de personnes ont contacté Unia pour simplement signaler un cas et faire en sorte qu'il ne se reproduise plus, et non pas pour demander réparation. Le cas de la personne ayant signalé le refus de soins funéraires pour son père est un cas idéal-typique de cette situation. Rien ne peut plus être fait pour son père qui est décédé, mais la personne le signale afin que cette pratique discriminante ne se reproduise plus. Ce mécanisme revient très souvent dans les dossiers et rejoint sur ce point l'enquête de Barcik, Bogalska-Martin, Navarro et Prévert (2012 : 80-82) qui constatent que le plus souvent aucune demande de réparation n'est formulée mais que par contre, les individus veulent participer au changement normatif et à la réaffirmation des cadres de non-discrimination comme référence de la vie en société. Il arrive que le requérant le formule explicitement : « *Je ne le fais pas pour moi mais pour les autres, pour que ça cesse* ». De même, dans un mail dénonçant un licenciement suite à la divulgation de la séropositivité, la personne écrit : « *J'ai besoin d'aide, car je ne sais pas comment je dois faire et je ne veux pas laisser des actes discriminatoires comme ça sans suite, ne serait-ce que pour les suivants.* » Finalement, les requérants en appellent à une justice collective, à la réalisation d'une société non-discriminante, au-delà de leur cas individuel.

Ce refus de la victimisation renvoie probablement au mécanisme identifié par Olivier Noël selon qui (2010 :91) :

« *L'invocation de la victimisation constitue de fait une politisation "par le haut" (c'est-à-dire par les majoritaires) de la question des discriminations. Une politisation "par le bas" de la question des discriminations impliquerait de se départir du seul statut de "victime" qui fonctionne comme un véritable marqueur moral polémique et négatif enfermant la lutte dans des approches juridiques ou psychologiques individuelles.* »

B. Les sentiments suscités par la discrimination

Dans cette partie, nous soulignons les sentiments les plus partagés qui ont été exprimés lors des entretiens. Bien qu'une même situation puisse déclencher divers sentiments mêlés ou successifs, nous allons tenter ici de les distinguer d'un point de vue analytique. Ces « sentiments » sont appréhendés ici comme des expériences sociales, pertinentes à analyser d'un point de vue sociologique, et non seulement comme des états émotionnels intéressants la psychologie. Vu l'individualité des dossiers, ils permettent de mieux comprendre l'expérience vécue, du point de vue des discriminés.

a) Sentiment d'injustice

Le sentiment le plus évident est celui de l'injustice de la situation. Ce sentiment est ressenti par l'ensemble des personnes contactées, mais il s'exprime plus clairement dans le domaine des assurances ; probablement parce que ce type de discrimination entraîne moins de sentiments violents d'abandon ou de honte comparativement aux autres discriminations, mais aussi parce que la comparaison avec la situation de référence est plus évidente. En effet, la personne discriminée voit, de façon évidente, le traitement différentiel dont elle fait l'objet et la raison de ce traitement qui est la séropositivité. Ainsi la discrimination est objectivable et même quantifiable et quantifiée par les assurances.

Par exemple, une assurance exige en 2013 une surprime de 200% à un homme à cause du VIH :

« Il y avait une surprime alors que je peux vivre comme n'importe qui, aussi longtemps que n'importe qui, à deux ans près selon les études. Je trouvais cette surprime démesurée par rapport à l'infection dont je souffre. Je ne suis pas malade. Je me soigne, je suis suivi par un médecin, qui justifie de mon sérieux. J'ai une excellente santé pour le reste. Et ma charge virale est indétectable. Je fais un check tous les 4 mois et tout se passe très bien. Mes T4 sont à 500. Et la prime est passée du simple au double. Je trouve ça scandaleux. Je ne m'attendais pas à autant. (...) J'ai trouvé ça injuste. D'abord vous êtes malade. Vous êtes quand même une victime. Et puis vous faites tout pour vous soigner. D'accord rien ne garantit que je continue, mais en tant qu'être humain qui fait tout ce qu'il faut, on m'assomme d'une surprime. C'est démesuré. Ça n'encourage pas les gens à se soigner. C'est injuste. On vous dit que vous pouvez vivre normalement mais on ne vous traite pas comme quelqu'un de normal. » (Entretien 10)

Même si la surprime est estimée raisonnable par Unia et donc ne constitue juridiquement pas selon lui une discrimination, la situation est perçue comme injuste. Dans ce cas, l'homme a pu payer la surprime et donc s'assurer. Or, ce n'est pas le cas de tous. Un autre homme écrit en 2005 qu'on lui a refusé une assurance-vie à cause du VIH alors qu'il est « en bonne santé » :

« Si les gens comme moi continuent à subir pareilles discriminations dans la société, ce serait totalement injuste pour nous refuser une nouvelle chance de vivre! ». (Lettre de 2005)

On voit là l'injustice ressentie face au maintien des « discriminations » alors que les évolutions thérapeutiques ont permis des progrès fulgurants dans la vie avec le VIH. Le fait d'être en « bonne santé », d'avoir une charge virale indétectable et d'être malgré tout sanctionné par les assurances à cause du diagnostic de séropositivité suscite de l'incompréhension. Cette situation crée un double sentiment d'injustice qui peut apparaître comme contradictoire : d'un côté, la personne est exclue alors qu'elle est en « bonne santé » ; d'un autre côté, elle est séropositive ou « malade », mais n'est pas reconnue comme une victime de discrimination. Il y a donc une tension entre la volonté de normalisation et la prise en compte de la vulnérabilité, du point de vue du discriminé. En même temps, les enquêtés s'extraient souvent de leur propre cas, pour généraliser à l'ensemble des PVVIH, comme le montre le passage du « moi » au « nous » de la dernière citation. Si l'injustice est ancrée dans une expérience individuelle et personnelle, elle est contestée au nom de tous et en tant que contraire aux idéaux d'une société juste et démocratique sachant protéger les plus faibles.

Ainsi, quels que soient l'issue du dossier, les recours possibles et les solutions trouvées, la discrimination dans le domaine des assurances laisse toujours ce sentiment d'injustice qui peut susciter de la colère ou de l'abattement. C'est ce que dit un homme à qui plusieurs assurances ont refusé son affiliation en 2010 avant l'octroi d'un prêt social, à cause de son âge et de sa séropositivité :

« L'important pour moi, c'était d'avoir le crédit, de pouvoir acheter la maison. On était mal avec mon épouse, car on nous a refusé le crédit au dernier moment. (...) Mais j'ai très mal vécu ces refus. Moi j'étais abattu. Comment faire à 55 ans? Ma vie n'est pas finie quand même! » (Entretien 1)

Ce cas montre également comment la discrimination peut être combinée, étant ici basée sur l'état de santé et sur l'âge, les deux étant traités de manière indissociable par l'assurance. Quoi qu'il en soit, elle produit le sentiment de ne pouvoir vivre comme les autres et vient s'ajouter à

la difficulté et aux contraintes liées à la vie avec le VIH, notamment celles du traitement quotidien et du suivi médical régulier.

b) Sentiment d'abandon et de trahison

La discrimination suscite également des sentiments d'abandon et de trahison, parce que la personne se sent seule face à l'évènement et parce que ce dernier est souvent déclenché par l'annonce de la séropositivité à quelqu'un estimé digne de confiance et qui trahit cette confiance. Ces sentiments se retrouvent principalement dans les domaines de l'emploi et des relations interpersonnelles.

Plusieurs personnes ayant contacté Unia pour discrimination à l'emploi, généralement suite à un licenciement, font part de la confiance suffisante qu'il avait en leur supérieur pour lui révéler leur séropositivité ; confiance qui s'avérera dramatique au vu de ses conséquences. Les discriminations à l'emploi semblent en effet produire les effets les plus délétères. Une lettre adressée à Unia en 2005, et qui restera sans suite malgré les relances de Unia, montre la gravité d'une situation qui génère un ensemble complexe de sentiments d'injustice, d'abandon, de solitude, de trahison, de honte et de culpabilité :

« Je n'ai jamais pensé que cela pourrait m'arriver. Je ne sais pas ce que je peux faire, mais je sens une telle injustice à mon égard. Pendant 17 ans, je n'ai jamais été au chômage, pas un jour sans travailler, je n'ai jamais été licencié. Jusqu'à jeudi dernier, le 1er décembre, Journée mondiale du sida, je me suis dit que je n'avais plus besoin de me cacher. C'était pas tout à fait inattendu, car deux semaines avant, j'avais confié à mon patron que j'étais séropositif. Je ne m'en rendais pas compte mais depuis j'avais ce sentiment effrayant que j'allais être viré. Ce sentiment n'a fait que grandir, car depuis ce moment, mon patron disait de plus en plus de choses contre moi. Chaque regard qu'il me lançait depuis lors, je le sentais comme un coup de couteau. Je n'ai pas eu la possibilité de lui demander pourquoi, comment, etc. L'entretien s'est rapidement déroulé et j'ai reçu un papier sous mon nez. Je devais le signer, sinon il allait me faire des difficultés pour payer mon indemnité. À l'interne, le message a été diffusé que c'était moi qui avais décidé de partir. Je me suis senti tellement abattu, car je ne pouvais rien faire. J'avais déjà des difficultés à accepter ce monstre dans mon corps, je dois régulièrement aller à l'hôpital, la fatigue. Je ne sais vraiment pas ce que je dois faire. Je trouve ça tellement scandaleux, une entreprise qui fait croire au monde entier qu'elle traite bien son personnel, en particulier mon patron qui m'a convaincu que je pouvais tout lui confier, qu'il m'aiderait si j'avais des problèmes. Je peux à peine dormir, je ressens de la colère, de la honte, de la culpabilité, j'ai parfois envie d'en finir. Lorsque j'ouvre mes yeux, je vois mon patron qui rit, qui se moque de moi. Je dois rester silencieux et me laisser faire? Si je le dis, je risque de perdre encore plus d'amis, de ne plus trouver du travail ; alors que les médecins me coûtent tellement. Qu'est-ce que je dois faire ? Je suis perdu. Ce sont de grandes

entreprises puissantes. J'ai tellement peur que je n'ose pas dire mon nom. Je ne vois pas de solution. Qu'est-ce que je dois faire ? »¹⁰⁹

Cette lettre soulève également un enjeu primordial de la lutte contre les discriminations qui est traversée par un paradoxe que nous avons analysé précédemment (Pezeril, 2011) : les politiques de lutte contre les discriminations tentent d'améliorer l'accès à l'emploi des publics discriminés d'un côté, en leur garantissant le droit au secret médical et au respect de la vie privée, le droit à l'invisibilisation et d'un autre côté, en leur demandant de divulguer leur état de santé, de visibiliser une différence qui plus est stigmatisée. Car pour faire valoir ses droits, il faut expliciter le critère pour lequel la discrimination a eu lieu. Il faut dire sa séropositivité, au risque « *de perdre encore plus d'amis et de ne plus trouver de travail* » comme le craint ce monsieur. Il faut aussi se battre face à des « *grandes entreprises puissantes* » alors que la discrimination vulnérabilise davantage et accroît le sentiment de fragilité et d'impuissance. Les personnes discriminées se retrouvent donc face à un dilemme difficile à résoudre, d'autant qu'elles se sentent seules face à lui, abandonnées par les personnes en qui elles avaient confiance et avec le sentiment de culpabilité de s'être trompé. « *Je n'aurai pas dû* » est une phrase qui revient souvent dans les entretiens. Les personnes regrettent et s'en veulent d'avoir dit leur séropositivité ou de ne pas avoir été assez prudentes pour la masquer (notamment en prenant leur traitement devant des témoins ou en laissant leurs médicaments visibles), ce qui les marque durablement et n'incite pas, loin de là, à la dicibilité du VIH.

Par ailleurs, le sentiment d'abandon et de trahison peut également être très fort quand l'entourage se détourne de la personne. C'est ce qu'explique un homme, dont l'ex-épouse et l'avocat avaient révélé la séropositivité pendant l'audience de divorce :

« Toute la famille de mon ex s'est liée contre moi, sauf son oncle, un frère de sa mère. Mais dès qu'ils l'ont appris, dès qu'ils ont su que j'étais séropo, tous les autres n'ont plus voulu me voir, même sa mère qui m'adorait. Sa maman est décédée en [telle année] et je n'ai pas pu y aller. Même son frère a reçu un mot disant que sa présence n'était pas souhaitée aux funérailles vu qu'il avait gardé des contacts avec moi. Tous m'ont laissé tomber comme une vieille savate. C'était comme une fatwa. J'étais un pestiféré. » (Entretien 9)

La mise à l'écart, l'exclusion de la famille ou d'un groupe d'amis renvoie davantage à la stigmatisation liée au VIH qu'à la discrimination, du moins dans un sens juridique. Ces situations, qui se déroulent dans la vie privée, ne sont en effet pas couvertes par la loi AD (à moins qu'elles se doublent d'un harcèlement comme nous l'avons vu). Elles n'en sont pas moins traumatisantes et particulièrement violentes. Le terme de « *pestiféré* » est d'ailleurs revenu dans

¹⁰⁹ « Ik had nooit gedacht dat dit mij ooit kon overkomen. ik weet niet moen of kan doen, maar ik voel me zo'n onrecht aangedaan. 17 jaar lang heb ik zonder 1 dag werkloos te zijn, gewerkt, nooit heb ik ergens ontslag gekregen. tot vorige donderdag, 1 december, wereldaidsdag, kreeg ik plots te horen dat ik niet langer gewenst was en ik direct mocht vertrekken. niet volledig onverwacht, want 2 weken geleden had ik mn baas toevertrouwd dat ik seropositief ben. het was er uit voor ik het besepte, en liep sindsdien met dat beangstigend gevoel dat ik zou ontslagen worden. dit gevoel werd enkel maar groter, omdat sinds dat moment, mn baas nog amper iets zei tegen me en zelfs geen dag meer zei. iedere blik naar mij vanaf dat moment, voelde als een messteek voor mij. ik heb ook geen kans gekregen om te vragen waarom, hoe, enz, het gesprek was vlug afgelopen en kreeg een papier onder mn neus geduwd, ik moest ondertekenen, als ik het niet zou doen, zou hij moeilijk doen om mn vergoeding te betalen. intern werd de booschap verstuurd dat ik besloten had om op te stappen. ik voel me zo hulpeloos, want ik kan dit uiteraard niet hard maken. ik had het al moeilijk, het aanvaarden van dat monster in mn lichaam, ik moet regelmatig naar het ziekenhuis, de vermoeidheid. ik weet echt niet wat ik moet doen, ik vind het zo schandalig, een bedrijf die naar de buitenwereld doet alsof ze zo goed zijn voor hun personeel, mn baas die me overtuigde dat ik hem alles kon toevertrouwen, dat ze me zouden helpen als ik problemen zou hebben. ik kan nauwelijks slapen, de woede, de schaamte, de schuldgevoelens, soms zou ik me willen kapotmaken, doe ik mn ogen toe dan zie ik mn baas voor me, lachend, spottend. moet ik zwijgen en mij laten doen? moet ik dit aan iedereen vertellen, maar dan weet iedereen dat ik besmet ben, dan raak ik nog meer vrienden kwijt of krijg ik zeker geen werk meer, net nu ik met al die kosten zit van dokters, medicijnen, wat ik ook doe, ik heb altijd verloren, en zij doen maar verder, de machtige grote bedrijven. ik ben zo bang dat ik zelfs niet mn naam durf te zeggen, die ene uitweg is de enige oplossing die ik zie en toch lucht het me niet hoe moet het nu verder met mij?? »

un autre entretien, son étymologie issue de la peste rend compte de l'évitement d'une relation estimée nuisible et polluante, suscitant peur et dégoût. Or cette forte stigmatisation du VIH qui perdure, y compris dans certaines campagnes de prévention elles-mêmes (voir Pezeril, 2011b), entraîne parfois l'incorporation de ce dégoût, l'auto-stigmatisation et des sentiments de honte et de culpabilité.

c) Sentiment de menace et de honte

La particularité de la séropositivité, contrairement à d'autres caractéristiques protégées par la loi comme le sexe ou la couleur de peau, est d'être invisible (du moins la plupart du temps¹¹⁰). Elle peut donc être cachée, tenue secrète afin justement de se protéger des dangers que ferait courir une révélation ou une exposition publique. Le problème est que la personne vit alors avec la menace constante d'être découverte. En plus de gérer le poids lié au maintien du secret, plusieurs personnes vivant avec le VIH doivent également faire face au chantage de la révélation. Cela arrive principalement au sein des relations de couple pendant ou après une rupture, mais aussi parfois pendant la relation.

Un homme a vécu cette situation avec son compagnon qui a menacé de révéler sa séropositivité sur son lieu de travail, déclenchant une bagarre et ensuite sa convocation devant ses supérieurs. Il explique le mécanisme de cette relation :

« C'était du chantage permanent. (...) Après, je me suis rendu compte que c'était un pervers narcissique, je m'en suis rendu compte longtemps après. S'il révélait ce qu'il savait, en fait il perdait son pouvoir. Lui était séronégatif et il l'est resté, pendant toute notre relation. Je lui ai dit le premier jour que j'étais séropo. Il était au courant tout de suite. Mais c'était un malade. Tout ce qu'il faisait était calculé. C'est comme un enfant dans un corps de 40 ans. (...) Son arme absolue c'était ma séropositivité. J'habite en province, c'est petit ici. Ma mère ne sait pas, ça la briserait. Des fois, il partait en criant qu'il allait dire à ma mère, qui habite près de chez moi, que j'avais le sida. Et je devais le rattraper dans la rue. » (Entretien 2)

Suite à l'altercation à son travail, il hésite à le dire à ses collègues.

« J'aurais peut-être dû le faire à ce moment. Mais lui a alors tout fait pour que je n'en parle pas. Si je le disais, il perdait son poids sur moi, le chantage tombait. Mais ma mère n'est pas au courant, mes fils le sont partiellement. À un moment, au début, je ne savais même pas en parler, à qui que ce soit. Et finalement, la seule discrimination au VIH que j'ai vécu, c'est avec le compagnon avec qui j'ai été le plus honnête, à qui je l'ai dit immédiatement. »

À nouveau, la situation n'incite pas à dire son statut sérologique et crée un sentiment partagé entre l'envie d'honnêteté et le besoin de se protéger d'éventuelles réactions négatives. À nouveau, l'évènement a un impact inattendu à plus long terme, dommageable pour le moral et pour la santé :

« Mais après ça, j'ai eu une crise polyarthrite rhumatoïde sévère. J'étais cloué au lit. Trois mois après ça, j'avais tellement été stressé pendant des mois. Ça m'a handicapé pendant longtemps. »

¹¹⁰ Cette opposition doit être relativisée. D'une part, la séropositivité peut, dans une certaine mesure, être visible, si elle entraîne des symptômes physiques (comme la lipodystrophie par exemple). D'autre part, le sexe comme la couleur de peau, ne sont pas toujours visibles de façon évidente et varient selon les contextes (un African-American aux Etats-Unis peut être perçue comme une personne « claire » ou « métisse » en Afrique par exemple). Quant aux trans, le trouble dans le genre qu'ils introduisent est aussi un facteur de stigmatisation et discrimination.

D'autres entretiens révèlent comment la séropositivité peut être utilisée comme élément à charge dans la vie quotidienne, en brandissant soit la menace de la divulgation, soit celle de porter plainte devant la justice. En effet, avec la vague de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH en Europe depuis le milieu des années 2000 et la première condamnation en Belgique en 2011 (Gaissad & Pezeril, 2012 ; Pezeril, 2016), cet enjeu est présent au sein des relations sexuelles et/ou amoureuses. Un homme, qui a été diagnostiqué séropositif en 2011, me raconte la violence de cette menace et comment il a décidé de faire son « deuxième coming-out ». En effet, puisque la séropositivité comme l'homosexualité peut être tenue secrète, « au placard », des mécanismes similaires s'observent tant dans la gestion du secret et de la menace de sa rupture, que dans l'effet libérateur de la révélation.

« Quelqu'un m'a accusé de lui avoir transmis le VIH alors que ses résultats étaient négatifs. C'était quelqu'un de passage à Bruxelles, il avait insisté pour que je le rejoigne au Royaume-Uni. J'y suis allé. C'était l'époque où je préférais prendre mon temps, notamment de lui dire. Il a insisté pour qu'on aille au lit, alors que je ne voulais pas. Bon, j'ai craqué. On a gardé contact. J'y suis retourné et il a insisté pour que je fasse un test. C'est là que j'ai su que j'étais positif au VIH. Il a fait le test de son côté et il était fier de m'annoncer qu'il était clean. Ce qui n'est pas un terme très sympathique. Je lui ai dit et ça a été très violent, très violent. Je trouve pas de terme... Mais il m'a accusé de le rendre malade, de lui mettre une épée de Damoclès au-dessus de la tête, que sa vie était foutue, qu'il allait vivre un stress épouvantable pendant trois mois avant de pouvoir à nouveau peut-être vivre et respirer. Il paniquait complètement, il voulait me dénoncer. Je lui ai dit de ne pas paniquer. Je lui ai dit que je n'avais pas Alzheimer et qu'il n'y avait pas eu d'échange de fluides, que le risque était minime. En plus en étant indétectable... (...) Donc je n'ai pas compris sa réaction. Il m'a dit que j'étais infréquentable alors qu'il pensait que j'étais quelqu'un de bien. Il m'a dit que je l'avais profondément déçu. Bref il a joué la culpabilisation à fond. (...) Donc je peux comprendre qu'on soit réticent à le dire vu la stigmatisation. Mais c'est parfois comme un deuxième coming-out. C'est libérateur. Maintenant je joue la transparence. Je pense que les rapports sont plus vrais. Je suis très content d'avoir joué franc jeu. » (Entretien 11)

L'annonce de la séropositivité et son effet libérateur ne sont toutefois possibles que si la personne n'a pas complètement intégré la dimension stigmatisante liée au VIH et plus particulièrement la honte qu'il peut susciter. L'entretien le plus lourd émotionnellement, entrecoupé par des pleurs, s'est déroulé avec un homme originaire d'Afrique du Nord et qui est en Belgique depuis une quinzaine d'années :

« Avec cette maladie, tu te sens perdu et t'as toujours peur. Chaque fois, je dis que la peur c'est pire que la maladie. Peur de toutes les choses qui arrivent dans la vie, peur de la famille, de Dieu. Je suis musulman et les choses que je vis, c'est interdit. J'ai peur que les amis ou les voisins sachent. (...) J'ai jamais pensé que j'allais être séropositif. Parce que j'avais l'idée que c'est les gens pas honnêtes, pas propres. J'ai peur que les gens disent pareil sur moi, alors que je ne suis pas comme ça. Cette maladie a bouleversé ma vie. (...) Certains disent que c'est une maladie comme les autres. Pour moi c'est le contraire. Même un cancer ou autre, les gens vont te soutenir, t'encourager. Mais cette maladie, même si tu l'as par accident, la plupart des gens attrapent ça par une manière honteuse, interdite par la religion. Le sida, ça veut dire le sexe. On te fait pas confiance. On pense que t'es pas propre, que tu fais n'importe quoi avec n'importe qui. Ils vont pas te laisser parler avec leurs enfants. On te fait pas confiance. » (Entretien 13)

Il se retrouve donc incapable d'en parler, y compris à sa sœur et sa mère qu'il aime tant. Ce secret fait qu'il n'ose plus aller les voir. Progressivement pendant l'entretien, il s'avère que cette honte qu'il ressent est aussi due à son attirance pour les hommes.

« Ma famille est fermée. Pareil avec ma communauté, elle n'aime pas les gens comme ça et ma religion l'interdit. Moi aussi, mon cœur est fâché avec moi-même. J'ai pas accepté ça.

J'ai fait tous mes efforts. Jusqu'à maintenant. J'accepte pas. Je voudrais vivre avec une femme, avoir des enfants. J'adore les enfants. Mais je ne sais pas si je suis une victime coupable. Je comprends rien. J'aime beaucoup ma maman et mes sœurs, mais je ne peux pas leur dire. Si elles l'apprennent, elles vont se fâcher. Chez nous, c'est interdit, c'est la honte. Les gens peuvent pardonner tout, de voler, de mentir, mais quelqu'un comme ça, non. Tu es toujours jugé, tu n'as pas le droit de parler. Tu n'as aucune valeur. Je suis parti de mon pays à cause de ça, mon orientation sexuelle, ma maladie et la pauvreté. »

Même s'il se retrouve en Belgique dans une société qu'il trouve plus tolérante à cet égard, il ne peut se départir de cette honte et de cette culpabilité profondément ancrées : « *Mon cœur est fâché avec moi-même* ». La situation d'extrême précarité dans laquelle il se retrouve, étant « sans-papiers », l'amène à éprouver un sentiment d'anéantissement, que nous aborderons ci-après.

d) L'expérience totale : sentiment de persécution et d'anéantissement

Selon Dubet et ses coauteurs, l'expérience totale de la discrimination survient quand les individus pensent que les discriminations qu'ils subissent envahissent toute leur existence, quand elles concernent toutes les sphères de leur vie, la totalité de leur subjectivité et de leur rapport au monde (2013 : 19). La discrimination devient un principe de compréhension du monde. Tous les événements vécus ne sont intelligibles qu'à travers ce prisme. Ils distinguent trois modalités de cette expérience, en tant que figures extrêmes : la colère (où le récit fonde une résistance et une révolte), l'écrasement et la destruction de soi (le récit est réduit à la souffrance, à la succession d'humiliations et de malheurs) et la réclusion (qui ne donne pas toujours lieu à un récit). Quelle qu'en soit la modalité, l'expérience totale s'approche parfois de la paranoïa, même si les auteurs notent avec justesse que le sentiment qui mine le plus sûrement les individus discriminés n'est pas la paranoïa, mais la peur d'être paranoïaque (2013 : 88). C'est d'ailleurs cette peur qui explique l'incertitude entourant la compréhension de l'événement discriminatoire. Mais dans le cas, très minoritaire, de l'expérience totale, il nous semble que cette incertitude est balayée au profit d'une intime conviction d'une inéluctabilité des discriminations. En un sens, le sentiment de persécution que peuvent générer les discriminations crée une fatalité : la personne a été, est et sera discriminée, fatalité qui semble très difficile à déconstruire puisque tout élément contradictoire ne fait que renforcer ce sentiment (puisque la personne est incomprise, toute négation ou relativisation de la discrimination est vécue comme une injustice supplémentaire).

Dans notre corpus, peu de cas correspondent à cette expérience totale, mais ceux rencontrés renvoient à deux types de situations, assez distincts. Le premier, qui recouvre peu de cas, développe un sentiment de persécution ; tandis que le second, plus répandu, produit un sentiment d'anéantissement.

Il faut relever que les rares cas relevant du premier type n'ont pas pu être entendus en entretien¹¹¹. Nos données sont donc uniquement basées sur les notes des professionnels de première ligne de Unia et les lettres des requérants. Autre élément interpellant : les cas sont exclusivement le fait de femmes de nationalité étrangère. Sans qu'elles établissent de lien avec le sexisme ou le racisme (sauf l'une d'entre elles sur ce point¹¹²), il semble que le cumul de vulnérabilités soit propice à la fragilisation identitaire et au déploiement de ce sentiment de persécution.

¹¹¹ Soit les personnes n'avaient pas laissé leurs coordonnées à Unia, soit elles ont refusé l'entretien.

¹¹² Nous aborderons toutefois ce cas dans la partie VII, chapitre 2, car il souligne de façon emblématique l'imbrication entre sérophobie, racisme et sexisme.

Par exemple, une femme originaire d'Afrique de l'Est contacte Unia, car elle pense avoir été contaminée sciemment par le VIH et soupçonne sa famille. Elle se dit victime d'un complot organisé par un prêtre au pays qui aurait manipulé sa famille. L'un d'entre eux, avec la complicité d'amis, lui aurait inoculé le VIH quand elle était hospitalisée. Elle dit dans sa lettre qu'ils complotent tous contre elle et son fils, alors que c'est grâce à elle que plusieurs membres de la famille ont pu venir en Belgique, qu'elle leur a offert un toit, une éducation, etc. Selon son témoignage, ils auraient même essayé d'attenter à ses jours. Face à cette lettre, Unia estime qu'il n'y a pas discrimination et renvoie la requérante vers l'asbl Ulysse qui traite de santé mentale. Le dossier souligne le délire de persécution, probablement dû au choc de l'annonce de la séropositivité et au fait que cette femme se retrouve isolée en Belgique, invalide, sans travail et avec un enfant à charge.

Un autre cas semble davantage lié aux discriminations vécues et à l'anticipation de futures discriminations. En 2013, une femme d'une quarantaine d'années originaire du Brésil contacte Unia pour avoir des informations concernant la protection des PVVIH en Belgique. En effet, elle n'ose pas chercher du travail de peur que l'employeur l'apprenne et la licencie, comme cela a été le cas au Brésil. Pourtant elle a besoin de revenus puisque l'allocation de remplacement de revenu et l'allocation d'intégration lui ont été refusées. Elle demande l'aide de Unia sur ce point en joignant à son courrier plusieurs lettres de médecins faisant état de divers problèmes de santé (lettres de cardiologue, orthopédiste, ophtalmologue, neurophysiologue, psychiatre et infectiologue). La lettre du psychiatre indique une personnalité « *borderline* » et « *un tableau clinique fluctuant avec des affects dépressifs, caractérisés par la tristesse, l'anxiété, pleurs, ruminations anxieuses, troubles du sommeil, fatigue intense avec difficultés de concentration et de mémoire. (...) Par ailleurs, la patiente est très inquiète par rapport à la stigmatisation et à la prise de médicaments concernant son HIV et toute la problématique que cette pathologie représente.* » Quant à l'infectiologue, il note que « *la patiente se plaint de nombreux problèmes personnels rendant la compliance thérapeutique extrêmement difficile* ». Lors du dernier contact téléphonique avec Unia, elle dit qu'elle a aussi peur pour son fils, qu'elle élève seule, et qui a des problèmes dans son orientation scolaire et que ses autres enfants, restés au pays, lui manquent. Elle semble désespérée par le refus de l'aide de l'État et se dit terrorisée à l'idée de chercher un travail et même de sortir de chez elle. La peur des discriminations et le souvenir douloureux des discriminations subies entraînent donc chez elle un enfermement, une réclusion, avec des conséquences importantes sur son état de santé.

Concernant l'analyse de ce sentiment de persécution, ressenti de manière plus ou moins forte et plus ou moins définitive par les personnes discriminées, il semble que ces cas ne doivent pas s'appréhender comme des cas particuliers, n'exprimant qu'un déséquilibre psychologique individuel, mais qu'ils montrent comment la discrimination et la stigmatisation, sur des sujets vulnérables, peuvent complètement envahir l'individu au point de faire vaciller son équilibre psychique. Probablement que la discrimination n'explique pas à elle seule cet état, tant les situations administratives, socio-économiques et familiales de ces femmes peuvent être précaires et compliquées, en plus des divers « problèmes » de santé ; néanmoins, dans les témoignages des plaignantes, le traitement différentiel dû au VIH est central.

Enfin, le dernier sentiment sur lequel nous voulons nous arrêter, celui d'anéantissement (ou d'incapacitation¹¹³), est peu répandu et surtout circonscrit à une population, les « sans-papiers ». Si derrière ce terme mobilisateur se cachent des situations administratives très différentes, l'un des points communs est de ne pas avoir de droits, ou tellement peu. Le sentiment d'anéantissement accable ceux qui s'estiment sans pouvoir, sans capacité de résistance ou même d'action. Dans ce cas, l'expérience est totale mais les discriminations liées au VIH sont le moindre de leurs problèmes. En cela, le sentiment d'anéantissement est différent

¹¹³ Ce terme est une traduction maladroite du terme anglais *powerless*, qui met l'accent sur l'incapacité à agir, notamment dans un environnement hostile ou discriminatoire.

de celui de persécution, même si certaines personnes peuvent ressentir les deux. Le constat d'une impuissance radicale face aux discriminations et à l'ensemble des barrières à la participation à la vie sociale m'a été simplement raconté par une femme, née dans les années 1960 en Algérie et arrivée en Belgique il y a quelques années :

« Le problème c'est que chaque fois que je veux quelque chose, j'ai pas le droit. J'ai pas le droit de travailler. Je veux faire une formation pour les crèches et les enfants, j'ai pas le droit. Je peux rien faire. Je veux apprendre le néerlandais et l'anglais, j'ai pas le droit. À chaque fois, c'est la même réponse. Donc j'ai pas le choix. Être sans papier, c'est avoir le droit de rien. Ni droit pour travailler, pour étudier, pour rien. C'est très dur. » (Entretien 12)

L'anéantissement n'est donc pas dû au VIH, qui vient se rajouter à l'ensemble des difficultés rencontrées, mais au fait de se retrouver « sans-papiers », soit (dans la grande majorité des cas à Unia) parce que la personne est en attente d'une décision administrative concernant sa régularisation, soit parce qu'elle a reçu une succession de refus de régularisation. Pour cette femme, atteinte de polyarthrite et qui apprend sa séropositivité en arrivant en Belgique, le marché du travail est fermé, alors qu'elle a une formation de technicienne en informatique. Elle ne réussit donc qu'à trouver des jobs de baby-sitting occasionnels, qui ne lui permettent pas de payer un loyer. Quand elle contacte Unia en 2013, c'est pour avoir une liste d'hébergement d'urgence. Elle loge chez une amie qui l'aide beaucoup, mais quand je lui demande si elle peut compter sur sa famille et son mari, elle me répond :

« J'ai pas vraiment de lien avec la famille, car j'ai eu des problèmes avec mon mari. J'évite de les contacter... Il me frappait. Quand je me suis séparée, j'ai pris la décision de partir. Il cherche mon adresse, où je suis. Mais je ne veux pas qu'il me trouve. Alors je les contacte pas. On a été marié pendant plus de 10 ans. On n'a pas eu d'enfant. Là-bas, si une femme n'a pas d'enfant, elle a des problèmes. J'ai eu des problèmes avec lui, avec ma famille. Les dernières années, j'étais stressée. J'ai tout laissé là-bas. C'est ma copine qui m'a aidée pour le billet pour arriver ici. Elle a vu la situation, car elle connaissait mon mari. Son mari et elle le connaissaient. Donc elle m'a aidée. » (entretien 12)

Elle fuit donc les violences conjugales probablement occasionnées parce qu'elle n'a pas eu d'enfant (étant considérée comme seule responsable) et ne peut pas reprendre contact avec sa famille de peur que son mari ne la retrouve. Depuis qu'elle est arrivée en Belgique, elle a également eu des problèmes pour accéder à l'aide médicale urgente et donc aux traitements anti-VIH. Elle balaye le sujet rapidement en disant « *Maintenant j'essaye de vivre avec mes douleurs* », principalement liées à l'arthrite. Quand elle contacte le Centre/ Unia pour la première fois, elle indique qu'elle attend la décision du 9ter et demande au Centre s'il peut se renseigner. Ce dernier appelle l'OE pour savoir où en est son dossier : il est en attente de l'avis du médecin de contrôle. Elle ne recontactera ensuite pas le Centre. Et son dossier n'a pas été régularisé.

Une autre personne, également sans-papiers, se retrouve complètement démunie. L'homme est arrivé en Belgique en 2001, s'est marié avec une femme belge mais plusieurs années après, le mariage est estimé « blanc » et sa carte de résident lui est retirée. En 2012, il obtient une régularisation sur base du 9ter, qui ne sera pas renouvelée, il introduit alors un recours et réussit à obtenir des cartes successives de 1 ou 3 mois. Depuis quelques mois, il est à nouveau « sans-papiers ».

« Le pire c'est que tu vis comme ça, sans salaire, sans revenu. Le matin, il faut sortir, il faut se battre pour trouver de quoi manger. Tu oublies tes problèmes de santé mais tu as toujours la peur. (...) C'est pas possible d'être sans revenu en plus d'être malade. On reçoit les médicaments dans une main et dans l'autre, on a une assiette vide. Comment on fait alors que les médicaments font mal au ventre ? » (Entretien 13)

Malgré cela, il est inconcevable pour lui de rentrer au pays : « *C'est comme si j'étais au Paradis et on te dit que tu dois retourner en Enfer* ». Les problèmes d'accès au traitement dans son pays, conjugué au fort stigmatisme lié au VIH et à l'homosexualité, font que l'essentiel pour lui est d'obtenir des papiers en Belgique, quitte à aggraver son état de santé :

« Quand on a peur, on fait des choses bizarres. J'ai fait tous mes efforts pour chercher une autre maladie, l'hépatite ou autre. Pour alourdir mon dossier, pour avoir mes papiers. (...) Si j'étais légal, ça va bien, je n'ai pas d'autres problèmes. Le pire c'est que t'es illégal et que c'est une maladie honteuse alors que la famille a tout fait pour que tu sois ici. Et toi tu vas retourner au pays avec les mêmes problèmes et en plus ta maladie ! C'est grave. »

L'expérience totale est donc davantage liée à l'absence de papiers et à ses implications très concrètes qu'au VIH. Parfois, ce dernier est noyé dans l'ensemble des épreuves de la vie, parfois il vient alourdir un peu plus le fardeau. Dans tous les cas, le fait de ne pouvoir travailler et donc de ne pas avoir de revenus rend le quotidien extrêmement pénible, que ce soit pour la nourriture ou pour le logement, amenant les individus à se débattre entre sentiment d'anéantissement et volonté de lutter et de ne pas fléchir. Nous allons essayer maintenant de saisir les ressources et les stratégies mises en œuvre pour tenter de contrer ces différents sentiments mortifères.

2) RESSOURCES ET STRATÉGIES FACE AUX DISCRIMINATIONS

La discrimination est une épreuve dont il importe de se protéger « pour échapper au double piège de la haine et de la victimisation afin de rester maître du jeu » (Dubet & al, 2013 : 112). Notre enquête a montré que les individus ont surtout peur que la discrimination se reproduise. En un sens, la discrimination existe au-delà des faits, comme une éventualité latente, toujours là, dont la réactivation est perpétuellement menaçante. Les discriminés vont dès lors déployer une palette de stratégies pour ne pas être détruits par la colère, le ressentiment, la haine ou le mépris de soi. L'essentiel est d'être traité comme des personnes, singulières et toutes différentes, mais aussi d'être traité dans l'indifférence due à toutes les personnes. On retrouve cette tension dans notre enquête où la demande de normalisation (être traité comme « une personne normale ») se conjugue à une demande d'attention à la différence, de reconnaissance de la vulnérabilité liée au VIH. Dans ce chapitre, nous reprendrons les « arts de la lutte et de l'esquive » analysés par Dubet et ses collègues afin de comprendre les stratégies mises en place (et explicitées comme telles) par les personnes ayant contacté Unia pour une discrimination liée au VIH, puis nous analyserons les ressources dont les personnes disposent.

A. Arts de la lutte

Signalons d'emblée que les personnes qui constituent notre corpus sont toutes inscrites dans une stratégie de lutte dans la mesure où, à la suite d'une discrimination supposée, elles ont réagi en contactant Unia afin de s'informer et/ou de dénoncer la situation et le préjudice vécus. Toutefois, les entretiens font apparaître d'autres stratégies, plus ou moins conscientes, mises en œuvre dans d'autres situations potentiellement discriminatoires et pour lesquelles les personnes n'ont pas toujours contacté Unia. Ainsi les personnes combinent souvent différentes stratégies en fonction de la situation et de la personne ou de ceux qui les discriminent.

a) La lutte (individuelle et collective)

Si la lutte peut être individuelle ou collective, les dossiers rendent compte presque exclusivement du premier mode. Seul un dossier est le fait d'un collectif et les requérants s'appuient assez peu sur une association ou un groupement collectif pour leurs démarches.

Dans la lutte, les individus doivent assumer, si ce n'est afficher le trait identitaire stigmatisé. Selon Dubet, au sein de l'éventail des arts de la lutte contre la discrimination, les individus peuvent plaisanter, tenter d'expliquer à celui qui les discrimine (informer et former ; volonté de détruire les stéréotypes par le raisonnement), s'expliquer (demander une explication, les véritables intentions du discriminant), s'affirmer et revendiquer son stigmate. Nous ajouterons que les individus peuvent aussi décider de dénoncer et de porter plainte, extrayant par là même la lutte d'une confrontation en face à face pour instaurer une triangulation, un avis externe qui tranchera le différend. La dénonciation est aussi souvent motivée par le désir d'informer et de former l'autre. Très fréquemment, l'action de Unia se borne à envoyer des informations rappelant les lois et l'importance de la non-discrimination.

Les individus contestent également le point de vue de l'autre, en utilisant des arguments rationnels et/ou en renvoyant le discriminant à sa bêtise. L'utilisation d'arguments rationnels, attestés par des professionnels, est souvent utilisée pour contrer les décisions des assurances d'une part, en prouvant sa « bonne santé » par des certificats médicaux et d'autre part, en fournissant parfois des références d'articles scientifiques montrant l'allongement de l'espérance de vie des PVVIH. Face au refus du discriminant de prendre en compte ces arguments, la personne peut aussi finir par le tourner en ridicule et se moquer de lui. Par exemple, un homme qui a contacté Unia à cause d'une discrimination opérée par une agence matrimoniale dit :

« Cette agence matrimoniale propose surtout des filles de l'Est. C'est de la prostitution déguisée. Quand j'ai dit ma séropositivité, ils ont augmenté leurs tarifs ! Alors, je leur ai demandé s'ils avaient un certificat médical de leurs filles. Ils ne savaient pas quoi répondre. Franchement en 2014, avoir peur de quelqu'un qui a le sida, c'est ridicule ! » (Entretien 6)

Il réussira d'ailleurs à négocier une baisse de tarifs, en prenant le temps d'expliquer l'inefficacité et l'injustice de leur décision.

La lutte ne se restreint toutefois pas aux réactions individuelles. Quand la séropositivité est assumée, l'individu est plus enclin à entrer dans une lutte collective. Les stratégies de lutte collective vont de la militance associative à la participation à un groupe de parole et parfois à la formulation d'une plainte groupée. La seule plainte collective a été déposée par un collectif, Warning Bruxelles, non pas pour dénoncer un cas individuel, mais pour alerter Unia d'une discrimination courante, celle du refus ou du report de soins dentaires, et pour connaître la législation belge à cet égard.

b) Le retournement

La stratégie du retournement du stigmate est une stratégie connue, qui passe par la mobilisation du stigmate par le stigmatisé lui-même qui s'approprie des termes infamants (tels que *Nigger* ou *Queer* aux États-Unis). Cette stratégie s'inscrit généralement dans un mouvement collectif de lutte et de revendications. Ici nous voudrions revenir sur le processus par lequel la discrimination peut être construite comme une ressource au niveau individuel. S'ils sont peu nombreux à l'appréhender comme telle, certains individus décrivent à quel point la discrimination réelle ou ressentie les a « grandis » et les a « rendus plus forts » (Dubet, 2013 : 108). Les épreuves peuvent renforcer la confiance en soi et l'identité stigmatisée en vient non seulement à être revendiquée, mais à fonder un équilibre identitaire. Écoutons ce que dit l'un d'entre eux :

« Vous savez, aujourd'hui, si je devais être séronégatif, je serais perdu. C'est une balance qui me permet de garder mon équilibre. C'est ce qui me donne une force, comme une assurance-vie. Ça me rend plus fort et pas plus vulnérable. » (Entretien 6)

Ces propos peuvent paraître surprenants tant l'individu a complètement renversé le stigmate : la séropositivité devient une force et même une « assurance-vie ». Peu réussissent cependant à opérer un tel retournement. Néanmoins ils sont plusieurs à dire d'abord que la séropositivité, bien qu'étant difficile à accepter au départ, leur permet finalement de relativiser les autres épreuves ou drames de la vie. En outre, certains expliquent qu'après avoir expérimenté des rejets dans leur vie affective ou sexuelle, après l'annonce de leur séropositivité, ils sont devenus plus exigeants, plus sélectifs quant au choix de leur partenaire et ont appris à savoir sur qui ils peuvent compter. Ainsi la discrimination dit des choses des relations sociales, de ce que l'on peut en attendre ou pas. En ce sens, elle permet d'acquérir un certain savoir sur les autres et sur soi-même. Elle permet d'apprendre à mieux se protéger des futures autres discriminations. Pour la majorité, la protection passe par l'esquive, et en premier lieu par le silence.

B. Arts de l'esquive

Comme le note Dubet, l'esquive n'est pas un renoncement, c'est une stratégie qui exige également des capacités complexes. Il s'agit ici d'éviter la confrontation soit à la discrimination soit à ses effets les plus délétères. Plusieurs stratégies sont observables, mais la plus fréquente chez les PVVIH, et de loin, reste celle du silence.

a) Le silence

Nous avons déjà vu que le silence n'empêche pas la personne d'être toujours potentiellement stigmatisable et discriminable et donc de vivre avec un sentiment de menace permanente. Comme le note Eribon à propos de la question gay, contrairement à la rhétorique héroïque de « l'affirmation fière » très présente dans les médias américains, il n'existe pas de *coming-out* fondateur qui ferait définitivement sortir du placard (Eribon, 1999). C'est à chaque nouvelle rencontre, à chaque nouvelle situation professionnelle que la question se pose de savoir si « on ne dit pas » afin d'être tranquille mais au risque de rester en retrait et de se brider, ou bien si on prend le parti de « dire » afin de se libérer d'un poids, au risque d'être rejeté ou de provoquer des réactions hostiles. De plus, l'exposition ne conduit pas nécessairement à la discrimination et peut receler de « bonnes surprises », comme les cas où l'employeur propose un aménagement des conditions de travail ou conseille au travailleur de dénoncer la discrimination à Unia¹¹⁴. Mais la question du silence ou de la divulgation du statut sérologique est rarement une question réglée une fois pour toutes et se repose à chaque nouvelle rencontre. La majorité des personnes contactées lors de cette enquête disent qu'ils n'ont pas connu d'autres discriminations liées au VIH parce qu'ils n'en avaient pas parlé.

« C'est la seule fois où j'ai été discriminée parce que je n'en parle pas. C'est le problème. On n'ose pas en parler. On n'ose pas aller aux conférences. J'aimerais y aller mais j'ai peur que d'autres me reconnaissent et donc soient au courant. On évite de se créer des problèmes. Je ne peux pas en parler publiquement, à part à quelques copines. » (Entretien 3)

« Non je n'ai pas connu d'autres discriminations. Enfin, si j'en parle à quelqu'un, oui. Mais j'évite d'en parler, même à mes proches. Sinon les gens sont réticents. Mon compagnon, je lui en ai parlé. Au départ, c'était difficile. Alors, on est allé à Elisa ensemble, il a posé ses questions, on lui a expliqué et cela l'a rassuré. Aujourd'hui ça se passe bien. Mais je n'en parle pas à d'autres personnes. Je suis du milieu africain. J'en connais d'autres qui sont malades mais on n'en parle pas. Parce que ça fait des commérages. On a peur que les gens parlent sur nous. J'avais peur d'être réduite à ça. » (Entretien 8)

¹¹⁴ Voir le cas expliqué dans la partie IV où l'ancien compagnon avait envoyé un mail pour révéler la séropositivité à l'employeur.

Le silence est donc une stratégie qui permet d'éviter les discriminations et le risque de réduction à cette identité stigmatisée. Il explique également pourquoi plusieurs PVVIH ne peuvent pas aller dans les associations. D'autres expliquent qu'ils ne veulent pas car : « *Le VIH prend assez de place dans ma vie, je ne vais pas en plus aller en parler dans des associations* ». En cela, la stratégie du silence se conjugue à une stratégie du confinement maximum du VIH. Les individus tentent de faire en sorte que le VIH soit confiné à des moments précis (prendre ses médicaments, aller chez le médecin) sans qu'il ne déborde sur le reste de la vie quotidienne. Comme le note Verger (2015 : 23) : « *Ne pas dire peut aussi permettre d'entretenir une intimité, qui (...) permet de préserver un espace psychique et limiter les vécus de dévoilement ou d'intrusion* ».

Enfin, le silence sur la séropositivité peut parfois devenir une dissimulation active. Pour certains le désir de normalité et de conformité est tel qu'ils préfèrent, dans des situations où le risque de révélation du stigmate est grand, opter pour une « fausse révélation », arguer par exemple d'être atteint d'un cancer ou d'une autre pathologie. Cette stratégie permet non seulement de préserver le secret, mais aussi de se faire reconnaître comme malade et donc vulnérable sans avoir à porter le poids du stigmate lié au VIH.

Ces stratégies du silence ou de la dissimulation peuvent toutefois être pesantes pour les individus. En plus du risque incessant d'être démasqués, ils doivent gérer la solitude liée à ce silence et le poids moral d'être « au placard ». Il existe également un risque ultime, selon Goffman, quand le faux-semblant « *envahit tous les domaines de l'existence, laissant un être secret connu du seul simulateur* » (1975 : 99), quand l'individu disparaît derrière ses masques.

b) L'apprentissage

De façon inattendue, les entretiens rendent compte d'un apprentissage des discriminations, d'un temps nécessaire pour apprendre à mieux les gérer soit en s'en détachant, soit en les relativisant, soit en les invisibilisant, soit encore en les rationalisant. De la même façon que Becker (1985) analysait la carrière du déviant, il nous semble intéressant d'envisager la **carrière du discriminé**. En effet, il faut apprendre à faire face, dans la mesure du possible, à la discrimination : à l'identifier, à la nommer, à décider d'y réagir et savoir comment. L'important est de réussir à s'en préserver. Ces mécanismes ne sont toutefois pas définitifs et une personne bien aguerrie peut se voir bouleversée par une discrimination qu'elle n'avait pas anticipée ou qui la touche particulièrement à un moment de sa vie. Mais plusieurs individus tentent de les anticiper et d'en amoindrir progressivement les effets. Ils disent d'ailleurs que c'était difficile au début, après le diagnostic, d'être confrontés à ces réactions, mais que « *maintenant ça va* ».

La première stratégie est donc celle du détachement, qui est présentée comme une stratégie d'adaptation salubre.

« *Je n'ai pas vécu d'autres discriminations. Avec le temps, on a une carapace qui est solide. Au début ça touche et après on ne le voit plus.* » (Entretien 1)

Le déroulement de l'entretien montrera qu'il a vécu d'autres discriminations mais que précisément, il a appris à ne plus les voir, ne plus les appréhender comme telles, les mettre de côté afin de s'en préserver.

Une autre stratégie qui est proche de celle-ci peut être celle de la banalisation. À nouveau, « avec le temps », la discrimination apparaît comme une conduite ordinaire ; non pas normale et justifiable, mais incontournable et banale. La *carrière du discriminé* aboutit ainsi à une indifférence aux discriminations. Comme le notent Dubet, Cousin, Macédoine et Rui (2013 : 91), l'indifférence n'est pas toujours un déni, c'est la construction d'un parti pris, d'une volonté

d'ignorer et de se tenir à l'écart, une sorte d'ascèse. Puisque le doute est permis concernant l'interprétation de l'évènement discriminatoire, l'individu retient l'hypothèse la moins blessante, à savoir qu'il n'a pas été discriminé :

« J'ai peut-être vécu d'autres discriminations sans être au courant. Quand j'ai un rhume au boulot, certains me disent "Oh, c'est bizarre, vous avez un rhume pendant 15 jours" ! J'ai l'impression que... Les gens savent que je suis homo, que j'aime voyager, certains doivent se dire... Mais je n'y prête pas attention. En fait, c'est pas seulement le VIH, c'est l'homosexualité aussi. Je ne m'en cache pas, depuis 15 ans, mes fils sont au courant, ma mère aussi. Ça ne plaît pas qu'on soit épanoui, heureux et qu'on ne s'en cache pas. Certains n'aiment pas. C'est de la jalousie peut-être ! (rires) » (Entretien 2).

Ainsi, ce requérant ne voit plus les potentielles discriminations, il n'y « prête pas attention ». Et si certaines personnes le discriminent peut-être, ce n'est pas du fait du VIH ou de son homosexualité, mais par jalousie face à son épanouissement et son bonheur.

Dans ce processus de banalisation, certains développent une stratégie de rationalisation des discriminations. Ces dernières, ou du moins certaines d'entre elles, deviennent justifiables ou compréhensibles. Dans le champ du VIH, les individus expliquent la discrimination par la peur et les méconnaissances, dont la responsabilité n'est pas toujours attribuée au discriminant.

« Après j'ai connu des discriminations dans le cadre privé mais ce n'est pas protégé par la loi. J'ai connu des garçons qui se sont éloignés quand je leur disais. Mais c'est leur droit. On ne peut pas demander de se justifier. C'est arrivé 2-3 fois, plutôt avec des gens que je connaissais depuis peu. » (Entretien 5)

Le requérant admet que des partenaires peuvent ne pas vouloir de relation sexuelle avec lui du fait de sa séropositivité (probablement par peur de la transmission) et il ne contacte pas Unia vu que les discriminations dans un cadre privé ne rentrent pas dans le cadre de la loi. Cette stratégie permet également de dé-singulariser l'expérience : ce n'est pas la personne qui est visée, elle n'est pas discriminée car elle est dévalorisée ou stigmatisée. Elle est discriminée car le VIH est transmissible par voie sexuelle. Rien à voir avec son identité. Si cette rationalisation peut sembler évidente, elle est toutefois assez rarement mise en œuvre ou du moins explicitée dans les entretiens.

Enfin, le dernier élément qui montre un apprentissage des discriminations est la stratégie de la relativisation. Les individus relativisent leur propre cas en se comparant à d'autres, qui ont des trajectoires estimées plus tragiques, plus heurtées. À plusieurs reprises lors des entretiens, quand je demandais s'ils avaient vécu d'autres discriminations, les personnes répondaient par la négative pour ensuite donner l'exemple de quelqu'un qu'elles connaissaient et qui avait vécu une situation discriminatoire terrible, du moins pire que la leur. Un autre, sans se référer particulièrement à quelqu'un d'autre, se dit « chanceux » d'être aussi bien accepté par ceux qui l'entourent :

« Je ne le crie pas sur tous les toits. À part les proches, et encore on évite de le dire. Ma compagne est au courant, mes parents, ma belle-mère. À part ça, il y a aussi un oncle et un cousin. C'est la garde rapprochée. Je n'ai eu aucun problème avec eux, aucun traitement particulier. Aucune attention particulière. Je me considère comme chanceux. Mais c'est sûr que si je clamaïs haut et fort ma séropositivité, ma vie serait autrement plus compliquée. » (Entretien 10)

Il a donc conjugué, comme beaucoup, une stratégie du silence dans la majorité de ses relations sociales et une divulgation à des personnes de confiance, triées sur le volet, la « garde rapprochée ». Le fait qu'elles n'ont pas mis en place de « traitement particulier » renforce son besoin de normalité qui est essentiel dans les stratégies de l'esquive et lui permet donc de se considérer comme chanceux, comparativement aux autres.

c) La dissociation

Enfin la dernière stratégie à relever dans notre corpus, qui ne concerne toutefois qu'une seule personne, est celle de la dissociation. Pour Dubet, la menace au cœur de l'expérience de discrimination est le risque de se percevoir du point de vue de l'autre et de ne pas se reconnaître soi-même. Le risque d'être totalement défini par l'autre, assigné à une identité, peut être terriblement destructeur, comme pour la femme dont l'entourage l'appelle « sida » ou « VIH » ; elle a disparu sous l'assignation, elle est réduite à ce marqueur réel ou fictif. Par ce mécanisme, les personnes sont perçues comme différentes et, dans le même temps, elles sont vues comme semblables à tous les membres de leur groupe d'appartenance supposé. Ainsi l'un des moyens de contrer cette assignation est d'incriminer le groupe auquel le discriminé est censé appartenir, de dénoncer ou critiquer certains de ces comportements qui participeraient de leur « mauvaise réputation ». Goffman le relevait déjà : « *Il est aussi impossible d'épouser son groupe que de s'en séparer* » (1975 : 129).

Dans cette enquête, un requérant tente de se dissocier drastiquement des autres PVVIH, d'abord sur la base du fait qu'il n'appartient pas aux publics cibles les plus touchés par l'épidémie (les gays et les migrants originaires d'Afrique subsaharienne) et ensuite en dénonçant leur attitude estimée irresponsable soit parce qu'ils ne disent pas leur séropositivité, soit parce qu'ils n'utilisent pas systématiquement de préservatif (selon lui).

« Moi je suis naïf, je le dis à tout le monde. Je leur dis de faire attention, que ça peut s'attraper en une fois. Plus jeune, je voulais trouver une femme avec qui faire toute ma vie. Puis j'ai commencé à voir des demoiselles. Je me suis alors juré d'aller voir 100 prostituées avant de trouver ma femme. C'est là que j'ai rencontré la copine qui me l'a filé. Les Africaines n'ont pas peur de le refiler, elles s'en foutent de refiler le sida aux gens. [sic] (...) Aussi il faut dire que les personnes infectées ne sont pas des criminels. Je ne passerai pas à la TV pour dire ça, y'a que les sodomites qui font ça et qu'on voit. [sic] Mais il faut des campagnes qui disent que tous ceux qui ont le sida ne le transmettent pas. » (Entretien 6)

Ses propos montrent aussi que le racisme et l'homophobie peuvent autant être le fait des personnes discriminées que les autres. Étant un homme blanc hétérosexuel, il tient à montrer qu'il n'agit pas comme les autres (ou comme il pense qu'ils agissent) et même s'il reste invisible (il ne passe pas à la TV), il soutient que son comportement est irréprochable mais pâtit de celui des autres membres d'un groupe auquel il ne veut pas appartenir.

A contrario, la grande majorité des personnes rencontrées se sentent solidaires des autres PVVIH et des discriminations qu'elles peuvent subir. Même si elles ne s'impliquent pas concrètement dans un groupe ou une association, elles décrivent souvent leur démarche de contact à Unia comme un moyen de protéger les autres PVVIH des discriminations. Par contre, si les personnes de notre corpus luttent, elles ne luttent pas toujours ni dans toutes les situations. Les stratégies que nous avons présentées sont inégalement réparties et activées selon les situations. Ici se situe probablement la capacité la plus importante pour contrer les effets discriminatoires : celle d'apprendre à savoir quand lutter et quand esquiver, à quel moment et face à qui. Le dosage entre les différentes stratégies dépend de la *carrière du discriminé*, de son apprentissage de la lutte et des discriminations, des circonstances et de ses interlocuteurs. Ces « arts de la lutte et de l'esquive » présupposent aussi une capacité d'action, que certains n'ont plus et qui, envahis par le sentiment d'anéantissement, l'extrême fatigue ou le découragement, se referment complètement ou tombent parfois dans un état qui relève de la psychiatrie, les protégeant aussi de la dure réalité. Les stratégies présentées ici ne doivent donc pas s'interpréter comme des choix libres et effectués consciemment au sein d'un champ étendu des possibles ; elles sont la plupart du temps des tactiques non réfléchies et imposées par la

situation ou, du moins, conditionnées par les règles du jeu propres à l'interaction et les capitaux respectifs des acteurs en présence.

C. Capitaux détenus

« *Le stigmat est entièrement dépendant du pouvoir social, économique et politique* » (Link & Phelan, 2001 : 375). En effet, le stigmat et la discrimination s'inscrivent dans des relations de pouvoir, et ce à plusieurs niveaux. D'une part, la probabilité d'être discriminé est beaucoup plus forte quand le rapport de force est institué (employeur/employé, assureur/assuré, etc.) et quand le discriminé est dans une situation de vulnérabilité, de précarité et/ou de pauvreté. D'autre part, la capacité de résistance à la discrimination est aussi fonction des capitaux dont dispose le discriminé : son capital économique bien sûr (revenus et patrimoine), son capital social (réseaux de relations sociales), symbolique (rayonnement, autorité et reconnaissance liés à sa position sociale), et culturel (niveau scolaire, biens culturels, *habitus*)¹¹⁵. Par exemple dans notre enquête, un homme dont le compagnon a menacé de révéler sa séropositivité sur son lieu de travail, explique comment il a réussi à contrer la discrimination :

« *Bon, j'avais 30 ans de carrière derrière moi, j'ai chargé sur les problèmes psy de mon ami. Je n'ai pas été sanctionné. Mais si j'avais été ouvrier, ça aurait probablement changé les choses. Mais je connaissais des gens, je tutoie tout le monde au collègue.* » (Entretien 2)

Sa position privilégiée (due à sa position hiérarchique et son ancienneté), soit son capital social et symbolique sur son lieu de travail, lui permet donc d'éviter une sanction. Les personnes interrogées peuvent ainsi être très lucides quant aux inégalités existantes face aux possibilités de contrer ou de résister aux discriminations, qui sont conditionnées par les rapports sociaux des acteurs en présence.

A contrario, des cas montrent que la précarité socio-économique rend plus vulnérables aux discriminations, c'est-à-dire plus susceptibles d'y être confronté et d'en subir les conséquences néfastes. Dans certains dossiers, des personnes demandent de l'aide à Unia comme un dernier recours avant la « faillite » ou même la « mort », car ils ont épuisé les voies réglementaires et ne sont plus en mesure de payer leurs frais liés aux soins de santé (qui ne se résument pas à la prise de traitement antirétroviraux). En plus des « sans-papiers », des personnes se retrouvent dans une situation d'extrême précarité, notamment ceux étant en invalidité ou en incapacité de travail, et si elles ne trouvent pas d'aide dans leur entourage, la situation peut rapidement devenir ingérable, non seulement au niveau économique (logement, nourriture, etc.) mais aussi sur le plan de la santé. L'environnement anxiogène accroît la fragilisation du système immunitaire (beaucoup de dossiers font état d'une remontée de la charge virale suite à la discrimination) et semble propice à la survenue d'autres pathologies (états dépressifs, comorbidités, etc.) ; bien que ce lien mériterait d'être investigué davantage.

- L'un d'eux contacte Unia en 2006 et demande de l'assistance pour plusieurs « difficultés financières » : la mutuelle vient de refuser de l'assurer pour les « petits risques » en tant qu'indépendant, ses indemnités de licenciement qu'il aurait dû percevoir suite à un procès l'année précédente (pas d'autre détail dans le dossier) ne lui ont pas été versées et son médecin de référence refuse de lui transmettre son dossier médical (alors qu'il veut changer de médecin). L'ensemble de ces « difficultés » compromet son suivi médical et l'accès au traitement. Le dossier inclut la lettre de réponse de Unia qui se déclare incompétent, expliquant l'impossibilité d'agir avec la loi antidiscrimination pour la réparation du non-accès à la mutuelle et qui renvoie vers l'avocat et le bâtonnier pour le paiement des indemnités et vers le médiateur fédéral pour le droit des patients et la loi

¹¹⁵ Voir Bourdieu Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Editions de Minuit, Paris, 1979.

sur les droits des patients pour l'accès au dossier médical. La loi sur l'accessibilité des assurances et des mutuelles n'est toujours pas passée en 2006 et la situation d'indépendant ne plaide pas en sa faveur.

- Autre cas la même année, en 2006, d'un homme ancien bûcheron, en « désinsertion professionnelle due à l'alcool », qui contacte Unia suite non pas à un refus, mais à 8 refus nets successifs d'assurance, sans même proposition de surprime. Le dossier médical du Monsieur joint dans le dossier est lourd, il est noté « handicapé, épileptique, VIH, hypertension essentielle, état anxio-dépressif ». En plus de son traitement antirétroviral (qu'il ne semble toutefois pas suivre régulièrement), il consomme des antidépresseurs. En outre, il ne perçoit aucun revenu. Même Unia semble fataliste dans sa réponse :

« Par rapport à votre situation personnelle, il serait utile que votre médecin ait un contact direct avec le médecin-conseil de l'assurance afin de défendre votre dossier sur un plan individuel et de minimiser le risque à prendre en compte, si tel est son avis, car, au vu des éléments que vous avez bien voulu nous transmettre, le risque pourrait être considéré comme trop élevé ou difficilement calculable » (Lettre du 08/02/2007)

- Le dernier cas est différent, il s'agit d'un homme dont ce n'est pas l'état de santé qui le discrimine principalement mais la fortune, pour reprendre le terme de la loi belge, ou plutôt l'absence ou le défaut de fortune. L'homme est en procédure de règlement de dettes et vit avec les allocations d'invalidité quand il contacte Unia en 2012, car on lui a refusé le remboursement d'un traitement antirétroviral. Selon son mail envoyé à Unia :

« Suite à ma maladie en phase terminale du sida en stade C3, j'ai demandé un règlement collectif de dettes en 2007. L'interniste VIH a confirmé par écrit ma maladie "à un stade avancé du sida". Les conseillers de la dette ont introduit au début de mai 2011, sur leur propre initiative, une demande d'absolution collective des dettes, ce qui a été refusé par la première cour. Mon avocat a fait appel, même cela a été rejeté aujourd'hui. Mon médecin a confirmé par écrit que j'ai un pronostic de vie courte. J'ai été reconnu invalide à 100% et par l'INAMI et par le SPF handicapés. J'ai reçu la reconnaissance médicale du SPF handicapés et le droit à l'allocation d'intégration, mais mon handicap dépasse de plusieurs centaines d'euros la limite de cet avantage financier. (...) En 2008, j'ai dû subir une intervention chirurgicale d'urgence pour les effets secondaires élevés des ARV. Je n'ai pas eu la permission du médiateur. Mon médecin n'est pas d'accord et est toujours là pour moi. Mon médecin s'est porté caution pour moi personnellement. Après la chirurgie, je suis passé informer les conseillers de la dette et ils m'ont contesté devant les tribunaux parce que je n'avais pas respecté la procédure. Le tribunal a été d'accord avec moi. L'opération a été partiellement remboursée et le reste par la [compagnie d'assurance] pour reconnaissance d'une "maladie grave". J'ai participé à une étude européenne d'un nouveau médicament pour 14 mois avec un résultat positif. L'étude est maintenant à sa fin. Ce médicament n'est pas autorisé en Belgique (pas de classement), mais parce que j'avais un résultat très positif, l'entreprise se prépare à me fournir le médicament (payant). La mutuelle intervient dans les consultations, mais ne peut pas être impliquée dans le remboursement des traitements, car il n'y a aucune nomenclature. Les conseillers de la dette ne sont pas prêts à payer pour cette intervention. Mes amis ont payé les frais médicaux pour que je reste "vivant". En outre, je ne peux pas faire de "dette" supplémentaire. Les décisions de la cour et du médiateur mèneront à ma mort prématurée. J'ai donc l'intention d'aller aux médias avec le soutien de mon avocat. Avant que je fasse cela, j'aimerais savoir quelle est votre opinion à ce sujet. »

Selon son témoignage, il ne peut donc continuer le traitement ARV qui lui convient dans la mesure où il n'est pas encore homologué et lui avait été donné dans le cadre d'un protocole de

recherche, et qu'il ne peut l'assumer seul financièrement. Cette situation incite donc à être attentifs aux conditions proposées aux participants à des essais cliniques pendant et après le protocole de recherche, qui devraient veiller à la possibilité de poursuite du traitement si celui-ci se révèle efficace.

Au-delà de cet aspect, cette plainte amène aussi à envisager l'extrême précarité des situations dans lesquelles se retrouvent les personnes reconnues officiellement comme invalides ou handicapées et qui doivent vivre avec une allocation minimale (inférieure au revenu minimum) octroyée par l'État. Si l'allocation est leur seule source de revenus et s'ils (et plus souvent elles) ont des enfants ou des personnes à charge, s'ils n'ont pas d'aide dans leur entourage et donc ni capital économique ni capital social, la situation peut vite devenir ingérable. Bien que le droit belge reconnaisse le critère de « fortune », il est très peu mobilisé dans la mesure où ces discriminations sont le plus souvent considérées comme rationnelles et donc justifiables. La prise en compte de la précarité économique n'est donc pas encore d'actualité dans les politiques antidiscriminatoires. Pourtant, elle nourrit et aggrave les discriminations et aboutit non seulement à des différences de traitement, mais aussi à la mise en péril de la santé. En effet, pour les PVVIH, la précarité économique et la situation de santé s'aggravent mutuellement puisque vivre avec le VIH coûte et ne plus pouvoir payer son traitement (ou le surplus non remboursé ou encore les autres soins) entraîne un risque de détérioration de l'état de santé.

3) IMPACT DE L'ITINÉRAIRE INSTITUTIONNEL

L'itinéraire institutionnel rend compte de différentes interactions entre le discriminé et les institutions chargées de combattre les discriminations. Plusieurs institutions peuvent jouer ce rôle : la police, la justice et les organisations chargées de recevoir les plaintes pour discrimination. Cette enquête ne pourra pas retracer l'ensemble de cet itinéraire puisqu'elle se concentre sur les plaintes reçues à Unia. Selon l'enquête similaire de Barcik et ses collègues (2012 : 136-137), cet itinéraire peut se décomposer en trois moments forts :

1. le fait biographique relatif à une expérience de la situation de discrimination ; qui est soit un fait concret et ponctuel qui déclenche une réaction (la réception d'une réponse négative, d'un refus, ou d'une non-réponse), soit la persistance ou la dégradation d'une situation qui, à un moment donné, devient insupportable.
2. la transformation du fait biographique en fait social quand il devient un objet d'échange, de comparaison, d'interrogation avec l'entourage.
3. la recherche d'interlocuteurs compétents, fiables et légitimes pour intervenir.

Le lien entre la discrimination et sa dénonciation n'est donc ni linéaire ni systématique.

Le temps entre le fait biographique et le contact avec des institutions est très variable : certains contactent Unia le jour même, d'autres le font plusieurs mois, voire plus d'un an après. Dans quelles circonstances les personnes font-elles la démarche de contacter Unia ? Et quels sont les impacts de cet itinéraire sur les discriminés, sur leur parcours biographique autant que leur subjectivité ? Nous allons voir dans un premier temps les motivations et les attentes qu'ils expriment quant à leur décision initiale de contacter Unia, puis les effets à court et long terme de cet itinéraire, en matière d'issue de la plainte et de satisfaction.

A. Prise de contact avec Unia : motivations et attentes

a) Quand contacter Unia (ou pas) ?

Nous savons qu'il existe de nombreux freins à la plainte et au recours au droit. Comme le notent Dubet et ses collègues, la capacité à porter plainte est extrêmement faible « non parce que les individus ignorent qu'ils sont victimes, mais parce que le processus même de la plainte est objectivement et subjectivement très lourd » (2013 : 281). Plusieurs filtres apparaissent entre

d'une part, l'expérience d'une discrimination et la constitution d'une plainte et d'autre part, entre la plainte et le procès, rendant *in fine* le recours au droit très complexe et peu accessible. Les auteurs relèvent un ensemble de freins au suivi de la plainte : l'action demande de l'énergie, du temps et de l'argent, avec l'incertitude de son issue et le risque d'exposer sa vie privée, d'être seul dans cette épreuve et même d'être perçu comme responsable de la discrimination. Les freins ont également des ressorts plus intimes liés au doute sur la justesse de sa cause et à la difficulté de se positionner comme victime, ce qui pousse vers une attitude paradoxale consistant à dénoncer les injustices mais à refuser d'endosser le statut de victime. De plus, les individus prennent le risque de se voir accusés d'utiliser la discrimination comme justification à leur incapacité ; aboutissant à un retournement de la faute contre eux-mêmes.

Dans notre enquête, il est intéressant de voir quand les requérants ont décidé de contacter Unia et quand ils ne l'ont pas fait. Le premier élément qui ressort très clairement de la décision de prendre contact est la perception de l'efficacité de la démarche. Soit les requérants doutent de leur expérience (est-ce une discrimination ?) et de la loi (est-elle couverte par la loi ?) et contactent alors Unia pour avoir son avis, appréhendé comme compétent et légitime sur la question ; soit ils anticipent une recevabilité de leur demande parce qu'ils pensent avoir été confrontés à une discrimination au sens législatif et donc pouvoir bénéficier de la protection de la loi grâce à l'action de Unia. Dans tous les cas, les requérants font la démarche s'ils l'estiment « utile », s'ils présument d'une possibilité de clarification, d'intervention ou de réparation.

En second lieu, les requérants ont, de façon générale, une bonne connaissance de la loi et de ses limites. Dans les entretiens, nombreux sont ceux qui soulignent des discriminations dans la vie privée, pour ajouter qu'elles ne sont pas couvertes par la loi et donc qu'ils n'ont pas contacté Unia à cet égard. L'un me dit avec un certain humour :

« Je suis homosexuel et il y a beaucoup de discriminations par rapport au VIH dans le milieu. Les gens ont peur, ils font comme si ça n'existait pas, ils préfèrent ne pas fréquenter de séropo. Ça isole assez fort. Alors qu'aujourd'hui, je vis bien avec, je n'ai pas de problème de santé. Mais les réactions de rejet, quand les gens ne veulent même pas vous parler... C'est compliqué pour les relations amoureuses. Je ne suis pas en couple et je crois que ça joue beaucoup au niveau sentimental. Mais que voulez-vous faire ? Je ne vais pas appeler le Centre parce que machin veut pas baiser avec moi ! » (Entretien 4)

Les requérants savent donc quand contacter le Centre/ Unia et ils ne le font pas pour toutes les discriminations subies. Au-delà de la vie privée, il semblerait que la propension à contacter Unia soit fonction du discriminant, à savoir s'il est le représentant d'une institution ou non. Ainsi la plainte dépend du profil du discriminant et du domaine de la discrimination : si le discriminant agit au nom de l'institution qu'il représente (entreprise, hôpital, police, CPAS, Ambassade, etc.) et que la discrimination potentielle concerne l'emploi et l'accès à des biens et services accessibles au public, la discrimination a plus de chances de faire l'objet d'une plainte. En plus de la perception de la loi et des domaines et types de discrimination qu'elle couvre, ceci s'explique également, si l'on suit Barcik (2012 : 143), par une plus forte violence symbolique quand la discrimination se déroule dans le cadre de la sphère publique et/ou par le truchement d'une personne investie d'une autorité morale ou d'une responsabilité publique.

Enfin, les requérants contactent Unia pour les discriminations qui ont entraîné une situation « désespérée » ou qui n'ont pas abouti à une solution acceptable. Le sentiment d'incompétence ou d'impuissance pousse les personnes à rechercher de l'aide dans la mesure où elles n'ont pas réussi seules à faire face et à obtenir justice suite à des événements qui les révoltent ou les questionnent. Toutefois, elles le font si le prix à payer n'est pas trop élevé. Cela peut être le cas dans l'environnement de travail si la personne est toujours à son poste. Par exemple, un homme qui a contacté Unia à cause de la surprime d'une assurance solde restant-dû, raconte une autre discrimination vécue, dans le domaine de l'emploi et qui lui paraît scandaleuse (deux éléments

qui auraient pu l'amener à porter plainte), mais pour laquelle il ne voulait pas prendre le risque de la dénonciation :

« Je travaille pour les institutions européennes comme expert. Au moment de signer, on vous engage mais ils ont mis une réserve de 5 ans à cause du VIH. Tous mes frais médicaux sont pris en charge mais si je décède pendant ces 5 ans, ma famille n'est pas couverte pour les obsèques. Je trouve ça très grave. Je n'ai pas contacté le Centre, car j'ai toujours travaillé dans les institutions européennes, comme auxiliaire, contractuel. J'avais besoin de stabiliser ma famille, de garder mon emploi. Mais j'ai trouvé ça un peu gros. Et puis, tout ça est fort opaque. Le médecin c'est un expert ou un fonctionnaire ? On n'a pas les mêmes droits et devoirs que les autres. Alors qu'ils devraient seulement se concentrer sur le fait qu'on est apte ou pas au travail. Cette réserve ne devrait pas rentrer en ligne de compte. » (Entretien 10)

Ainsi la nécessité de préserver son emploi l'a dissuadé de contacter Unia et de dénoncer cette discrimination. Il est fort probable que les discriminations dans l'emploi, dans la mesure où elles ne se soldent pas par un licenciement, restent en effet largement sous-déclarées aux vues des risques liés à une plainte. La motivation vient généralement du licenciement, qui fait que le discriminé n'a « plus rien à perdre » en portant plainte.

b) Avec quelles attentes ?

Quand les personnes décident de contacter Unia, quelles attentes ont-elles à son égard ? Un premier élément de réponse est fourni par les données encodées par Unia lui-même. Comme nous l'avons mentionné dans la partie III (figure 7), Unia distingue différents types de signalement selon la démarche du requérant : demande d'information, demande d'assistance ou signalement simple. Pour notre corpus de 2003 à 2014, près de la moitié (44%) contactent Unia avec une demande d'assistance, plus d'un tiers (35%) avec une demande d'information et 18% pour uniquement signaler un fait. L'analyse des dossiers montre que cette distinction est plus complexe et qu'elle est susceptible d'évoluer à mesure de l'itinéraire institutionnel. Plusieurs cas de figure sont observés : de nombreuses demandes d'assistance sont rapidement abandonnées, généralement suite au premier contact (soit parce que Unia informe que ce n'est pas une discrimination ou qu'elle n'est pas couverte par la loi ou encore que le requérant ne dispose pas de suffisamment de preuves, soit parce que le requérant interrompt les contacts sans donner d'explication) et, a contrario, des demandes d'information, voire des « signalements simples » (mais cela est plus rare), se transforment en demandes d'assistance, si Unia confirme la discrimination et les moyens de lutter contre.

Les attentes sont donc diverses et mouvantes, Unia ayant plusieurs « rôles » puisqu'il peut être vu comme pourvoyeur d'information (« avoir un avis »), comme réceptacle d'une plainte (« dire et être écouté ») ou encore comme allié ou dernier recours (« être aidé »). Dans son *Rapport annuel Discrimination/ Diversité* de 2011 (p. 69-70), Unia tente de dégager les attentes des personnes à son égard en relevant quatre objectifs qui président à la prise de contact par les requérants :

- Unia comme point de contact (les citoyens écrivent leur colère, leur indignation, voire leur angoisse)
- Unia comme centre d'expertise (les citoyens demandent d'analyser des faits à la lumière de la législation, d'en connaître les réactions possibles ou souhaitables)
- Unia comme médiateur juridique (les citoyens demandent d'intenter des actions en justice ou de les soutenir)
- Unia comme autorité morale (les citoyens demandent à Unia de prononcer une condamnation morale publique des faits ou des déclarations incriminées, en publiant un communiqué de presse ou en formulant des recommandations).

En complément à cette analyse et en se plaçant davantage du point de vue du requérant, et non de l'institution, il nous semble que nous pouvons également dégager quatre types d'attente et de demande des requérants à l'égard de Unia. Cette typologie est en partie congruente avec celle de Unia, surtout les trois premiers types de demandes ; même si la dernière (la demande de réparation) va bien au-delà d'une demande d'une autorité morale se prononçant par le biais de communiqués de presse, et exige des prises de position concrètes sur les cas individuels amenés à Unia. La typologie proposée ci-dessous forme une pyramide des demandes, la première concernant presque la totalité des dossiers et les suivantes venant éventuellement s'y ajouter.

● Demande d'objectivation

Cette demande est centrale dans l'itinéraire institutionnel et apparaît tant dans les dossiers classés comme demande d'information, d'assistance ou de signalement simple. Dans la mesure où la discrimination est souvent marquée par l'incertitude, le requérant a d'abord besoin d'un avis informé et extérieur sur une situation qui le dépasse partiellement et qui l'envahit émotionnellement. Il demande donc à Unia de statuer sur les faits décrits et éventuellement de valider l'hypothèse d'une discrimination. L'enjeu est de réduire l'écart d'interprétation de la norme (De quoi s'agit-il ? Ai-je raison ?) et les déséquilibres d'ordre cognitif, normatif ou pratique qu'il entraîne. Le rapport à Unia est alors principalement un rapport d'expertise, où les compétences juridiques sont valorisées (même si les conclusions restent parfois contestables selon les requérants). Quand je demande si l'intervention de Unia a correspondu à ses attentes, l'un d'eux répond :

« Oui cela a correspondu à mes attentes. J'ai été bien accueilli, bien pris en charge. On m'a rappelé. Les interlocuteurs que j'ai eu, c'étaient des juristes, ils connaissaient bien le dossier. Mais bon la surprime reste la surprime. Et ils l'ont justifiée uniquement par rapport au VIH, ce qui me semble malgré tout démesuré. » (Entretien 10)

Plusieurs entretiens soulignent la compétence des travailleurs de première ligne de Unia, leur maîtrise de la loi et de certains dossiers spécifiques. Malgré cela, les requérants peuvent continuer à contester l'issue de leur dossier, non pas à cause de l'interprétation ou du travail de Unia, mais du fait de la loi elle-même et de son application.

● Demande d'écoute et besoin d'explicitation

Très liée à la demande d'objectivation, la demande d'écoute et d'explicitation est également très présente dans les dossiers et entretiens et équivaut à la fonction de « point de contact » de Unia. La personne discriminée (ou supposée telle) a besoin de dire les choses, de « déposer son fardeau », d'explicitier le choc ou le préjudice. Dans cette démarche, qui est évidente dans les cas de « signalement simple », le requérant demande à son interlocuteur une écoute attentive et empathique.

« J'ai contacté le Centre pour avoir des conseils juridiques sur ce qui est légal ou pas. Ils ont répondu à mes questions, on a eu plusieurs échanges. C'était pas vraiment une séance juridique, j'ai un avocat aussi. C'était au moins un réconfort. Quelqu'un s'est occupé de mon cas, m'a écouté. » (Entretien 7)

Quel que soit l'avis formulé par le Centre/ Unia et l'issue du dossier, le simple fait d'échanger et d'être écouté permet de lutter contre le sentiment d'abandon et de solitude. Selon l'enquête dirigée par Barcik en France (2012 : 83), le fait que quelqu'un soit obligé de se pencher sur la requête d'une personne et de lui répondre, même si la réponse n'est pas favorable, est déjà une stratégie en soi, intéressante et valorisante pour le requérant. L'aspect apaisant de la parole, du récit, sa capacité thérapeutique et le fait que quelqu'un en face ait écouté ce récit et répondu aux questions qu'il soulève sont des composants importants de l'itinéraire institutionnel.

« Répondre (quel que soit le contenu) constitue en soi un premier traitement des discriminations » (Barcik & al., 2012 : 111). Les auteurs estiment, et nous sommes en accord avec eux sur ce point, que les institutions témoignent d'une grande capacité d'écoute. Ainsi, il est probable que les réclamants se satisfont de cette première attention car nombreux sont ceux qui ne donnent pas de suite. En effet, on constate dans les dossiers un très fort taux d'abandon ou une rupture de contact après le premier échange. Nous pouvons donc supposer que les demandes d'objectivation et d'écoute soient les principales attentes des requérants, qu'ils soient ensuite satisfaits ou frustrés, comme nous allons le voir, par le contenu de la réponse de Unia. Quant aux personnes qui contactent Unia non pas suite à une discrimination, mais parce qu'elles anticipent une discrimination, les échanges s'arrêtent bien évidemment si l'anticipation s'avère infondée, comme dans le cas de cet homme :

« J'ai bien aimé le contact avec le Centre. La personne était vraiment en écoute active, totalement disponible, empathique. Elle était aussi professionnelle : elle savait quoi faire, elle m'a dit de ne pas m'alarmer, d'attendre la décision du médecin du travail. Si ça avait été négatif et insuffisamment justifié, j'aurais pu reprendre contact avec eux, pour voir s'il y avait matière à déposer plainte. Je les ai tenus au courant de la suite. » (Entretien 11)

● Demande de reconnaissance et d'aide

La demande de reconnaissance de la discrimination et du préjudice qu'elle a occasionné est observable dans une petite majorité des dossiers. Sur ce point, Unia est avant tout perçue comme une autorité morale et une instance juridique, avant d'être concrètement un médiateur dans le processus de plainte. L'important pour les requérants est que le fait discriminant soit reconnu, avant même de passer devant la justice. Quand ils demandent de l'aide ou une assistance pour régler la situation, il semble que le résultat minimal escompté soit la reconnaissance par Unia de la discrimination vécue et de son interdiction par la loi, sans que le mécanisme à l'origine de la discrimination soit mis à mal et sans que la personne obtienne réparation du préjudice (et donc sans que le discriminant soit sanctionné). En outre, l'important pour le requérant est alors de trouver une solution à son problème, qui ne passe pas nécessairement par la réparation du préjudice subi :

« Je suis contente par rapport au Centre. Ils m'ont donné de bons conseils. Ils m'ont dit que la banque ne pouvait pas me refuser, que c'était une discrimination. Comme je devais aller vite, le conseil du Centre, comme de l'hôpital, était de changer de banque. Ils m'ont dit lesquelles pouvaient accepter. [Telle banque] est connue pour faire des problèmes. Mais j'ai trouvé une autre solution, j'ai fait un crédit à ma famille. J'ai donc pu acheter mon appartement. » (Entretien 3)

Dans ce cas, le Centre/ Unia a pu aider non seulement en reconnaissant la discrimination, mais aussi en fournissant des pistes de solution, en l'occurrence ici une liste de banques connues pour être moins discriminantes à l'égard des PVVIH. Cette demande d'aide dans la recherche de solutions, non pas sur le plan du traitement d'une discrimination passée, mais celui de pistes de résolutions d'un éventail de « problèmes », se retrouve dans d'autres dossiers, notamment ceux liés aux demandes de régularisation. Dans ces cas, Unia fonctionne presque comme un centre de soutien ou d'assistance sociale, donnant des conseils et des contacts pour l'accès au logement, la recherche d'emploi, etc. En ce sens, Unia n'intervient pas seulement sur les discriminations, mais sur l'ensemble des difficultés d'insertion sociale.

● Demande de réparation

La demande de réparation fait suite à la demande de reconnaissance et peut opérer à deux niveaux : la réparation du préjudice individuel subi et la réparation d'une injustice. Dans le

premier cas, la réparation est personnelle et matérielle et possible grâce à une médiation ou une action en justice, par laquelle le requérant obtiendrait gain de cause. Dans le second, la réparation est symbolique et collective, elle fait suite à une demande de justice sociale, sans que le requérant ne sache toujours comment concrètement y arriver. Les demandes de réparation personnelle sont finalement assez rares et, comme nous l'avons déjà indiqué, beaucoup disent contacter Unia pour que cela ne se reproduise plus, pour que les discriminations s'arrêtent. À nouveau, la demande de réparation contrariée entraîne beaucoup d'insatisfaction dans le chef des requérants et les amène à s'interroger sur l'effectivité de la lutte contre les discriminations. L'un d'eux explique que l'intervention de Unia n'a pas correspondu à ses attentes :

« Non, car ils ne savaient rien faire. Je ne sais pas vraiment ce qu'est l'égalité des chances. Ils m'ont écouté, oui, ils m'ont écouté pour la bonne forme. Mais ça n'a réglé aucun problème. Je me suis débrouillé tout seul et j'ai réussi. (...) Les services du Centre n'ont rien su faire. Moi j'étais abattu. (...) Je me suis battu moi-même, tout seul, et j'ai trouvé une banque. » (Entretien 1)

Le fait que le Centre/ Unia n'intervienne pas renforce d'une part, le sentiment de solitude face à la discrimination et d'autre part, le questionnement quant à « l'égalité des chances » telle qu'elle est promue dans notre société et que Unia est censé défendre. En saisissant Unia, les individus cherchent ainsi la validation des normes qui prohibent la discrimination et tentent de participer à la construction d'une société plus juste.

L'enquête de Barcik et ses collègues confirme cette attente. En effet, les itinéraires institutionnels correspondent à la demande d'objectivation publique d'une situation privée et peuvent également être analysés comme des actions d'interpellation des autorités publiques, de type critique sociale (on pointe du doigt le non-respect de normes inscrites dans les textes). Selon eux, les individus qui portent plainte pour discrimination veulent participer au changement normatif et à la réaffirmation des cadres de non-discrimination comme référence de la vie en société. La recherche d'une réparation symbolique (qui s'ajoute à la demande de reconnaissance ou justement comble son manque) s'identifie dans les demandes dans la mesure où les plaignants ne savent généralement pas quoi demander, sauf à dénoncer les faits et situations (2012 : 80). Le plus souvent, aucune demande de réparation n'est explicitement formulée et le requérant demande juste à l'institution de faire cesser cette situation. Pour ces auteurs, cette posture¹¹⁶ « conduit à reconnaître la légitimité des institutions contactées et circonscrit l'action des victimes au témoignage, à l'expression des émotions, de l'indignation, du refus, mais aucune proposition, aucun projet de société n'est articulé. On souhaite que les choses s'arrêtent, que les institutions compétentes fassent leur travail. À elles d'opérer la transition et de réguler la vie de la cité. » (2012 : 98)

Les attentes par rapport à Unia sont donc diverses et dépassent parfois ses compétences et la gestion concrète d'un dossier individuel. Nous allons voir à présent que la déception des requérants est d'autant plus forte quand une demande de justice sociale est formulée. À travers les échanges avec Unia, les individus découvrent l'impuissance des institutions à apporter une réponse plus sociale et politique au-delà du traitement d'un dossier individuel et en viennent à douter de leurs capacités à contribuer à l'éradication, à la diminution et à la prévention des discriminations.

¹¹⁶ En fait, les auteurs notent une tension avec une autre posture, où les citoyens sont porteurs d'expériences, veulent faire évoluer l'action contre la discrimination et donc font de la politique. Cette posture, bien que pouvant apparaître dans les dossiers, est toutefois très minoritaire.

B. Rapports avec Unia : satisfaction et frustration

En ce qui concerne la satisfaction des rapports entretenus avec Unia et de leurs impacts sur l'itinéraire institutionnel, les requérants expriment des avis très contrastés. Au-delà de cette diversité, le lien avec les attentes de départ est très fort. Ainsi, dans les cas de demande d'objectivation et d'écoute, la plupart des interviewés disent leur satisfaction. Par contre, dans les cas de demande de reconnaissance et de réparation, les requérants se disent déçus et frustrés du manque d'intervention.

Dans la mesure où nous avons déjà fait part de leur satisfaction concernant les deux premiers types de demandes, nous allons nous concentrer ici sur trois enjeux importants qui expliquent en partie la frustration ressentie : la question des preuves, les compétences de Unia et la critique politique.

a) La question des preuves

Tout d'abord, les requérants font part de leur déception ou même de leur incompréhension face aux demandes de preuve et à l'exigence du dossier avant de pouvoir le présenter à la justice. Eberhard (2010) et d'autres ont déjà souligné la difficulté de la preuve d'une discrimination. Ces critiques ont amené les législateurs à introduire un « partage de la preuve », c'est-à-dire que la personne s'estimant discriminée doit apporter des éléments probants et la partie adverse doit prouver qu'il n'y a pas eu discrimination. Pourtant, bien que le requérant ne doive plus apporter des preuves de discrimination, il doit toujours fournir des « éléments probants » tels que des preuves écrites, des témoignages de personnes tierces, etc., pour que sa plainte soit prise en compte par la justice (et avant cela par Unia lui-même). Dans cette logique, Unia a, *a priori*, une posture de méfiance à l'égard du récit du requérant, qu'il doit vérifier par un ensemble de questions. Il n'échappe donc pas au soupçon et à la crainte d'être manipulé par le requérant. Ce jeu de questions-réponses peut être très mal vécu par le requérant, qui se sent mis en doute par l'institution et dérouter par l'exigence des preuves, surtout si cela se termine par le retrait de Unia. Le cas qui exprime le mieux cette frustration et cette colère est celui de l'homme licencié suite à l'annonce de sa séropositivité, qui avait alors perdu son logement et s'était retrouvé pendant deux ans chez sa mère en dépression :

« J'étais dégoûté de la justice, du monde du travail. Personne ne m'a aidé. J'ai envoyé une plainte sur le site du Centre pour l'égalité des chances, j'ai déposé plainte à la police. Mais personne ne m'a aidé. Le Centre, j'ai eu des contacts par mail, ils m'ont demandé plus de détails, puis une entrevue à Bruxelles. Je suis venu, ils m'ont écouté mais ils n'ont pas retenu le dossier par manque de preuve. À la police, ça a été classé sans suite. Et je paye toujours les frais d'avocat. Suite à la plainte à la police, le tribunal a saisi l'affaire, ils ont fait une enquête pendant longtemps. Ça a aussi été classé sans suite faute de preuves, alors que j'avais des témoignages de collègues et de clients, la date du dépistage aussi et mon licenciement 3 semaines après. C'est impossible de donner des preuves irréfutables ou alors il faut tout filmer ! » (Entretien 4)

La difficulté, voire l'impossibilité, de collecter des preuves suffisantes au regard du Centre/ Unia et de la police laisse un goût amer à cet homme. L'effet va au-delà d'une frustration dans son cas, il en sort « *dégoûté de la justice et du monde du travail* » et avec un fort sentiment de solitude. L'effet délétère de la discrimination est donc renforcé par l'effet de l'itinéraire institutionnel. Les « victimes » de discrimination se retrouvent souvent seules pour constituer leur dossier, apporter les pièces manquantes à leur déclaration, recueillir des témoignages, répondre aux questions, etc. De ce point de vue, la plainte est un véritable « parcours du combattant » et il n'est pas étonnant que les abandons ne soient pas rares. L'ensemble du parcours dépend aussi de la force et de la position de la victime, de sa capacité à mobiliser des experts, à entendre les conseils, à décrire sa situation, etc. En ce sens, l'institution, en opérant

une sélection des dossiers, sur des bases assez peu objectivées (du moins tel que cela ressort des dossiers), peut créer chez les requérants eux-mêmes le sentiment d'être discriminés par l'institution dont l'objectif principal est de lutter contre les discriminations. « *La limite paradoxale de l'action de ces institutions est de renforcer le sentiment qu'il n'y a pas de droits* » (Barcik & al., 2012 : 49).

b) Les compétences de Unia et leurs limites

En outre, les frustrations viennent aussi des attentes des requérants qui vont parfois au-delà des compétences de Unia. L'un d'entre eux le dit explicitement :

« J'ai appelé le Centre l'après-midi même de l'incident. De mémoire, ils m'ont dit qu'il fallait faire intervenir la police. J'ai trouvé le Centre pas très proactif. Ils m'ont passé un coup de téléphone pour avoir des nouvelles une semaine après. Cette semaine était tellement difficile pour moi (...) Par rapport au Centre, sans savoir leurs possibilités, je pense qu'ils devraient être plus en soutien. Ils auraient dû demander à rencontrer mon compagnon et faire pression sur lui pour lui dire que cela ne se fait pas. » (Entretien 2)

Dans les cas de menace, de harcèlement ou d'insultes, les requérants formulent en effet la demande d'une intervention immédiate et directement adressée au discriminant potentiel ; ce que le Centre/ Unia n'est pas en mesure de faire au nom de la présomption d'innocence. À nouveau, il peut envoyer un courrier au représentant d'une institution, mais plus difficilement à une personne privée ; d'autant plus quand les faits reprochés relèvent des relations privées interpersonnelles et ne sont pas encore prouvés.

Dans l'ensemble des dossiers de 2003 à 2014, nous avons trouvé plusieurs mécompréhensions des compétences de Unia et/ou de la loi AD. Tout d'abord, dans les premières années, les personnes s'étonnent de l'absence de rétroactivité de la loi : si les faits se sont passés avant la mise en vigueur de la loi de 2003, les discriminations ne sont pas condamnables. De plus, plusieurs problèmes ont été rencontrés suite au décalage entre les lois fédérales et leur traduction au niveau régional et communautaire (dont les décrets datent de 2008 et ne reprennent pas tous les mêmes critères et dispositions, voir partie II). Enfin les requérants sont parfois étonnés des domaines non couverts par loi AD ou des critères pour lesquels Unia n'est pas compétent (critères de la langue et du sexe ou du genre) ou encore du manque de prise en compte des discriminations multiples ou intersectionnelles (sur lesquelles nous reviendrons dans le dernier chapitre). Sur cette question, les lois migratoires entrent parfois en contradiction avec les lois AD sans que le Centre/ Unia ne puisse intervenir.

« Je suis venu parce que j'étais discriminée par rapport à la maladie et par rapport aux papiers. Ils m'ont dit : "Y'a rien pour moi". Ils m'ont donné des adresses pour aller à un centre. J'y suis pas allé. Je suis resté avec des amis. La personne était gentille, mais je sais pas... Je suis un peu déçu par le Centre, car je pensais qu'ils allaient m'aider. Et puis ma copine m'a dit : "Reste avec moi. On va voir ce qu'on peut faire". Elle m'a amené au CPAS. Elle m'a fait acheter le traitement. C'est elle qui m'a aidée. » (Entretien 12)

Les étrangers qui ne sont pas régularisés sont souvent déçus par le Centre/ Unia qui, même si l'accueil est perçu positivement, n'a pas les moyens d'influer sur le dossier de régularisation, ni de faire face à l'ensemble des problèmes rencontrés au quotidien. Comme le note Barcik, les individus discriminés se retrouvent isolés non seulement parce que les faits discriminants les isolent socialement, mais parce qu'ils se trouvent face à une grande machine institutionnelle (2012 : 32).

c) La critique politique : un manque de proactivité ?

Dernier élément reproché à Unia, son manque d'interventionnisme et de proactivité. Souvent, Unia renvoie le dossier à un partenaire ou une institution considérée comme étant à même de mieux gérer le cas ou la négociation. Si Unia ne s'estime pas compétent ou pour d'autres raisons non explicitées, il met en lien le requérant avec une association (par exemple l'association qui travaille avec les prisons dans le cas de l'homme incarcéré demandant de l'aide) ou avec une personne estimée plus compétente dans un domaine précis ou à même d'intervenir plus efficacement (l'ombudsman, un avocat ou autre). Là Unia a davantage un rôle de mise en lien, de relais entre les citoyens et les institutions ou les défenseurs des droits. Par exemple, un homme ayant contacté Unia, car l'avocat de son épouse avait révélé sa séropositivité et tenté de l'utiliser comme argument à charge lors d'un procès, répond ceci quand je lui demande la réaction de Unia :

« Ils ont trouvé la patate chaude. Ils ont laissé tomber. Ils m'ont fait comprendre qu'ils ne voulaient pas s'en mêler. J'avais espéré qu'ils réagissent mais il n'y a eu aucune intervention. » (Entretien 9)

Unia a simplement conseillé au requérant de contacter le bâtonnier afin de s'informer des recours possibles ; ce que fera le requérant en vain (il se « trompe » de bâtonnier en contactant le bâtonnier francophone et non néerlandophone qui gèrait son cas et donc il obtiendra une fin de non-recevoir). Au regard des requérants, le relais vers une autre personne est perçu comme un moyen pour Unia de se « débarrasser » d'un dossier pour lequel il ne sait quoi faire et qu'il pourra alors clôturer.

Enfin, les déceptions sont fortes quand le traitement de la demande ne conduit pas à la reconnaissance du bien-fondé des réclamations. L'expérience est alors doublement négative puisque la déception se greffe sur l'expérience discriminatoire. C'est alors l'Etat qui devient l'objet de la critique, amenant une position fataliste quant à l'idée de la possibilité d'une société juste et équitable. Cette « critique politique » est due aux importantes attentes en termes de justice sociale, qui vont bien au-delà du seuil de compétence et du champ d'intervention de Unia. En disant la discrimination, en la signalant à Unia, les requérants veulent agir sur les normes sociales au-delà de leur cas personnel. Ainsi, quand Unia ne répond pas à cette attente (et ne peut de toute façon y répondre que partiellement), la discrimination et l'itinéraire institutionnel qui s'ensuit sont appréhendés comme un tout participant à l'érosion de la confiance que les citoyens ont envers le respect des lois. Les dégâts que cause la contradiction entre les idéaux affichés d'égalité et de non-discrimination et la réalité des phénomènes (et de leur non-condamnation) paraissent encore plus dramatiques socialement et plus difficiles à traiter. Comme en concluent Barcik et ses collègues, *« pour que le processus de réparation puisse être enclenché, il faut que les victimes de discrimination et leur entourage puissent croire que l'épreuve qu'ils viennent de traverser, serait enfermée dans sa singularité, que les actes à l'origine de la discrimination soient condamnés socialement et restent "une négative exception". Notre étude montre qu'à la sortie de leur parcours institutionnel, cette confiance manque aujourd'hui : les victimes sont résignées, ne croient plus en la justice. La longue lutte pour le respect de leurs droits est devenue un véritable calvaire qui a fini par détruire moralement certains, laisser un goût amer à d'autres. »* (2012 : 166)

Si notre enquête confirme ce sentiment, partagé par ceux dont la discrimination n'a pas été reconnue (ne serait-ce qu'informellement par un travailleur de Unia), elle nous montre également l'importance de songer à cette demande de justice sociale et aux moyens d'y répondre, tant la perception d'une inefficacité de la lutte contre les discriminations ne fait finalement qu'aggraver le sentiment discriminatoire et ses effets destructeurs.

C. Une incitation au non-recours au droit ?

Le dernier élément concernant l'itinéraire institutionnel est celui de son impact au niveau du saisissement, ou non, de la justice. Force est de constater qu'il n'y a pas en Belgique de jurisprudence liée à la discrimination dans le champ du VIH/sida. Ainsi, le traitement des discriminations interne à Unia échappe au débat public, à la médiatisation et à une possible réparation du tort subi grâce aux décisions des tribunaux. Quelle est l'action de Unia dans ce manque de recours au droit ? Peut-on estimer que sa politique participe de cette incitation à ne pas recourir au droit et à sa mise en œuvre ?

La question est complexe. D'un côté, Unia ne tient ses missions que grâce à la loi AD et ses actions principales sont d'informer et de sensibiliser les citoyens à la loi. En ce sens, Unia participe à une meilleure connaissance et appropriation de la loi par les citoyens, à la judiciarisation du vocabulaire et des façons d'appréhender les relations sociales quotidiennes (notamment par la vulgarisation de la notion de discrimination). D'un autre côté, l'un des effets des contacts avec Unia est de décourager le requérant à avoir recours au droit et ce de différentes manières : priorisation des négociations et des médiations, problème de faisabilité (pas une discrimination au sens juridique, manque de preuves) ou de motivation (information sur l'ensemble de la procédure à suivre qui peut décourager), etc. Ainsi, bien que la personne contacte Unia en se disant motivée et prête à aller en justice, elle en ressort généralement sans avoir cette intention. Finalement, l'usage qui est fait du droit rend compte de pratiques qui en compromettent l'efficacité.

Cette tendance a déjà été relevée par divers auteurs. Sara Ahmed (2007), concernant les politiques de lutte contre les discriminations raciales dans les universités britanniques, parle de « *politique de la documentation* » pour souligner que le fait de produire un document d'information en vient à remplacer le fait d'agir et de lutter contre les discriminations, les institutions estimant que « c'est la seule chose que l'on peut faire ». Dans la même lignée, Sarah Mazouz estime que ces mécanismes cantonnent la lutte contre les discriminations au rappel des droits, ce qui présuppose que « *l'énoncé des droits suffit à assurer la réalisation de l'égalité de traitement* » (2014 : 28). À partir d'une étude concernant le travail d'une COPEC (Commission pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté) en France contre les discriminations raciales, elle montre que les discriminations sont pensées comme le produit de l'ignorance de leurs droits par les victimes. Finalement, Mazouz estime que ce type d'action antidiscriminatoire mené dans ces institutions locales n'est ni politique ni juridique et entraîne une dépolitisation de l'action AD. Pour elle, ce positionnement révèle une forme de conscience juridique *en-deçà* du droit, qui conjugue une référence à un cadre juridique et une indifférence de fait quant à l'effectivité du droit AD. La lutte contre les discriminations est dès lors conçue comme une exhortation à ne pas discriminer et comme une action de prévention, et non plus comme une politique de sanction des discriminations.

La position de Unia n'est pas similaire dans la mesure où Unia accompagne les potentielles victimes. Il n'est donc pas qu'un pourvoyeur d'informations, puisqu'il met en place des médiations, des politiques d'information et de sensibilisation et des recommandations au politique. Malgré tout, très peu de recours judiciaires sont portés par Unia (moins de 1% des signalements¹¹⁷) et, à travers les entretiens, plusieurs personnes font état de leur frustration quant à leur désir initial d'aller en justice et le découragement des personnes qui les entourent. La justice ne peut donc se prononcer, alors que le droit se crée aussi à travers sa jurisprudence. Comme le soulignait Marie dès 2003, l'enjeu majeur de la loi AD est lié au peu de suites judiciaires données aux plaintes et au nombre encore plus faible de condamnations. Or, il existe selon lui un « *besoin d'une répression efficace qui concrétise la garantie de protection offerte par la loi aux victimes, dans un État de droit* », sous peine de délégitimer la politique annoncée

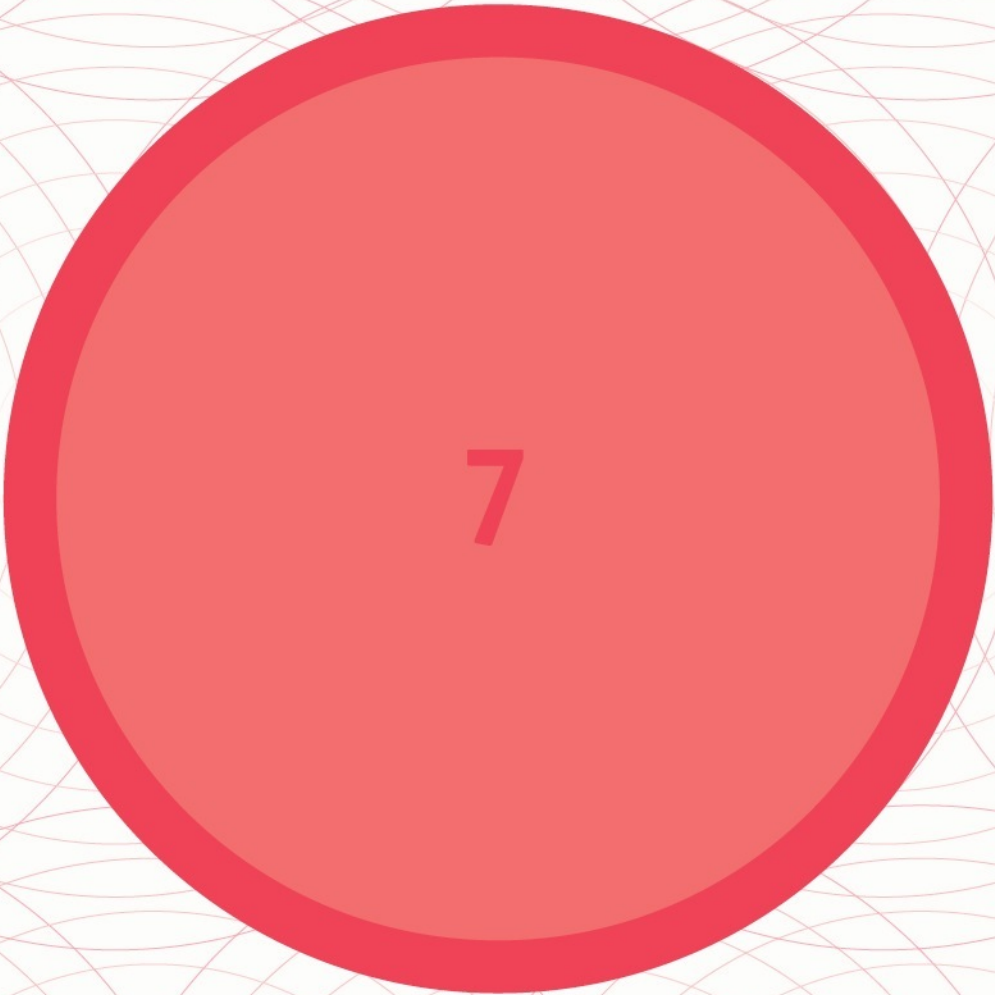
¹¹⁷ Voir partie II, chapitre 1.

(Marie, 2003 : 134). Ainsi, tout dépend du but, explicite ou non, des institutions chargées de lutter contre les discriminations, qui est soit de faire appliquer la loi, en sanctionnant les contrevenants, soit de réguler les conflits, en absorbant et donc neutralisant les plaintes par la négociation infrajudiciaire. Il semblerait que Unia, comme d'autres *Equality bodies* en Europe, ait plutôt fait le choix de la seconde option.

CONCLUSION

Les discriminations, ou les événements perçus comme tels produisent donc des effets largement sous-estimés. En plus de la violence liée au traitement différentiel et ses conséquences matérielles (perte de revenus, nonaccès à la propriété, etc.), la discrimination génère également une violence émotionnelle, du fait de l'assignation et de la réduction identitaires d'une part, et de la victimisation qu'elle présuppose d'autre part. Vécue comme une rupture dans l'itinéraire biographique, elle suscite de l'indignation, de la colère, de la peur et parfois de la haine (à l'égard des autres et/ou de soi-même). Dans notre enquête, plusieurs sentiments apparaissent : le sentiment d'injustice bien sûr, mais aussi le sentiment d'abandon, de solitude et de trahison puisque la personne se retrouve souvent seule à devoir faire face. La discrimination peut également développer le sentiment de menace et de honte, avec la peur que celui ou celle au courant du statut sérologique le révèle à quelqu'un ou s'en serve comme objet de chantage. Enfin la discrimination peut s'apparenter à une *expérience totale* et développer un sentiment de persécution chez les individus les plus fragiles. D'autres se retrouvent dans des situations dramatiques, dénuées de tout droit, avec un sentiment d'anéantissement qui guette et la nécessité d'essayer de rester debout. Dans ces cas liés aux trajectoires des « sans-papiers », la discrimination n'est plus une expérience totale, elle devient presque le moindre de leur souci tant ils sont pris dans un enchevêtrement de problèmes et de dénis de droits.

Ces sentiments ont un impact important sur la dicibilité de la séropositivité, l'adhérence au traitement et l'état de santé. Ils ne posent donc pas seulement question sur le plan de la réalisation d'une justice et d'une équité sociales, mais aussi sur le plan de la santé publique. La stratégie la plus fréquemment adoptée pour contrer les discriminations est en effet celle du silence, de la dissimulation de la séropositivité ; même lorsque les individus luttent aussi pour dénoncer la situation de discrimination et ses effets les plus délétères et tenter de faire valoir leurs droits. C'est alors que commence l'itinéraire institutionnel, quand l'individu essaye d'objectiver ce qui lui est arrivé et contacte Unia en ce sens. Les attentes à son égard sont diverses et vont de la demande d'objectivation et d'écoute à celles de reconnaissance et de réparation pour le tort subi et la construction d'une société non-discriminante. Les frustrations exprimées sont à la hauteur de ces attentes, qui dépassent en partie les compétences de Unia. L'itinéraire institutionnel est ainsi vécu comme une longue lutte dans laquelle le découragement à saisir le droit peut venir renforcer le sentiment d'impuissance et de fatalité à l'égard des discriminations. En un sens, le refus ou la non-reconnaissance de Unia redouble la discrimination. Il s'agit donc à présent de réfléchir aux moyens de renforcer la politique de lutte contre les discriminations afin qu'elle ne se résume pas à une politique d'information et de prévention, mais qu'elle puisse être à même de condamner par le droit ceux qui ne respectent pas les normes promues ; au risque sinon d'aggraver les effets destructeurs des phénomènes discriminatoires et de faire perdre aux citoyens toute confiance en la capacité des institutions à construire une société juste et démocratique.



7

LES ENJEUX DE LA LUTTE CONTRE LA SÉROPHOBIE

VII. LES ENJEUX DE LA LUTTE CONTRE LA SÉROPHOBIE

Cette dernière partie vise à dégager des enjeux de la lutte contre la sérophobie, en se détachant davantage des dossiers présentés mais tout en se nourrissant de nouveaux exemples tirés du corpus, afin de rendre compte de dynamiques des discriminations liées au VIH.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les notions de discrimination, de stigmatisation et de sérophobie, non seulement pour mieux les comprendre d'un point de vue conceptuel, mais surtout pour cerner leurs usages pratiques et leurs implications concrètes. L'idée ici n'est pas de présenter de façon exhaustive ces notions à travers leur histoire et leurs différentes significations, mais de souligner certains enjeux déterminants. Nous verrons tout d'abord pourquoi la notion de sérophobie est particulièrement pertinente en ce qu'elle articule la discrimination et la stigmatisation liées au VIH. Ensuite, en mobilisant la littérature sociologique, nous reviendrons sur les usages problématiques de la notion de discrimination, à la fois parce que cette notion reste opaque pour beaucoup et parce que sa conceptualisation juridique tend à symétriser les discriminations et ainsi à nier les rapports de pouvoir qui les sous-tendent, rendant de fait ineffective la prise en compte des discriminations indirectes, inscrites dans la loi, et des discriminations structurelles ou systémiques, soulignées par les travaux de sciences sociales.

Dans un second temps, nous analyserons les articulations entre la sérophobie et d'autres mécanismes de discrimination / stigmatisation, principalement l'homophobie et le racisme et, dans une moindre mesure, le sexisme. À cet égard, nous nous interrogerons sur la pertinence d'une analyse spécifique par phénomène et sa combinaison avec une analyse intersectionnelle. Cette dernière, si elle est complexe et encore difficilement intégrée par la jurisprudence, nous semble aujourd'hui incontournable pour analyser et combattre les phénomènes discriminatoires et la sérophobie en particulier dans la perspective d'une lutte pour les droits, l'égalité et la reconnaissance.

1) SÉROPHOBIE, STIGMATE ET DISCRIMINATION

A. La notion de sérophobie

La notion de sérophobie est relativement récente et encore peu utilisée. Quand elle l'est, elle est généralement synonyme de la discrimination liée au VIH/sida. Par exemple, un document du CRIPS la définit comme telle : « Le terme de sérophobie est employé pour évoquer toute discrimination spécifique au VIH/sida. Elle signifie la peur, le rejet des PVVIH »¹¹⁸. Toutefois, il nous semble nécessaire de ne pas restreindre la sérophobie à la discrimination et cette dernière à une motivation liée à la peur ou à des sentiments dépréciatifs concernant les PVVIH.

La notion de sérophobie peut sembler restrictive si on se limite à son étymologie, la *phobie* renvoyant en effet à la peur. Toutefois, le terme permet de comprendre ensemble les dynamiques de discrimination et de stigmatisation spécifiquement reliées à la séropositivité. Ainsi nous proposons que **la sérophobie désigne, sans toutefois les confondre, l'ensemble des processus de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH ou**

¹¹⁸ CRIPS Ile-de-France, « De la stigmatisation à la sérophobie : définition et évolution des concepts », document en ligne, non daté : <http://www.lecrisps-idf.net/informer/dossier-thematique/serophobie-discrimination-VIH-sida-France/stigmatisation-serophobie-definition-evolution-concepts.htm>

identifiées comme telles. En effet, nous verrons que certaines discriminations ne touchent pas les personnes vivant avec le VIH mais celles qui sont supposées vivre avec le VIH, soit du fait de leur homosexualité soit du fait de leur couleur de peau. En outre, les mécanismes de rejet liés à la stigmatisation du VIH ne sont pas tous considérés comme des discriminations, par les personnes elles-mêmes ni par les institutions, alors que leurs effets sont aussi douloureux et handicapants et donc doivent être combattus. Enfin, les discriminations elles-mêmes ne doivent pas être analysées comme la seule conséquence de la stigmatisation, au risque, comme nous allons le voir, de passer à côté d'autres enjeux tels que la discrimination indirecte ou encore la discrimination dite rationnelle de la part des employeurs face aux absences d'un employé ou de la part des compagnies d'assurances sur la base d'un calcul de risques.

Le terme de sérophobie semble donc pertinent dans la mesure où il permet de spécifier l'expérience séropositive et de ne pas la noyer dans les autres discriminations liées à l'état de santé ni de la réduire à d'autres formes d'exclusion (homophobie, racisme, sexisme, validisme etc.). En réduisant le critère de référence à la séropositivité, il permet de circonscrire l'analyse aux spécificités vécues par les PVVIH (ou supposées telles), tout en élargissant la focale des discriminations à l'ensemble des processus d'exclusion, de dévalorisation et de stigmatisation. En ce sens, la sérophobie rend compte d'un imaginaire qui dépasse les discriminations en tant que telles et qui inclut tout mécanisme stigmatisant, agissant telle une « force muette » (Banens, 2009) qui alimente les actes, les propos et les faits sérophobes.

B. L'articulation entre stigmatisation et discrimination liée au VIH

Les recherches sur la stigmatisation et les discriminations liées au VIH/sida confondent le plus souvent les deux phénomènes. L'analyse procède en termes de stigmatisation, associée (principalement) à l'homophobie, au racisme et au sexisme, en mettant l'accent sur les préjugés, la haine, les sentiments ou attitudes hostiles ou négatives. En effet, à l'exception notable de Deacon (2005), les travaux estiment unanimement que la stigmatisation précède, explique et dépasse les discriminations, qui en seraient la conséquence concrète, le passage à l'acte en quelque sorte. Selon le document de l'ONUSIDA de référence sur ces questions :

« La stigmatisation est dangereuse, tant en elle-même, car elle peut entraîner des sentiments de honte, de culpabilité et d'isolement chez les personnes vivant avec le VIH, que parce que les pensées négatives poussent souvent les individus à faire des choses, ou à oublier de faire des choses, qui mettent les autres en danger ou à leur refuser des services ou des droits. » (Aggleton & Parker, 2002 : 11)

Le refus de services ou de droits est donc imputé directement à la stigmatisation. Or la force de la discrimination est de ne pas être qu'une conséquence possible du stigmaté.

Pour bien comprendre les décalages entre discrimination et stigmatisation, il faut envisager la **discrimination** comme une action pratique, un **différentiel de traitement dans l'accès aux ressources (biens et services) et aux positions sociales**. Quant à la **stigmatisation**, elle fait référence à des jugements hostiles, à une action symbolique de dévalorisation et de qualification négative d'un groupe ou d'une identité, aboutissant à la constitution de l'**opposition Nous/Eux**. Les recherches dans le champ du VIH se réfèrent pertinemment à l'étude fondatrice de Goffman (1975) et soulignent que la stigmatisation opère par l'imputation d'une caractéristique (réelle ou supposée) qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres. Le stigmate n'est donc pas un attribut de la personne mais un processus de dévalorisation qui s'appréhende dans l'interaction.

Des chercheurs, Link et Phelan (2001), ont actualisé la théorie de Goffman en préconisant d'envisager la notion de stigmatisation « *en référence aux relations entre un ensemble de concepts liés entre eux* »¹¹⁹ (2001 : 366). Selon eux, le stigmate existe quand les composantes suivantes, qui sont « inter-reliés », convergent : 1) distinction et étiquetage des différences humaines, 2) association de ces distinctions à des attributs négatifs, 3) séparation entre Nous et Eux¹²⁰, 4) perte de statut et discrimination. Pour eux, la discrimination d'une part fait partie de la stigmatisation et d'autre part, elle la constitue, les mécanismes se renforçant mutuellement¹²¹. Les auteurs ont le mérite de reconceptualiser une notion sociologique en insistant sur deux défis pour les chercheurs s'y intéressant : en premier lieu, celui d'étudier le stigma à partir non pas de l'expérience des personnes stigmatisées, mais des personnes stigmatisantes, et en second lieu, celui de se focaliser sur les individus, leurs perceptions et ses conséquences sur les interactions, en oubliant les enjeux structurels du stigmate. Il ne faudrait donc pas se concentrer sur les attributs de la personne stigmatisée, mais bien, comme l'avait déjà relevé Goffman, sur la relation entre cet attribut et un stéréotype, et cela selon les rapports de pouvoir entre les acteurs.

Si notre enquête ne relève pas le premier défi soulevé par Link et Phelan, parce qu'elle part de l'expérience des personnes discriminées, elle veut toutefois être attentive aux enjeux structurels au-delà des rapports interpersonnels. De surcroît, à la différence de ces auteurs qui, à nouveau, relient la discrimination au stigmate, nous tenons à bien les distinguer. D'une part, un individu peut être stigmatisé sans être discriminé : c'est le cas de personnes séropositives jugées négativement par d'autres, par exemple quand elle est estimée « sale » ou « dévergondée » sexuellement du fait du VIH (termes repris des dossiers), sans que cela entraîne nécessairement un traitement différentiel, un non-accès à des ressources ou des positions. La personne qui la stigmatise ne va pas jusqu'à « passer à l'acte », ériger des obstacles ou des barrières dans son parcours. La stigmatisation n'est pas matérialisée, elle se cantonne au domaine du symbolique. Ce décalage n'est pas seulement dû à la « bonne volonté » du stigmatisant, il peut aussi être le fruit de la résistance du stigmatisé et du rapport social entre les acteurs de l'interaction¹²². Par ailleurs, une personne peut être discriminée du fait du VIH sans être stigmatisée, à travers au moins deux types de discrimination : la discrimination statistique ou rationnelle et la discrimination structurelle ou systémique, que nous allons à présent aborder.

C. La discrimination statistique ou rationnelle

Il peut en effet y avoir discrimination sans aucune intention négative ou perception dévalorisante, ni même sans que soit relevé ou entre en compte l'aspect stigmatisant du critère de discrimination. Ce type de discrimination est alors appelé discrimination statistique ou rationnelle. Cette dénomination ne signifie toutefois pas que ce type de discrimination serait moins grave ou plus légitime, mais qu'il est basé sur un calcul, pouvant apparaître dans certaines circonstances comme rationnel, et non sur des préjugés et de la malveillance.

¹¹⁹ Traduction personnelle de l'anglais : « *Stigma be described with reference to the relationships between a set of interrelated concepts* »

¹²⁰ Au regard des arguments avancés pour défendre ces quatre points, il semblerait que celui de séparation entre « nous » et « eux » puisse être inclus dans le premier qui est celui de la distinction et de l'étiquetage. Comme l'ont montré sur ce point plusieurs travaux féministes (voir notamment ceux de Colette Guillaumin et de Christine Delphy), la catégorisation en elle-même implique la construction de représentations en termes de « nous » et « eux ».

¹²¹ Autre distinction intéressante soulevée par les auteurs et reprise de Sayce (1998) : « *In contrast to 'stigma', 'discrimination' focuses the attention of research on the producers of rejection – those who do the discriminating – rather than on the people who are the recipients of these behaviors. Thus, the terms we use could lead to « different understandings of where responsibility lies for the 'problem' and as a consequence to different prescriptions for action* » (cité par Link & Phelan, p. 366).

¹²² Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie VI, chapitre 2, au point sur les capitaux détenus

Selon Parodi (2010 : 63), « *la discrimination statistique consiste à rejeter un individu en raison de défauts qu'on lui prête parce que les membres de son groupe d'appartenance sont supposés — à tort ou à raison — avoir souvent ces défauts.* » La discrimination a lieu dans un environnement incertain, quand les caractéristiques individuelles ne sont pas aisément identifiables (ou que cela a un coût) et que les acteurs vont rapidement différencier les personnes en fonction des données connues du groupe auquel elle semble appartenir. Dans le domaine de l'emploi, comme l'avait déjà remarqué De Schutter (2001 : 29), la tentation pour le recruteur de céder à la discrimination vient de son souci d'économiser le temps et l'énergie que peuvent requérir une décision pleinement informée et prise au regard de critères pertinents. Si rationalité il y a, elle doit donc se comprendre en fonction des objectifs capitalistes : le raisonnement étant un calcul coût-bénéfice à partir d'une estimation des risques. Sans discuter ici de la portée morale et des utilisations douteuses de cette discrimination statistique¹²³, retenons que ces processus peuvent se déclencher sans aucune motivation irrationnelle de type peur, mépris, hostilité, méfiance, haine etc., à l'égard d'une personne en tant qu'elle appartient à un groupe identifié.

Dans le champ du VIH, trois situations concrètes peuvent relever d'une discrimination sans s'accompagner nécessairement de stigmatisation : l'accès aux assurances, le licenciement dû aux absences et l'exclusion des HSH du don de sang.

D'ailleurs, pour illustrer la discrimination statistique, Rüegger (2007) s'appuie justement sur cette dernière situation. Il cite la lettre adressée au ministre de la Santé et des Solidarités Xavier Bertrand en 2006 par le député socialiste Jack Lang dans laquelle ce dernier qualifie l'exclusion des homosexuels masculins du don de sang de « *mesure discriminatoire extrêmement choquante* ». Le ministre lui répond que « *les données épidémiologiques montrent que la prévalence de l'infection au VIH dans la population homosexuelle sexuellement active serait de 12,3% contre 0,2% dans la population générale. (...) Ce n'est (...) pas le fait d'être homosexuel, mais la pratique de relations sexuelles entre hommes qui constitue une contre-indication au don de sang. D'ailleurs, l'homosexualité féminine n'est pas une contre-indication* » (cité par Rüegger, 2007 : 75). Le raisonnement s'appuie donc sur des statistiques pour discriminer un groupe non pas par intention ou par « goût » discriminatoire, mais parce que l'appartenance à ce groupe signale un risque accru de contamination par le VIH/sida. « *La discrimination statistique apparaît ainsi comme un élément d'un problème de filtrage survenant dans une situation d'incertitude et d'information imparfaite au sujet des qualités individuelles des personnes avec lesquelles un agent entre en relation* » (Rüegger, 2007 : 76). Dans cette situation d'incertitude, les acteurs se jugent en fonction de l'appartenance à un groupe sur la base des caractéristiques moyennes de ce groupe. Le raisonnement tenu par les assurances est identique : à partir de calculs probabilistes, il est estimé que le risque d'assurer une personne vivant avec le VIH est plus élevé qu'une personne séronégative (ou présumée telle), quelle que soit la situation de santé d'un membre particulier de ce groupe.

Dans ces cas, c'est l'inférence des caractéristiques du groupe à un individu qui est particulièrement violente et mal vécue par les personnes concernées, en plus du rappel de la maladie et de la mort. C'est pourquoi des personnes refusées par les assurances insistent sur leur bonne santé, étayée par les rapports médicaux qu'ils fournissent. C'est pourquoi des hommes homosexuels qui ont récemment réalisé un test de dépistage du VIH (négatif) et qui sont en couple stable et fermé depuis plusieurs années trouvent cette situation révoltante et injuste. L'un d'entre eux transfère à Unia son mail adressé à l'organisme belge de transfusion sanguine :

« *Pourquoi refuser systématiquement le sang d'origine homosexuelle ? Peut-être allez-vous m'apprendre que le "gène de l'homosexualité" est présent dans le sang ? Ou peut-être vivez-vous encore avec des clichés figurant que tous les homosexuels passent leur vie dans des*

¹²³ Voir les excellents articles de Rüegger à ce sujet, 2007, et de Parodi, 2010.

endroits tels que les saunas et backrooms afin de participer à des orgies ? Bien sûr, certains gays vivent de la sorte, ce qui bien entendu reste leur droit. (...) Vous n'êtes pas sans savoir qu'un homme peut former un couple avec un autre homme. Parfois même deux hommes décident de se marier. Dans ces deux cas, avoir des relations sexuelles avec un seul partenaire (je ne vais pas parler ici d'infidélité, thème bien sûr beaucoup trop universel). Mais bien entendu cet unique partenaire reste un homme. » (Mail de 2010)

Le sentiment de discrimination entre donc ici en contradiction avec la discrimination au sens juridique puisque cette dernière n'est condamnable que si elle est estimée illégitime et/ou disproportionnée. Ainsi, par le biais d'un raisonnement statistique qui concerne l'ensemble des hommes homosexuels (pour le calcul de risque de transmission du VIH lors d'une transfusion sanguine) ou l'ensemble des PVVIH (pour le calcul du risque lié à l'espérance de vie lors de la détermination d'une prime assurancielle), certains membres de ces groupes de référence se retrouvent discriminés sans que cela n'ait aucun rapport avec leur identité ou leur comportement effectif. Parodi souligne à juste titre que ce type de discrimination n'est pas toujours rationnel et que, pour l'estimer, il faut analyser chaque situation dans ses déterminations concrètes. En termes juridiques, tout le débat se situe autour du caractère raisonnable et surtout proportionnel de la discrimination, ouvrant la voie à des négociations sur la proportionnalité d'une surprime (à partir de quel montant est-elle raisonnable ?) et sur une exclusion temporaire des HSH (à partir de quelle durée sans relation sexuelle avec un homme l'exclusion est-elle justifiable ?). C'est ce raisonnement qui a amené la ministre de la Santé à décider en 2016 d'ouvrir le don de sang aux HSH qui respectent une période d'abstinence de 12 mois ; déclenchant de fortes incompréhensions¹²⁴.

Enfin, un dernier type de discrimination peut être qualifié de rationnel, sans être toutefois basé sur un calcul statistique, dans la mesure où il n'est pas lié à la stigmatisation et n'est donc pas le produit de motivations irrationnelles et malveillantes. Il s'agit d'un type de discrimination observable dans notre corpus à travers les cas de licenciement pour absences. Dans certains cas, le licenciement n'est absolument pas dû directement au VIH, les employeurs n'étant parfois pas au courant de la séropositivité, mais à un raisonnement basé sur les coûts estimés trop importants à prendre en charge par l'employeur du fait du versement d'un salaire alors que l'employé est improductif. C'est d'ailleurs pour protéger les personnes salariées malades que l'État a décidé d'interdire le licenciement quand l'absence est inférieure à 6 mois et même plus récemment (décembre 2013), en interdisant tout licenciement d'un travailleur disposant d'un contrat de travail à durée indéterminée pour raison de longue maladie et ce quelle que soit la durée¹²⁵.

Cependant, deux éléments incitent à la prudence à l'égard de cette notion de discrimination rationnelle. D'une part, comme l'énonce Parodi, les discriminations statistiques ne sont pas toujours rationnelles et peuvent être utilisées par les discriminants pour justifier leur comportement. Dans les dossiers VIH, les réponses des employeurs réfutent la discrimination sur la base du VIH et mettent en avant les absences, l'incompatibilité avec le poste ou encore une réorganisation interne. D'autre part, si ces discriminations ne sont pas directement imputables au critère protégé par la loi, elles peuvent l'être de manière indirecte.

En effet, la loi condamne également la « **discrimination indirecte** » définie comme « disposition, critère ou pratique apparemment neutre qui est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes caractérisées par l'un des critères protégés ». Elle n'est donc plus définie comme un acte ponctuel mais elle est « *repérable objectivement*, indépendamment des intentions et mobiles des agents » (Calvès, 2001, p. 169). Pour identifier

¹²⁴ Pour plus de précision concernant les débats autour du don de sang, voir la partie V, chapitre 2.

¹²⁵ Pour plus de précisions, voir la partie IV, chapitre 2.

et évaluer ces discriminations, on peut essayer soit de mesurer statistiquement l'effet d'une action ou d'une décision passée, soit anticiper les effets défavorables de ces mesures sur certaines personnes en tant qu'elles appartiennent à un groupe. Par exemple, la Cour d'appel de Gand a estimé que refuser l'accès d'un restaurant aux animaux est une discrimination indirecte sur base du handicap puisqu'elle a entraîné le refus d'une personne accompagnée d'un chien d'assistance pour malvoyant¹²⁶.

Dans notre corpus, aucun signalement ne fait référence à la discrimination indirecte, qui reste de façon générale amplement sous-utilisée. Pourtant, l'utilisation de questionnaires médicaux pour accéder à une formation professionnelle ou à un emploi pourrait être considérée comme une discrimination indirecte¹²⁷. En effet, même si elle apparaît comme une mesure neutre, elle peut, dans les faits, entraîner un traitement défavorable pour les personnes séropositives (et plus généralement l'ensemble des personnes ayant des problèmes de santé). La principale difficulté est le manque d'existence de statistiques qui permet d'objectiver la situation d'un groupe déterminé avec celle d'un groupe de référence. Si les « statistiques ethniques » ont entraîné une controverse en France (Simon & Stavo-Debaugé, 2004), la question de l'état de santé est également problématique puisqu'il s'agit de données confidentielles. Or il faut donc pouvoir repérer et construire des catégories de personnes selon les critères que l'on cherche à éliminer : c'est le paradoxe de la lutte contre la discrimination (Pezeril, 2011a). Le risque est que la constitution et l'utilisation de données basées sur des catégories stigmatisées ne fassent que renforcer la stigmatisation, en creusant davantage dans l'imaginaire collectif une frontière indépassable entre Eux et Nous. Dans le champ du VIH, les tensions entre stigmatisation du groupe et défense de ses droits au niveau de la mobilisation collective, entre révélation et invisibilité de la séropositivité au niveau individuel, et entre intentionnalité des acteurs et structures institutionnelles « apparemment neutres » au niveau conceptuel et juridique des discriminations sont toujours palpables. Si « la notion de *discrimination indirecte* dispose d'une formidable puissance critique » (Stavo-Debaugé, 2007) en allant au-delà de l'intentionnalité des acteurs, c'est qu'elle vise les discriminations appelées structurelles, systémiques ou encore institutionnelles dans les travaux de sciences sociales. Elle reste cependant inutilisée, dans le champ du VIH, et largement sous-employée, quel que soit le critère de discrimination.

D. La discrimination systémique ou structurelle

La loi ne tient pas compte de l'histoire des groupes discriminés et des spécificités qui y sont attachées. Ainsi elle emploie des critères neutres, qui symétrisent en un sens les discriminations. La loi désigne par exemple les critères du sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'état de santé ; protégeant autant les femmes que les hommes, les hétérosexuels que les homosexuels, les malades que les bien-portants, pour rester dans des oppositions binaires. Elle établit ainsi une équivalence entre différentes situations d'inégalités de traitement et en cela, elle euphémise, voire nie les rapports de force et de domination (sexisme, racisme, homophobie, sérophobie) qui président à ces discriminations. Or si les discriminations peuvent être envisagées comme des pratiques inégalitaires dans un cadre interindividuel, elles relèvent aussi plus largement des « rouages de la (re)production des rapports de pouvoir structurels qui engendrent des groupes sociaux majoritaires et minoritaires » (Bereni & Chappe, 2011).

Sans pouvoir développer plus avant ce point, les réflexions concernant les discriminations structurelles, systémiques ou institutionnelles s'ancrent dans le champ des mobilisations antiracistes. En provenance des États-Unis, la notion de discrimination institutionnelle arrive

¹²⁶ Cour d'appel de Gand, 6 décembre 2012.

¹²⁷ Une décision récente au Canada va dans ce sens : le 13/02/2017, le Tribunal des droits de la personne reconnaît le caractère discriminatoire du questionnaire médical pré-embauche du Centre intégré de santé et de services sociaux. Voir <http://www.seronet.info/breve/discriminations-lembauche-au-canada-77808>

dans les pays européens dans les années 1990 et désigne les discriminations qui proviennent des habitudes, des normes ou du fonctionnement routinier des institutions et organisations. Les notions de discriminations structurelles ou systémiques se veulent plus larges, dans la mesure où elles englobent les discriminations qui ne se restreignent pas au fonctionnement des institutions et qui peuvent provenir d'acteurs déterminés (Bataille et Schiff, 1997¹²⁸). Le racisme systémique (Bataille *in* Borillo, 2003) à l'égard des personnes racisées, principalement identifiées comme Noires ou Arabes, renvoie au racisme profondément inscrit dans l'histoire européenne depuis la colonisation et les vagues migratoires de travail. Il crée des inégalités importantes dans l'accès à l'emploi, l'éducation, l'ensemble des domaines de la vie sociale, inégalités qui vont au-delà des insultes ou des « mauvaises intentions » racistes. En ce sens, le racisme contre les groupes minoritaires est sans commune mesure avec le racisme contre les majoritaires ; ils ne peuvent en aucun cas être symétrisés. De même le sexisme et l'utilisation qui peut en être faite par la loi, quand des hommes portent plainte pour discrimination (par exemple, les plaintes concernant des salles de sport exclusivement ouvertes aux femmes) ; alors que les discriminations structurelles à l'égard des femmes (sans même parler des trans) sont amplement démontrées (écart salarial, plafond de verre, représentation politique, etc.). Verra-t-on un jour une plainte d'un séronégatif pour discrimination liée au VIH ? Une soirée ouverte exclusivement aux personnes présentant un certificat de séropositivité (cela est arrivé lors de soirées gays bareback) pourrait-elle faire l'objet d'une plainte et être considérée comme une discrimination ? En symétrisant les discriminations, la loi permet alors d'être activée autant par les groupes majoritaires et minoritaires. Cette possibilité accentue la dépolitisation de la lutte contre les discriminations, déjà en œuvre selon Mazouz (2014), et la dé-historicisation des phénomènes sociaux qui les sous-tendent (Tandé, 2013) ; rendant très difficile la prise en compte des discriminations structurelles ou systémiques.

Pour saisir ces discriminations, il faut donc à la fois revenir sur l'histoire des groupes discriminés mais aussi objectiver les situations et donc s'équiper en termes statistiques. Le problème est que selon la loi relative à la statistique publique, « en aucun cas, les investigations et études statistiques de l'Institut national de la statistique ne peuvent concerner la vie privée »¹²⁹. Difficile donc de s'appuyer sur cet instrument de mesure des discriminations. Toutefois en ce qui concerne les discriminations institutionnelles, notre enquête révèle plusieurs dossiers où la loi, sa mise en œuvre ou encore la pratique des représentants de l'État peuvent occasionner des discriminations. Si ces dernières sont dites institutionnelles, elles n'en dépendent pas moins, dans leurs manifestations empiriques, des relations sociales. L'État (ou, plus largement, l'institution) n'agit jamais en tant que tel, ses actions passent par ses représentants ou ceux qui s'en revendiquent. En ce sens, nous pouvons inclure dans les discriminations institutionnelles les pratiques des CPAS, des instituts de formations supérieures, de la police ou encore des Ambassades belges à l'étranger. Ces cas montrent d'une part que la discrimination n'est pas qu'une affaire de relations interpersonnelles et d'autre part qu'elle ne fait pas nécessairement suite au comportement d'individus malveillants.

CONCLUSION 1

L'analyse des discriminations et de la sérophobie ne doit donc pas être une compilation de dossiers individuels, elle doit inclure une analyse systémique relevant les effets globaux du système social. Les discriminations, notamment institutionnelles ou indirectes, peuvent exister en dehors de toute interaction et de toute intentionnalité. Elles sont principalement dues à

¹²⁸ Selon eux, « Il convient en effet de ne pas faire porter au seul système ou aux structures l'entière responsabilité de la discrimination, ce qui aurait pour effet de favoriser la lecture des discriminations indirectes mais avec le risque de négliger l'analyse des logiques d'acteurs et leurs systèmes de valeurs. » (1997).

¹²⁹ Loi du 04/07/1962 revue en 2007, article 24quinquies.

l'existence d'obstacles ou de barrières institutionnalisés qui entravent *in fine* la justice sociale. Il est donc fondamental aujourd'hui de re-sociologiser la notion de discrimination. Comme le relève Tandé (2013 : 40-41), le prisme juridique de la notion de discrimination pose divers problèmes :

1. La discrimination est principalement envisagée sous l'angle de pratiques interindividuelles, et plus difficilement dans une perspective collective. La discrimination « *examine des cas singuliers dont elle tire des principes généraux : la jurisprudence s'invente à partir de situations concrètes et d'outils opérationnels pour les interpréter* » (Fassin, 2002). Mais nous avons vu que tous les comportements discriminants ne sont pas sanctionnés, parce qu'ils ne font pas toujours l'objet d'une plainte, parce que les preuves sont difficiles à apporter et que les procédures judiciaires sont longues, etc. Par conséquent, alors que l'existence d'un droit de la non-discrimination offre aux victimes la possibilité d'être reconnues en tant que telles, les limites de sa mise en œuvre risquent de créer un « *espace victimaire sans justice rendue* » (Fassin, 2002).
2. Un deuxième problème tient au fait que la définition et le traitement juridiques des phénomènes envisagés à travers la notion de discrimination tend à extraire ceux-ci des conditions historiques et sociales particulières à travers lesquelles ils émergent. « *L'efficacité du traitement de la discrimination conduit à une sorte d'épure juridique, où les faits tendent à être détachés de leur contexte historique et social. (...) Le résultat est jugé, éventuellement les motifs, mais non les prémisses ou les circonstances.* » (Fassin, 2002) Le risque énoncé par Didier Fassin est que « *cette juridicisation de l'inégalité illégitime* » ne conduise à « *un processus d'essentialisation de la discrimination* », c'est-à-dire la fasse « *exister en soi, de manière quasiment autonome* », et indépendamment des éléments de contexte plus généraux qui contribuent aussi à leur réalisation.
3. Enfin, un dernier problème ne tient pas en soi à la notion de discrimination telle qu'elle a été définie dans le champ du droit, mais plutôt à la perspective qui consisterait à privilégier uniquement cette voie pour étudier les pratiques et les situations inégalitaires au sein des sociétés contemporaines, et, sur un plan politique, pour les réduire. Pour rendre compte des inégalités dans une perspective sociologique, il faut recontextualiser les discriminations, non seulement dans leur histoire, mais aussi dans leur développement contemporain, en analysant l'au-delà des actes et en se penchant sur cet imaginaire sérophobe.

En définitive, il nous faut faire un usage « *contrôlé et réflexif* » (Bereni & Chappe, 2011) de la notion de discrimination dans les recherches en sciences sociales. En conclusion, nous souscrivons pleinement à l'analyse de Tandé (2013 : 41) pour qui « *une sociologie de la discrimination doit affronter la question de son ancrage juridique, faute de quoi elle risquerait de se réduire à une forme d'ingénierie sociale en support à la définition d'un problème public opéré par les législateurs ou les juristes.* »

Ainsi, bien que la loi puisse difficilement intégrer les discriminations structurelles, l'analyse sociologique ne doit pas s'en priver en insérant le groupe discriminé dans son histoire et dans ses interactions avec les autres phénomènes discriminants, comme nous allons le voir à présent à travers la profonde intersection de la sérophobie avec l'homophobie et le racisme.

2) L'INTERSECTIONNALITÉ DE LA SÉROPHOBIE AVEC L'HOMOPHOBIE, LE RACISME ET LE SEXISME

La notion d'intersectionnalité, forgée par Crenshaw (1991) pour souligner comment le sexisme et le racisme se conjuguent afin de marginaliser les violences faites aux femmes de couleur, permet de penser la discrimination multiple en postulant l'interaction des systèmes d'oppression. En suivant Makkonen (2002), la discrimination multiple (basée sur plusieurs critères protégés) peut être additionnelle (quand les critères agissent séparément ou conjointement, l'un venant s'ajouter à l'autre), combinée (quand l'un des critères vient en aggraver un autre) ou intersectionnelle (quand les critères agissent et interagissent les uns avec les autres en même temps et d'une manière telle qu'ils sont indissociables). L'intersectionnalité des critères de discrimination est encore très peu prise en compte par les Equality bodies et par les tribunaux. Tout incite à porter plainte pour discrimination sur la base d'un seul critère protégé. Même dans les cas évidents de discrimination multiple, les avocats peuvent conseiller de ne privilégier qu'un seul critère (notamment parce que la jurisprudence est déjà établie).

Dans notre corpus, nous avons relevé un sous-enregistrement des plaintes relevant de plusieurs critères. D'une part, Unia n'a introduit cette possibilité dans sa base de données qu'en 2009. D'autre part, comme le montre le tableau 3 (voir partie III), depuis 2009, seuls 15 à 20% des signalements incluent plusieurs critères. Généralement, l'état de santé ressort comme critère très majoritaire, puis largement derrière apparaît l'homophobie ; les critères raciaux (nationalité, couleur de peau, origine, etc.) et les critères sexués (sexe, genre, état de grossesse, etc.) étant absents de la base de données. Or il ressort très clairement de l'analyse des dossiers VIH que, même si elle est invisibilisée statistiquement, la sérophobie interagit fréquemment avec la gayphobie, la négrophobie et le sexisme.

Il s'agit de bien comprendre les mécanismes à l'œuvre et de ne pas les noyer sous des appellations généralisantes. En effet, la gayphobie désigne l'homophobie à l'égard des hommes (ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en a pas à l'égard des femmes, mais la lesbophobie ne ressort absolument pas des dossiers), et la négrophobie rend compte du racisme à l'égard des personnes étant perçues comme Noires (quelle que soit leur orientation sexuelle supposée et, dans notre corpus, il s'agit essentiellement de femmes) ; les deux pouvant bien évidemment se cumuler.

Ces discriminations multiples sont intersectionnelles dans la mesure où la combinaison entre le VIH et l'homosexualité ou la couleur de peau agit de façon indissociable et ne produit pas les mêmes effets. Dans les deux cas, la séropositivité est déduite ou supposée parce que la personne est perçue comme gay ou Noire. Ces inférences s'enracinent dans l'histoire de l'épidémie et s'articulent autour de représentations d'une sexualité, qui serait « anormale », « sauvage », « excessive », en partie incontrôlable et incontrôlée par les acteurs ; et qui les rendrait responsables de leur séropositivité.

A. Sérophobie et gayphobie

Dans l'analyse quantitative des critères de discrimination, nous avons vu que l'homophobie apparaît seule dans un certain nombre de dossiers (23/141 soit plus de 16%) alors qu'ils relèvent également d'une discrimination liée au VIH. Ainsi, il y a une sous-estimation de la sérophobie dans les dossiers concernant l'homophobie. Les enjeux sont rétrécis à la problématique de « l'orientation sexuelle » (comme dans les dossiers autour du don de sang ou les déclarations dans les médias¹³⁰ inférant l'homosexualité du sida et inversement). L'homophobie en vient à masquer la sérophobie.

¹³⁰ Voir partie IV pour plus de précisions.

L'analyse qualitative permet toutefois de contourner ces biais et montre une intersectionnalité forte entre sérophobie et gayphobie. Les distinctions importantes relevées par Makkonen (2002) entre discrimination additive, combinée ou intersectionnelle, ne sont toutefois pas toujours aisées à utiliser d'un point de vue empirique. Par exemple, un homme me raconte comment il a d'abord fait son coming-out, annoncé son homosexualité à ses parents, qui semblaient visiblement avoir « bien pris » la nouvelle, jusqu'à ce qu'il leur révèle ensuite sa séropositivité, faisant alors exploser son père : « *Homo, d'accord, mais pas séropo en plus !* » lui aurait-il asséné ; avant de lui interdire l'accès au domicile familial. Ici, la séropositivité comme second coming-out vient aggraver l'effet du premier. Il s'agirait donc davantage d'un cas de discrimination combinée, même s'il peut également s'analyser comme un effet de l'intersectionnalité.

Dans cette partie, nous voudrions revenir sur trois phénomènes distincts, le premier étant largement le plus fréquent, qui démontrent la portée de l'intersectionnalité de la sérophobie et de la gayphobie : la présomption de séropositivité du fait de l'homosexualité, le prétexte de séropositivité et la discrimination par association.

a) Présomption de séropositivité

La présomption de séropositivité rend compte de l'imaginaire lié au sida et de sa prégnance. Que ce soit à travers les représentations dans les médias, les discours de haine ou les vécus personnels, se retrouve l'équation homme homosexuel=séropositif. Du fait de l'homosexualité, on présume la séropositivité d'un individu ou d'un groupe, comme si la transmission du VIH était une question identitaire. Dès 2010, cette question est posée dans un rapport *Discrimination* de Unia faisant un focus sur l'homophobie. Dans un chapitre intitulé « Stéréotypes liés à l'état de santé : l'amalgame homo= SIDA », est précisé :

« Parmi les idées reçues concernant les personnes homosexuelles, celle qui voudrait que le SIDA soit une "maladie d'homosexuels" est l'une des plus persistantes. Elle peut ainsi être à l'origine de comportements discriminatoires fondés à la fois sur l'orientation sexuelle et sur le (présumé) état de santé. » (Rapport Discrimination 2010 : 20-21)

Cette assertion se retrouve dans plusieurs dossiers (voir par exemple les dossiers Médias et la déclaration de Monseigneur Léonard¹³¹). Certains sont identifiés à tort comme des PVVIH du fait d'être homosexuels et malades.

- Par exemple, en 2012, un homme homosexuel vivant en Région wallonne subit un harcèlement de la part de son voisin. Atteint d'un lymphome depuis quelques mois, il doit subir plusieurs chimiothérapies. Selon le descriptif du dossier : « *Amaigri, il est régulièrement insulté par son voisin d'immeuble, qui est très régulièrement sous l'effet de l'alcool. Celui-ci profère des insultes signifiant que puisqu'il est homosexuel, il doit avoir le sida et colporte ces informations dans le quartier. Le jeune homme a porté plusieurs plaintes et la police juge actuellement la situation régularisée. Or les insultes persistent et cela affecte beaucoup ce jeune homme dans sa phase de guérison. Il envisage de déménager mais son état de santé ne lui permet pas* ». Unia attend que le jeune homme les contacte pour envisager une suite, ce qu'il ne fera pas.
- Un autre cas est symptomatique de cette situation et montre comment l'homophobie peut s'enraciner dans un amalgame avec la pédophilie et dans une peur liée au VIH et aux risques de transmission. En 2007, un homme contacte Unia parce qu'on lui a refusé un logement. En analysant le dossier, on apprend que Monsieur désirait louer un appartement

¹³¹ Partie IV, chapitre 5.

et avait versé un acompte au propriétaire pour le réserver, après avoir reçu l'accord du CPAS pour prendre en charge les frais de garantie locative. Lors d'une dernière visite des lieux avec la propriétaire avant l'aménagement, celle-ci l'interroge sur son état de santé, puis lui demande s'il a le sida. Elle ajoute que dans le cas d'une réponse positive, elle ne pourrait pas lui louer l'appartement. Face à son étonnement quant à cette insinuation, la propriétaire suggère que « *ses attitudes efféminées* » ne sont « *pas normales* ». L'homme étant venu accompagné d'une Sœur, qui l'aide dans ses démarches administratives, la propriétaire se serait alors tournée vers elle en lui demandant de la comprendre en raison de la présence d'enfants dans l'immeuble. Selon le procès-verbal rédigé par la police et annexé au dossier, le plaignant a réagi ainsi : « *J'ai aussitôt rétorqué que je n'étais pas un pédophile et qu'il ne fallait pas mélanger les torchons et les serviettes. (...) Mère [nom] s'est aussitôt interposée en lui disant qu'elle allait à l'encontre de la dignité humaine et plus en y mettant condition. [La propriétaire] a répondu en mentionnant qu'une de ses employées s'était piqué le doigt en nettoyant un de ses appartements avec une seringue et qu'elle serait maintenant séropositive. La justice aurait dès lors condamné Madame [nom] pour ces faits.* » Le plaignant ne veut alors plus louer cet appartement et réclame le rendu de la caution, ce que la propriétaire refuse. Il part déposer plainte à la police. À ce stade, Unia se dit prêt à mener une action en justice, car « *le dossier est vraiment choquant et la victime dispose de témoignages* ». Des travailleurs se déplacent même pour le rencontrer, mais le requérant ne se présentera pas au rendez-vous.

Que le plaignant soit effectivement séropositif dans ce cas importe peu. Ce qu'il faut analyser est le mécanisme de discours et de représentations qui associe la séropositivité et l'homosexualité masculine, l'une créant et justifiant l'autre, et qui s'inscrit dans une situation d'intense précarité puisque, à nouveau, le requérant perçoit l'allocation du CPAS et a été logé dans un couvent de Sœurs. Se concentrer sur un seul critère est donc préjudiciable à divers égards : d'une part, cela fait passer à côté de certaines discriminations et des groupes les plus discriminés, d'autre part cela amène à considérer les motifs de la distinction plus que leur impact. Or, ce n'est pas l'état de santé réel de la personne qui pose problème, c'est bien l'effet de la présomption de séropositivité du fait d'une homosexualité supposée qui amène un conflit. Toutefois, dans ce dossier, seul le critère « orientation sexuelle » est coché...

b) Discrimination par association

Ce terme est employé lorsqu'une personne subit une discrimination à cause de ses « liens étroits avec une personne porteuse d'un critère protégé par la loi antidiscrimination ». En Belgique, la première condamnation pour « discrimination par association » date de 2013, quand le Tribunal du travail de Louvain condamne un exploitant d'une salle de fitness qui avait licencié un de ses managers parce que son plus jeune enfant souffrait d'un handicap¹³².

Pour les discriminations liées au VIH, un cas de discrimination par association apparaît également. Il s'agit d'un homme licencié car son partenaire est séropositif. Selon un mail écrit à Unia en 2008 :

« Je suis gay et j'ai depuis des mois une relation stable avec un ami qui a le VIH et il faut donc tous les 3 mois faire un contrôle, même moi je vais vérifier. C'est pourquoi tous les trois mois, je dois demander pour avoir un jour de congé. Au début, tout s'est bien passé, mais après un certain temps ils ont eu un moment difficile par rapport au fait que j'ai un ami avec le VIH, et je pense que c'est pour cette raison qu'ils m'ont viré. Pour le

¹³² Après quelques mois après la naissance de son enfant, le manager prévient son employeur du handicap de son enfant, qui le licencie le jour suivant, estimant que le handicap risquait d'entamer sa motivation et d'occasionner des absences.

licenciement, ils ont dit que c'était pour une réorganisation. Mais j'ai eu une conversation avec le patron au sujet de la vraie raison. J'ai appris que si je rompais avec mon copain, je récupérais mon emploi. Tout cela est-il possible ? Je me sens vraiment victime de discrimination. Le médecin à l'Institut tropical où nous faisons notre vérification m'a donné le papier disant que je n'ai pas le VIH, mais il n'a même pas écouté. »¹³³

Le dossier n'aura pas de suite, car le requérant ne répondra plus aux relances de Unia. Si ce cas de licenciement est unique dans notre corpus, les discriminations par association ne sont pas rares en ce qui concerne l'entourage d'une PVVIH¹³⁴. Dans les entretiens menés, les difficultés des partenaires, parents et enfants d'une PVVIH montrent qu'ils doivent aussi souvent faire face à la stigmatisation et aux discriminations.

c) Prétexte de séropositivité

Il arrive même que les personnes elles-mêmes jouent des inférences entre sérophobie et gayphobie. Un dossier rend compte de ce jeu, qui reste toutefois très exceptionnel.

En 2012, un jeune homme prend contact avec Unia pour avoir subi des coups et blessures à caractère homophobe de la part de la police. Contrôlé alors qu'il est ivre dans sa voiture stationnée, un policier lui conseille de demander à sa femme de venir le chercher. Il répond que c'est impossible vu qu'il est homo et les policiers décident de l'embarquer. Mais quand il arrive dans la cellule, l'un d'eux lui aurait dit « Tu vas voir comment on traite les pédés à Bruxelles ». Selon son témoignage écrit :

« Ils m'ont à maintes fois frappé, ils m'ont fait me déshabiller nu en me traitant de « sale pédé ». J'ai dû inventer que j'avais le sida pour qu'ils arrêtent de me frapper (il y avait du sang partout dans la cellule). Là ils ont continué de frapper avec leur chaussure. Ensuite j'ai été transporté en prison au Palais de justice et je suis passé devant la Substitut qui m'a rendu ma liberté. Un des policiers a inventé que je lui avais "craché" dessus et s'est mis en accident de travail ».

Selon le rapport médical, l'homme a plus de 50 ecchymoses sur le corps. Il se décide à contacter Unia quand il reçoit, quelques mois plus tard, un courrier l'informant qu'une plainte contre lui avait été déposée pour rébellion et qu'il allait devoir payer les frais médicaux et d'incapacité de travail des policiers intervenants. Si cette affaire montre surtout la violence de l'homophobie, elle rend compte également de l'utilisation tactique de la séropositivité ; utilisation dans ce cas peu efficace puisque les policiers vont continuer à le frapper, non plus avec leurs poings mais avec leurs chaussures. De surcroît, les policiers eux-mêmes vont utiliser la présomption de séropositivité pour retourner la responsabilité et accuser cet homme de mise en danger.

L'articulation séropositivité-homosexualité masculine est tellement évidente pour tout le monde qu'elle n'est à aucun moment questionnée. En ce sens, l'intersectionnalité entre sérophobie et gayphobie va bien au-delà des discriminations liées au VIH et témoigne d'un imaginaire

¹³³ « Ik ben een homo en heb al maanden een vaste relatie met men vriend die hiv heeft en hij moet daarom om de 3 maanden op controle ik ga elke controle mee om me ook te laten controleren. heb op men werk verteld waarom ik de 3 maanden een dagje verlof moet hebben. in het begin ging alles goed maar na een tijdje hadden ze het er moeilijk mee dat ik vriend heb met hiv en ik het ook kan krijgen om die reden hebben ze me ook ontslagen. op men onslag hebben ze wel gezet dat hem om reorganisatie gaat. maar heb gesprek met de baas gehad over de echte reden. ik kreeg wel te horen dat als ik met mijn vriend brak dat ik men job terug krijg. mag dit allemaal zo maar? ik voel me echt gediscrimineerd? de arts in het tropisch instituut waar we onze controle doen had mij papier gegeven dat ik geen hiv heb maar daar wilden ze zelfs niet naar luisteren. »

¹³⁴ Voir Bureau International du Travail, *Le VIH/sida et le monde du travail. Rapport IV*, Genève, 2009, p. 36 : « Les groupes qui sont réputés être exposés au risque de transmission du VIH, par exemple les agents de santé, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et d'autres encore, sont souvent victimes d'une discrimination par association. »

stigmatisant préjudiciable à l'ensemble des gays, qu'ils vivent ou non avec le VIH. Elle renvoie à un imaginaire sérophobe qui peut aller au-delà du VIH dans la mesure où les discriminations se basent sur une perception de la personne et non une caractéristique intrinsèque :

« The way people in general perceive different human traits, such as sex, origin or disability, has a closer connection to discrimination than what is usually recognized. This is because, to put it bluntly, people are not, as a general rule, discriminated against because of who or what they really are, but because of what they are thought to be or represent. » (Makkonen, 2002 : 2)

La notion de gayphobie nous semble intéressante dans la mesure où elle spécifie l'homophobie à l'égard des hommes, qui n'a pas les mêmes ressorts que la lesbophobie. La gayphobie rend compte d'un rejet de l'homosexualité articulée avec des stéréotypes masculins, notamment l'appétit sexuel, générant par exemple la figure du pédophile. Ainsi un homme gay malade est forcément séropositif et un homme séropositif est forcément gay. En outre, ils sont responsables de leur infection dans la mesure où elle est reliée à un comportement sexuel déviant, débridé et pluripartenaire. Rappelons-nous le médecin ayant dit à un homme : *« Vous devriez avoir honte d'avoir des relations avec des hommes. C'est ça qui a fait de vous un séropo »* !

L'homophobie est également profondément liée à l'ordre sexuel qui organise les sexes et les sexualités. Comme le note Borillo : *« Cet ordre sexuel qu'est le sexisme implique non seulement la subordination du féminin au masculin, mais également la hiérarchisation des sexualités, fondement de l'homophobie. Par conséquent, le rappel constant à la supériorité biologique et morale des comportements hétérosexuels fait partie d'une stratégie politique de construction de la normalité sexuelle. »* (Borillo, 2014 : 4) Dans cette même logique, l'homme homosexuel est assimilé au sexe féminin et toute trace de féminité chez un homme remet en cause son hétérosexualité. Dans le cas décrit de discrimination au logement, la propriétaire déduit la séropositivité du requérant de son homosexualité et cette dernière de ses « attitudes efféminées ». La boucle est bouclée, renvoyant l'homme à une position dominée du fait de son assimilation à la féminité. Les discriminations se nourrissent donc de ce substrat homophobe et sexiste.

Nous allons à présent voir comment le sexisme touche les femmes, et particulièrement celles perçues comme Noires, renvoyant à une articulation entre sérophobie, négrophobie et sexisme.

B. Sérophobie, négrophobie et sexisme

Si l'orientation sexuelle apparaît dans les dossiers (au point parfois de cacher la sérophobie), le racisme est quant à lui totalement absent (de même que le sexe). Dans aucun dossier, un critère pouvant lui être relié (couleur de peau, nationalité, ascendance, origine nationale ou ethnique, prétendue race) n'est mentionné. Pourtant, l'analyse des dossiers montre que la présomption de séropositivité touche également les femmes perçues comme Noires, que la référence à la couleur de peau soit faite explicitement ou qu'elle emprunte le détour culturel et parle de « femme d'origine africaine » (sans que l'interlocuteur ne puisse connaître la nationalité ou l'origine nationale de cette femme). C'est pourquoi le terme de négrophobie¹³⁵, qui désigne le racisme à l'encontre de personnes perçues comme « noires », est utilisé dans ce rapport. Plusieurs dossiers font en effet état de suspicion de séropositivité de femmes du seul fait de la perception de leur

¹³⁵ Si le terme de « nègre » est ancien, celui de négrophobie est utilisé depuis peu et semble connaître un certain succès depuis les années 2000. Comme vecteurs de ce succès, nous pouvons notamment citer la publication du livre de Boubacar-Boris Diop et François-Xavier Verschave, *Négrophobie* (Les Arènes) en 2005, et la création en France de la Brigade Anti-Négrophobie (BAN) la même année (<https://www.facebook.com/BrigadeAntiNegrophobiePageOfficielle>).

couleur de peau. Cependant, bien que ces dossiers touchent exclusivement des femmes, la question du sexisme n'est jamais posée par ces femmes, à la différence du racisme ou, plus spécifiquement, de la négrophobie.

- Un cas est celui d'une jeune femme originaire d'Afrique centrale qui contacte Unia pour demander une assistance en tant que victime de harcèlement à cause d'une rumeur affirmant qu'elle est séropositive, alors qu'elle ne l'est pas. Le dossier s'accompagne de plusieurs plaintes déposées à la police à l'encontre d'étudiants de son université qui se moquent d'elle, la surnomment « sida » ou « HIV » et disent qu'elle est folle. Tout serait parti d'une vidéo volée « de son intimité » qui circule sur internet. Selon son témoignage écrit :

« Il ne se passe pas un jour sans que je sois stigmatisée par des gens, pour certains que je connais des cours, pour d'autres que je ne connais pas du tout, qui disent "c'est elle", "la honte", "il y a une photo de sa chatte sur internet", "une photo de son vagin, ça s'est fait", "mais quelle salope", "en plus elle a le sida", "voilà HIV", "voilà SIDA", le tout suivi de rires. Ces rumeurs persistantes me suivent même en dehors des cours : lorsque je me promène à Bruxelles, à Louvain-la-Neuve etc. et dans les transports en commun. J'ai dû mettre en demeure des employés de [tel magasin de photocopies], car ils tenaient les mêmes propos lorsque je m'y rendais. J'ai même adressé une plainte auprès de [tel magasin d'électroménager] car lorsque je m'y suis rendue il y a quelques semaines pour acheter un four, un jeune vendeur a dit à ses collègues : "C'est elle. Elle a le sida. Elle a vraiment le sida" (...) La rumeur est-elle liée au fait que je sois d'origine africaine ? (...) Je suis parfois confrontée au racisme dans ma vie de tous les jours. Et maintenant voilà que des gens menacent mon intégrité physique, psychique, prétendent que je suis atteinte du sida et me surnomment sida ou hiv. »

S'il n'y a pas lieu de mesurer ici l'effectivité ou non des événements décrits, il est important de relever comment la requérante a un sentiment de persécution dans ses interactions quotidiennes. Elle dit d'ailleurs que les rumeurs la « suivent » dans différentes villes. Cette impossibilité de tenir à distance l'accusation et l'injustice perçues des traitements différentiels entraîne une colère et une destruction de soi. Ici les deux premières modalités de l'expérience totale soulignées par Dubet se confondent : la colère donne suffisamment de force pour réagir, porter plainte et en même temps, elle consume. Dans sa lettre, elle se dit aussi « désespérée » et avoue avoir fait une tentative de suicide un an auparavant, quand les rumeurs ont commencé à se propager. Vu que l'incertitude plane sur l'origine de cette rumeur, elle s'interroge sur son lien avec le racisme, sans l'affirmer totalement.

- Un autre cas signalé à Unia l'exprime plus explicitement :
« Sur base de ma couleur de peau, je suis de race noire, en quelques semaines d'intervalle, deux médecins urgentistes de [tel hôpital] m'ont collé l'étiquette d'HIV Positive, l'un en écrivant dans mon dossier médical et l'autre en me montrant du doigt et en le criant devant tout le personnel médical de la salle de réanimation alors qu'aucun élément dans mon dossier ou aucune prise de sang n'a été faite pour prouver ces faits. J'appelle cela une discrimination »

La personne aurait été discriminée non parce qu'elle a le VIH/sida mais parce que le discriminant présume qu'elle l'a. La couleur de peau implique le VIH. On retrouve ici la présomption de séropositivité, qu'elle soit due à l'orientation sexuelle ou à la couleur de peau.

Si ces cas ne concernent que des femmes (sachant qu'elles sont aussi plus nombreuses dans la population séropositive originaire d'Afrique sub-saharienne), il semble toutefois difficile de les théoriser en tant que signes d'un sexisme spécifique, d'un « misogynoir ». Utilisé par des

militantes afroféministes, le misogynoir est le terme récent qualifiant une misogynie spécifique visant les femmes noires et produite par les hommes en général, quelle que soit leur couleur de peau¹³⁶. Il est souvent lié à des aspects physiques (cheveux, forme des fesses, etc.) et au préjugé d'hypersexualisation des femmes noires. Dans les cas cités, les informations détenues ne nous permettent pas de comprendre ces présomptions comme liées spécifiquement au sexe féminin et/ou à ses représentations. En effet, l'articulation entre sérophobie, négrophobie et sexisme est très peu conscientisée, y compris par les « victimes » elles-mêmes. Le sexe n'est absolument pas mis en avant dans les dossiers. Pourtant, dans le premier cas, la femme est aussi traitée de « salope » suite à une image de son sexe circulant sur Internet...

La non-conscientisation des discriminations sur la base du sexe, qui contraste avec les discriminations déclarées des femmes, a été attestée par plusieurs enquêtes. L'enquête quantitative sur les conditions de vie des PVVIH en Belgique (Pezeril, 2012) rendait déjà compte de cette sous-déclaration : les discriminations sur la base du sexe ou du genre sont les moins citées par les répondants (0,7% de l'ensemble), loin derrière l'origine nationale ou ethnique ou la couleur de peau (22,7%) et l'orientation sexuelle (12,1%). Ce résultat est corroboré par l'étude française ANRS-VESPA2. Dans l'article dédié aux discriminations multiples des PVVIH (Marsicano & al, 2014), il est relevé que bien que les femmes séropositives témoignent de plus de discrimination que les hommes séropositifs, le sexe est très rarement cité comme motif (1 %). Les femmes séropositives immigrées d'Afrique subsaharienne (et les usagères de drogue) sont près de 4 sur 10 à témoigner de discriminations tandis que les hommes séropositifs hétérosexuels non immigrés d'Afrique subsaharienne ne sont qu'un peu plus d'un sur 10 dans ce cas. Pourtant les discriminations sur la base du sexe ne sont pas décrites comme telles et s'appréhendent uniquement grâce à l'équipement statistique et au croisement de données. De même, l'enquête récente menée sur « La discrimination liée au genre à travers les perceptions des citoyens en Wallonie »¹³⁷ montre que, dans le classement des formes de discrimination les plus répandues selon le répondant, la discrimination selon le sexe arrive en avant-dernière position et est estimée plutôt rare par 71% de l'échantillon, hommes ou femmes. Or dans le même temps, quand on interroge les femmes sur leurs propres expériences de discrimination, la première raison citée est le sexe (par 22%). Le dossier de presse souligne cette contradiction « avec étonnement ». Il semblerait que les discriminations sexistes et leur déni rendent compte en partie d'une naturalisation des rapports de genre qui les rend évidentes, compréhensibles ou invisibles. Si le comportement sexiste peut être dénoncé, cela n'implique pas toujours une remise en question de la structure sexiste de la société, le patriarcat, qui reste donc très difficile à combattre et même à conscientiser.

A contrario, la négrophobie est plus facilement énoncée, même si elle n'est pas reprise dans les données quantitatives. Son articulation avec la sérophobie prend sa source dans l'identification en Belgique, dès que le sida devient un problème politique et médiatique au milieu des années 1980, du virus avec les populations au départ en provenance du Congo, puis d'Afrique et enfin

¹³⁶ Le terme aurait été créé par Moya Bailey dans son article « They aren't talking about me... », *The Crunk Feminist Collective*, 14 mars 2010. Voir également le blog de Trudy, *Gradient Lair*, et sa définition : « Misogynoir is a word used to describe how racism and anti-Blackness alter the experience of misogyny for Black women, specifically. It alludes to specifically Black women's experiences with gender and how both racism and anti-Blackness alters that experience diametrically from White women (as anti-Blackness and White supremacy make White women the "norm" in terms of intersectional experiences with gender, even as solely via gender, misogyny harms all women) and differently from non-Black women of colour (as though they face racism, the dehumanization associated with anti-Blackness is more than racism or sexualized objectification alone, but speaks to the history of Black bodies and lives treated as those of non-persons). » En ligne : <http://www.gradientlair.com/post/84107309247/define-misogynoir-anti-black-misogyny-moya-bailey-coined>

¹³⁷ Baromètre social de la Wallonie, Dossier de presse, 03/10/2016. En ligne : http://www.iweps.be/sites/default/files/bsw2016_dossier_de_presse_final.pdf

aux personnes identifiées comme Noires dans l'espace public belge (voir Hubert, 1990 ; Pezeril & Kanyebe, 2013). L'histoire de la négrophobie en lien avec le VIH n'est pas la même que celle de l'homophobie. S'il nous a donc semblé intéressant de les analyser distinctement pour comprendre leurs spécificités, il est important de souligner qu'elles produisent la même logique de déduction ou d'induction de la séropositivité à partir d'une identification à des groupes, que ce soit sur base de l'orientation sexuelle et/ou de la couleur de peau, et que cette identification produit le stigmatisme et la discrimination dans les relations sociales.

CONCLUSION 2

La force de la notion d'intersectionnalité est donc de nous obliger à prendre en compte la multiplicité des rapports de domination et leur ancrage empirique. L'amplitude de la sérophobie ne peut se comprendre qu'en lien avec la gayphobie, la négrophobie, le sexisme et, comme nous l'avons vu dans une partie précédente¹³⁸, les inégalités concernant la détention de capitaux. Comme le note la Commission ontarienne des droits de la personne au Canada (2001) :

*« Nous ne réglerons complètement jamais le problème de la discrimination si nous continuons d'insister sur des catégories abstraites et des généralisations plutôt que sur des effets précis. (...) Plus souvent qu'autrement, le désavantage naît de la façon dont la société traite les individus plutôt que de toute caractéristique qui leur est inhérente »*¹³⁹.

Il est donc nécessaire de replacer la discrimination dans son contexte, à la fois dans sa dimension collective, historique et culturelle et dans les effets très concrets qu'elle a sur les trajectoires individuelles.

Malgré les critiques de son utilisation exponentielle et de l'effet de mode, le concept d'intersectionnalité garde ainsi toute sa puissance critique. Cependant, il me semble important d'étudier les spécificités de chaque phénomène discriminatoire. Car on ne peut jamais tout étudier, avec la même rigueur, il est difficile d'embrasser l'ensemble des phénomènes et toutes leurs formes. L'histoire de la gayphobie n'est pas celle de la négrophobie et il faudrait approfondir leurs effets sur et interactions avec la sérophobie. Elles empruntent chacune des modalités différentes. Comme le suggère Yuval-Davis (2006), chaque division sociale produit des effets matériels et symboliques spécifiques. Toutefois, à travers le cas de la sérophobie, qui est sans commune mesure par rapport à ces phénomènes globaux, l'analyse, si elle est plus étroite, nous apparaît plus complète en décrivant les intersections dans leurs articulations concrètes. Nous voyons ainsi un effet spécifique de cette intersectionnalité, qui touche deux groupes bien identifiés, les gays et les femmes noires, qui sont discriminés parce que perçus de fait comme PVVIH.

L'intersectionnalité permet donc également de décrire et de visibiliser les situations des acteurs les plus exposés aux discriminations liées au VIH, qui cumulent précarité socio-économique et déni de droits. Les dossiers les plus tragiques abordés dans ce travail mêlent homophobie et/ou racisme avec pauvreté ou précarité économique (pour ceux qui vivent avec le CPAS ou les allocations handicapées, ou même pour ceux de la classe moyenne qui perdent leur emploi à la suite de l'annonce de leur séropositivité sur le lieu de travail) et précarité administrative (pour les personnes en situation irrégulière) ; le cas le plus emblématique étant celui de cet homme d'Afrique du Nord ayant des relations avec d'autres hommes, se détestant pour cela, sans-papiers, vivant avec le VIH et le VHC, anéanti bien que restant debout. La discrimination

¹³⁸ Voir partie VI, chapitre 2, C. Capitaux détenus.

¹³⁹ Commission ontarienne des droits de la personne au Canada, *Approche intersectionnelle de la discrimination pour traiter des plaintes relatives aux droits de la personne fondés sur des motifs multiples*, 2001.

institutionnelle se loge aussi dans les politiques migratoires et d'accueil des étrangers, non seulement dans les règles officielles édictées, mais aussi dans les pratiques des agents de l'État, que ce soit les Ambassades à l'étranger qui continuent à demander les résultats des tests de dépistage du VIH, les CPAS qui restreignent et/ou compliquent l'accès des bénéficiaires étrangers aux droits sociaux (même minimum comme l'AMU) ou encore les maisons communales ou les mutuelles. En outre, dans notre enquête, seules les femmes sont touchées par la paranoïa ou le sentiment d'anéantissement. Elles sont de plus souvent dans une situation de foyer monoparental, avec un ou des enfants à charge. Les *Black feminists* ont été les premières à souligner que les femmes de couleur étaient aussi les plus pauvres et que les luttes contre le racisme et le sexisme étaient indissociable d'une attention aux inégalités socio-économiques, voire d'une lutte contre le capitalisme¹⁴⁰. Les politiques de lutte contre les discriminations ne doivent pas en effet nous faire oublier la centralité de la lutte contre les inégalités. Malgré la tentative d'inclure la « fortune » dans sa loi AD et même si la Belgique fait office d'avant-garde sur ce point, force est de constater que les discriminations sur la base du revenu et/ou patrimoine sont loin d'être condamnées. Si la lutte contre les discriminations ne s'accompagne pas d'une redistribution équitable des ressources et d'une politique migratoire respectueuse des droits, elle est vouée à rater sa cible, à ne pas protéger les plus démunis et vulnérables, ceux sans capacité de réaction, si ce n'est l'anéantissement ou le délire psychotique.

¹⁴⁰ Voir notamment Angela Davis, *Femmes, Race et Classe*, Paris, Editions Des Femmes, 2007 [1981] .

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

Il apparaît donc que, malgré les progrès thérapeutiques et les décennies de campagnes médiatiques exhortant la population à être solidaire des PVVIH, les discriminations liées au VIH perdurent en Belgique, comme dans la plupart des autres pays européens¹⁴¹. Cette enquête ne permet toutefois pas de mesurer l'évolution de ces discriminations ni d'estimer leur ampleur. En effet, elle rend compte à la fois d'une sous-estimation des discriminations puisque seules celles faisant l'objet d'une plainte à Unia sont incluses et, dans le même temps, d'une surestimation puisque tous les signalements ne relèvent pas d'une discrimination juridique. À partir des 141 signalements reçus par Unia et analysés dans cette recherche, il est toutefois possible d'identifier les situations suivantes (par ordre de fréquence) comme particulièrement problématiques :

- ✓ L'inaccessibilité des assurances (refus, surprime, courte durée) ainsi que les ruptures de confidentialité dans le traitement du dossier médical.
- ✓ L'exclusion et les freins à la progression dans l'emploi (licenciement, blocage de carrière, harcèlement, questionnaire médical dans les formations), à la suite de l'annonce du statut sérologique, aux absences liées à la maladie et/ou aux tests de dépistage.
- ✓ Le refus d'accès au territoire pour les étrangers vivant avec le VIH/sida (tests de dépistage dans les Ambassades, refus de régularisation) et le nonaccès aux traitements antirétroviraux et aux droits sociaux.
- ✓ La divulgation contrainte de la séropositivité à l'entourage, son utilisation comme élément à charge lors des procédures judiciaires (divorce et garde d'enfants) et pour menacer/harceler/exclure la PVVIH de la vie sociale (principalement par l'ancien partenaire).
- ✓ Les propos incitant à la discrimination des PVVIH dans les médias.
- ✓ L'inaccessibilité (refus, report) et la modification de l'ordre de passage pour des soins médicaux (opérations, dentisterie et soins funéraires), la rupture du secret médical, l'accès aux soins et au traitement dans les institutions fermées et l'exclusion des HSH du don de sang.

Cette enquête montre que les conséquences matérielles, symboliques et corporelles sur la vie des discriminés restent sous-estimées. La lecture des dossiers et le contenu des entretiens donnent à voir la violence des relations sociales, laissant parfois l'impression d'une vitrine de la bassesse humaine, de la haine et de la mesquinerie. Il est cependant nécessaire à la fois de remettre en contexte ces dossiers par rapport à l'ensemble des PVVIH, qui ne vivent pas toutes des situations analogues, et de les distinguer selon le type de discrimination et le contexte dans lequel elles s'insèrent. Toutes les discriminations n'ont pas le même effet et, de façon prosaïque, ce n'est pas la même chose de se voir refuser une assurance-vie que de se voir licencié sans les indemnités dues, ou encore que le diagnostic de séropositivité devienne un enjeu de chantage, renforçant ou reconfigurant les inégalités préexistantes dans les relations. Les enjeux des discriminations dépendent en partie du domaine (emploi, assurance, relations interpersonnelles, etc.) dans lequel elles s'exercent, de la nature de la relation entre discriminé et discriminant (relations familiales, amicales, professionnelles, affectives et/ou sexuelles) et de leurs rapports de pouvoir, du ou des critères sur lequel les discriminations prennent place (discrimination simple ou multiple) et surtout des implications concrètes et symboliques qu'elles entraînent (ne pas accéder à un bien, un service ou une situation et en perdre l'estime de soi et/ou ses revenus, son logement et/ou une relation, etc.).

¹⁴¹ Voir l'enquête récente de AIDES en France (2016), celle de Stutterheim & al (2008) aux Pays-Bas ou encore celle de Dodds & al (2004) en Grande-Bretagne.

Si les conséquences varient bien évidemment en fonction de la gravité de l'acte sérophobe, elles ne se limitent pas à un déni d'égalité dans l'accès aux ressources et positions, elles suscitent également des sentiments délétères (injustice, abandon et trahison, menace et honte, persécution et anéantissement) susceptibles d'aggraver l'état de santé. Nombreux sont ceux qui connaissent une détérioration de leur état de santé (augmentation de la charge virale, infections opportunistes, dépression, etc.), comme l'atteste la littérature à ce sujet¹⁴². De plus, beaucoup, afin d'esquiver et/ou d'anticiper les discriminations, adoptent une stratégie du silence, en ne divulguant pas leur statut sérologique. Or ces deux éléments conjugués vont à l'encontre des recommandations de la politique de lutte contre le sida. En effet, elles mettent aujourd'hui l'accent d'une part, sur la nécessité d'un état de santé stable et contrôlé (à travers le maintien d'une charge virale indétectable) dans la mesure où cela conditionne la qualité et l'espérance de vie des PVVIH ainsi qu'une réduction, voire une absence, de transmissibilité du VIH. D'autre part, elles insistent sur l'importance de la dicibilité du statut sérologique et d'une discussion autour de cette question puisque cela a une incidence sur la mise en œuvre de pratiques individuelles de réduction des risques de transmission du VIH. Ainsi, une lutte efficace contre la sérophobie fait aussi partie d'une politique de santé publique, comme toute l'histoire du VIH l'a montré.

Quant à l'itinéraire institutionnel, qui rend compte des différentes interactions entre le discriminé et les organismes chargés de les combattre (ici Unia), il permet de comprendre non seulement l'expérience discriminatoire telle qu'elle est objectivée, les capacités de réponse et d'action d'Unia et enfin, l'impact de ces échanges sur les réalités discriminatoires. Les attentes exprimées à l'égard d'Unia sont diverses et vont de la demande d'objectivation et d'écoute à celles de reconnaissance et de réparation pour le tort subi et la construction d'une société non-discriminante. Les frustrations décrites sont à la hauteur de ces attentes, qui dépassent en partie les compétences d'Unia. L'itinéraire institutionnel est ainsi vécu comme une longue lutte dans laquelle le découragement à saisir le droit peut venir renforcer le sentiment d'impuissance et de fatalité à l'égard des discriminations. En un sens, le refus ou la non-reconnaissance de l'acte sérophobe par Unia et/ou son incapacité à le contrer redoublent le sentiment de discrimination. Selon les entretiens, le risque est réel d'aggraver les effets destructeurs des phénomènes discriminatoires et de faire perdre aux citoyens toute confiance en la capacité des institutions à construire une société juste et démocratique. Il s'agit donc à présent de réfléchir aux moyens de renforcer la politique de lutte contre la sérophobie en envisageant les possibles améliorations de la loi AD, de son encadrement par Unia et d'une meilleure connaissance des droits des PVVIH¹⁴³.

Finalement, la sérophobie désigne l'ensemble des processus de stigmatisation et de discrimination subis par les personnes vivant avec le VIH/sida ou identifiées comme telles, sans que le stigmate entraîne nécessairement la discrimination et, à l'inverse, sans que la discrimination soit systématiquement engendrée par la stigmatisation. En effet, l'acte sérophobe peut également être le fruit d'un calcul statistique (d'une discrimination dite rationnelle) ; l'objectif de non-discrimination étant alors contrebalancé par des arguments soit de rationalité économique (par exemple, la probabilité de surcoût assurantiel ou le licenciement dû aux absences), soit de santé publique (par exemple le don de sang). Il est cependant nécessaire d'être prudent à l'égard d'un raisonnement qui tend à justifier les discriminations, sachant que la loi AD a amené les discriminants à se protéger d'une éventuelle accusation et

¹⁴² Voir la revue de la littérature de Chollier & al (2016).

¹⁴³ Dans cette optique, nous pouvons relever quelques points qui nous semblent mériter une réflexion plus approfondie : la question des preuves ou des « éléments probants » à apporter par le discriminé, qui reste la principale barrière à la reconnaissance de la discrimination ; la difficulté à contrer le harcèlement (souvent également dénoncé très ou trop tard) ; la tension entre la volonté de dénoncer une discrimination ou de demander un aménagement raisonnable et la volonté de ne pas divulguer son statut sérologique (et le manque d'information concernant la non-obligation de dire sa séropositivité) ; le manque de prise en compte des discriminations multiples et intersectionnelles.

donc à développer des arguments jouant sur le caractère raisonnable et proportionné de la discrimination. Quelles que soient les justifications, la sérophobie apparaît procéder de quatre phénomènes :

- ✓ d'une idéologie ou de représentations stigmatisantes liées au VIH/sida qui peuvent engendrer (mais pas nécessairement) une motivation discriminatoire d'une part, et une intériorisation du stigmaté d'autre part ;
- ✓ de différences de traitement concrètes, d'obstacles mis en place par un ou des individus identifiables qui rendent inégales pour une PVVIH, ou identifiée comme telle, ses chances d'accéder à une ressource ou une situation (soit la discrimination directe et la discrimination par association) ;
- ✓ de discriminations structurelles ou institutionnelles, liées à l'histoire sociale de l'épidémie et aux pratiques ou politiques publiques qui créent ou légitiment des différences de traitement individuelles et/ou groupales (soit la discrimination indirecte) ;
- ✓ d'auto-exclusion par anticipation des discriminations par la PVVIH elle-même.

Si ces quatre phénomènes sont liés et présents dans notre corpus, ce rapport repose principalement sur des cas de discrimination directe, même s'il fait également apparaître des cas de discrimination par association (licenciement d'un compagnon d'une PVVIH), d'auto-discrimination (abandon d'une formation professionnelle, non demande d'une assurance), de discrimination institutionnelle (Ambassades, CPAS, instituts de formations supérieures, police) et, bien évidemment, de processus de stigmatisation qui peuvent justifier ces cas de discrimination.

Face à ces actes sérophobes, les PVVIH détiennent des ressources inégales, qui sont fonction d'une part de leurs capitaux personnels (économique, social, symbolique) et d'autre part de leur apprentissage des discriminations. En effet, se déroule une *carrière du discriminé* dans la mesure où l'individu apprend à identifier les situations de discrimination, à y faire face et, éventuellement, à les contrer, en choisissant entre différentes stratégies (lutte, retournement, détachement, banalisation, relativisation). Cependant il ne faudrait pas individualiser à outrance ces capacités, dans la mesure où la sérophobie reste ancrée dans des relations de pouvoir. En outre, les dossiers traités ne reflètent pas nécessairement l'ensemble des discriminations vécues, loin de là. Que les plaintes les plus importantes numériquement concernent l'accès aux assurances et à l'emploi est également dû au fait que plusieurs personnes s'adressent à Unia simplement pour demander de l'information et parce qu'elles connaissent sa compétence en la matière. Nous pouvons toutefois faire l'hypothèse d'une sous-déclaration des discriminations se déroulant dans d'autres domaines, d'autant que la mobilisation individuelle et collective se heurte aujourd'hui à un désir de normalisation. Faire valoir ses droits sur la scène juridique signifie d'une part, faire reconnaître sa caractéristique comme appartenant aux « critères protégés » et informer de son statut sérologique, et d'autre part, prouver avoir été discriminé pour cette raison ; ce qui complique singulièrement le recours à la loi. Les requérants qui contactent Unia affichent une volonté de se démarquer des catégories, d'être considérés comme des individus à la fois singuliers et « normaux », d'être traités « comme tout le monde ». Ainsi, « *chacun peut se trouver placé en porte-à-faux, tant il faudrait à la fois prendre en considération et ignorer les genres, les couleurs, les religions, tant il faudrait à la fois ne pas y penser et ne pas oublier d'y penser* » (Dubet & al, 2013 : 142). La lutte contre les discriminations est en ce sens profondément ambiguë, d'autant qu'elle dérive parfois vers une « concurrence des victimes » au niveau individuel et vers la hiérarchisation des luttes au niveau collectif. S'il est évident que les acteurs ne peuvent embrasser l'ensemble des luttes, il nous semble qu'ils ont toutefois intérêt à saisir davantage leurs intersections.

La sérophobie, si l'on veut préciser ce phénomène, renvoie tant aux discriminations et à la stigmatisation sur la base de la séropositivité qu'à l'homophobie, au racisme et au sexisme. Sans

compter que les inégalités économiques, sociales et politiques (sur le plan de l'accès à la citoyenneté et à la nationalité) au sein même du groupe discriminé sont telles qu'elles conduisent à une « dualisation de la population séropositive » selon différentes enquêtes (Peretti-Watel & Spire, 2008 ; Pezeril, 2012). Il ressort très clairement de cette recherche que la précarité économique et l'incertitude administrative (pour ceux étant en attente de « papiers ») traversent les différentes situations de discrimination, en rendant d'une part les individus plus vulnérables à la possibilité d'être confrontés à une discrimination, et d'autre part en fragilisant leurs capacités à la contrer. Les individus victimes de discrimination sont victimes de bien d'autres injustices sociales. S'il est incontestable que les demandes d'égalité ne se restreignent pas à l'égalité économique et dépendent aussi de la reconnaissance et des enjeux identitaires, il est tout aussi évident que la lutte contre les discriminations est indissociable de la lutte contre les inégalités dans leur ensemble si elle veut atteindre ses objectifs.

En outre, la situation des « sans-papiers » équivaut à celle des « sans-droits » évoquée par Annah Arendt qui revendiquait dès l'après-guerre un « *droit d'avoir des droits* » (1951). Exiger une existence légale pour chacun, cela revient à défendre un droit d'appartenir à une communauté politique, laquelle est seule en mesure de reconnaître et de garantir les droits de l'homme sous des formes plus spécifiques. Comme l'écrit Arendt, « *le grand malheur des sans-droits n'est pas de ne pas être égaux devant la loi, c'est qu'il n'existe pour eux aucune loi ; ce n'est pas d'être opprimés, mais que personne ne se soucie de les opprimer* » (Arendt, 1982 : 296). Pour Breyer et Dumitru (2007), cette description vaut également pour les sans-papiers puisque l'absence de statut légal va de pair avec l'absence de moyens institutionnels pour exercer les libertés fondamentales. Les lois, y compris celles qui dénoncent l'oppression et les discriminations, n'ont pas vocation à défendre celles et ceux qui ne sont pas censés tomber sous leur juridiction. Pourtant, la lutte contre les discriminations ne peut se penser et être mise en œuvre qu'en l'articulant d'une part avec la politique migratoire et l'accueil des étrangers et d'autre part avec une politique d'égalité des places et de redistribution des ressources.

La lutte contre la sérophobie nous semble enfin indissociable de la lutte contre la gayphobie, la négrophobie et le sexisme. Si le lien avec l'homophobie est explicitement fait dans les dossiers, par les requérants et par les professionnels de Unia, la prise en compte de la question dite raciale et des inégalités de genre sont encore largement passées sous silence, voire ne sont pas conscientisées. Afin d'approfondir à la fois notre connaissance des phénomènes discriminatoires et nos capacités à lutter contre eux, il faudrait se pencher plus avant sur la spécificité de chaque phénomène et ses interactions avec les autres (et les faire reconnaître au plan juridique). L'analyse par la sérophobie permet de penser sous un autre angle l'homophobie et le racisme. Elle montre comment des groupes identifiés, les gays et les femmes noires en premier lieu, sont vus et représentés comme vecteurs, si ce n'est responsables, de la propagation de l'épidémie ; renforçant les discriminations préexistantes à leur égard (homophobie, racisme, sexisme) et préservant fictivement a contrario les autres d'une infection par le VIH. Si chaque phénomène a sa spécificité et son histoire propres, ils se rencontrent dans leur capacité à dire/faire voir le stigmaté, ici le VIH. Bien que la sérophobie ne se restreigne pas à ces groupes, elle prend une tournure différente à leur égard en s'inscrivant dans un imaginaire qui dépasse les personnes diagnostiquées séropositives (puisque tous les membres du groupe peuvent être suspectés d'être séropositifs et de le cacher). Ainsi, l'intersectionnalité nous permet d'appréhender la manière concrète dont plusieurs rapports de domination agissent dans la production et la reproduction des inégalités. Une politique de lutte contre la sérophobie ambitieuse ne peut donc oblitérer la dynamique des rapports sociaux structurels d'inégalité et doit appréhender davantage les convergences entre luttes LGBT, antiracistes et féministes.

Ce qui reste délicat dans la lutte contre les discriminations liées au VIH est la gestion de la tension entre la nécessité de cibler les politiques vers les populations qui en ont le plus besoin et le risque de stigmatisation de ces populations sur base d'une désignation sexuelle et/ou raciale. On touche ici à l'un des nœuds de la lutte contre les discriminations : comment assurer

une politique non-stigmatisante tout en développant une politique à destination des groupes les plus vulnérables ? Après s'être construite autour des « groupes à risque » dans les années 1980, la politique de communication de lutte contre le sida s'est généralisée (« Nous sommes tous concernés ») afin d'éviter de renforcer la stigmatisation de ces groupes. Mais cette dilution des actions, dans un contexte de restriction budgétaire, a été remise en cause afin de prioriser les publics qui ont le plus besoin de prévention et d'accompagnement. Aujourd'hui, le plan national belge VIH cible très clairement deux groupes prioritaires, du fait de la prégnance de l'épidémie en leur sein : les HSH et les migrants d'Afrique subsaharienne. La frontière est donc parfois mince entre discrimination illégitime et discrimination dite rationnelle à leur égard (puisque fondée sur des données épidémiologiques « objectives ») ; comme le montrent les débats houleux autour du don de sang. Cette tension entre stigmatisation potentielle des publics prioritaires et politique généraliste se double de la création d'un sentiment de protection pour les personnes n'appartenant pas à ces groupes prioritaires. Il s'agit donc aujourd'hui de pouvoir cibler les actions de lutte contre le sida (prévention, accompagnement et soins), en les accompagnant de façon indissociable d'actions de lutte contre les discriminations multiples et la sérophobie. Cette dernière politique ne doit ni être accessoire, ni venir s'ajouter aux actions existantes des acteurs de prévention et des acteurs médicaux, mais bien les traverser, les questionner et *in fine* les modeler.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Aggleton Peter et Parker Richard, *Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*, ONUSIDA, Genève, 2002.

Ahmed Sara, « "You End up Doing the Documents Rather than Doing the Doing": Diversity, Race Equality and The Politics of Documentation », *Ethnic and Racial Studies*, n°30, 2007, p. 590-609.

AIDES, *VIH/Hépatites. La face cachée des discriminations*, rapport 2016. En ligne : <http://www.aides.org/rapport-discriminations-2016>

Ammer Margit, Crowley Niall, Liegl Barbara, Holzleithner Elisabeth, Wladasch Katrin, Yesilkagit Kutsal, *Study on Equality Bodies set up under Directives 2000/43/EC, 2004/113/EC and 2006/54/EC*, Human European Consultancy in partnership with the Ludwig Boltzmann Institute of Human Rights, October 2010.

Arendt Hannah, *Les origines du totalitarisme*, Vol. 2 *L'impérialisme*, Paris, Fayard, 1982 [1951].

Banens Maks, « Le rejet de l'homosexualité - réflexions terminologiques. Figures de l'homophobie », , Brest, Avril 2008. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00367936/document>

Barcik Bartłomiej, Bogalska-Martin Ewa, Navarro Oscar et Prévert Aline, *Parcours institutionnels de victimes de discrimination*, Rapport de recherche, Grenoble, ACSE/Pacte, CNRS, Septembre 2012.

Bataille Philippe et Schiff Claire, « La discrimination à l'embauche », *Les annales des recherches urbaines*, n°76, 1997, p.89-96.

Beauchemin Cris & al., « Les discriminations : une question de minorité visible », *Population et sociétés*, n°466, avril 2010, p.1-4.

Becker Howard, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (éd. originale 1963).

Bereni Laure et Chappe Vincent-Arnaud, « La discrimination, de la qualification juridique à l'outil sociologique », *Politix*, n° 94, vol. 2, 2011, p. 7-34.

Bilge Sirma, « Théorisations féministes de l'intersectionnalité », *Diogenes*, n° 225, vol. 1, 2009, p. 70-88.

Borillo Daniel (dir.), *Lutter contre les discriminations*, Paris, La Découverte, 2003.

Borrillo Daniel et Chappe Vincent-Arnaud, « La haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité : un laboratoire juridique éphémère ? », *Revue française d'administration publique*, n° 139, vol. 3, 2011, p. 369-380.

Borrillo Daniel, « L'homophobie: mieux la définir pour mieux la combattre », Audition devant la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme », 2014. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01232610/document>

Breyer Insa, Dumitru Speranta, « Les sans-papiers et leur droit d'avoir des droits. Une approche par l'éthique de la discussion », *Raisons politiques*, n° 26, vol. 2, 2007, p. 125-147.

Brimlow DL, Cook JS, Seaton R. *Stigma & HIV/AIDS: a review of the literature*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS Bureau, 2003.

Bumiller Kristin, « Victimes dans l'ombre de la loi. Une critique du modèle de la protection juridique », *Politix*, n°94, vol. 2, 2011, p. 131-152.

Calvès Gwénaële, « Pour une analyse (vraiment) critique et la discrimination positive », *Le Débat*, n°117, vol. 5, 2001, p. 163-174.

Carles-Berkowitz Isabelle, « L'usage des lois visant à lutter contre les discriminations raciales en Belgique : une perspective de genre », *Droit et cultures*, vol. 56, n°2, 2008, p.237-258.

Chappe Vincent-Arnaud, « Le droit au service de l'égalité ? Comparaison des sociologies du droit et de la non-discrimination française et états-unienne », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, n°27, 2014, mis en ligne le 24 novembre 2016. En ligne: <http://traces.revues.org/6092>

Chevallier Jacques, « Lutte contre les discriminations et État-providence », in Borillo, D. (dir.), *Lutter contre les discriminations*, Éditions La Découverte, 2003, p. 38-54.

Chollier Marie, Tomkinson C. et Philibert P., « Stigmatisation et impact sur le soin : l'exemple des IST/VIH », *Sexologies*, n°25, 2016, p.179-183.

Commission européenne, *Discrimination in the UE in 2015*, Rapport, Octobre 2015. En ligne : <http://www.equineteurope.org/Discrimination-in-the-EU-in-2015>

Coudray Mathilde et De Carvalho Elisabete (coord.), *Enquête. Discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*, Sida Info Service, 2009.

Crenshaw Kimberlé Williams, « Cartographie des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, n° 39, 2005 [1991], p. 51-82.

Deacon Harriet, *Understanding HIV/AIDS Stigma*, HSRC Research Monograph, 2005.

De Carvalho Elisabete et Coudray Mathilde, *Enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*, Sida Info Service, 2012.

Delattre E., Leandri N., Meurs D. et Rathelot R., « Trois approches de la discrimination : évaluations indirectes, expérimentation, discriminations ressenties », *Économie et Statistique*, n°464-466, 2013, p. 7-13.

De Schutter Olivier, *Discriminations et marché du travail*, Bruylant, Bruxelles, 2001.

Dodds Catherine et al., *Outsider status. Stigma and discrimination experienced by Gay men and African people with HIV*, Sigma Research report, 2004.

Dodier Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'EHESS, 2003.

Dubet François, Cousin Olivier, Macédoine Éric et Rui Sandrine, *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Paris, Seuil, 2013.

Dubois-Arber Françoise, Haour-Knipe Mary, *Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse*, Lausanne, Institut de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 18), 1998.

Earnshaw Valerie et Chaudoir Stephenie, « From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma : A Review oh HIV Stigma Mechanism Measures », *AIDS Behaviour*, n°13(6), 2009, p.1160-1177.

Eba Patrick, *Stigma(ta)*. *AIDS Review 2007*, Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria, 2008.

Eberhard Mireille, « De l'expérience du racisme à sa reconnaissance comme discrimination. Stratégies discursives et conflits d'interprétation. », *Sociologie*, n°4, vol. 1, 2010, p. 479-495.

Eribon Didier, *Réflexions sur la question gay*, Paris, Fayard, 1999.

Fassin Didier, « L'invention française de la discrimination », *Revue française de science politique*, vol. 52, n°4, août 2002, p. 403-423.

Gaissad Laurent et Pezeril Charlotte, 2012, « La séropositivité entre santé sexuelle et pénalisation », in Le Bodic C. et Hardy F., *Proscrire-prescrire. Présence d'enjeux non-médicaux dans les questions de santé*, Presses universitaires de Rennes, p.105-124.

Goffman Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 1963.

Herek Gregory et al. « AIDS and stigma: a conceptual framework and research », *AIDS Public Policy Journal*, 13(1), 1998, p. 36-47.

Hubert Michel, « AIDS in Belgium : Africa in Microcosm », in Misztal B. et Moss D. (eds.), *Action on Aids. National Policies in Comparative Perspective*, NY/ westport/ London, Greenwood Press, 1990, p. 101-119.

Jaunait Alexandre et Chauvin Sébastien, « "Représenter l'intersection". Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales », *Revue française de science politique*, vol. 62, 2012, p. 5-20.

Lesne Maud et Simon Patrick, « La mesure des discriminations dans l'enquête Trajectoires et Origines », *Document de travail de l'INED*, n°184, 2012.

Link Bruce et Phelan Jo, « Conceptualizing Stigma », *Annual Review of Sociology*, vol. 37, 2001, p. 363-385.

Lochak Danièle, « Réflexions sur la notion de discrimination », *Droit Social*, n°11, 1987.

Marie Claude-Valentin, « Enjeux actuels de la lutte contre les discriminations en France », in Borillo, *Lutter contre les discriminations*, Paris, La Découverte, 2003, p. 123-138.

Marsicano Élise, Dray-Spira Rosemary, Lert France, et al., « Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine », *Population et Société*, n° 516, novembre 2014a, 4 p.

Marsicano Elise, Dray-Spira Rosemary, Lert France, Aubrière Cindy, Spire Bruno, Hamelin Christine & the ANRS-Vespa2 study group, « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study », *AIDS Care*, Vol 26, Supplement 1, 2014b, p. S97-S106.

Makkonen Timo, *Multiple, compound and intersectional discrimination : bringing the experiences of the most marginalized to the fore*, Institute for Human Rights, Abö Akademi University, April 2002.

Mazouz Sarah, « Ni juridique, ni politique. L'anti-discrimination en pratique dans une Commission pour la promotion de l'égalité des chances et la citoyenneté », *Droit et société*, n° 86, vol. 1, 2014., p. 11-32.

Noël Olivier, « Discriminations de genre et de race », *Hommes et migrations*, n°1292, 2011, p. 82-91

Parodi Maxime, « De la discrimination statistique à la discrimination positive. Remarques sur l'inférence probabiliste », *Revue de l'OFCE*, n° 112, vol. 1, 2010, p. 63-85.

Peretti-Watel Patrick, Spire Bruno et Groupe ANRS-VESPA, *SIDA. Une maladie chronique passée au crible*, Rennes, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008.

Pezeril Charlotte et Kanyeba Dany, « "A Congolese Virus and Belgian Doctors ?" Post-colonial Perspectives on Migration and HIV », *African Diaspora*, 2013, vol. 6, n°1, p. 46-71.

Pezeril Charlotte, « Le gouvernement des corps séropositifs : émergence de la pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », *Genre, sexualité et société*, n°15, printemps 2016. En ligne : <http://gss.revues.org/3763>

Pezeril Charlotte, *Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone »*, Observatoire du sida et des sexualités/ Plate-forme Prévention Sida/ Centre d'Etudes Sociologiques, 2012. En ligne : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/2012-enquete-conditionsdevie.pdf>

Pezeril Charlotte, « Paradoxe de la lutte contre les discriminations: la question de la visibilité des personnes séropositives », *Sociologie Pratique*, n°23, 2011a, p.31-44.

Pezeril Charlotte, « Figures du dégoût dans les campagnes de lutte contre le sida », *Ethnologie française*, vol. 41, janvier 2011b, p.79-88.

Pezeril Charlotte (dir.), *Emploi et VIH. Maintien, retour et non discrimination dans l'emploi des personnes vivant avec le VIH en Belgique*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, 2010, en ligne : <http://observatoire-sidasexualites.be/emploi-et-vih-maintien-retour-et-non-discrimination-dans-lemploi-des-personnes-vivant-avec-le-vihsida-en-belgique/>

Poiret Christian, « Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 21, n°1, 2005, p. 195-226.

Rüegger Marc, « La discrimination statistique entre pertinence et arbitraire », *Revue de philosophie économique*, vol. 8, n°10, 2007, p. 73-94.

Sägesser Caroline, *La loi anti-discrimination*, Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 1887-1888, Bruxelles, 2005.

Setbon Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, n°41/1, janvier-mars 2000, p. 61-78.

Simon Patrick et Stavo-Debaugue Joan, « Les politiques anti-discrimination et les statistiques : paramètres d'une incohérence », *Sociétés contemporaines*, n°53, 2004/1, pp. 57-84.

Stavo-Debaugue Joan, « L'invisibilité du tort et le tort de l'invisibilité », *EspacesTemps.net*, 19.04.2007. En ligne : <http://www.espacestems.net/articles/invisibilite-du-tort-et-le-tort-de-invisibilite/>

Stutterheim Sarah, Bos Arjan et Schaalma Herma, *HIV-Related Stigma in the Netherlands*, Aids Fonds, Maastricht, 2008.

Tandé Alexandre, *Lutter contre les discriminations ethnoraciales et/ou promouvoir la diversité dans le domaine de l'emploi ? Le développement d'une action publique ambiguë en Région de Bruxelles-Capitale (1997-2012)*, Thèse de doctorat, Université Lille 2/ ULB, 2013.

Torrekens Corinne et Jacobs Dirk, *Rapport d'évaluation de l'action du Centre auprès de ses parties prenantes dans le cadre du plan stratégique 2011-2013*, ULB/ GERME/ Divercity.

Verger Charlotte, « Le vécu de la séropositivité VIH : résonances subjectives et collectives, et incidences sur la vie relationnelle », *Champ psy*, n°68, vol. 2, 2015, p. 113-124.

Vernazza Pietro, Hirschel, Bernard, Bernasconi Enos, Flepp Markus, « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, 2008, n°89, 5p.

Vincineau Michel (coord.), *Le sida, stimulateur des discriminations*, Bruxelles, Bruylant, 2002.

Vincineau Michel (coord.), *Le sida, un défi aux droits*, Bruxelles, Bruylant, 1991.

Yuval-Davis Nira, « Intersectionality and Feminist Politics », *European Journal of Women's Studies*, n°13, 2006, p. 193-209.

Face à la nécessité de combattre les discriminations vécues par les personnes vivant avec le VIH/sida, reconnue par le Plan national belge de lutte contre le VIH 2014-2019, l'Observatoire du sida et des sexualités a voulu mieux connaître d'une part, les situations de discrimination et l'expérience vécue par les personnes estimant avoir été discriminées et d'autre part, les dispositifs institutionnels permettant de recevoir et d'accompagner les plaintes pour discrimination liée au VIH. La loi antidiscrimination de 2003, revue en 2007, condamne en effet les discriminations sur base de l'état de santé et du handicap, et habilite Unia, le Centre interfédéral pour l'égalité des chances à aider les éventuelles victimes de discrimination en Belgique. C'est pourquoi cette enquête s'est concentrée sur les signalements reçus par Unia de 2003 à 2014, à partir de l'analyse des 141 dossiers retrouvés pour discrimination liée au VIH et de la conduite de 18 entretiens avec des plaignants.

Cette enquête montre la persistance des discriminations liées au VIH, qu'elles soient ou non reconnues comme telles, et leurs effets délétères tant sur l'égalité des droits et la capacité de nos sociétés à les faire respecter, que sur la santé individuelle des discriminés. Elle souligne également l'ampleur de l'imbrication de la sérophobie avec l'homophobie, le racisme, le sexisme et les inégalités économiques ; et donc la nécessité d'une lutte intersectionnelle contre la sérophobie.

Dépot légal : D/2017/10646/2

**OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS**

