



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Rapport d'un atelier théologique consacré à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA

**Soutenu par l'ONUSIDA
Windhoek, Namibie**

ONUSIDA/05.01F (version française, avril 2005)

Version originale anglaise, UNAIDS/05.01E, février 2005 :
A Report of a Theological Workshop Focusing on HIV- and AIDS-related Stigma
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2005.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.

Rapport d'un séminaire théologique consacré à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA, 8–11 décembre 2003 Windhoek, Namibie.

1.Infection à VIH – psychologie 2.SIDA – psychologie 3.Préjugé 4.Stéréotype 5.Religion et médecine 6.Namibie.

ISBN 92 9 173404 7

(Classification NLM : WC 503.7)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Rapport d'un atelier théologique consacré à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Soutenu par l'ONUSIDA

Windhoek, Namibie

Contexte

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) reconnaît à leur juste valeur les efforts réalisés par les groupes religieux en matière de soins et de traitement des personnes vivant avec l'infection à VIH et le SIDA. Ce document est le premier de ce que l'ONUSIDA espère être une série consacrée au travail des leaders de différentes religions (chrétiens, musulmans, hindouistes et bouddhistes) qui affrontent le défi du VIH et du SIDA avec leur perspective religieuse propre.

Il est nécessaire que les leaders religieux et les théologiens s'impliquent davantage en matière de VIH et de SIDA afin de soutenir ceux qui travaillent sur le terrain. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et le SIDA (PVVS) en constitue un aspect important. En effet, cette stigmatisation et cette discrimination sont une violation de la dignité humaine. En outre, elles favorisent l'infection en compromettant la volonté de se faire tester. Or la connaissance de son propre statut sérologique est un élément important des efforts des individus et des communautés pour entraver la propagation de l'épidémie.

L'ONUSIDA a soutenu un atelier rassemblant 62 théologiens de tradition chrétienne afin de démarrer ce processus de collaboration. Cet atelier a eu lieu à Windhoek, en Namibie, en décembre 2003. Le cadre de réflexion théologique inclus dans ce rapport constitue l'un de ses résultats. Ce document ne reflète que les opinions de ceux qui l'ont signé. Les participants ont été invités à titre personnel et ils reconnaissent que, dans la plupart des cas, la formulation de la doctrine repose sur les autorités compétentes de leurs confessions respectives.

Table des matières

Contexte	2
Remerciements	4
Acronymes	5
Préface	6
Participants à l'atelier et autres signataires	8
Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : cadre de réflexion théologique	11
Discours	19
VIH et SIDA : le défi et le contexte	
Stigmatisation et discrimination : l'Incarnation et l'expérience de la Namibie <i>Père Richard W. Bauer</i>	19
Pourquoi les Eglises devraient-elles répondre aux problèmes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH et au SIDA <i>Révérénd Robert J. Vitillo</i>	20
Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : expérience vécue <i>Révérénd Johannes Petrus Heath</i>	28
Conceptualisation de la stigmatisation <i>Gillian Paterson</i>	33
Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : différentes approches théologiques Stigmatisation et théologie chrétienne <i>Père Enda MacDonald</i>	43
Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : implications en matière d'enseignement, de recherche, de communication et de communauté théologiques Implications de la stigmatisation pour le programme théologique <i>Dr Denise Ackerman</i>	48
Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : répondre au défi Stigmatisation : faire passer le message, influencer les leaders et les membres des Eglises <i>Dr Musa Dube</i>	54

Remerciements

Tous nos remerciements vont à ceux qui ont offert leur temps, leur énergie et leur pensée créative à cet atelier et à l'élaboration du cadre de réflexion théologique qui en résulte.

Au groupe consultatif informel : Musa Dube, Linda Hartke, Musimibi Kanyoro, Rebecca Larson, Gillian Paterson, Birgitta Rubenson, Manoj Kurian, Christoph Mann et Robert Vitillo.

A ceux qui ont si chaleureusement accueilli tous les participants lors de leur séjour en Namibie. Aux propriétaires et au personnel du centre de conférence Greiters de Windhoek, au Conseil namibien des Eglises, à l'Association chrétienne des jeunes femmes (YWCA) de Namibie et à l'Action catholique contre le SIDA en Namibie qui ont tous contribué à la réalisation de cet atelier.

C'est avec beaucoup de gratitude que nous étendons nos remerciements aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA qui sont venues à l'atelier et ont partagé leurs bonnes et leurs mauvaises expériences des Eglises. Sans eux, cet atelier n'aurait pas été incarné dans la réalité des expériences vécues.

Nos remerciements vont également à tous ceux qui n'ont pas pu être présents, mais qui, pour montrer leur soutien, ont tenu à ce que leur nom soit ajouté à la liste des personnes ayant souscrit au cadre.

Acronymes

3TC	Lamivudine, médicament utilisé dans le traitement du SIDA
AACC	All Africa Council of Churches (Conseil de toutes les Eglises africaines)
ABC	Abacavir, médicament utilisé dans le traitement du SIDA
ANERELA	Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH ou le SIDA ou personnellement affectés par eux
ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine, médicament utilisé dans le traitement du SIDA
CAFOD	Organisation catholique pour le Développement d'Outre-mer
CD4	Cellules responsables d'une grande partie de la réponse immunitaire et cibles préférentielles du VIH ; caractérisées par la présence d'une molécule de fixation appelée « cluster designation 4 » dont vient l'abréviation CD4
CISMA	Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique
COE	Conseil œcuménique des Eglises
DFID	Département pour le développement international, Royaume-Uni
EHAIA	Initiative œcuménique sur le VIH/SIDA en Afrique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PVV	Personnes vivant avec le VIH
PVVS	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UEM	Mission évangélique unie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
YWCA	Association chrétienne des jeunes femmes

Préface

Les Eglises et les organisations religieuses ont un rôle majeur à jouer dans la riposte au VIH et au SIDA. De nombreuses communautés du monde sont dans un moment de crise et de *kairos*. Le SIDA prélève un tribut de plus en plus lourd. Les parents meurent, les revenus disparaissent et il y a de plus en plus d'orphelins et de familles désespérément pauvres. Les ressources restantes sont peu à peu englouties par les soins aux malades. Les jeunes sont les plus exposés au VIH. Dans les régions les plus affectées, nos prêtres, pasteurs et leaders laïques sont submergés jusqu'à l'épuisement par les obsèques, le soutien aux personnes mourantes et à leur famille, l'assistance aux orphelins et aux personnes qui les prennent en charge et leurs efforts pour offrir une pastorale aux malades. Ils sont malgré tout conscients de ne voir que la partie émergée de l'iceberg. En effet, le VIH progresse en silence dans les communautés, les congrégations et même au sein du clergé.

Quand les gens craignent d'être séropositifs mais savent qu'ils n'auront pas accès au traitement, ils ont peu d'incitations à demander de l'aide ou à changer de comportement. D'autant plus que cette initiative risque de les exposer à la stigmatisation vis-à-vis des personnes connues comme vivant avec le VIH et le SIDA et celle-ci s'étend par vagues successives à leur famille, à ceux qui leur survivent et aux autres personnes proches. Parfois, il existe un traitement contre la transmission mère-enfant, mais les femmes enceintes ne viennent pas forcément le solliciter. Plutôt que de risquer la stigmatisation et la discrimination inévitables si l'on découvre qu'elles vivent avec le VIH et SIDA, elles préfèrent prendre le risque de donner naissance à un enfant séropositif.

Dans cette situation, comme le dit un prêtre sud-africain, « Notre éducation théologique et notre formation pastorale nous donnent le sentiment d'être une équipe de cricket envoyée à l'extérieur pour découvrir que les battes qu'on nous a données sont cassées. »

Si les Eglises doivent s'engager efficacement dans la riposte locale, régionale et internationale à l'épidémie, ces problèmes de stigmatisation et de discrimination doivent être affrontés, non seulement au niveau des organisations et des pratiques religieuses mais également au niveau de la théologie chrétienne elle-même : ce qui est enseigné dans les séminaires, ce que les théologiens enseignent, écrivent et pensent, ce que croient et font les fidèles, et les valeurs contenues dans la formation pastorale du clergé et des laïcs. Mais, cette nécessité exerce une pression sur les personnes qui enseignent dans ce contexte, connaissent souvent peu de choses à propos du VIH et du SIDA et auxquelles leurs antécédents et leur formation n'ont probablement pas fourni les outils nécessaires à la réflexion théologique sur ce sujet.

C'est pour répondre à ce besoin que l'ONUSIDA a, entre autres stratégies, organisé un atelier international destiné aux théologiens de différentes traditions chrétiennes. Celui-ci a eu lieu à Windhoek, en Namibie, du 8 au 11 décembre 2003, avec deux objectifs essentiels : affiner la riposte à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA parmi les enseignants en théologie et les leaders religieux et élaborer un cadre qui constituerait une base utile de réflexion théologique, notamment dans le contexte de l'enseignement de la théologie, des conseils ecclésiaux et des synodes ainsi que de la formation pastorale. Ce document est l'un des résultats de ce processus.

Les personnes qui ont élaboré ce document étaient des théologiens de renom venant des cinq continents et de nombreuses traditions religieuses, des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et des membres du clergé et des laïcs travaillant au niveau international ou communautaire dans le domaine du VIH et du SIDA. La liste complète des participants figure ci-dessous. Ce document est le fruit de leurs efforts pour s'attaquer aux problèmes graves et complexes liés aux réactions de stigmatisation et discrimination et discerner les valeurs et les croyances qui fondent une réponse juste à ces phénomènes négatifs. Les participants n'ont pas essayé de produire une déclaration de consensus. Ils sont également conscients du fait que, dans certaines Eglises, la formulation de la doctrine repose sur les autorités compétentes de leurs confessions respectives. Ils espèrent sincèrement, cependant, que ce cadre guidera les recherches, la réflexion et les actions à venir en rapport avec la stigmatisation et la discrimination qui caractérisent malheureusement ce stade de l'épidémie de VIH et de SIDA.

Participants à l'atelier

Ce cadre a été formulé lors d'un atelier qui a eu lieu à Windhoek, en Namibie, du 8 au 11 décembre 2003 auquel 62 universitaires et théologiens chrétiens étaient invités. Il y a eu 37 participants, et 14 autres ont apporté leur soutien ultérieur à ce cadre parce qu'ils n'avaient pu assister à l'atelier.

Participants

Dr Denise M. Ackermann, *Professeur extraordinaire à la Faculté de Théologie de l'Université de Stellenbosch, Afrique du Sud*

Dr Richard Albertine, *Professeur au Séminaire théologique catholique, Namibie*

Richard W. Bauer, MM, LCSW, *Directeur exécutif, Action catholique contre le SIDA, Conférence des évêques catholiques de Namibie, Namibie*

Dr Michael Czerny, SJ, *Coordonnateur, Réseau jésuite africain contre le SIDA, Kenya*

Dr Musa Dube, *Consultante en VIH et SIDA et théologie, Conseil œcuménique des Eglises, Botswana*

Dr Robin Gill, *Professeur, Chaire de théologie Ramsey, Université du Kent, Royaume-Uni*

Rév. Janet Guyer, *Consultante régionale SIDA pour l'Afrique australe et orientale, Eglise presbytérienne des Etats-Unis. Vit en Afrique du Sud.*

Dr Douglas John Hall, *Professeur à la Faculté d'Etudes religieuses, Université McGill, Canada*

Mme Linda Hartke, *Coordonnatrice, Alliance œcuménique 'Agir Ensemble', Suisse*

Rév. J.P. Heath, *Coordonnateur, Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH ou le SIDA ou personnellement affectés par eux, Afrique du Sud*

Dr Paul John Isaak, *Professeur à la Faculté de Théologie, Université de Namibie, Namibie*

Monseigneur Henri Isongoma, *Evêque du Katanga, Eglise anglicane du Congo, République démocratique du Congo*

Rév. Dr Colin Jones, *Directeur de programme, Bureau VIH/SIDA, Ministères et Mission, Eglise de la Province d'Afrique australe (anglicane), Afrique du Sud*

Rév. Dr Thomas Kalam, *Directeur, Académie nationale des sciences de la santé St Jean, Bangalore, Inde*

Dr Phee Seng Kang, *Professeur de théologie chrétienne, Département de religion et de philosophie, Université baptiste de Hong Kong (RAS), Chine*

Rév. Dr Ka Mana Kangudie, *Professeur, Institut protestant de théologie, Bénin*

Dr Musimbi Kanyoro, *Secrétaire général, YWCA mondiale, Suisse*

Rév. Nangula Kathindi, *Secrétaire général du Conseil des Eglises de Namibie*

Dr Michael Kirwan, SJ, *Enseignant en théologie, Heythrop College, Université de Londres, Royaume-Uni*

Rév. Enda McDonagh, *Professeur émérite, Université Maynooth, St Patrick's College, Irlande*

Dr Christoph E. Mann, *Directeur de programme, Initiative œcuménique sur le VIH/SIDA en Afrique (EHAlA), Conseil œcuménique des Eglises, Suisse*

Dr Leonard Martin, CSsR, *Professeur de théologie morale, Université fédérale du Ceará, Brésil*

Dr Monica J Melanchthon, *Professeur d'études de l'Ancien Testament, Université théologique luthérienne de Gurukul, Inde*

Père Emil Moteaphala, OMI, *Enseignant en théologie à l'Institut théologique St Joseph, Afrique du Sud*

Evêque Dr Ambrose Moyo, *Communion luthérienne d'Afrique australe, Afrique du Sud*

Dr Mercy Oduyoye, *Directrice, Institute of Women in Religion and Culture, Trinity Theological Seminary, Ghana*

Rév. Lisandro Orlov, *Eglise évangélique luthérienne en Argentine et Uruguay, Argentine*

Mme Gillian Paterson, *Consultante, Paxworks, Royaume-Uni*

Père Dr François Sedgo, *Président du Comité national catholique de lutte contre le SIDA, Conférence épiscopale Burkina-Niger, Burkina Faso*

Jan Bjarne Sodal, *Conseil chrétien des Eglises de Norvège*

Rév. Monseigneur John Strykowski, *Directeur exécutif, Secrétariat de la Doctrine, Conférence des Evêques catholiques des Etats-Unis, Etats-Unis*

Sœur Dr Rose Uchem, MSHR, *Enseignante principale, Ecole internationale spiritaine de théologie, Attakwu, Enugu, Nigéria*

Dr Vuadi Vibila, *Faculté de Théologie, Université protestante du Congo, République démocratique du Congo*

Rév. Robert Vitillo, *Directeur exécutif, Campagne catholique pour le développement humain, Conférence des Evêques catholiques des Etats-Unis, Etats-Unis ; Conseiller spécial en VIH et SIDA pour Caritas Internationalis, Etats-Unis*

Rév. Dr Spiwo Xapile, *JL Zwane Memorial Church, Eglise presbytérienne unie d'Afrique australe, Afrique du Sud*

Rév. Magdalena Ya-Shalongo, *Eglise luthérienne évangélique de Namibie*

Mme Helene Yinda, *YWCA mondiale, Suisse*

Les personnes suivantes ont été invitées mais n'ont pu assister à l'atelier. Mais elles ont exprimé le souhait de voir leur nom apparaître dans ce document afin de montrer leur soutien au contenu de ce cadre de réflexion :

Dr V. Munyika, *Secrétaire général de l'Eglise évangélique luthérienne de Namibie*

Timothy Radcliffe, OP, *Blackfriars, Oxford, Royaume-Uni*

Rév. Dr Rebecca Larson, *Directrice exécutive, Division for Church in Society, Eglise évangélique luthérienne d'Amérique, Etats-Unis*

Charles A. Briggs, *Professeur distingué de théologie systématique, Union Theological Seminary, Etats-Unis*

Stuart C. Bate, *Professeur d'enseignement religieux et de ministère pastoral, St Augustine College d'Afrique du Sud*

Père Dr K.M. George, *Séminaire théologique orthodoxe, Inde*

Dr Steve de Gruchy, *Ecole de théologie et Université des religions du KwaZulu-Natal, Afrique du Sud*

Birgitta Rubenson, RN, *Eglise luthérienne de Suède*

Rév. Mvume Dandala, *Secrétaire général, Conférence de toutes les Eglises africaines, Nairobi, Kenya*

Rév. Erny Gillen, *Président, Caritas Luxembourg, Luxembourg*

Teresa Okure, SHCJ, *Lagos, Nigéria*

Rév. Canon Gideon Byamugisha, *World Vision International, Kampala, Ouganda*

Professeur Dr Mary Getui, *Nairobi, Kenya*

Dr Robert Shreiter, *Union théologique catholique, Chicago, Etats-Unis*

Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : cadre de réflexion théologique

Introduction

Il est prouvé que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et le SIDA constituent l'obstacle le plus puissant à une prévention et une prise en charge efficaces du VIH et du SIDA. La théologie chrétienne a, quelquefois à son insu, agi de manière à renforcer cette stigmatisation et à augmenter les risques de discrimination. En d'autres circonstances, elle a par contre réussi à relever les défis des injustices de la société et à apporter un changement. On peut citer à titre d'exemple les fondements théologiques que l'Eglise réformée a utilisés comme arguments en faveur de l'abolition de l'esclavage ainsi que le processus théologique qui a abouti au document *Kairos*, qui a joué un rôle si important dans l'accélération de la fin de l'apartheid structurel en Afrique du Sud.

La stigmatisation est difficile à définir. Elle implique généralement cependant l'étiquetage d'une personne ou d'un groupe de personnes censées ne pas mériter l'inclusion dans la communauté humaine qui aboutit à la discrimination et à l'ostracisme. Cet étiquetage est généralement lié à une caractéristique physique, psychologique ou morale perçue par les autres et censée les rendre indignes de l'inclusion pleine et entière dans la communauté. L'on peut stigmatiser ceux qui sont considérés comme impurs, sales ou dangereux, ceux qui sont différents de nous ou vivent différemment, ou ceux qui sont simplement des étrangers. Ce processus nous amène à construire des stéréotypes nocifs et à perpétuer l'injustice et la discrimination. La stigmatisation implique souvent un exercice conscient ou non du pouvoir sur des personnes vulnérables et marginalisées.

Le but du présent document consiste à identifier les aspects de la théologie chrétienne qui cautionnent ou encouragent les attitudes et les comportements stigmatisants vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et de leur entourage et à découvrir les ressources de la théologie chrétienne susceptibles d'aider les Eglises à élaborer des approches plus positives et plus soucieuses du bien-être. Il ne s'agit pas d'une déclaration théologique, mais plutôt d'un cadre de réflexion et d'une opportunité pour les leaders religieux de poursuivre une réflexion chrétienne approfondie sur la crise actuelle.

Nous avons identifié les thèmes théologiques suivants comme les principaux sujets qui doivent être abordés dans toute réflexion structurée relative à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA.

- Dieu et la création
- L'interprétation de la Bible
- Le péché
- La souffrance et les lamentations
- La justice de l'Alliance
- La vérité et son expression, et
- L'Eglise en tant que communauté de guérison, qui inclut et accompagne tous les êtres humains.

Dieu et la création

La grande diversité des conceptions de Dieu au sein des Eglises est au cœur des attitudes stigmatisantes vis-à-vis du VIH et du SIDA. Les chrétiens ont souvent présenté un modèle de Dieu vindicatif qui inflige le VIH et le SIDA comme punition du péché. Nous croyons, au contraire, que Dieu est un dieu de compassion qui se réjouit de la création. Le VIH est un virus (très dangereux pour l'être humain) mais pas une punition divine du péché.

Dieu nous a créés comme des personnes uniques et des êtres différenciés. Dieu se réjouit de nos différences et nous invite à en faire autant. Il nous a créés comme des êtres humains sexués dans toutes nos différences. Nous devons célébrer ceci et en jouir de manière responsable. L'histoire du jardin d'Eden est en partie celle de l'aliénation des êtres humains vis-à-vis de leur sexualité. Le cadeau de Dieu a été cette capacité à jouir l'un de l'autre en tant qu'êtres humains sexués et c'est nous qui avons gaspillé ce cadeau. Dieu nous a créés l'un pour l'autre et pour Lui, et Il veut que nous célébrions ce cadeau qu'est la sexualité à travers lequel Sa création s'épanouit.

L'être humain incarné est le temple du Seigneur. Tout abus vis-à-vis du corps est donc une offense à la fois contre Dieu et contre Sa création ainsi qu'un exercice condamnable du pouvoir. Ceci inclut les abus perpétrés par les hommes sur le corps des femmes. L'homme et la femme sont créés égaux. En s'honorant l'un l'autre en tant qu'êtres sexués, c'est la vie que nous honorons. Et pourtant, la transmission du VIH est souvent liée à la vulnérabilité des femmes ou des jeunes filles et jeunes garçons et des abus commis envers eux. Ni les femmes ni les enfants ne peuvent se protéger du VIH si leur sexualité est contrôlée par autrui.

Des images de Dieu ont souvent été utilisées afin de soutenir le patriarcat et des interprétations du Livre de la Genèse ont amené la stigmatisation de la sexualité des femmes. Ces lectures erronées des Ecritures ont compromis les efforts de l'Eglise à s'engager dans la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et ont donc entravé sa capacité à contribuer à la prévention de la transmission.

Dieu est aux côtés de ceux qui sont vulnérables et plus encore de ceux qui sont stigmatisés.

Nous devons retrouver (et communiquer aux chrétiens qui ont la foi) des images de Dieu qui sont trinitaires, non patriarcales et reposent non sur la punition mais sur l'amour divin.

L'interprétation de la Bible

La foi chrétienne, comme le montre la Bible, est l'élément central du christianisme. La Bible raconte l'histoire de la sollicitude permanente de Dieu pour la création et l'humanité et, ce faisant, elle peut nous apprendre beaucoup de choses sur la stigmatisation. La Bible a cependant souvent été lue et interprétée de telle manière qu'elle a encouragé les attitudes et pratiques dévalorisantes au sein de l'Eglise et accru la stigmatisation des personnes vulnérables et marginalisées.

Au cours de l'histoire, les Eglises ont souvent utilisé la Bible à des fins d'exclusion. En ce qui concerne la stigmatisation, on essaie de retrouver des textes qui encouragent au

contraire l'inclusion. On ne peut pas y trouver de parallèle exact à ce qu'expérimentent les personnes vivant avec le VIH et le SIDA mais la tradition biblique regorge d'exemples de la manière dont étaient traitées les personnes stigmatisées de chaque époque. Nous devons nous inspirer de la manière dont Jésus se comportait avec les stigmatisés, les lépreux, les Samaritains, une femme pendant sa menstruation, et ceux qui souffraient de handicaps physiques ou mentaux. Il se mêlait à eux, les incluait, les invitait dans son cercle d'amis, les touchait et leur permettait en retour de Le toucher. A la fin, Jésus lui-même s'est soumis à la stigmatisation ultime d'une crucifixion publique hors des murs de la ville.

Lorsqu'on cherche à retrouver une lecture non stigmatisante de la Bible, on peut faire les observations suivantes :

- Les Ecritures elles-mêmes ont été rédigées dans des contextes particuliers, à des moments différents et elles reflètent le contexte social de leurs auteurs.
- Quand nous choisissons des textes qui soutiennent la stigmatisation, nous refusons souvent de reconnaître notre propre contexte social et la tradition culturelle qui ont façonné notre vision.
- Les deux thèmes récurrents des Ecritures sont l'amour de Dieu et Sa justice par laquelle Il veut racheter la création et l'humanité.
- Comme la préoccupation principale et incontestée de Dieu est notre bien-être et la plénitude de notre vie, aucun passage des Ecritures ne devrait être utilisé pour porter atteinte à ce bien-être chez aucun être humain.
- La vie, la mort et la résurrection de Jésus-Christ offrent l'espoir et une vie nouvelle à toute l'humanité. Elles portent un coup fatal à toutes les stigmatisations. Elles affirment la valeur de l'être humain partagée par toute l'humanité, puisque nous sommes créés à l'image de Dieu et sanctifiés par le sacrifice du Christ.

La lecture de la Bible doit être centrée sur le Christ et liée au contexte dans lequel nous nous trouvons. Nous devons tenir compte des connaissances dont nous disposons maintenant mais dont ne disposaient ni les auteurs de la Bible ni les générations précédentes qui l'ont lue et étudiée. Ce sont les données de l'exégèse biblique moderne et de la recherche anthropologique et sociologique pertinente ainsi que de connaissances émanant de la théologie contextuelle et d'une meilleure compréhension par les Eglises des problèmes de justice sociale.

Le péché

La foi biblique conçoit le péché sur le plan relationnel, c'est-à-dire la rupture de notre relation essentielle à Dieu, à l'autre et au reste de la création. Le péché est donc aliénation et désunion et il nous concerne tous. Que nous soyons infectés par le VIH ou non, nous sommes tous pécheurs. Que ce soit en tant qu'individus ou en tant que communautés, nous sommes tous loin de la gloire de Dieu. Stigmatiser revient donc à renier cette vérité.

La compréhension du péché est donc un élément essentiel de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA. Au sein de cette relation, on peut identifier quatre éléments principaux.

Le péché de la stigmatisation

La stigmatisation d'individus est un péché contre Dieu notre créateur à l'image de qui tous les humains sont créés. Stigmatiser une personne revient donc à rejeter l'image de Dieu en elle et à lui dénier le droit de vivre en plénitude. Ce n'est pas seulement un péché contre son prochain mais également contre Dieu.

L'association entre sexualité et péché

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA est née du lien erroné souvent créé dans la pensée chrétienne entre la sexualité et le péché. De ce lien découle l'hypothèse largement admise que le VIH est toujours contracté à la suite d'une relation sexuelle « immorale » et la tendance à considérer les péchés d'ordre sexuel comme les plus graves. C'est ainsi que le sexe porte le sceau du péché et il est source de plus de réprobation que les autres péchés. C'est pourquoi les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont davantage montrées du doigt et séparées des autres pécheurs, censés être moins coupables.

Il est vrai que la transmission du VIH résulte dans la grande majorité des cas d'une activité sexuelle. Mais loin d'être un péché en soi, l'usage responsable du sexe et de la sexualité humaine, sa célébration et sa jouissance, font partie de la création de Dieu. Dans le contexte actuel de la foi, il est nécessaire de dénoncer l'identification du sexe au péché ainsi que la stigmatisation et la théologie dégradée du péché qui en résulte (il faut également souligner que la transmission du VIH ne résulte pas exclusivement de l'activité sexuelle mais également de méthodes de recueil de sang non hygiéniques, de l'incapacité des gouvernements à dépister tous les dons de sang et de l'usage de seringues communes pour l'injection de drogues).

Le VIH et le SIDA en tant que punition du péché

Il est faux d'interpréter le VIH et le SIDA – ou toute autre catastrophe humaine – comme une punition divine du péché. Cette interprétation est nocive parce que les attitudes moralisatrices qui en découlent sapent les efforts des Eglises en matière de soins et de prévention. Cette théorie est également injustifiable sur le plan théologique comme le montrent très bien le Livre de Job et de nombreux récits de guérison des Evangiles. Lorsque l'on réfléchit aux liens entre transmission du VIH et péché, il faut se souvenir que beaucoup de personnes qui sont infectées ne portent aucune responsabilité, que ce soient les bébés nés avec le virus ou les femmes et les enfants abusés et les partenaires fidèles de conjoints infidèles.

Le péché de refuser ses responsabilités

La menace constituée par la pandémie de SIDA exige que les êtres humains se comportent de manière responsable. Nous avons la responsabilité d'être fidèles dans notre relation sexuelle. Ceux qui vivent avec le VIH ou le SIDA ont la responsabilité particulière de ne pas risquer d'infecter autrui. Ceux qui testent des dons de sang ont la responsabilité d'être vigilants. Et ceux qui recueillent du sang ou injectent des médicaments doivent s'assurer que leurs aiguilles sont stériles. Un défaut délibéré de responsabilité dans un de ces domaines est dangereux pour autrui et constitue donc un péché.

En résumé, si nous voulons lutter efficacement contre la stigmatisation, nous devons avoir une conception chrétienne plus positive de la sexualité, centrée sur la fidélité, la bonté et la protection des familles. Si nous vivons avec le VIH ou le SIDA, nous devrions nous attendre à être traités avec compassion et sans stigmatisation par nos Eglises. La stigmati-

sation d'autrui est un péché bien plus grave que la majorité des soi-disant méfaits censés être responsables de l'infection à VIH. Après tout, les péchés les plus souvent identifiés par Jésus comme incompatibles avec Son Royaume étaient l'orgueil, la vanité, la fourberie, la cupidité, l'hypocrisie et l'abus de pouvoir, tous faisant partie du cocktail mortel à l'origine de la stigmatisation.

La souffrance et les lamentations

En tant que personnes incarnées et en relation avec d'autres, nous souffrons. La souffrance a cependant été parfois considérée comme une réalité à accepter, comme la destinée inévitable de chaque individu. Dans d'autres cas, elle a été considérée comme une punition du péché. La souffrance est quelquefois à tort exaltée au rang de vertu. Ces interprétations n'ont pas leur place dans la théologie chrétienne qui doit plutôt mettre l'accent sur l'aspect rédempteur de la souffrance et dénoncer les structures sociales qui causent des souffrances et une stigmatisation injustifiées. Après tout, Jésus a exprimé de la compassion devant la souffrance : une compassion qui comportait à la fois un fort sentiment vis-à-vis des personnes souffrant et une détermination à les aider et à leur donner les moyens d'agir. En s'incarnant et en mourant sur la Croix, Dieu entre dans la création souffrante pour la guérir de l'intérieur. Jésus a exprimé sa solidarité et sa compassion à notre égard. Il est mort sur la Croix, stigmatisé et rejeté, hors des murs de la ville.

Pour mieux comprendre la nature de la souffrance et de notre réaction face à elle, nous pouvons tenter de retrouver des textes bibliques relatifs à la souffrance et de recourir à la riche tradition biblique des lamentations. Les lamentations expriment en premier lieu les cris de ceux qui souffrent, mais elles peuvent aussi exprimer les cris des coupables qui demandent le pardon et la réconciliation. Les lamentations nous offrent un langage qui nomme la souffrance, remet en question les structures de pouvoir, appelle la justice et raconte à Dieu que la situation de l'être humain devrait être différente. Elles expriment également l'espoir en la compassion de Dieu et en Sa volonté de nous délivrer de la souffrance. Elles peuvent être à la fois individuelles et communautaires. Dans un contexte « frôlé de près par la mort », selon Saint Jean Chrysostome, comment pourrions-nous ne pas nous lamenter ? Les lamentations peuvent enrichir la liturgie et la pastorale et contribuer à une relation plus authentique et intime avec Dieu en Lui disant l'innommable.

La justice de l'Alliance

Le concept biblique d'Alliance implique une relation étroite entre Dieu et les êtres humains qui devrait se refléter dans les relations des êtres humains entre eux. Tout comme Dieu nous a donné la grâce de solliciter Son amitié, les êtres humains peuvent demander certaines choses aux sociétés qu'ils construisent. Mais les besoins des plus faibles sont souvent négligés, surtout s'ils portent le double stigmate de la pauvreté et du VIH ou du SIDA.

Ce n'est pas une coïncidence si le VIH et le SIDA font rage dans le monde en développement. Bien sûr, la pauvreté ne cause pas à elle seule l'infection à VIH ; en effet, le virus frappe les riches comme les pauvres dans différents endroits du monde. La pauvreté exacerbe néanmoins le problème. Elle laisse les gens sans ressources, affamés, illettrés et sans accès correct aux services de santé. C'est pourquoi l'impact du VIH et du SIDA épuise les ressources déjà limitées des pays pauvres et entrave l'efficacité des actions de prévention et de prise en charge.

Il ne suffit pas de s'attaquer aux symptômes de la pauvreté, bien que ce type d'intervention soit approprié à certains moments. A long terme, nous devons identifier les racines de cet appauvrissement qui sont souvent liées à des choix politiques, sociaux et économiques délibérés. Malheureusement, les dirigeants, au niveau local ou national, sont souvent relativement impuissants en face des banques et des multinationales qui sont à l'origine d'une grande partie des décisions économiques et politiques. Le leadership politique devrait pourtant être comptable du mauvais usage des fonds publics, notamment de la part excessive des budgets nationaux consacrée à l'armement, plutôt qu'à la santé, à l'éducation ou aux services sociaux de base destinés aux plus démunis. La corruption politique doit être encore davantage combattue dans un monde défigurée par le SIDA.

Les Eglises ont eu tendance à prendre en charge les symptômes et à condamner les causes tout en négligeant d'affronter les racines structurelles de la pauvreté. Nous sommes par exemple quelquefois compromis parce que nous dépendons, dans notre ministère, du soutien de ceux qui font leur fortune dans les pays pauvres. En tant que théologiens, nous n'avons pas suffisamment favorisé l'enseignement social des Eglises ni suffisamment incité les Eglises à redécouvrir leur voix et leur ministère prophétiques.

Même si certaines Eglises du Nord ont répondu aux besoins de leurs frères et sœurs en Christ dans le Sud, la solidarité mondiale entre ceux qui se déclarent unis dans le Corps du Christ reste loin de ce qu'elle devrait être. Si nous croyons vraiment que le VIH et le SIDA sont dans l'Eglise, alors aucun endroit du Corps du Christ n'est épargné quelles que soient les divisions géographiques, culturelles ou traditionnelles. La délicate mission de l'Eglise doit donc consister à réexaminer ses priorités en termes de ministère et de budgets si elle veut jouer un rôle dans cette crise, ce moment de *kairos*.

La vérité et son expression

La stigmatisation se nourrit du silence et du déni. Les gens gardent souvent le silence par rapport à leur crainte d'être séropositifs parce qu'ils ont trop peur de demander de l'aide pour eux-mêmes ou pour leur famille. Les institutions et les communautés peuvent également craindre leur propre stigmatisation si certains membres sont découverts porteurs d'une maladie « honteuse ». La crainte devient alors plus forte que l'exigence de vérité dans la quête de la plénitude.

Ceci soulève plusieurs questions en matière de théologie, pour les Eglises comme pour leurs membres. Que faut-il enseigner ou pas en matière de VIH, particulièrement aux jeunes ? Que faut-il dire ou ne pas dire à propos de certains membres ? Qu'est-ce que chacun doit révéler ou garder secret ? Comment nos communautés peuvent-elles aller au-delà du déni et mieux accepter ceux qui disent la vérité ?

Jésus nous a appris que la vérité nous rendait libres et nous a donné pour mission d'enseigner la vérité. Mais les Eglises ont souvent des difficultés à le faire. La vérité met souvent en évidence le fossé entre ce que ses leaders et ses membres prêchent et ce qu'ils font en réalité. Ceci crée un énorme problème pour les personnes concernées car la révélation d'une information stigmatisante dans un environnement non empathique et dévalorisant peut être une entreprise effrayante et dangereuse.

En matière de VIH et de SIDA, l'expérience a montré que la meilleure forme de prévention était une éducation basée sur la vérité. Ceci signifie non seulement une vérité

des faits (ce qu'est le VIH, comment il se transmet, comment il peut être évité et ce qui va arriver à une personne infectée) mais également une vérité de la signification – thème que les Eglises sont bien qualifiées pour explorer. La « vérité de la signification » est liée à la signification de la souffrance, à la nature du péché, aux rapports entre la vie et la mort et à la quête de l'Esprit de Dieu.

Il est urgent que nous construisions des communautés accueillantes, solidaires et capables de briser le silence qui entoure le VIH et le SIDA. Beaucoup d'Eglises sont en principe engagées dans ce domaine. Mais il est difficile d'imaginer comment elles peuvent y arriver sans une douloureuse remise en question au niveau de leurs institutions, de leur hiérarchie, de leur clergé et de leurs membres. Dire la vérité impliquerait pour beaucoup d'Eglises de reconnaître qu'elles ont participé à la stigmatisation. Elles ont pu plaider en faveur d'une théologie « erronée » ou négligé de la remettre en question. Elles ont pu fermer les yeux sur le climat de silence et de déni régnant au niveau de leurs institutions, diluer ou mal représenter les faits dans leurs programmes d'éducation, négliger d'offrir un leadership solide et prophétique et être responsables d'un mauvais exemple moral qui existe parfois au sein même des Eglises. Il faut se souvenir que Jésus a été très critique vis-à-vis des gens d'Eglise quand il les prenait en flagrant délit d'hypocrisie.

L'Eglise en tant que communauté de guérison, qui inclut et accompagne tous les êtres humains

La stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA exige que l'Eglise s'interroge sur ce que signifie, à l'époque actuelle, d'être la communauté inclusive que Jésus proclamait. Les Eglises ont une longue histoire en matière de soins aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA et à leur famille, de prise en charge des orphelins, et de soutien aux familles de ceux qui sont morts ; aujourd'hui, dans le contexte du VIH et du SIDA, certaines Eglises sont arrivées à un point de rupture à cause de la charge des obsèques et de l'assistance aux malades et aux mourants. Mais ces efforts n'ont pas toujours réussi à venir à bout de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA.

En tant que communauté de disciples de Jésus-Christ, l'Eglise devrait être un sanctuaire, un lieu sûr, un refuge, un abri pour les stigmatisés et les exclus. L'Eglise devrait travailler à la fois à la prévention de la stigmatisation et aux soins de ceux qui sont stigmatisés. Et pourtant, les Eglises ont souvent exclu et stigmatisé ceux qui étaient « différents », ceux qui ne se conformaient pas aux règles, et ceux qui avaient péché ou dont on pensait qu'ils avaient péché. Ces faits défont notre compréhension de l'identité de l'Eglise et exigent une réflexion approfondie sur la question de l'inclusion et de l'exclusion au sein de nos communautés. Le ministère de Jésus était inclusif au point de scandaliser les autorités religieuses et les gens dits « respectables ». Le fait qu'à notre époque les personnes vivant avec le VIH et le SIDA soient stigmatisées et discriminées au sein de nos Eglises traduit la nécessité d'une réflexion théologique renouvelée sur la nature et l'identité de l'Eglise.

Si nous reconnaissons la souffrance, nous devons être prêts à y répondre et de nombreux membres des Eglises sont conscients des besoins d'aide et de soutien au niveau des paroisses. Notre capacité d'accompagnement des personnes qui souffrent est cependant souvent limitée par notre manque de confiance en nous et par notre crainte de ne pas disposer des ressources nécessaires. Il faut donc offrir aux Eglises l'éducation nécessaire pour les aider à accompagner ceux qui portent le stigmate du VIH et du SIDA. Il faut également être

très sensible aux craintes de ces personnes de révéler leur statut et de subir davantage de stigmatisation. Des ressources appropriées permettront au clergé et aux laïcs, particulièrement aux jeunes, de faire en sorte que l'Eglise accomplisse sa tâche de manière responsable et aimante, dans un esprit de dialogue.

Ce rôle doit être exploré en matière d'enseignement théologique, de façon que le clergé et les responsables communautaires prennent en charge leurs paroisses avec une certaine compréhension des dynamiques de l'accompagnement des personnes stigmatisées et en souffrance, de la prière avec elles et leur famille, de la manière d'être à leurs côtés et de les aimer dans l'espérance.

En matière de stigmatisation, les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont les ressources les plus précieuses des Eglises. Elles ont été décrites comme les « guérisseurs blessés » de notre temps. Leur pleine inclusion dans tous les aspects de la vie de l'Eglise est la meilleure stratégie pour changer les attitudes et dissiper la peur. L'expérience de la vie avec le VIH et le SIDA soulève de graves questions sur la signification de la souffrance et la nature de Dieu et le partage de ce questionnement peut enrichir la vie spirituelle de toute la communauté. Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont déclaré que la liturgie et les rituels de l'Eglise avaient été pour eux une grande source de force morale, surtout lorsqu'ils s'associaient au soutien de la communauté des paroissiens.

Notre réflexion sur une Eglise qui dit « non » à la stigmatisation doit constamment s'inspirer du Christ des Evangiles qui nous a donné un modèle d'accompagnement, de relations humaines et de guérison chrétienne. Nous croyons que les Ecritures nous encouragent à aller au-delà de la stigmatisation et de l'exclusion de la crucifixion vers la résurrection, l'espérance et la rédemption. L'Eglise doit rester une Eglise d'espérance même dans le contexte du VIH et du SIDA.

VIH et SIDA : le défi et le contexte Stigmatisation et discrimination : l'Incarnation et l'expérience de la Namibie

Le Père Richard W. Bauer, MM, LCSW, est un prêtre de la congrégation des Pères et Frères de Maryknoll. Il a travaillé avec des personnes vivant avec le VIH et le SIDA depuis 1982. Il est actuellement le Directeur exécutif de l'Action catholique contre le SIDA, un programme de la Conférence des évêques de Namibie. Il est basé à Windhoek en Namibie.

Le premier jour de l'atelier a fourni un contexte concret au sein duquel nous avons commencé nos délibérations. Nous avons tenté d'incarner notre réflexion théologique dans l'expérience réellement vécue des personnes affectées par la pandémie de VIH. Des Namibiens ont pu relater leur expérience personnelle de la stigmatisation et de la discrimination et ont également clairement exprimé leur besoin d'être soutenus par leurs communautés religieuses.

L'atelier a ainsi écouté l'expérience de Maria Nashilongo, Godfried Kanao, Helena Nghinaengulwa et Silvia Nghinhihange. Esther Andreas a aidé à la traduction et le Révérend Richard Albertine, MM, ont animé la réflexion théologique.

VIH et SIDA : le défi et le contexte

Pourquoi les Eglises devraient-elles répondre aux problèmes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH et au SIDA ?

Le Révérend Robert J. Vitillo est un prêtre catholique romain du Diocèse de Paterson, New Jersey, aux Etats-Unis. Il a une formation en travail social. Il est actuellement Directeur exécutif de la Campagne catholique pour le développement humain de la Conférence des évêques catholiques des Etats-Unis. Il est également Conseiller spécial en matière de VIH et de SIDA auprès de Caritas Internationalis, la confédération mondiale des organisations de services sociaux et de développement catholiques, basée au Vatican. Lui-même est basé dans la ville de Washington, DC, aux Etats-Unis.

Quand on m'a demandé de préparer une présentation sur la raison pour laquelle les Eglises devraient répondre aux problèmes de stigmatisation et de discrimination en réaction à la pandémie de VIH et de SIDA, j'ai pensé que cet effort ne serait pas nécessaire. N'est-ce pas un principe de base du christianisme que la stigmatisation et la discrimination sont contraires aux réponses évangéliques au VIH et au SIDA ou à tout autre problème humain ? N'avons-nous pas été capables au bout de 2000 ans de suivre l'exemple de Jésus, encore moins de « porter Sa Croix » et de Le suivre ? Les actes de Jésus parlaient d'acceptation et de bienvenue à ceux qui seraient considérés comme les cibles automatiques de la stigmatisation et de la discrimination par leurs contemporains. Il s'est invité chez un collecteur d'impôts, a fréquenté des personnes considérées comme impures ou de mauvaise réputation, a sauvé la vie d'une femme adultère et a bavardé et partagé un verre d'eau avec une Samaritaine et lui a même offert ensuite « l'eau vivante » de Son Père.

Malgré l'enseignement et la tradition de l'Eglise au cours des deux millénaires écoulés et l'influence considérable de l'Eglise dans de nombreuses parties du monde, je regrette d'affirmer que la stigmatisation et la discrimination en réaction au VIH et au SIDA sont toujours bien présentes.

Les tentatives d'exclure les personnes affectées par la maladie – de leurs villages, des hôpitaux, des établissements d'enseignement et des communautés religieuses – sont survenues pratiquement dans le monde entier, dans tous les groupes ethniques et dans toutes les classes sociales. De nombreux gouvernements ont, à un moment ou un autre, promulgué des politiques d'isolement forcé et de restriction aux déplacements des personnes infectées par le VIH tandis que d'autres ont toléré, voire encouragé, la violence vis-à-vis de ces personnes. Ce type de discrimination tend à créer la peur et à favoriser le secret, même parmi ceux qui ont déjà des connaissances de base sur la pandémie.

Dans un pays des Caraïbes que j'ai visité il y a quelques années, j'ai entendu des histoires horribles survenues à la fin des années 1980 et au début des années 1990 alors que l'infection était à peine connue : les personnes séropositives au VIH étaient arrêtées par la police, enfermées dans de grands sacs en plastique et traînées jusqu'à l'un des centres d'isolement du pays réservés à cet usage. Même maintenant, dans ce pays, une femme enceinte séropositive est « fortement encouragée » à avorter. De plus, bien que la politique d'isole-

ment dans des sidatoriums (hospices pour personnes vivant avec le SIDA) ait été abrogée, seules les personnes vivant dans ces institutions peuvent accéder aux services de santé, aux médicaments et autres prestations du gouvernement.

Des études effectuées en Afrique du Sud et en Côte d'Ivoire montrent que, dans des régions où la prévalence du VIH est très élevée, les femmes refusent de faire le test ou ne reviennent pas chercher leurs résultats. En Afrique australe, une étude consacrée aux blessures avec des aiguilles dans les centres de soins de santé primaires a découvert que les infirmières ne déclaraient pas ces blessures de peur de subir un test VIH. Dans une étude relative aux protocoles de soins à domicile, moins de 10% des personnes qui soignaient un parent séropositif à domicile admettaient qu'il souffrait des effets du virus¹.

L'ONUSIDA a rédigé un rapport sur une étude conduite en 2002, parmi près de 1000 médecins, infirmières et sages-femmes, dans quatre Etats du Nigéria et qui a donné des résultats très préoccupants en termes de discrimination des professionnels de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH.

- 10% des répondants admettaient avoir refusé de soigner un patient vivant avec le VIH ou le SIDA ;
- 40% affirmaient que l'apparence d'une personne pouvait indiquer son statut VIH ;
- 20% déclaraient que les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA s'étaient comportées de manière immorale et « méritaient » leur sort.

Certaines causes profondes de ces attitudes empreintes de préjugés étaient liées aux faits suivants :

- La crainte des médecins et des infirmières d'être exposés au VIH en l'absence d'équipements de protection ;
- La frustration de ne pas disposer de médicaments pour traiter les patients vivant avec le VIH ou le SIDA².

L'ONUSIDA a également divulgué des rapports relatifs aux expériences de stigmatisation et de discrimination vécues par les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA :

- Aux Philippines, 50% des répondants ont affirmé avoir subi une discrimination de la part du personnel de santé ;
- En Thaïlande, 11% des répondants ont affirmé qu'on leur avait refusé des médicaments à cause de leur séropositivité et 9% qu'ils avaient été traités avec retard ;
- En Inde, 70% des répondants disaient avoir été victimes de discrimination, le plus souvent dans leur famille ou dans les services de santé³.

D'autres études ont montré que, dans de nombreux pays, les personnes vivant avec le VIH n'avaient pas le droit de décider comment, quand et à qui ils révéleraient leur statut. Les personnes ayant répondu à ces enquêtes en Inde (29%), en Indonésie (38%) et en Thaïlande (40%) ont affirmé que leur statut avait été révélé à d'autres personnes sans leur consente-

¹ *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA, 2000.

² *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA et Organisation mondiale de la Santé, décembre 2003, p. 31.

³ *Ibid.* p. 32.

ment. En fait, de nombreuses personnes interrogées ont déclaré que les résultats des tests étaient divulgués à des personnes autres que leurs conjoints ou des membres de la famille⁴.

A mon avis, les formes les plus contestables – et les plus coupables – de discrimination et de désignation de « boucs émissaires » surviennent sous le déguisement d’une condamnation religieuse des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Lors de nombreuses visites dans différents pays où j’animais des ateliers sur le VIH et le SIDA destinés au personnel pastoral, j’ai entendu des histoires horribles de pasteurs refusant de donner leur l’Extrême-Onction à des personnes séropositives ou les obligeant à avouer publiquement les « péchés » à l’origine de leur contamination. Un document publié par l’ONUSIDA a également relaté en détail des faits de ce genre. Ils sont illustrés par le témoignage d’une femme qui était active à la fois dans sa paroisse et dans le groupe de soutien local aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Elle a été obligée de quitter sa paroisse parce que le prêtre l’a accusée de « vivre dans le péché » ; une autre paroissienne a été forcée à confesser publiquement son « péché », c’est-à-dire être infectée par le VIH. Au Cameroun, certaines personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont été invitées à se tenir en face de l’assemblée pour des prières spéciales parce qu’elles avaient « péché et seraient punies jusqu’à la cinquième génération ».

Un jour où je me rendais dans un pays d’Asie pour y animer un atelier destiné aux leaders religieux locaux, l’un des évêques participants m’a demandé si je pensais que le SIDA pouvait être une punition de Dieu vis-à-vis des personnes vivant dans la promiscuité. Il n’a pas été satisfait de ma réponse négative et a insisté : « N’avez-vous pas lu l’Ancien Testament où Dieu fait ce genre de choses ? ». Je lui répondis que j’avais effectivement lu l’Ancien Testament, mais que j’avais également lu et médité le Nouveau Testament où Jésus apporte un message d’acceptation et de réconciliation. Ce pasteur n’était pas du genre à céder et il a continué à affirmer que les personnes vivant dans la promiscuité méritaient d’être punies. Finalement, je lui fis observer avec respect mais également avec détermination :

- Que la transmission sexuelle était le mode le plus fréquent de contracter le virus mais certainement pas le seul ;
- Que parmi ceux qui avaient été infectés par cette voie, beaucoup – surtout les femmes – avaient été fidèles à leur partenaire – en l’occurrence leur mari – toute leur vie ;
- Que beaucoup de grands saints de l’histoire – notamment Saint Augustin – avaient reconnu avoir vécu « dans la promiscuité » à un moment ou un autre de leur vie et qu’aucun, à notre connaissance, n’avait été puni d’un virus envoyé par Dieu ;
- Enfin, que je ne pouvais pas avoir foi en un Dieu capricieux, vindicatif et vengeur.

Lors de la pause café, de nombreux évêques me félicitèrent de ma réponse, mais aucun n’avait osé me soutenir lors de cette discussion.

Le comportement discriminatoire de certains leaders religieux est cependant probablement fondé plus souvent sur l’ignorance et la crainte de l’infection ou de réactions négatives d’autrui que sur des attitudes de vengeance comme celle relatée ci-dessus. Un membre de la hiérarchie m’a un jour demandé comment « identifier » les personnes atteintes du SIDA de façon à ce que ses collègues et lui-même ne s’en approchent pas trop. Le pasteur d’une paroisse

⁴ Ibid.

scandinave m'a un jour invité à parler du SIDA dans son église ; lorsque je suis arrivé, il a paru très soucieux de ce que j'allais dire. Je le rassurai en lui disant que je ne créerais aucun scandale dans sa chaire. Il reconnut alors qu'il n'avait jamais prononcé le mot SIDA dans aucune de ses homélies ou prières publiques bien que l'épidémie ait déjà affecté de nombreuses personnes dans son pays. J'ai également un souvenir très vif d'une religieuse qui dirigeait avec dévouement un hôpital rural dans un pays en développement ; en dépit du fait que son hôpital traitait de nombreux patients porteurs de pathologies liées au SIDA, elle était si anxieuse à propos de la pandémie qu'elle s'étouffait chaque fois qu'elle tentait de prononcer le mot SIDA.

A mon avis, la première raison, et la plus impérieuse, pour l'Eglise de s'engager dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, est, comme je l'ai mentionné au début de ma présentation, l'expérience vécue de Jésus-Christ quand Il marchait parmi nous sur cette terre, et celle de l'Esprit Saint qui continue la présence de Jésus-Christ parmi nous jusqu'à ce jour. La doctrine et la tradition des Eglises ont été toutes deux fondées sur les prêches de Jésus, Son sacrifice sur la Croix et Sa résurrection d'entre les morts. Ces expériences salvatrices devraient nous inspirer une acceptation désintéressée et dénuée de jugement de tous les membres de la famille humaine, et plus spécialement de ceux qui sont les plus vulnérables et les plus marginalisés dans la société. Mon cadre de référence en matière d'enseignement de l'Eglise émane de la tradition catholique et c'est sur elle que je baserai mes réflexions et mes conclusions. Je suis cependant certain que vous tous qui assistez à cet atelier pourriez nous présenter des exemples aussi pénétrants et inspirants à partir de vos traditions respectives.

Le pape Jean-Paul II a fréquemment appelé, et avec beaucoup d'émotion, à la lutte contre le traitement discriminatoire vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Lors de sa visite à des patients atteints du SIDA aux Etats-Unis en 1989, il a évoqué l'amour inconditionnel de Dieu Lui-même comme l'exemple à suivre :

Dieu vous aime tous, sans distinction, sans limite... Il aime ceux d'entre vous qui sont malades, ceux qui souffrent du SIDA. Il aime les amis et les parents des malades et ceux qui les soignent. Il les aime tous d'un amour inconditionnel et éternel⁵.

Les évêques de la Conférence des évêques catholiques d'Afrique australe ne laissent aucune place à une quelconque forme de stigmatisation ou de marginalisation fondée sur les prémisses erronées que Dieu a « voulu » le SIDA pour punir les pécheurs :

Le SIDA ne doit jamais être considéré comme une punition de Dieu. Il veut que nous soyons en bonne santé et non que nous mourrions du SIDA. Pour nous, c'est un signe du temps présent qui invite tous les peuples à une transformation intérieure et à suivre le Christ dans son ministère de guérison, de pitié et d'amour⁶.

Dans leur déclaration pastorale d'octobre 2002, les évêques du Tchad sont encore plus véhéments dans leur condamnation de la prétendue « discrimination basée sur la foi ».

⁵ Pape Jean-Paul II, discours prononcé à Mission Dolores, 1989.

⁶ Message d'espoir au peuple de Dieu des évêques catholiques d'Afrique du Sud, du Botswana et du Swaziland, 30 juillet 2001.

Nous entendons quelquefois des personnes affirmer que le SIDA est une punition divine. Cette croyance nous amène souvent à montrer les gens du doigt, à stigmatiser, à isoler nos frères et sœurs qui souffrent du SIDA. Beaucoup de personnes affirment être malades « par leur faute » ou parce qu'elles ont péché. Dans l'Évangile de Jean, Jésus répond à une question relative à l'origine du mal frappant un homme né aveugle : « Ni cet homme ni ses parents n'ont péché... » (Jean 9:3). En fait, Dieu aime l'Homme à tel point qu'Il ne peut pas souhaiter sa mort. Dieu ne peut pas contredire Son acte d'amour. Il ne peut pas s'appeler Amour et en même temps, vouloir la souffrance et la mort de l'Homme... ! Le SIDA ne peut donc pas être une punition de Dieu⁷.

Une deuxième raison impérieuse pour les Églises d'être impliquées dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination est liée à leur mandat divin d'être au service de l'humanité. Dans sa vision puissante et prophétique du Jugement Dernier (Mathieu, 25:31-46), Jésus est allé jusqu'à s'identifier à ceux qui sont affamés, malades, nus et emprisonnés et Il a proclamé que le salut de chacun serait conditionné par sa réponse aux besoins des plus pauvres. Les premières communautés chrétiennes se sont immédiatement consacrées au travail diaconal en partageant les biens de la création entre eux selon les besoins de chacun (Actes, 2:44, 4:32-34), en s'occupant des veuves et des orphelins (Jacques 1:27), en évitant d'accumuler des richesses et de traiter injustement leurs employés (Jacques 5:1-6) et en désignant des diacres pour s'assurer que les besoins des pauvres étaient assouvis et que la justice était rendue au sein de la communauté (Actes 6:1-7).

Notre lecture de l'histoire de l'Église nous montre combien les chrétiens ont été traditionnellement actifs dans le domaine de la charité. De nombreux ordres religieux ont été fondés en des temps de crises sanitaires ou sociales afin de préserver la vie, de réconforter les malades, les mourants et les endeuillés. Beaucoup des premiers hôpitaux, orphelinats, services sociaux et écoles trouvent leur origine dans ces circonstances et continuent à servir ceux qui sont dans le besoin, non seulement avec leur excellent professionnalisme mais également avec compassion et intégrité.

Il y a quelques années, j'ai été sollicité par l'Association catholique de Santé d'Inde afin de les aider à rédiger des directives de prise en charge des patients atteints du SIDA dans leurs institutions. Certains administrateurs assistant à ce petit groupe de travail ont admis à regret que certains de ces patients étaient renvoyés par les structures catholiques. Lors de cette même réunion est apparu un homme qui s'est présenté lui-même comme un « sociologue » et un « expert » en matière de VIH et de SIDA et qui s'est rapidement trahi comme étant un disciple d'un scientifique américain qui récuse la responsabilité du VIH dans le SIDA. Le soi-disant expert a causé un grand émoi pendant la réunion en tentant de convaincre les participants que le VIH pouvait être transmis par simple contact avec une personne infectée, voire par l'air, et que l'admission d'un malade du SIDA en salle d'opération contaminerait l'hôpital. Je dois reconnaître que cet homme a frôlé les limites de ma courtoisie.

Je ne cite pas tellement cette anecdote pour son caractère négatif, mais surtout pour illustrer la force de l'appel chrétien au service d'autrui. D'ici la fin de la réunion, les membres du groupe de travail avaient rejeté le message pessimiste de cet homme qui déconseillait de soigner les patients du SIDA. Plus encore, ils ont approuvé une déclaration énergique qui

⁷ Evêques catholiques du Tchad, « Déclaration sur le VIH et le SIDA », octobre 2002.

insistait pour que les structures de santé catholiques d'Inde ouvrent leurs portes aux patients affectés par la pandémie. Le même appel a été exprimé par le Président de la Commission santé de la Conférence des évêques catholiques d'Inde quand il a déclaré à l'occasion de la Journée mondiale SIDA de 2003 :

Puisque nous servons le Seigneur à travers les abandonnés et les affligés, toutes les structures de santé catholiques admettront et soigneront les personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Comme disait souvent Mère Teresa de Calcutta « Une personne affectée par le VIH et le SIDA, c'est Jésus parmi nous. Comment pouvons-nous Lui dire non ? Chaque individu baptisé est invité à montrer de la compassion et de l'amour à ceux qui sont déjà infectés. Les membres de la famille de la personne infectée jouent un rôle majeur dans les soins à domicile qui sont palliatifs par nature. Les familles et les soignants doivent être formés à ces soins quotidiens. Nous devons savoir comment combattre la maladie tout en prenant soin de n'exercer aucune discrimination ni stigmatisation vis-à-vis des personnes infectées.

Enfin, j'aimerais citer l'appel des Eglises à plaider pour et avec ceux qui sont exclus et rejetés par le reste de la société, comme une raison supplémentaire de s'engager dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Au cours d'une allocution aux évêques du Honduras, le pape Jean-Paul II a déclaré :

L'Eglise doit être attentive à la clameur de ceux qui sont le plus dans le besoin... Il ne faut pas oublier que les préoccupations relatives aux problèmes sociaux font partie de la mission évangélisatrice de l'Eglise et que le développement humain fait partie de l'évangélisation puisque cette dernière vise à la libération intégrale de la personne⁸.

Cette vocation au plaidoyer a conduit de nombreux leaders religieux et leurs disciples à prendre la parole contre les situations injustes qui majorent la marginalisation, notamment des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, et les privent ainsi de ressources essentielles comme l'accès à une nourriture équilibrée, à des médicaments de base, à des soins de santé et à la trithérapie qui pourrait prolonger leur vie et même en améliorer la qualité. C'est pourquoi, en juin 2002, l'Assemblée des leaders religieux africains sur les enfants et le VIH/SIDA s'est engagée à :

Plaider à tous les niveaux du gouvernement et des ministères afin d'établir des priorités politiques et de consacrer des ressources suffisantes au soutien et à la protection des enfants ; nous pousserons en particulier les gouvernements africains et la communauté internationale à respecter les engagements pris à travers la Déclaration d'Abuja, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, les sommets du G8 ainsi que la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001) et les enfants (mai 2002)⁹.

⁸ « Le pape demande une distribution des biens plus équitable. Il reçoit les évêques du Honduras en audience », Le Vatican, 4 décembre 2001 (Zenit.org).

⁹ Plan d'action de l'Assemblée des leaders religieux africains sur les enfants et le VIH/SIDA, 9-12 juin 2002, Nairobi, Kenya.

Dans sa déclaration à la Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le Cardinal Javier Lozano Barragan, président du Conseil pontifical du Vatican sur les soins de santé, a relié la pandémie de VIH et de SIDA à d'autres injustices structurelles présentes dans le monde et a demandé un changement de ces priorités mondiales erronées.

La situation d'extrême pauvreté dans laquelle vit une grande partie de l'humanité est un facteur majeur de la propagation rapide du SIDA. Un pas décisif dans la lutte contre la maladie serait certainement constitué par la promotion de la justice sociale grâce à laquelle les considérations économiques ne seraient plus les seuls critères d'une mondialisation incontrôlée¹⁰.

Dans sa déclaration à l'Assemblée mondiale de la Santé de 2001, le cardinal Lozano a davantage mis l'accent sur le déni d'un traitement approprié aux personnes vivant avec le SIDA dans les pays en développement, qui constitue une autre forme de discrimination.

Il est nécessaire d'étendre la liste des médicaments génériques destinés à la majorité de la population du monde et de promouvoir une législation nationale et des accords juridiques internationaux afin de s'opposer au monopole de quelques multinationales pharmaceutiques et de diminuer les coûts, notamment des produits destinés aux pays en développement. Enfin, il serait nécessaire de promouvoir des accords de transfert de techniques de soins de santé vers ces pays¹¹.

Ces efforts de plaidoyer ont eu des résultats positifs, même s'ils ont été lents, vers l'élimination de la fracture entre ceux qui « en ont » et ceux qui « n'en ont pas » dans le domaine de la prise en charge du SIDA. Les évêques d'Afrique australe ont joué un rôle majeur en faisant pression sur le Gouvernement sud-africain afin de l'amener à revoir son opposition à la mise à disposition de la thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le Conseil catholique des missions médicales, basé à New York, a réussi à négocier avec les sociétés pharmaceutiques afin de mettre ces médicaments à disposition gratuitement ou à un coût très bas. Son initiative « Born to live » (Né pour vivre) facilite la mise en œuvre de programmes de prévention en Afrique australe et plus récemment en Haïti, et comprend le conseil et le test volontaires à l'intention des femmes enceintes, l'administration de névirapine à la mère pendant le travail et au nouveau-né dans les 72 heures suivant la naissance, un traitement antibiotique, et l'encouragement à allaiter le bébé exclusivement pendant 24 semaines puis à lui proposer une alimentation alternative à plus long terme.

En août 2001, Caritas Internationalis a rassemblé des professionnels de la religion, du développement et de la santé, venant principalement de pays en développement, afin de rédiger des directives d'utilisation responsable des antirétroviraux à mesure qu'ils deviennent de plus en plus disponibles dans ces parties du monde. Les participants ont exprimé leurs préoccupations relatives à la continuité et à la pérennité de ces programmes, à l'implication des personnes affectées localement dans la formulation de protocoles et à la nécessité d'éviter toute discrimination dans leur distribution aux bénéficiaires potentiels.

¹⁰ Cardinal Javier Lozano Barragan, Déclaration du Saint-Siège à la Session extraordinaire des Nations Unies sur le SIDA, New York, juin 2001.

¹¹ Cardinal Javier Lozano Barragan, Déclaration du Saint-Siège à l'Assemblée mondiale de la Santé, 2001.

En mai 2003, une consultation a eu lieu à Nairobi entre le Conseil œcuménique des Eglises, Caritas Internationalis et la Conférence mondiale des religions pour la paix afin d'aider les représentants des organisations confessionnelles dans les pays en développement à accéder au financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme récemment créé. Les organisations participantes ont perçu le besoin d'une recherche plus approfondie et de davantage de réflexion sur les succès et les échecs en matière d'éducation et de services relatifs au VIH et au SIDA. Ils se sont engagés à accélérer leur riposte proportionnellement à la croissance rapide des besoins des communautés locales affectées par la pandémie.

Pourquoi les Eglises devraient-elles s'impliquer dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination alors que ces phénomènes se manifestent en présence de personnes affectées par le SIDA dans le monde entier ? A mon avis, les Eglises n'ont pas d'autre choix que de répondre. En tant que communautés de croyants envoyés en mission apostolique pour proclamer l'Évangile de Jésus à tous ceux qui voudront l'écouter, les Eglises doivent dire la vérité, à savoir que Dieu aime tous les hommes et toutes les femmes de la même manière, quel que soit leur statut VIH. De même, les Eglises sont appelées à servir, tout particulièrement les pauvres et les vulnérables. Dans de nombreuses régions du monde, les personnes infectées ou affectées par l'épidémie sont souvent « les plus pauvres parmi les pauvres » et ont le droit d'attendre une acceptation emplie de compassion et dénuée de jugement et une prise en charge par les paroisses et les organisations locales. Enfin, la mission des Eglises de s'exprimer pour et avec les pauvres les met au cœur du débat relatif à l'accès équitable aux richesses de la création, notamment les médicaments essentiels et les antirétroviraux.

Je terminerai avec les paroles du pape Jean-Paul II dans son exhortation apostolique suivant le rassemblement du synode spécial sur l'Afrique :

La lutte contre le SIDA devrait être le combat de chacun de nous. Faisant écho à la voix des Pères du synode, je demande également aux travailleurs pastoraux d'apporter à leurs frères et sœurs affectés par le SIDA tout le réconfort matériel, moral et spirituel possible. Je demande instamment aux responsables politiques et aux scientifiques, motivés par l'amour et le respect dus à tout être humain, de recourir à tous les moyens disponibles pour mettre fin à ce fléau¹².

¹² Pape Jean-Paul II, *Ecclesia in Africa*, 14 septembre 1995, # 116.

VIH et SIDA : le défi et le contexte

Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : expérience vécue

Le Révérend Johannes Petrus Heath est un prêtre anglican servant la paroisse Christ Church Mayfair à Johannesburg en Afrique du Sud. Il est le coordonnateur de l'ANERELA (Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH ou le SIDA ou personnellement affectés par eux). Il est basé à Johannesburg en Afrique du Sud.

En mai 2000, j'ai fait un test VIH qui s'est révélé positif. Je me rappelle ma première pensée avec beaucoup de clarté, je n'avais pas peur de mourir, je n'étais pas en colère, je ne me demandais pas pourquoi c'était à moi que cela arrivait ; ma première pensée a été une grande tristesse parce que je savais que je ne verrais pas grandir mon enfant unique. Toutes les informations émanant des messages de prévention m'avaient convaincu que j'allais mourir et vite. J'ai réalisé ensuite que cela ne se passait pas nécessairement comme cela, mais au tout début, j'ai été rempli d'une grande tristesse.

Je savais qu'il fallait prévenir ma famille, mais je ne voulais pas transmettre à ma famille le message que je croyais avoir d'abord entendu. Lors de mon premier test positif, la charge virale dépassait déjà 500 000 et les CD4 étaient inférieures à 250. J'étais donc prêt à démarrer un traitement antirétroviral immédiatement. Je pouvais bénéficier de l'aide médicale de l'Eglise, mais je pensais que si celle-ci découvrait que j'étais séropositif, je perdrais mon travail. Je cherchai donc à participer à un essai de médicaments. L'hôpital de Baragwaneth en organisait plusieurs et je fus admis à un essai clinique appelé « Charm ». Cet essai consistait surtout à voir combien de médicaments le corps humain pouvait tolérer et à vérifier si le groupe témoin auquel on administrait également des stéroïdes aurait moins d'effets secondaires. Je me retrouvai dans le groupe recevant le plus d'antirétroviraux mais sans stéroïdes. Je commençai donc un traitement par cinq médicaments : AZT, 3TC, ABC, névirapine et Hydria. Jusqu'à ce jour, je n'avais jamais été malade, je n'avais pas eu d'infections opportunistes mais maintenant je l'étais. J'avais tellement de nausées que je ne pouvais garder aucun aliment ni aucun médicament. Je prenais donc, en plus du traitement antirétroviral, des médicaments destinés à lutter contre les nausées. Le médecin me dit que je devais garder les médicaments dans l'estomac au moins 30 minutes. Je me revois assis avec un ami, avalant les médicaments et me couchant dans le vain espoir de les garder suffisamment. Je demandai à Murray « Ca fait une demi-heure maintenant ? » ; « Non, attends encore un peu » « Et maintenant, ça y est ? ». Dès qu'il me répondait oui, je sautais de mon lit (pour vomir) et me sentais très mal. En moins de trois semaines, j'avais perdu plus de 10 kilos et j'avais l'impression d'avoir un corps étranger dans la gorge en permanence. Quand je me fis examiner, on découvrit que tous ces vomissements avaient endommagé mon œsophage.

Dès le début de ce traitement, j'avais prévenu ma famille que j'étais séropositif. Je ne voulais pas leur dire que j'allais mourir mais plutôt que j'avais une maladie qui était à présent sous contrôle médical. Cela ne marcha pas bien sûr, car ma famille eut la même réaction que j'avais eue au début, elle pensa que j'allais mourir. A ce jour, je n'ai pratiquement eu aucun contact avec mon père. Ma mère était morte un an avant que j'apprenne ma

séropositivité et il n'était pas capable d'assumer à nouveau une relation avec un membre de la famille qui allait mourir. Mes sœurs ont été merveilleuses et m'ont apporté un soutien formidable dès le premier instant.

Le VIH et le stress ne sont pas bons amis. L'un se nourrit de l'autre dans un cercle vicieux. C'est pourquoi je décidai qu'il fallait que j'aille parler à mon évêque. Je ne pouvais plus vivre avec la pensée que mon travail était constamment menacé. Je me souviens très bien de ce jour. C'était un jour de rencontre dans le calme. L'évêque avait pris un bureau au centre de retraite où les membres du clergé pouvaient lui rendre visite pour discuter. J'étais déjà si affaibli par ma réaction au traitement antirétroviral que j'eus du mal à grimper les escaliers jusqu'à ce bureau. Je m'affalai sur la chaise devant lui et lui dis : « Evêque Brian, je suis séropositif. Je ne peux pas supporter l'idée que quelqu'un d'autre vous l'apprenne ; donc, me voilà, je vous le dis et si vous voulez me renvoyer, faites-le tout de suite. »

Je dois reconnaître que l'évêque Brian n'est pas tombé de sa chaise. Et je pense qu'il a essayé de m'aider du mieux qu'il pouvait. Il m'a dit : « Merci de me l'avoir dit. Ne le dites à personne d'autre surtout. » Il me dit également qu'il avait envisagé une longue collaboration avec moi, mais que si ma situation était divulguée, il n'avait aucun moyen de me garantir un travail dans le diocèse. Je pense qu'il a sincèrement cru bien faire, mais en réalité, il m'a en grande partie empêché d'agir efficacement dans le domaine du VIH et du SIDA pendant plusieurs années.

L'année suivante, j'avais arrêté le premier protocole de médicaments, avais été hospitalisé pour des complications graves comme une acidose lactique, et je fus remis sous un autre protocole qui fut arrêté parce que l'aide médicale ne le prenait pas en charge et démarra enfin un troisième protocole. Ma santé était bonne et je poursuivais mon travail en paroisse comme si de rien n'était, mais au fond de mon âme, je savais que je devais faire quelque chose de plus. J'essayai plusieurs manières de m'impliquer davantage dans le domaine du VIH au sein du diocèse, mais rien ne semblait convenir ou marcher.

Je partage une maison avec un autre pasteur séropositif, Paul Mokgethi. La famille de Paul savait que nous étions tous deux séropositifs. Le frère de Paul vint nous demander si nous pouvions aider un ami qui mourait d'une maladie liée au SIDA. Ce fut le commencement d'un nouveau ministère pour moi. Au cours de l'année suivante, nous avons accueilli plusieurs patients à la maison, les avons soignés jusqu'à ce qu'ils aillent mieux, leur avons obtenu un traitement le cas échéant et les avons renvoyés chez eux. Le niveau d'ignorance des familles et même des médecins qu'ils consultaient était terrifiant. Un jour, on nous amena un jeune homme nommé Allen, tellement malade qu'il ne pouvait plus manger ni marcher et restait couché dans son lit, attendant de mourir. A ce stade, sa famille l'avait déjà envoyé chez une quinzaine de médecins et de tradipraticiens à Johannesburg et aux alentours. Ils avaient dépensé 30 000 ZAR (3750 euros) en médicaments inutiles et aucun des praticiens consultés n'avait même suggéré de traitement antirétroviral. J'emmenai Allen chez mon médecin ; ses CD4 étaient à 24 et sa charge virale plafonnait. Comme les ressources de la famille étaient à présent épuisées, Richard le mit sous bithérapie. Nous étions face à deux gros problèmes : d'abord Allen pensait qu'il allait mourir et que personne ne pouvait l'aider. Ensuite, sa mère se sentait obligée de lui donner en permanence des soins destinés à préparer sa mort. Je demandai qu'on l'amène chez nous. On le porta car il ne pouvait plus marcher. Il avait également arrêté de manger depuis longtemps et chaque repas était une épreuve. Lui faire garder médicaments et aliments fut notre premier défi ; ensuite, nous nous attelâmes à le refaire marcher. Le mois suivant se passa à tenter de repousser Allen vers la vie. A un

moment, je l'assis et lui dis : « Allen, dans cette maison, tout le monde est séropositif. Il n'y a pas de traitement particulier pour qui que ce soit. Si tu veux vivre, je t'aiderai, mais si tu veux juste te laisser mourir, va le faire ailleurs. Mais décide-toi ! ». Il décida de vivre.

Aujourd'hui, deux ans plus tard, Allen est en bonne santé, ses CD4 sont à 640, sa charge virale est indétectable, il est fiancé à une belle jeune fille qui connaît sa situation et ne prendra donc pas de risques. Je pense que Dieu m'a envoyé Allen pour me montrer ce qu'il était possible de faire. Après Allen, je n'ai plus eu à chercher quoi faire. Les gens affluèrent chez moi car je commençai à être connu comme « le prêtre séropositif capable de sauver des vies », une réputation pas toujours facile à soutenir !

Au mois d'août 2001, l'archevêque du Cap organisa une consultation sur le VIH et le SIDA pour tout le clergé anglican d'Afrique. Je réussis à me faire inviter. Bart Cox, responsable du bureau SIDA du diocèse de Johannesburg, savait que j'étais séropositif et accepta de me faire entrer, étant entendu que je n'avais pas de chambre d'hôtel et que je ferais le trajet tous les jours.

Deux événements majeurs se produisirent lors de cette consultation. Le premier, c'est lorsque je vis Canon Gideon Byamugisha se lever et annoncer qu'il était un prêtre vivant avec le VIH. Tout d'un coup, je n'étais plus seul. J'eus le sentiment pour la première fois d'avoir trouvé quelqu'un à qui parler et qui pourrait me comprendre.

Plus tard, ce même jour, Bart Cox annonça que toutes les personnes vivant avec le VIH devaient rester après la messe. C'était ma première conférence consacrée au VIH et au SIDA et j'ignorais que c'était une pratique courante d'inviter des personnes vivant avec le VIH et le SIDA afin de montrer aux délégués qu'il en existait autour d'eux. Je restai donc. Quelques personnes furent assez choquées. Mais Gideon, me voyant, resta également. Il s'assit et me confia son rêve d'organiser une retraite pour les membres du clergé vivant avec le VIH.

Ce rêve devint finalement une réalité en février 2002. Malheureusement, la stigmatisation était telle que le seul moyen que Gideon trouva pour faire venir les gens fut de le présenter comme une retraite pour les membres du clergé infectés ou affectés par le VIH ou le SIDA. Si bien que, sur les 40 participants qui se rendirent à Mount Claire au Zimbabwe, seuls huit étaient séropositifs. Cette retraite aboutit à une déclaration d'intention. Ceux d'entre nous qui vivaient avec le VIH allaient sortir dans le monde pour plaider, changer les choses et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination.

Je rentrai dans mon diocèse plein d'énergie et d'ardeur. La première personne à qui je rendis visite fut mon évêque, l'évêque Brian, qui dut s'asseoir et m'écouter parler avec enthousiasme. Je lui déclarai que je pensais devoir être muté à un poste où je serais davantage impliqué dans le travail relatif au VIH et au SIDA dans le diocèse et que pour cette raison, je devais dévoiler mon statut VIH.

L'évêque Brian a été très favorable à cette idée et m'a dit que, dès que je serais capable de gagner ma vie pendant cinq ans, il serait ravi de me libérer pour ce ministère. Il estimait qu'après cinq ans de travail dans ce domaine, l'Eglise ne serait plus en position de m'exclure d'une paroisse à cause de ma séropositivité. Inutile de dire que je n'ai jamais gagné ma vie pendant cinq ans, donc ceci n'est jamais arrivé.

En avril de cette année, l'Eglise de la province d'Afrique australe a lancé un grand programme de trois ans financé surtout par le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni et Christian Aid. Ce programme se concentre principalement sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination autour du VIH et du SIDA et sur l'amélioration des soins vis-à-vis des personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Il s'appelle *Isiseko Sokomeleza*, ce qui signifie « Poser les fondations ». Le lancement du programme a été grandiose. Christian Aid voulait réaliser un entretien avec une personne vivant avec le VIH, de préférence un prêtre. Le message fut transmis à l'archevêque qui se pencha vers mon évêque pendant la messe et lui demanda s'ils avaient trouvé quelqu'un. Cinq minutes plus tard, quelqu'un descendit l'allée à pas de loup et me transmit le message disant que, si je souhaitais rompre le silence, j'étais maintenant autorisé à le faire.

En septembre de cette année, je fus invité à participer à un panel de discussion au début de la CISMA (Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique). Après cette première discussion, je fus brutalement invité aux quatre coins du pays et j'estimai que le temps était venu de parler à ma congrégation. Le dimanche le plus proche de la Saint Luc, nous célébrâmes un office centré sur la stigmatisation et la discrimination autour du VIH et du SIDA. C'est là que je révélai ma situation. Me lever et annoncer ma séropositivité à ma congrégation était une chose, rester à la porte pour saluer chacun après l'office en était une autre. Je dois reconnaître qu'aucun membre de la congrégation ne m'a évité. Ils ont tous eu une attitude de soutien. J'ai néanmoins eu connaissance de quelques incidents survenus dans la paroisse. Un paroissien a déclaré à une dame qu'il ne pensait pas pouvoir aller plus longtemps à Christ Church parce que « le prêtre avait le SIDA ». Cette dame se mit alors à l'attaquer avec son parapluie en lui disant « Comment osez-vous insulter le Père ? Il est notre prêtre, il a besoin de notre soutien ! ».

Leçons apprises

Cette dernière section n'est pas aussi élaborée que je l'aurais souhaité et provient de mes notes, mais c'est un résumé des importantes leçons que j'ai apprises tout au long de ce processus. J'aurai peut-être le temps de le rédiger plus en détail un jour.

1. La révélation n'est pas un événement ponctuel, c'est un processus constant.
2. Il existe dans la société quelques conceptions erronées qu'il faut gérer au quotidien. En résumé, SIDA égale SEXE égale PÉCHÉ égale MORT dans l'esprit de la majorité des gens. Et plus précisément :
 - a. Le SIDA est une punition divine du péché.
 - b. Ce n'est pas notre problème.
 - c. Personne ne vit avec le SIDA dans notre congrégation.
3. Les difficultés de l'Eglise vis-à-vis de la sexualité sont un problème majeur en matière de VIH ou de SIDA. Cela donne lieu à une multitude de réponses différentes de ceux qui sont séropositifs pour ceux qui sont négatifs et les écoutent.
4. Le thème anglican « Vers une génération sans SIDA » m'a amené à penser « Dois-je mourir pour que la vision de mon Eglise devienne réalité ? »
5. Le langage est fondamental en matière de VIH et de SIDA comme l'a également mentionné le Professeur Denise Ackerman. Nous devons utiliser un langage

positif par exemple « vivant avec » plutôt que « souffrant de », « testé positif » plutôt que « infecté par ». Il en va de même pour la prévention : le langage serait plus efficace s'il était mieux choisi mais il induit souvent des conceptions erronées et favorise la stigmatisation comme par exemple : « ABCD », le D signifie-t-il discrimination ?

6. Une prise en charge holistique est cruciale dans notre approche des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA. Les gens peuvent avoir besoin d'aide pour accéder à une alimentation suffisante et à des médicaments appropriés. Les familles et les Eglises ont besoin d'encouragements pour soutenir les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA. Le conseil doit les aider à vivre et non à bien mourir.
7. Il y a beaucoup de malentendus concernant la guérison. J'ai entendu une histoire venant du Swaziland et conseillant « d'arrêter les ARV parce que vous êtes guéri ».
8. Ce ne sont pas seulement les personnes vivant avec le VIH qui ont besoin de guérison, c'est également l'Eglise. Je pense que Dieu a permis que le VIH guérisse l'Eglise, pour nous forcer à devenir vraiment chrétiens.
9. ANERELA+

VIH et SIDA : le défi et le contexte

Conceptualisation de la stigmatisation

Gillian Paterson, titulaire d'une maîtrise, est écrivain et consultante dans le domaine de la théologie et du développement, avec un intérêt particulier pour le VIH et le SIDA. Elle travaille actuellement sur les manières dont la tradition chrétienne peut répondre à la stigmatisation expérimentée par les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et leur entourage. Elle est basée à Londres au Heythrop College de l'Université de Londres.

Introduction

On nous dit que la stigmatisation est le plus grand obstacle à la prévention de la transmission du VIH et à la mise en œuvre de soins efficaces pour les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA. Quand les gens craignent d'être séropositifs mais savent qu'ils n'auront pas accès à des traitements efficaces, ils ont peu de motifs de demander de l'aide ou de changer de comportement. D'autant plus que cette initiative risque de les exposer à la stigmatisation vis-à-vis des personnes connues comme vivant avec le VIH ou le SIDA et celle-ci s'étend par vagues successives à leur famille, à ceux qui leur survivent et aux autres personnes proches. Parfois, il existe un traitement contre la transmission mère-enfant, mais les femmes enceintes ne viennent pas forcément le solliciter. Plutôt que de risquer la stigmatisation et la discrimination, inévitables si l'on découvre qu'elles vivent avec le VIH ou le SIDA, elles préfèrent risquer de donner naissance à un enfant séropositif. La stigmatisation est donc un problème moral et spirituel, et pour les Eglises, c'est également un problème théologique.

Mais en quoi consiste la stigmatisation ? La stigmatisation et la discrimination ont des *implications* théologiques et les Ecritures sont remplies de descriptions de stigmatisation en action, mais ce ne sont pas des concepts théologiques, du moins pas en premier lieu. Pour mieux comprendre ce dont nous parlons, nous devons plutôt nous tourner vers le travail des sociologues, des professionnels de santé publique, des anthropologues et des psychologues ; et même en faisant cela, nous ne sommes pas assurés d'y voir clair. Presque tous les articles consacrés à la stigmatisation commencent par un commentaire relatif au caractère « vague et dépourvu d'esprit critique » ou encore « provisoire et improvisé » des définitions existantes.

Je ne suis pas d'accord avec cette vision. Certes, la stigmatisation est complexe et a de multiples aspects. Certes, les catégories stigmatisées varient avec le contexte culturel et historique. Une définition unique ne conviendra jamais. Mais la conceptualisation de la stigmatisation, aussi complexe et liée au contexte qu'elle soit souvent, n'est pas nécessairement vague et sans esprit critique. Cet article va examiner cinq tentatives différentes mais raisonnablement cohérentes de conceptualiser la stigmatisation et montrer comment ce processus peut nous aider dans notre tâche actuelle.

Une perspective médicale

Les visions médicales de la stigmatisation se préoccupent surtout du fait qu'elle réduit l'efficacité des stratégies de santé publique. Weiss et Ramakrishna offrent la définition suivante :

La stigmatisation est un processus social ou une expérience personnelle reliée caractérisée par l'exclusion, le blâme ou la dévaluation qui résultent d'un jugement adverse de la société à propos d'une personne ou d'un groupe. Ce jugement est basé sur une caractéristique durable attribuable à un problème de santé ou lié à la santé et ce jugement est d'une certaine manière médicalement injustifié.

Mais toutes les mesures d'exclusion ne doivent pas pour autant être définies comme une stigmatisation. On peut par exemple considérer comme *approprié* de protéger le personnel de santé de patients tuberculeux contagieux, mais comme *stigmatisant* de poursuivre ces mesures lorsque le traitement est en route et qu'il n'y a plus de risque¹³. La nature de la stigmatisation varie également avec la culture. Les mesures de santé publique doivent tenir compte des concepts et catégories locaux fondés sur la recherche anthropologique et épidémiologique. Ceci est particulièrement vrai dans les pays qui ont peu de ressources alors que l'on suppose trop souvent que les observations faites dans les pays à revenu élevé sont applicables partout.

La lèpre est un exemple historique bien connu. *Comme pour le VIH et le SIDA*, disent Weiss et Ramakrishna, *le motif qui nous a fait étudier la stigmatisation attachée à la lèpre a été de mieux gérer l'exclusion sociale, la souffrance, et les obstacles aux soins de santé consécutifs à la signification locale de la maladie*¹⁴. D'une manière générale, la meilleure méthode de lutte contre la stigmatisation de la lèpre a été la disponibilité des interventions de prise en charge. *A partir du début des années 1980, les programmes de lutte contre la lèpre ont fait bon usage d'un message simple « La lèpre peut guérir ». Dès l'instant où le message est devenu crédible, il a changé la maladie – qui était jusqu'alors perçue comme une transformation de l'identité personnelle – en une affection curable et ce faisant, il a contré l'impact de la stigmatisation qui empêchait les gens de simplement envisager d'être traités*¹⁵.

Dans le cas qui nous intéresse, la leçon est évidente : tant qu'une maladie est considérée comme incurable, la stigmatisation persiste. Convainquez les gens qu'elle est curable, et les stratégies de contrôle ont de réelles chances de succès.

La force de l'approche médicale tient au fait qu'elle participe du discours dominant en santé publique qui est scientifique et également institutionnalisé. Elle a cependant des faiblesses. Il lui manque tout d'abord la capacité de maîtriser les implications systémiques de la stigmatisation et aussi de la manière dont elle est ancrée dans le cœur des personnes qui stigmatisent et de leurs victimes. De plus, elle tend inévitablement à chercher ses réponses dans les conceptions scientifiques de la maladie, alors qu'en pratique, ces réponses sont souvent ailleurs. Le prêtre anthropologue Gerry Arbuckle a plus particulièrement concentré

¹³ Weiss et Ramakrishna, 2001.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

ses travaux récents sur le rôle des Eglises dans la fourniture de soins de santé. Arbuckle propose une distinction utile entre *disease* et *illness* (qui se traduisent tous deux par maladie en français). Le mot « **disease** » selon lui décrit une rupture scientifiquement ou médicalement explicable de nature physique ou biologique tandis que « **illness** » se réfère à une expérience subjective de l'individu ou au fait de savoir que quelqu'un est malade¹⁶. L'idée de « **disease** » est *scientifiquement* construite. L'idée « **d'illness** » est *socialement* construite et inclut la peine liée à la stigmatisation : cette observation est très pertinente en ce qui concerne les récits de guérison des Evangiles¹⁷.

Le Stigma de Goffman

Le texte qui fait référence en matière de stigmatisation est *Stigma*, publié par Erving Goffman en 1963.

Selon Goffman, l'origine grecque du mot se réfère à des *signes corporels révélant quelque chose d'inhabituel ou de négatif à propos du statut moral de la personne concernée*. Ces signes, réalisés par coupure ou brûlure, signalaient que leur porteur était un esclave, un criminel ou un traître – une personne souillée, rituellement polluée, à éviter surtout dans les lieux publics.

La définition de Goffman distingue trois types de signes négatifs liés à « l'abomination du corps, l'altération du caractère de l'individu et l'appartenance à un groupe social méprisé ». L'élément commun est une « *identité altérée* ». Cependant, le vrai problème n'est pas l'abomination, l'altération ou l'appartenance. La stigmatisation n'est finalement pas liée aux *attributs* mais aux *relations*. « Un attribut, dit-il, n'est pas honorable ou déshonorant en soi »¹⁸. La race et le genre en sont des exemples évidents. Pour moi, être une femme blanche peut constituer un attribut stigmatisant dans une réunion d'hommes ou de noirs, mais également un sésame dans un groupe où ces attributs constituent la norme c'est-à-dire majoritairement blanc et féminin. Une stigmatisation, dit Goffman, devient une *relation particulière entre un attribut et un stéréotype*¹⁹.

Les personnes stigmatisées apprennent à gérer cette situation en cultivant des catégories de « personnes bien disposées » en présence desquelles elles sont sûres d'être acceptées. Goffman les appelle les « siens » et les « sages ». Les « siens » sont ceux qui partagent le stigmate qui peut même devenir un avantage au sein du groupe, permettant de parler ouvertement et sans feinte de sa propre « histoire ».

Les « sages » sont des personnes dites « normales » mais qui donnent aux stigmatisés une acceptation de courtoisie par leur clan²⁰. Ce sont des amis ou des membres de la famille ou des personnes en relation professionnelle avec les stigmatisés. Comme le montre Goffman, les problèmes auxquels sont confrontées les personnes stigmatisées s'étendent par vagues, mais d'intensité décroissante, si bien que ces individus peuvent jusqu'à un certain point partager le stigmate.

¹⁶ Gerald A. Arbuckle, *Healthcare Ministry: Refounding the Mission in Tumultuous Times*. Collegeville, Liturgical Press 2000, p. 14.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Goffman 1963 ed. 1990, p. 13.

¹⁹ Ibid. p. 14.

²⁰ Ibid. p. 41.

Parfois, la condition de stigmatisé est évidente. Parfois, c'est la société qui réussit à la rendre évidente : les juifs dans l'Allemagne nazie qui portaient une étoile jaune ou les lépreux qui portaient une clochette. Mais elle est également souvent invisible : maladie mentale ou infection à VIH. *Le problème réside alors dans la gestion de l'information*, dit Goffman... *exposer ou pas, dire ou pas, révéler ou pas, mentir ou pas, et dans chaque cas, à qui, comment, quand et où*²¹.

L'une des réponses consiste en cloisonnement, ce que chacun fait de temps à autre et qui peut être défini comme la *gestion d'informations non révélées et déshonorantes à propos de soi-même*²². Le cloisonnement rend les relations sociales très compliquées puisque les gens se donnent un mal fou pour garder leurs mondes bien séparés. Une femme au foyer, qui s'adonne de temps en temps à des rapports sexuels monnayés, peut avoir une garde-robe et une boîte de maquillage réservées à cet effet et soigneusement cachées. Un homme au chômage peut faire semblant de continuer à se rendre à son travail plusieurs semaines après l'avoir perdu. Et c'est un fait que c'est souvent avec sa propre famille que la fiction est la plus nécessaire.

La révélation n'est pas un choix facile cependant. L'acceptation sociale dépend de la capacité du stigmatisé à tolérer les stéréotypes de la société vis-à-vis de sa condition. *On s'attend à ce que les stigmatisés se comportent en personnes bien élevées et restent discrets*, dit Goffman. Certains affirment qu'ils devraient être reconnaissants d'être acceptés. Mais en adoptant ce point de vue, les personnes dites normales ne comprendront jamais la douleur et l'injustice de porter un stigmate et n'admettront jamais à quel point leur tact et leur tolérance sont limités. *Cela signifie*, dit-il, *que les personnes normales peuvent se sentir relativement à l'abri de toute menace vis-à-vis de leurs croyances identitaires*²³.

Il termine avec trois observations intéressantes.

La première est que chaque fois qu'il existe une norme, il y a une déviation. L'existence même de la catégorie « normale » implique une forme de consensus sur ce que signifie *ne pas* être normal. Dans la société européenne, la normalité inclut l'apparence physique, la sexualité, la jeunesse, l'instruction, le fait d'avoir un travail, d'être parent, d'avoir une télévision couleur et une voiture, etc. Mais nous avons tous des doutes secrets sur notre capacité à être à la hauteur des normes idéales de notre société ce qui fait de la gestion du stigmate « un trait habituel de la société, un processus survenant partout où il y a des normes identitaires ».

La deuxième est que le stigmate n'a rien d'ontologique. Les attitudes sociales peuvent changer et elles le font et le demi-siècle écoulé a vu un changement massif des attitudes réprobatoires de la société occidentale vis-à-vis par exemple du divorce, de la maladie mentale, de l'homosexualité et de la cohabitation pré-maritale. De plus, ces attitudes sont souvent très liées à la culture ou au contexte. Être pauvre ou au chômage ou illettré ou homosexuel peut être stigmatisé dans un milieu mais parfaitement accepté dans un autre.

²¹ Ibid. p. 57.

²² Ibid. p. 58.

²³ Ibid. p. 147.

La troisième est que *la stigmatisation ne renvoie pas à une série de personnes qui peuvent être classées en deux piles, les stigmatisés et les normaux. En fait, la stigmatisation est davantage une question de perspective que de personnes.*

Le travail de Goffman est encore considéré comme novateur en matière de gestion de la stigmatisation et son analyse ne peut qu'être accueillie favorablement. Mais son travail a des limites, surtout sa focalisation assez étroite ainsi que la connotation très occidentale de sa concentration sur l'altération de l'identité. L'anthropologue de la santé, Veena Das²⁴, dit que Goffman a *orienté son analyse vers une interprétation très individualiste du sujet – l'individu apparaît le seul porteur de valeurs dans son analyse.* D'autres personnes ont déclaré que le travail de Goffman était virtuellement incompréhensible hors du contexte des sociétés industrielles occidentales.

Les failles de son analyse sont plus évidentes lorsqu'on adopte une approche plus communautaire et plus anthropologique. Maintenant ce n'est plus l'individu qui est responsable de sa stigmatisation mais la société. Au lieu de demander « Comment un *individu* peut-il gérer sa différence ? », nous devrions plutôt demander « Pourquoi la *société* réagit-elle ainsi à certaines différences et comment peut-elle y remédier ? ». Une étude focalisée sur l'individu ignore la nature de la communauté humaine. *La culture*, dit Gerry Arbuckle, *est un système de significations ressenties, enchâssées dans les symboles, les mythes et les rituels. Ce sont elles qui dictent qui doit être inclus ou exclu. Elles légitiment également la violence requise pour maintenir l'exclusion.*²⁵

Le sectarisme en tant que stigmatisation²⁶

Ce paragraphe présente un exemple qui permet de juger de l'utilité des approches ci-dessus.

Nous sommes nombreux à être familiarisés avec des situations de violence communautaire. La stigmatisation de « l'autre » – qu'il soit Palestinien ou juif, hindou ou musulman, Hutu ou Tutsi – joue un rôle majeur en autorisant les gens à commettre des atrocités tout en gardant bonne conscience. Si nous parvenons à nous persuader nous-mêmes que « l'autre » est un sous-homme, alors nous pouvons sans scrupules le traiter comme un animal.

En Irlande du Nord, j'ai connu le conflit entre catholiques et protestants pratiquement toute ma vie. Au cours des 15 dernières années, Joe Liechty et Cecelia Clegg ont travaillé avec ces communautés divisées. Lorsqu'ils en parlent, ils disent que la majorité des gens commencent typiquement par des attitudes et des actions *personnelles*... *Quand nous disons de quelqu'un « Elle n'a pas une once de sectarisme en elle », nous estimons l'absoudre de toute responsabilité. D'un côté, ce souci des attitudes personnelles est approprié et il faut l'encourager. En même temps, une approche strictement personnelle ne tient pas suffisamment compte des problèmes systémiques.* Pour caricaturer Liechty et Clegg, un système stigmatisant peut être maintenu en place par des personnes qui, individuellement, n'ont pas une once de stigmatisation en elles²⁷.

²⁴ Le Dr Veena Das a prononcé une allocution clé lors d'une consultation innovante sur « Stigmatisation et santé dans le monde » qui a eu lieu à Washington, DC, aux Etats-Unis en septembre 2001. Le livre qui en résulte est en cours de publication.

²⁵ Lettre personnelle soulignant son nouveau livre. Gerald A. Arbuckle : *Violence, Society and the Church: A Cultural Approach*. Liturgical Press, mars 2004.

²⁶ Joe Liechty et Cecelia Clegg : *Moving beyond Sectarianism*, 2001.

²⁷ Ibid. p. 9.

Tout comme le sectarisme, la stigmatisation peut fonctionner avec la brutalité directe d'un marteau de forgeron ou avec une grande subtilité²⁸. Une femme séropositive est assassinée dans un township ; des orphelins dont les parents sont morts du SIDA sont brûlés vifs dans leur maison. Une femme catholique se cache dans sa maison lors de la Parade Orange annuelle des protestants dans le quartier où elle a grandi. Même si la parade n'est pas spécialement agitée ou violente, elle constitue une menace. Elle a conditionné son attitude vis-à-vis des protestants. Et ce qui lui fait le plus de peine, c'est *la sensation, en tant que mère de grands enfants, qu'elle... a en quelque sorte transmis ces préjugés à ses enfants. Même si rien ne lui est arrivé, les effets destructeurs insidieux peuvent conditionner une vie et se transmettre à la nouvelle génération*²⁹.

Ni le sectarisme ni la stigmatisation ne requièrent de *réponse directe et active de la majorité d'entre nous, il suffit que nous ne fassions rien... Nous pouvons toujours trouver quelque part « ceux » dont les actions peuvent être considérées comme pires que les nôtres si bien que nous pouvons nous justifier en les identifiant comme la véritable cause du sectarisme.*

Un autre problème tient au fait que la stigmatisation systémique, comme le sectarisme, peut mettre à profit nos meilleures intentions. Elle se nourrit des motivations des chrétiens à créer des communautés solides, avec des limites claires où les gens se sentent en sécurité. Mais comme ces limites sont définies par les « différences » de ceux qui sont au-delà, *nos efforts pastoraux les plus fervents peuvent aboutir à renforcer les divisions préexistantes. De cette façon, le sectarisme systémique, c'est-à-dire la stigmatisation, va se poursuivre, mettant à profit des activités de renforcement communautaire positives et bien intentionnées pour pérenniser ses croyances*³⁰.

Liechty et Clegg ont eu l'impression de franchir un cap dans leur travail quand ils ont commencé à réfléchir à *la nature de la bête qu'ils affrontaient*³¹. *En réifiant le sectarisme, disent-ils, nous tentons de le connecter au concept biblique des principautés et des pouvoirs (Eph, 6-12), surtout tel qu'il est relaté par le travail de Walter Wink sur les pouvoirs, notamment Engaging the powers : Discernment and Resistance in a world of Domination*³².

On peut estimer que la stigmatisation n'est que l'un des aspects du sectarisme. Mais les observations des personnes engagées dans un travail de réconciliation de communautés divisées, travail qui doit également affronter le problème de la stigmatisation s'il veut arriver à son but, nous apportent un matériel précieux pour contribuer à notre tâche actuelle.

Mary Douglas et la signification de la pureté³³

Quand Jonathan Mann était le Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS, il avait l'habitude de dire que la lecture des travaux de Mary Douglas devrait être obligatoire. Il appréciait particulièrement son classique: *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*.

²⁸ Ibid. p. 10.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid. pp. 13-14.

³¹ Ibid. p. 15.

³² Walter Wink, *Engaging the powers*, Minneapolis, Fortress Press 1992.

³³ Mary Douglas, *Purity and Danger : An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*, Londres et New York, Routledge 1966.

Quand la société stigmatise et exclut, affirme Mary Douglas, elle tente de se protéger de la contagion et d'assurer sa propre survie. La personne stigmatisée est considérée comme étant « impure » c'est-à-dire néfaste pour le reste de la communauté. Les pollueurs potentiels deviennent alors des boucs émissaires, des personnes qui ont brisé un tabou quelconque et doivent être rejetées ou punies. La religion joue un rôle majeur dans ce processus par la manière dont elle étaye l'ordre social. L'ordre, dit Mary Douglas, est la plus haute valeur de la société et ce sont les lois gouvernant la pureté et la pollution qui sauvegardent l'ordre. C'est la religion qui exprime le système de croyances et institutionnalise les rituels dans lesquels la vie de la société civile trouve son expression.

Dans certaines sociétés, *les règles de sainteté et d'impureté ne sont pas dissociables*³⁴. Le système hindou traditionnel des castes en constitue un bon exemple : la caste la plus élevée, celle des Brahmanes, se différencie des castes inférieures, non seulement par des rituels de propreté mais également par un ensemble complexe de règles et de coutumes qui régissent toute leur vie. En effet, pour préserver leur pureté, les castes supérieures dépendent d'un ensemble de castes inférieures qui s'occupent de l'assainissement, de la préparation de certains aliments, des soins aux animaux, etc. Les castes inférieures, chargées par exemple du transport des déchets, portent le sceau de l'impureté et permettent ainsi aux castes supérieures de préserver leur corps de toute souillure. C'est ainsi que les castes inférieures deviennent littéralement « intouchables ». Sur le sous-continent indien, les missions chrétiennes ont défié ce système en donnant la priorité aux groupes les plus stigmatisés. Les programmes d'éducation et de santé chrétiens ont donc joué un rôle fondamental dans la construction des infrastructures sociales des pays du sous-continent.

Au sein du système des castes et ailleurs, les lois régissant la souillure affectent davantage les femmes que les hommes. *Les femmes, affirme Mary Douglas, sont les portes d'entrée de la caste. La pureté des femmes est soigneusement préservée et une femme qui aurait eu des rapports sexuels avec un homme de caste inférieure sera violemment punie. La pureté sexuelle des mâles n'a pas autant d'importance. Leur promiscuité est donc un sujet moins grave. Un simple bain rituel suffit à purifier un homme d'un contact sexuel avec une femme de caste inférieure*³⁵.

Une personne impure, dit encore Mary Douglas, *a toujours tort. Elle a attrapé une mauvaise maladie ou elle a simplement franchi une ligne qu'elle n'aurait pas dû franchir et cette transgression met quelqu'un en danger*³⁶. En franchissant ses limites internes ou externes, nous risquons de polluer tout le système et l'ordre ne pourra être restauré qu'après les processus de purification.

Le sexe constitue un des points sensibles de cette conception. Aucune autre pression sociale, dit Mary Douglas, *n'est aussi potentiellement explosive que celle qui régule les relations sexuelles*³⁷. La situation devient particulièrement intéressante quand « *les structures sociales sont protégées par des fictions de toutes sortes... Les normes de comportement sont contradictoires* »³⁸. Dans ce cas, les scripts sexuels officiels ne coïncident pas avec les scripts réels que les gens appliquent dans leur vie et qui sont transmis d'une génération

³⁴ Ibid. p. 11.

³⁵ Ibid. p. 126.

³⁶ Ibid. p. 114.

³⁷ Ibid. p. 159.

³⁸ Ibid. pp. 144, 159.

à l'autre. Le « pécheur » est alors simplement celui qui a fait ce que tout le monde fait mais s'est fait « prendre » et se trouve dans la situation déconcertante d'être jugé en fonction des scripts officiels devant un tribunal où il n'aurait jamais pensé comparaître. Mary Douglas le décrit comme « un système en guerre contre lui-même », une situation spectaculairement révélée par la férocité de la pandémie de SIDA (puisque la personne qui a contracté le VIH par voie sexuelle est souvent précisément dans cette position), mais en face duquel le « système » a peu de réponses.

La salubrité et la plénitude peuvent être des signes de non-pollution : cette idée a joué un rôle puissant dans la tradition judéo-chrétienne. Par exemple, les personnes qui sont sacrifiées au temple ou celles qui s'en approchent doivent être physiquement parfaites et n'avoir aucune imperfection (Lévitique 21:17-21). L'homologue messianique de la loi de Moïse est le Sermon sur la Montagne. *A partir de ce moment*, dit Mary Douglas, *l'état physiologique d'une personne – qu'elle soit lépreuse, qu'elle saigne ou qu'elle soit infirme – n'influence plus sa capacité à approcher l'autel. Les aliments qu'elle consomme, les objets qu'elle touche, les jours où elle a fait certaines choses... ne devraient avoir aucun effet sur son état spirituel...* mais les intentions spirituelles de l'Eglise des premiers siècles ont été constamment frustrées par une résistance spontanée à l'idée que l'état du corps n'interférerait pas avec le rituel³⁹.

Robin Gill estime, dans un article écrit pour le *Church Times* britannique en décembre 2003, que l'analyse de Douglas ne rend pas justice à l'histoire de la chrétienté qui a une longue tradition de résistance aux lois de pureté de différentes cultures. Il étaye sa discussion sur de nombreux exemples auxquels je voudrais ajouter celui des nombreuses institutions chrétiennes de soins de santé qui se sont impliquées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et leur famille à une époque où les hôpitaux publics laïcs les renvoyaient. Il faut donc comprendre les lois de pollution mais également les contester. L'analyse de Douglas (tout comme l'exemple de l'Irlande du Nord) consiste à montrer le rôle subconscient de la religion dans le soutien aux règles de pureté ; la réponse de Robin consiste à mettre en évidence les ressources de la tradition chrétienne qui permettent de les contester.

Stigmatisation et pouvoir⁴⁰

Ma dernière contribution au processus de conceptualisation émane d'un psychologue et d'un sociologue. Link et Phelan analysent la relation entre stigmatisation et discrimination et présentent les dynamiques impliquées dans la résistance à ces dernières.

Ils suggèrent que la stigmatisation constitue une base de dévaluation, de rejet et d'exclusion. Les êtres humains créent instinctivement des hiérarchies et leur lien avec une caractéristique indésirable offre un justificatif qui permet de dévaloriser quelqu'un. La personne fait d'abord l'expérience d'une discrimination structurelle qui ne correspond pas exactement à la stigmatisation, bien que ce soit une de ses conséquences. Ses attentes en matière d'emploi, de mariage et de logement sont revues à la baisse. Les personnes stigmatisées finissent par intérioriser les stéréotypes qu'elles reçoivent et par y croire. *A tel point que les groupes stigmatisés acceptent la vision dominante qui leur confère un statut inférieur et deviennent moins susceptibles de contester les formes structurelles de discrimination⁴¹.*

³⁹ Ibid. p. 61.

⁴⁰ Bruce G. Link et Jo C. Phelan, *Conceptualizing Stigma*. Annual Review de Sociology 2001, 27: pp. 363-385.

⁴¹ Ibid. p. 375.

On oublie souvent que la stigmatisation dépend presque entièrement du pouvoir social, économique et politique. C'est le pouvoir des nazis qui a permis la stigmatisation des juifs ; c'est le pouvoir de l'Etat blanc de l'apartheid qui a autorisé la stigmatisation et la discrimination systémiques des Sud-Africains noirs.

Si vous n'avez aucun pouvoir, vous pouvez créer des stéréotypes mais pas stigmatiser. Par exemple, des patients en hôpital psychiatrique peuvent *identifier et étiqueter les différences qu'ils perçoivent parmi les membres du personnel*⁴². L'un est un pousseur de pilules, l'autre touche toujours les patientes, le troisième est froid, paternaliste et arrogant. Les patients peuvent se comporter différemment vis-à-vis de ces personnes et faire des plaisanteries et des remarques désobligeantes. Mais, *bien que les patients puissent utiliser toutes les armes de la stigmatisation que nous avons identifiées, le personnel ne finira pas comme un groupe stigmatisé. Les patients n'ont en effet pas le pouvoir économique, culturel et politique d'imprégner leurs cognitions relatives au personnel avec des conséquences discriminatoires graves*⁴³.

Link et Phelan continuent : *Envisagez que des scénarios similaires à celui que nous venons de décrire existent dans toutes sortes d'autres circonstances où des groupes relativement dénués de pouvoir créent des étiquettes et des stéréotypes à propos de groupes plus puissants et traitent leurs membres en fonction de ces stéréotypes. Ceci explique pourquoi la définition de la stigmatisation implique de faire référence à des différences de pouvoir. Sans cette référence, la stigmatisation devient un concept très différent et beaucoup plus vaste... La stigmatisation dépend du pouvoir*⁴⁴. (C'est nous qui soulignons.)

Il y a eu de nombreuses tentatives ciblées de lutter contre les effets sociaux de la discrimination liée à la stigmatisation, qu'il s'agisse d'emploi, de logement, d'accès aux services, etc. : les efforts des Indiens pour éliminer la discrimination basée sur la caste, les lois contre la discrimination vis-à-vis des handicapés, les programmes de discrimination positive où qu'ils soient. Ces efforts ont généralement tenté de prohiber certains comportements, quelquefois avec le soutien de la loi. *Mais ceci, disent Link et Phelan, laisse le contexte général inchangé... Il existe un ensemble souple de mécanismes se renforçant mutuellement qui lient les attitudes et les croyances des groupes dominants à une gamme de conséquences fâcheuses pour les personnes stigmatisées*⁴⁵.

En matière de lutte contre les attitudes et les comportements stigmatisants, ils proposent de se focaliser sur deux principes. Le premier est que toute approche doit avoir de multiples facettes et se situer à de multiples niveaux. Les *multiples facettes* doivent affronter les nombreux mécanismes qui peuvent conduire à un désavantage ; les *multiples niveaux* permettent d'affronter les problèmes de discrimination individuelle et structurelle. Mais, aussi important que cela soit, cela ne l'est pas autant que d'affronter la cause fondamentale de la stigmatisation. Pour induire un changement à long terme, une approche doit (i) changer les attitudes et les croyances profondément ancrées de groupes puissants qui conduisent à l'étiquetage, aux stéréotypes, à la différenciation, à la dévaluation et à la discrimination ou (ii) modifier le contexte de façon à limiter le pouvoir qu'ont ces groupes de rendre leurs cognitions dominantes... *Donc en choisissant une approche de la stigmatisation à multiples*

⁴² Ibid. p. 376.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid. p. 381.

facettes et à de multiples niveaux, il faut sélectionner des interventions qui soit produisent des modifications fondamentales des attitudes et des croyances, soit changent les relations de pouvoir qui déterminent la capacité des groupes dominants à agir sur leurs attitudes et leurs croyances⁴⁶.

Le stigmatisme existe et la stigmatisation des groupes et des individus « différents » fait partie des dynamiques de la vie communautaire. La stigmatisation conduit à l'exclusion et à la discrimination. Et la religion joue un rôle clé en étayant le processus. Il est cependant possible de résister à la stigmatisation et de la vaincre, et la théologie chrétienne a démontré sa capacité à le faire. Mais, elle ne peut y arriver sans affronter les questions de pouvoir, tant hors de l'Eglise qu'en son sein.

⁴⁶ Ibid.

Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : différentes approches théologiques Stigmatisation et théologie chrétienne

Le Père Enda MacDonald est un prêtre catholique irlandais, Professeur émérite de théologie morale à l'Université de Maynooth, Collège Saint Patrick, en Irlande. Il a été membre du Groupe de travail VIH et SIDA de Caritas Internationalis de 1989 à 2003. Il est consultant en théologie et en éthique auprès des agences de développement britannique, CAFOD, et irlandaise, Trocaire. Il supervise la rédaction des séries *Christian Perspectives on Development*. Ses publications récentes comprennent *The Reality of HIV/AIDS* avec Ann Smith (Dublin 2003) et « Homosexuality : Sorrowful Mystery, Joyful Mystery » dans *The Furrow* (Mayworth, septembre 2003). Il préside actuellement le Conseil d'administration de l'Université nationale de Cork en Irlande.

Je vous prie de m'excuser pour ne pas avoir de texte. Bob a déjà vécu cette expérience héroïque auparavant et il sait de quelle manière curieuse je travaille. Avant de pouvoir penser en théologien, j'ai besoin d'être immergé dans la situation. Cette méthode a quelquefois marché dans le passé mais pas toujours. Et je ne sais pas si ça va marcher cette fois. J'ai eu pour ami un théologien anglais, le Frère Herbert McCabe que j'ai rencontré lors d'une réunion à Florence. Il m'a dit « J'ai vécu dans la crainte d'être découvert un jour d'une manière ou d'une autre ». Il a ajouté qu'il était heureux de me voir si bien que nous pourrions être « découverts » ensemble. Donc aujourd'hui je risque une fois de plus d'être « découvert ».

En essayant de trouver quelques points de départ théologiques à notre compréhension de la stigmatisation et du VIH et du SIDA, il serait utile de donner une réponse rapide. Chacun de nous est créé de la même façon à l'image de Dieu, aimé autant et sans condition par ce Dieu – pas seulement en tant qu'individu mais en tant que membre d'une communauté, la famille de Dieu, la Création de Dieu. Et cette égalité des personnes dans la communauté a été confirmée, renouvelée et transformée dans l'Incarnation – dans la vie, le ministère et la mort de Jésus-Christ. Et nous, les disciples du Christ, nous avons été appelés par le Don de l'Esprit afin d'être sûrs que les relations au sein de la famille de Dieu ne seraient jamais stigmatisantes et dénuées de respect. Ceci résume la raison pour laquelle nous devons nous assurer que les relations entre nous ne sont pas stigmatisantes.

A ce stade, il peut sembler évident que la stigmatisation va à l'encontre de la foi chrétienne et devrait être facilement vaincue si nous étions sincères. Mais ce n'est pas aussi simple – en partie parce que selon la vision chrétienne, nous ne sommes pas seulement une communauté de saints mais également une communauté de pécheurs. Nous sommes touchés par la Grâce mais également par le péché, nous ne sommes pas seulement repentis et pardonnés, mais nous continuons à succomber au péché de différentes manières.

J'ai réalisé hier que l'un des mots qui était peut-être stigmatisé et tombé en désuétude était le mot « péché ».

Réfléchissons à la création du monde, à la création de l'humanité, à la célébration du monde et de l'humanité. Dieu regarda Sa Création et Il vit que cela était bon ; Dieu regarda l'humanité et, dans le langage de la Genèse, Il vit que cela était « très bon ». Ceci a en quelque sorte donné vie à un contrepoint de Dieu – un groupe de personnes qui étaient « autres »

que Dieu. Dans la Bible des Hébreux, le mot « holy » (saint) est lié au mot « autre ». Dans le concept de l'altérité de Dieu, il y a l'idée d'altérité, c'est-à-dire de séparation par rapport à la création. Nous pouvons constater que sans différenciation, il n'y a pas de possibilité de célébrer le bien. La différenciation permet la séparation par rapport au bien. La création est un processus continu de différenciation qui est à la fois une célébration et une menace. Cette différenciation induit une désunion et un besoin continu de changer cette séparation en un processus permanent de réconciliation.

C'est pourquoi, dans les Ecritures, Dieu est à la fois le créateur et le réconciliateur. Nous les êtres humains sommes à la fois créateurs et destructeurs potentiels donc appelés à être réconciliateurs. La différenciation, avec son potentiel de création et de destruction, amène également le besoin de réconciliation dans la communion. Nous pouvons trouver en abondance dans les Ecritures juives et chrétiennes ce thème de notre potentiel de création, puis de destruction de cette création et donc du besoin de réconciliation. Les relations existant au sein des communautés peuvent facilement devenir destructrices. Pour nous protéger, nous devons exclure de nos vies les personnes qui nous paraissent « étranges » donc menaçantes. Il n'est donc pas surprenant de trouver dans la critique prophétique d'Israël et de ses chefs, que c'est précisément la négligence vis-à-vis des personnes stigmatisées, des veuves et des orphelins, qui rend la prière vaine aux yeux du prophète. Ce principe s'applique aussi bien aux structures de pouvoir qu'aux relations interpersonnelles.

Le problème de la désunion s'applique particulièrement à la manière de traiter les femmes. Dans le premier chapitre de la Genèse figure le chant lyrique d'Adam – « os de mon os, chair de ma chair, quitte ton père et ta mère et deviens mon épouse pour la vie ». Tout cela change très vite au chapitre suivant lorsque Adam et Eve se rendent compte qu'ils sont nus, se cachent, et voient Dieu comme « autre » et se cachent de lui. Adam accuse sa femme d'avoir commis la faute et la blâme. Nous voyons ainsi avec quelle facilité un cadeau devient une menace. Ceci est très lié à l'aliénation par rapport au genre que nous retrouvons si souvent dans les Ecritures, notamment dans le livre des Nombres et qui illustre le fait que la stigmatisation s'exerce là où est le pouvoir.

Mais il faut équilibrer cette vision avec de nombreux autres passages des Ecritures. Il serait difficile de trouver un texte plus érotique que le Cantique des Cantiques, où l'homme et la femme sont totalement en accord l'un avec l'autre et où les paroles de la femme sont aussi érotiques que celles de l'homme.

La différenciation sexuelle est l'une des plus importantes et nous voyons immédiatement son potentiel de création, de célébration et aussi de destruction. Ce n'est que l'un des points qui reviennent, me semble-t-il, au cœur de la création – la création comprend ce potentiel de destruction. Mais nous voyons dans le troisième chapitre de la Genèse que la création s'accompagne de – appelle – la célébration et inclut à la fois la possibilité de désunion et les ressources nécessaires à la réconciliation.

Voilà un point de départ utile.

Il y en a un autre, lié au précédent. C'est la différenciation, non seulement entre Dieu et Sa création mais également celle qui émerge quand Dieu entre dans la création, celle de l'Incarnation quand Dieu devient l'un de nous. C'est là aussi une source d'aliénation. Jésus a dit « Je ne suis pas venu apporter la paix mais l'épée » (Mat, 10:34-39). Jésus a également pleuré « Mon Dieu, mon Dieu, pourquoi m'as-tu abandonné ? ». Il s'agit à la fois d'une

désunion (différenciation de l'Incarnation) mais également du début d'une réconciliation. Cette différenciation de l'Incarnation n'avait, à première vue, aucune garantie historique de succès et n'en a toujours pas.

Mais il y a plusieurs dimensions dans cette situation. L'une est contenue dans l'histoire de la Nativité, l'injonction d'aller à Bethléem, le fait que Marie enceinte n'ait pas trouvé de gîte. Ceci nous éclaire sur l'absence de gîte pour Dieu dans Son propre monde. C'est la partie la plus frappante de l'aliénation. Ce n'est pas Dieu seul qui va en payer le prix mais le peuple, même les innocents – « pas la paix, mais l'épée ». Bien sûr, l'enfant qui grandit, devient le rebelle que Miriam était pour nous dans la lecture biblique de ce matin, quitte ses parents, s'en va et amène ces questions « Pourquoi nous as-tu fait cela ? » « Ne saviez-vous pas que je devais m'occuper des affaires de mon Père ? ». Il nous apporte le processus de séparation et le besoin de réconciliation. Cette séparation de sa famille terrestre et peut-être de sa famille céleste (« Qui sont ma mère et mes frères ? ») L'amène à rechercher la compagnie des aliénés et des stigmatisés et L'aliène des leaders politiques et religieux de Son temps.

Même dans la parabole de l'enfant prodigue – ne pouvons-nous pas imaginer que Jésus est l'enfant prodigue ? Délaissant la richesse et la beauté de la maison de son père et passant – perdant – son temps avec nous. Il devient plus évident, avec l'arrestation, le tribunal, la Passion, l'exécution hors des murs de la ville, que nous partageons en quelque sorte la séparation de cet étranger à Son Dieu et à Son peuple. Cette aliénation et cette stigmatisation le conduisent finalement à la crucifixion – entre deux voleurs. Et nous devons prendre soin de ne pas mal interpréter cette crucifixion. L'une des grandes critiques faites à la religion chrétienne par un de ses farouches détracteurs, Nietzsche, est qu'il s'agit d'une religion de « victimes ». La crucifixion ne doit pas être vue comme un signe de faiblesse mais au contraire, de force. C'est là dans cette solitude – les disciples étaient tous partis, seuls quelques femmes et Jean étaient restés – dans cette séparation par rapport à Son peuple et jusqu'à un certain point par rapport à Dieu – que Jésus s'est trouvé Lui-même. Les théologiens voient cela de différentes manières – Moltmann dans l'expérience du Vendredi Saint, van Balthazar dans celle du Samedi Saint. C'est l'aliénation finale – Dieu vis-à-vis de l'humanité et Dieu vis-à-vis de Dieu – qui illustre le fait que Dieu réconciliait l'humanité avec Lui et que nous sommes appelés à être les ambassadeurs de la réconciliation.

Nous pourrions être tentés de dire aux « stigmatisés » qu'ils doivent endurer leurs souffrances – c'est pour leur bien. C'est, me semble-t-il, exactement l'inverse de ce que Jésus demandait à Son peuple. C'est pourquoi je ne suis pas vraiment d'accord avec la déclaration selon laquelle « Dieu autorise la survenue du VIH et du SIDA ». Confortablement installés comme nous le sommes, nous devons éviter cette subtile complicité avec la stigmatisation. Nous devons commencer à réfléchir à une théologie de la souffrance – ceux d'entre nous qui aspirent à être des disciples du Christ – à porter la souffrance des autres, à la soulager, à briser le silence de la stigmatisation, à changer les structures, à critiquer les pouvoirs en place qui autorisent la stigmatisation.

L'histoire de la Création comme l'histoire de Jésus nous montrent la création mais également le potentiel de destruction, et aussi le potentiel et le besoin de réconciliation qui en découlent. La réconciliation de la résurrection doit être diffusée à travers le monde. C'est là l'œuvre du Saint Esprit. Voilà une autre forme de différenciation au sein de Dieu et entre Dieu et la création. Nous avons si longtemps ignoré l'Esprit Saint. Ou nous l'invoquons trop vite comme s'Il était à nos côtés. C'est un des problèmes dans nos Eglises, la façon dont les Eglises majoritaires considèrent les Eglises pentecôtistes et inversement.

Dans toutes nos structures, la différenciation est indispensable à la vie, à la croissance et à la santé, mais elle est en même temps menaçante et destructrice. Aux tout débuts de l'Eglise, nous voyons Pierre et Paul s'affronter sur ce sujet. Toute l'histoire de l'hérésie revient à une différenciation d'un groupe particulier et à sa stigmatisation par le groupe « principal ».

C'est le besoin d'ordre de l'être humain et sa crainte de l'anarchie. On retrouve ce problème dans la force et les faiblesses de nombreuses positions d'éthique sexuelle – qui vise à préserver les relations au sein de la communauté et à la protéger de l'anarchie et des abus. Dans les écrits de Paul, la différenciation est décrite dans l'histoire de la Pentecôte. Le Saint Esprit est descendu sur des gens différenciés. Dans la tradition catholique, nous avons vu la différenciation au sein de plusieurs ordres religieux. Nous parlons du charisme du fondateur mais cela aurait pu être transformé en oppression d'un régime. Il est difficile de concilier la différenciation de l'Esprit et la communion de l'Esprit.

La mot autre se dit *allos* en grec, mais il est lié au mot hébreu *kadosh* qui évoque la sainteté, l'altérité de Dieu. Le mot « réconciliation » figure deux fois dans le Nouveau Testament dans le récit de Mathieu évoquant notre réconciliation avec notre frère et dans la cinquième Epître aux Galates, où Paul parle de « rassembler tous les autres en Christ ». C'est ce que nous sommes appelés à faire : rassembler les autres dans la communion.

Ceci nous amène à un autre point – la référence de Mary Douglas à la relation entre « sainteté » et « impureté ». Pour préserver le sacré, nous définissons certaines choses qui sont « autres » vis-à-vis de celui qui les définit plutôt que vis-à-vis de Dieu, par exemple la menstruation était une altérité menaçante pour les hommes qui servaient au sanctuaire.

Je voudrais revenir à ma lutte avec cette idée – celle de la séparation des gens par le pouvoir, la définition de ceux qui sont autres – qui amène par exemple à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Cela nous ramène à l'histoire de la Création et de l'Incarnation qui consiste à transformer l'altérité menaçante en altérité enrichissante. Ce sont souvent les peuples qui ont géré ce type de stigmatisation et ce sont les gens qui ont le pouvoir qui doivent la vaincre. Pour vaincre la séparation, Dieu a dû laisser son pouvoir. Nous demandons « Comment Dieu a-t-il pu laisser cela arriver ? ».

L'histoire du salut est la révélation progressive du « désinvestissement » du pouvoir par Dieu. Dans la deuxième Epître aux Philippiens, nous voyons la puissance du dépouillement de Dieu : « Il ne se considérait pas comme l'égal de Dieu mais a pris la forme d'un esclave ». Le marquage des esclaves était une forme de stigmatisation. Paul n'en avait pas d'expérience mystique, mais c'était sa manière de comprendre comment l'Evangile révélait Jésus – comme un esclave ou un serviteur qui laisse son pouvoir – « Es-tu le Roi ? » « Mon Royaume n'est pas de ce monde ».

Nous avons donc Dieu le créateur qui se révèle en Jésus-Christ qui abdique son pouvoir pour être plus proche des stigmatisés. Voilà un élément dont les Eglises doivent vraiment tenir compte pour vaincre la stigmatisation.

Je voudrais encore ajouter quelque chose à propos de la dispersion de la réconciliation de Dieu. Nous avons évoqué hier les conflits religieux en Irlande du Nord comme exemple de stigmatisation. Mais nous voyons également comment les Eglises se stigmatisent les unes les autres. Ce n'est que depuis le récent mouvement œcuménique que nous commençons à considérer les différences comme une source de richesse. Nous ne pouvons pas rechercher l'unité uniquement pour l'ordre – cela pourrait devenir une oppression. L'unité doit être le résultat de notre désir d'unité, de compréhension et d'accompagnement mutuels.

Dieu est peut-être en train de nous défier avec la stigmatisation afin que nous mettions fin à l'oppression des autres et cherchions à nous réconcilier avec les stigmatisés – « Tous seront en Dieu ». C'est dans ce sens que le sectarisme défie les Irlandais, que la stigmatisation défie le monde entier, qui nous appelle à répondre à ce défi et à mobiliser nos ressources afin d'atteindre un nouveau stade de la dignité humaine, du sens communautaire et de la solidarité chrétienne. Le combat consiste pour l'humanité à célébrer la différence en lui permettant d'enrichir la communauté. Si les leaders de l'Eglise ne se rangent pas publiquement et durablement du côté des stigmatisés, nos efforts ne seront ni crédibles ni efficaces.

Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : implication en matière d'enseignement, de recherche, de communication et de communauté théologiques

Implications de la stigmatisation pour le programme théologique

Le Dr Denise Ackermann est Professeur de théologie à l'Université de Stellenbosch en Afrique du Sud. Elle est basée au Cap en Afrique du Sud. Ce qui suit n'est pas un article formel, mais la transcription de sa présentation.

Introduction

On m'a demandé de parler pendant une demi-heure des implications de ce thème en matière d'enseignement théologique. Hier soir, j'ai vu une nouvelle publication intitulée *HIV/AIDS and the Curriculum* dirigée par Musa Dube dans laquelle ce sujet est étudié de manière exhaustive par de nombreuses contributions. Les remarques que je vais faire sont en quelque sorte des notes de bas de page à ajouter à cette nouvelle publication.

Au début de cet atelier, Calle Almedal a souligné l'importance de contester le pouvoir de la stigmatisation avec l'aide des leaders religieux. C'est là un projet nécessaire et ambitieux qui exigera du temps et du dévouement de la part des leaders de nos Eglises respectives. L'expérience personnelle que j'ai de mon évêque est que ces leaders sont pris par un monceau de tâches administratives, de déplacements dans leurs diocèses respectifs, de cérémonies de confirmation et d'arbitrage des difficultés de leur clergé. Devant toutes ces activités, on peut se poser la question : nos évêques ont-ils le temps de lire un cadre de réflexion comme celui que nous avons l'intention de créer ? On peut espérer que certains l'ont ; notre tâche consiste à dialoguer avec ceux qui sont ouverts et conscients des dangers de la stigmatisation et de la discrimination dans l'Eglise.

Quoi que nous puissions dire, analyser ou critiquer, nous devons le faire en gardant espoir. L'espoir est l'antidote au désespoir engendré par la stigmatisation. Celle-ci induit une inégalité sociale. Elle est déployée par des acteurs sociaux concrets qui tentent de légitimer leur statut dominant. C'est pourquoi elle fonctionne sur une économie religieuse et politique d'exclusion, souvent à l'intersection entre culture, pouvoir et différence. La stigmatisation opère rarement exclusivement par rapport au VIH et au SIDA. Quand la culture, le genre, la race et les stéréotypes sexuels s'associent à ceux créés par le VIH et le SIDA, l'effet cumulé est complexe et souvent dévastateur. A titre d'exemple, le SIDA est perçu comme une maladie des riches ou des pauvres selon la perspective de classe de l'observateur ; ou encore, c'est une maladie de femmes ou une maladie provoquée par les hommes selon la perspective du locuteur en matière de genre ; ou le SIDA est une maladie des noirs ou un problème de blancs selon la perspective raciale et ainsi de suite. Alors que les théologiens essaient de lutter avec le problème de la différence, nous découvrons à quel point la stigmatisation – sous ses nombreux aspects – envahit toute l'existence.

Stigmatisation, VIH et SIDA et enseignement théologique

L'enseignement théologique devrait être consacré à la nécessaire étude des disciplines théologiques. Mais la théologie au service des communautés de foi en fait également partie. Elle combine les connaissances théoriques à un intérêt impérieux vis-à-vis des activités des communautés de foi et de leurs relations avec leur entourage. Ce n'est pas seulement une quête de savoir mais également une quête de sens et de vérité dans nos vies.

Quand ils sont confrontés au défi d'enseigner la théologie dans un contexte profondément affecté par le VIH et le SIDA, les enseignants recourent à toutes sortes d'approches inappropriées. Se sentant mal préparés à aborder le sujet du SIDA et n'ayant pas suffisamment réfléchi aux implications théologiques du VIH et du SIDA, ils optent pour une approche ponctuelle ou complémentaire. Le bureau SIDA de l'université locale est invité à envoyer un « expert » pour une mise à jour d'une journée sur ce qui se passe dans le domaine du VIH et du SIDA et parler de prévention. Après cela, les étudiants sont soumis à un vernis théologique rapide et le débat est considéré comme clos.

Une deuxième approche est le mode « sensibilité nouvelle ». Le doyen d'une faculté demande instamment à tous les professeurs d'intégrer d'une manière ou d'une autre le VIH et le SIDA dans leur enseignement quel que soit le sujet. Ceci ressemble aux efforts faits précédemment pour incorporer la sensibilité au genre quand on disait aux professeurs d'utiliser un langage inclusif et d'être conscients des implications du genre dans leurs disciplines. La majorité des professeurs n'ont aucune idée de la façon d'appliquer le mode « sensibilité nouvelle ». Après quelques essais, le sujet est généralement discrètement mis à l'écart.

L'expérience d'immersion constitue une troisième approche. Le professeur de théologie pastorale emmène un groupe d'étudiants pour une journée d'immersion dans l'expérience de la souffrance causée par le VIH et le SIDA. Ils visitent des hôpitaux, des hospices et des foyers et discutent avec les gens. A la fin de la journée, les étudiants sont complètement submergés, souvent parce qu'ils n'ont pas été suffisamment préparés à ces rencontres. Cette approche est centrée sur la pratique avec peu d'étayage théorique. Ces trois approches sont évidemment présentées de manière caricaturale, mais je les ai toutes vues à l'œuvre.

Un enseignement théologique qui veut sérieusement aborder le défi du VIH et du SIDA doit re-conceptualiser le programme d'enseignement. En effet, le VIH et le SIDA affectent pratiquement tous les aspects du programme théologique. Notre doctrine relative à Dieu, au péché, au salut, notre compréhension de la souffrance, la nature humaine et la nature de l'Eglise sont tous liés à notre lutte pour vivre dans la foi, dans un contexte de souffrance et de mort exacerbé par une stigmatisation stupide. Même si les connaissances théoriques en matière de théologie sont cruciales dans une carrière universitaire, je ne veux pas exagérer leur rôle. Comme je l'ai dit, je pense que l'enseignement théologique est d'abord au service de nos communautés de croyants. Il faut donc accorder une attention particulière, d'une part aux relations entre nos connaissances théologiques et notre système de croyances, d'autre part à la manière dont ces connaissances se traduisent en actes et les façonnent.

Pour mieux lier nos théories théologiques et nos pratiques chrétiennes, je suggère que nous autres enseignants en théologie revoyions nos méthodes. Combien d'entre nous travaillent encore selon la méthode du *depositum fidei* ? Cette méthode est basée sur le principe que les connaissances théologiques viennent d'en haut et que ses enseignants sont des intermédiaires illuminés qui les transmettent aux étudiants. Il y a des manières d'enseigner la théologie qui sont plus efficaces en matière de VIH et de SIDA et de stigmatisation.

Il y a d'abord le rôle crucial du récit dans la diffusion des connaissances. Les histoires vraies sont importantes dans la lutte contre la stigmatisation. Raconter ces histoires est une façon d'affirmer son identité. Plutôt que d'être classé sous le label « séropositif », parler et être entendu affirme à la fois la dignité et l'identité de la personne. Le récit a encore une autre fonction : le simple fait de raconter notre histoire contribue à donner un sens à des situations qui sont souvent incompréhensibles, voire chaotiques. La nécessité de lutter contre la stigmatisation et de faire face au VIH et au SIDA d'une manière théologiquement responsable commence avec l'expérience vécue. Quand nos histoires rencontrent le grand récit de notre foi – la vie, le ministère, la mort et la résurrection de Jésus-Christ – l'espoir peut remplacer le désespoir et la présence aimante de Dieu peut être affirmée même dans des circonstances difficiles.

Deuxièmement, la méthode théologique doit être à l'écoute de la tension créative entre théorie et pratique. En effet, la pratique est souvent considérée comme secondaire à la théorie. La pratique est liée à l'interconnexion entre l'expérience historique et les soucis de liberté d'une part et notre responsabilité de modifier un contexte d'oppression pour permettre l'épanouissement de l'être humain d'autre part. Elle va dans l'intérêt de ceux qui subissent la stigmatisation. Elle implique une collaboration et se montre sensible à la culture et aux différentes perceptions de la réalité. La pratique chrétienne est une volonté d'être la main de Dieu dans le monde.

Troisièmement, une méthode théologique appropriée nécessite une analyse critique. Le besoin de comprendre la relation entre, par exemple, la culture, la religion et le genre ou entre la connaissance et le pouvoir ou les défis posés à l'enseignement théologique renvoient tous à la nécessité d'une pensée analytique critique en matière de théologie.

Pour illustrer ce point, je veux faire référence à une analyse critique réalisée par une théologienne africaine lors d'une conférence sur le SIDA à Pretoria en 1998. Teresa Okure a déclaré qu'il existait deux virus plus importants que le VIH. Le public a été choqué. Elle a alors expliqué que le premier virus était celui qui stigmatise et humilie les femmes dans la société. C'est ce virus qui amène les hommes à abuser des femmes. C'est celui qui est responsable du fait choquant que, dans de nombreux pays d'Afrique, le facteur de risque le plus important d'infection à VIH est d'être une femme mariée. Le VIH et le SIDA prospèrent grâce aux relations chaotiques entre les sexes. C'est un virus qui est mortel pour les femmes pauvres qui vivent une relation patriarcale et n'ont que peu de pouvoir de contrôle sur ce qu'on impose à leur propre corps. Le deuxième virus qui permet au VIH et au SIDA de se propager à une vitesse cataclysmique se trouve surtout dans les pays en développement. C'est le virus de l'injustice de l'économie mondiale responsable d'une pauvreté dramatique dans certaines parties du monde en développement. Des sociétés qui n'y sont pas adaptées sont plongées dans l'économie de marché capitaliste et les programmes d'ajustement structurel imposés ne répondent pas aux besoins des pauvres qui sont trop souvent des femmes de la campagne sans instruction et leurs enfants.

Repenser deux thèmes théologiques

Ayant affirmé que le VIH et le SIDA nous posaient des défis dans pratiquement tous les domaines de l'enseignement théologique, je vais suggérer de quelle manière je propose de recadrer notre pensée théologique sur deux sujets bien connus, afin de mieux répondre au problème de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA.

Le premier défi qui sous-tend tous les débats sur le VIH et le SIDA est notre compréhension de la sexualité humaine et de sa place dans l'enseignement de l'anthropologie théologique. Que signifie le fait d'être un humain sexué ? L'Eglise est une communauté d'êtres humains sexués qui expriment leur sexualité de différentes manières. La sexualité nous confronte à la différence. Elle nous ramène également à la nécessité de reconnaître la position centrale du corps dans la pensée théologique. La réalité et les connaissances passent par notre corps. Nous ne sommes pas seulement des os, de la peau et de la chair. Le fait que nous puissions voir, entendre, toucher et sentir est la source de nos connaissances. Le non-sens selon lequel le corps est inférieur à l'âme a fait des ravages dans l'histoire du christianisme depuis trop longtemps et doit être contré par une pensée théologique incarnée. Une théologie qui prend au sérieux la sexualité humaine est attentive à la nature de l'être humain créé par Dieu et à la nature de nos relations en tant qu'expression de notre humanité dans sa plénitude. Face à la stigmatisation et à la discrimination, il est primordial de mettre l'accent sur des relations de réciprocité et d'affection et sur le fait que la sexualité humaine est un don de Dieu. Il est curieux que les chrétiens dont la foi est fondée sur l'amour incarné soient si réticents à appréhender ce que signifie le fait d'avoir un corps.

Deuxièmement, il nous manque un langage approprié pour parler du VIH et de la stigmatisation. Celle-ci se nourrit du silence. L'intériorisation des traumatismes, la peur du rejet, les contraintes culturelles et une mauvaise interprétation des notions de péché et de punition, tous enlèvent aux gens leurs capacités à s'exprimer et à nommer leur réalité. Or nos Ecritures nous ont donné un langage consacré à la souffrance. Le langage ancien des lamentations nous offre une manière de nommer l'innommable et de crier vers Dieu au cœur de situations insupportables. Les lamentations ne sont pas seulement une forme de deuil, elles ont un autre but. Elles signalent que les relations sont très altérées et rappellent à Dieu qu'Il doit agir en partenaire dans l'Alliance. Elles sont à la fois individuelles et communautaires. C'est un cri primal qui vient du fonds de l'âme humaine et frappe le cœur de Dieu. Il demande à Dieu de tenir compte de la souffrance humaine. C'est un langage dangereux : il est indocile ; il pousse les limites de nos relations, surtout avec Dieu ; il refuse d'accepter les choses telles qu'elles sont. Israël connaissait le pouvoir des lamentations. Les psaumes en témoignent puisqu'ils expriment le caractère primitif de la souffrance humaine en même temps que l'espoir et la foi en Dieu. Israël a découvert que les lamentations et la prière étaient indissociables.

Si l'on applique le langage des lamentations au contexte actuel, il a des implications majeures en termes de rôle politique et social de l'Eglise. L'Eglise affirme être une communauté ouverte et soucieuse du bien-être de ses membres. Pourquoi ne se lamente-t-elle pas publiquement des ravages liés au VIH et au SIDA ? Les lamentations peuvent être politiquement subversives et donc dangereuses. Elles ne servent jamais le statu quo. Voici la mission de nos Eglises : se lamenter en face de la souffrance actuelle. Les lamentations peuvent également enrichir notre liturgie et notre pastorale. La louange est souvent trop facile en matière de liturgie. Ce n'est pas la louange qui est durement gagnée et qui dit la vérité à Dieu tout en confirmant que Dieu *entendra* nos cris et *agira* pour nous secourir. Le langage des lamentations est également un outil puissant pour la pastorale de la souffrance. Enfin, il contribue à une relation plus intime et authentique avec Dieu. Nous sommes dans une situation qui soulève un questionnement légitime sur la justice divine, et sur la puissance de Dieu et sa présence dans un monde de souffrance. Sa justice est-elle fiable et où se trouve-t-elle ? Il y a de nombreuses raisons de se lamenter, mais sa perte réprime nos questions

relatives au mal dans le monde. Au lieu de cela, nous préférons un Dieu enrobé d'un vernis d'optimisme religieux dont la toute-puissance « finira pas tout arranger ». L'optimisme religieux n'a rien à voir avec la foi et l'espérance. Il choisit d'édulcorer l'horreur de la souffrance... c'est là un Dieu que nous n'osons pas approcher avec notre douleur et avec qui nous avons une relation éternellement infantile.

Le langage des lamentations est direct et vrai. Il nomme l'innommable et ce faisant, il contribue à guérir nos doutes et à restaurer la foi en notre pouvoir d'appeler Dieu à répondre à nos cris. Pourquoi ne pas enseigner à nos étudiants la richesse de la tradition des lamentations comme une manière de contrer la douleur de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA ?

En conclusion

Je suis d'accord avec ceux qui ont dit que le VIH et le SIDA constituaient un temps de *kairos*. Ceci me renvoie au document *Kairos* apparu en Afrique du Sud en 1985. Les premières phrases disaient quelque chose comme « Le temps est venu, le moment de vérité est arrivé et l'Afrique du Sud a été plongée dans une crise qui fait trembler ses fondations... ». Ces mots ont une nouvelle et saisissante pertinence en 2003.

C'est en effet un moment de vérité. Il va au-delà de la crise et de l'opportunité, du désespoir et de l'espoir, de la lutte et de la grâce. C'est dans la nature même de cette crise que je trouve l'espoir – l'espoir dans Celui qui nous a promis qu'Il serait toujours avec nous. Ce *kairos* exige une spiritualité qui respire l'espoir, qui ne craint pas l'ambiguïté, qui est prête à travailler pour la justice et la charité, mais prend également le temps de réfléchir à ce que nous devrions faire. Les cœurs peuvent alors se transformer et les mains devenir des outils de bonne volonté pour hâter la venue du règne de Dieu sur la terre.

Stigmatisation liée au VIH et au SIDA : répondre au défi

Stigmatisation : faire passer le message, influencer les leaders et les membres des Eglises

Le Dr Musa Dube est Professeur de théologie et Consultante en VIH/SIDA et théologie auprès du Conseil œcuménique des Eglises. Elle était basée à Gaborone, au Botswana.

Je ne suis ni une statistique ni un objet de curiosité... Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont des gens comme les autres. Ils ne doivent être ni discriminés ni condamnés. C'est en les écoutant que l'Afrique et le reste du monde apprendront comment mieux prévenir le VIH et le SIDA. Nous ne pensons plus que le VIH et le SIDA sont la faute des victimes de viol, des professionnel(le)s du sexe et des homosexuels. Le VIH et le SIDA sont notre réalité et nous ne pouvons changer cette situation que si nous traitons la maladie et ceux qui en souffrent avec un sens de leur valeur et de leur dignité⁴⁷.

La nécessité de lutter contre la stigmatisation et de faire face au VIH et au SIDA d'une manière théologiquement responsable commence avec l'expérience vécue... La pratique est la volonté d'être la main de Dieu dans le monde... La pratique doit se faire dans l'intérêt de ceux qui sont stigmatisés, en collaboration et sensible aux différentes manières de percevoir la réalité en fonction de la culture. (Ackermann 2003:3)

Introduction

Nous sommes réunis ici en tant que théologiens universitaires et à l'initiative de l'ONUSIDA afin de produire un cadre théologique persuasif d'éradication de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA. Nous espérons que Peter Piot, Directeur de l'ONUSIDA, écrira une préface à ce document et qu'il sera ensuite envoyé aux leaders et aux membres des Eglises. Les organisateurs de cette réunion espèrent qu'il les persuadera de développer une « tolérance zéro » vis-à-vis de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et au SIDA et de travailler dans ce sens. En d'autres termes, ceci devrait être un cadre théologique qui stimulera et convaincra les leaders et les membres de nos Eglises de travailler à l'éradication de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA – en paroles et en actions. On peut estimer que le fait que nous soyons réunis ici pour travailler à la production de ce document signifie que nous sommes d'accord sur un certain nombre d'hypothèses de base :

- que les théologiens sont responsables de rendre l'Eglise compétente en matière de VIH et de SIDA ;

⁴⁷ Citation tirée de *Aids and Stigma: An African Christian Context*, dans la Campagne des Perles d'espérance : kit d'enseignement et de plaidoyer, L'Eglise Unie du Canada, p. 1, 2003.

- que nos voix seront écoutées, reconnues et honorées par nos Eglises ; sinon, nous nous engageons à travailler main dans la main avec nos Eglises ou reconnaissons que c'est notre devoir de les persuader ; et,
- qu'en venant ici travailler à ce cadre de réflexion, nous reconnaissons qu'en tant que théologiens, nous devrions être au service des leaders et des membres des Eglises en même temps que des experts en matière d'éducation, en ces temps de crise liée au VIH et au SIDA comme dans toutes les autres situations.

J'ai entendu que certains d'entre vous étaient particulièrement émus du fait que l'initiative de cet atelier émanait des Nations Unies – que vous étiez honorés que votre expertise et sa pertinence en matière de VIH et de SIDA soient reconnues – en tant qu'universitaires et membres des Eglises. En venant ici, vous avez aussi admis – je veux du moins le croire – que ce processus allait se poursuivre d'une manière ou d'une autre, au-delà de cet atelier, que vous alliez continuer vos efforts pour aider vos communautés de foi à éradiquer la stigmatisation liée au VIH et au SIDA et à relever les défis qu'elles vous poseront.

Quoi qu'il en soit, il y a différentes opinions relatives à nos capacités à communiquer efficacement avec nos communautés paroissiales. Beaucoup d'entre vous sont très impliqués dans leurs communautés tout en étant des universitaires. D'un autre côté, certains leaders religieux présents ici ont clairement dit qu'ils avaient besoin de notre contribution mais n'avaient pas le sentiment de trouver le soutien attendu. Sur ce dernier point, j'ai entendu certains théologiens dire que les Eglises n'écoutaient pas les théologiens. Ils avancent des raisons diverses comme le fait que les leaders se méfient des théologiens ; que les membres des Eglises ne comprennent pas leur langage. On dit également qu'ils baignent dans la théorie mais ont perdu le contact avec la réalité ; qu'ils se considèrent comme supérieurs aux leaders et aux membres et veulent conserver leur liberté d'universitaires. Ou encore qu'ils subissent des pressions pour rester fidèles aux règles de leurs universités et craignent de perdre leur crédibilité dans leur confrérie s'ils sont trop impliqués dans la vie de l'Eglise.

Ces déclarations ne peuvent pas être généralisées. La majorité des théologiens africains par exemple courent souvent le risque d'être absorbés par l'Eglise et ses organisations car on sollicite de plus en plus leur leadership dans différents domaines. La crainte d'un théologien universitaire africain, c'est de se demander combien de temps il pourra être un universitaire productif avant d'être absorbé par l'Eglise. Ceci tient au fait que l'Eglise africaine manque de personnel suffisamment formé et se tourne donc souvent vers les théologiens. On ne peut pas en dire autant dans le monde occidental – où de nombreux théologiens universitaires peuvent choisir de se consacrer exclusivement à cette tâche, courant alors le risque d'être détachés des communautés paroissiales. Le problème est lié aux systèmes de communication entre les théologiens et les paroisses qui ne fonctionnent pas toujours comme on le souhaiterait. Alors comment allons-nous faire de ce cadre de réflexion un programme d'éradication de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA ? Comment allons-nous communiquer efficacement le message et encourager nos communautés et leurs leaders à une tolérance zéro vis-à-vis de la stigmatisation ?

Je ne prétends pas avoir de réponse. Comme beaucoup d'entre vous travaillent au sein des communautés, vous pourrez mettre en commun vos idées sur la manière de surmonter les obstacles et de créer des canaux de communication efficaces. Beaucoup d'entre vous sont déjà connectés. C'est important, car en matière de VIH et de SIDA, toutes les disciplines ont été mises au défi de poursuivre leur recherche sans relâche car nos connaissances se sont révélées insuffisantes. Comme je l'ai dit ailleurs,

Le VIH et le SIDA ont discrédité de nombreuses vérités admises et exposé les limites de nombreuses vérités/connaissances scientifiques, économiques et culturelles. C'est pourquoi le VIH et le SIDA ont exigé une recherche intensive, un nouvel examen et une réorganisation de tous les aspects de notre vie. L'enseignement théologique dans l'Eglise et dans ses institutions n'y fait pas exception. (Dube 2002a:545)

De plus, même si les Eglises gèrent le problème du VIH et du SIDA sans conviction, elles sont néanmoins à l'épicentre de la tempête. Comme elles constituent une des institutions qui sont en contact direct avec les communautés et les individus, et comme leur conviction les fait aspirer à être une communauté aimante, les Eglises sont souvent obligées de visiter les malades, de conseiller les personnes vivant avec le VIH et le SIDA et les personnes affectées, d'inhumer les morts, de s'occuper des projets relatifs aux orphelins, aux hospices et aux soins à domicile, etc. L'épidémie de SIDA a plus que doublé la charge de travail moyenne d'un leader religieux (Dube 2003b:iv-vii) tandis que les ressources ont chuté puisque les membres consacrent leur argent aux dépenses liées au VIH et au SIDA. Cette situation leur laisse très peu de temps pour la recherche, la réflexion intellectuelle et la formation. Et pourtant, cette formation est nécessaire puisque ces leaders sont invités à relire la Bible à la lumière du VIH et du SIDA ; à élaborer et à utiliser de nouveaux cadres de référence théologiques ; à acquérir des compétences nouvelles en conseil avant et après le test ; de nouvelles capacités en matière d'homélie, à briser le silence, à parler de manière prophétique puisque le VIH et le SIDA sont liés à l'injustice sociale. On s'attend à ce que nos Eglises et leurs leaders s'expriment de façon déterminée et efficace contre la stigmatisation liée au VIH et au SIDA, mais la plupart du temps, on ne leur donne pas les moyens d'acquérir le savoir-faire requis, ni le temps pour l'apprendre par eux-mêmes. On ne peut donc pas trop insister sur le rôle des théologiens en tant qu'enseignants et sources de connaissances nouvelles. Les théologiens universitaires ont la possibilité de faire de la recherche, d'écrire et de rassembler un savoir pertinent par rapport au contexte nouveau du VIH et du SIDA. Nous ne pouvons donc pas nous permettre, à cette époque marquée par la pandémie, d'avoir des théologiens qui ne se sentent pas responsables ou engagés vis-à-vis de leurs communautés et de leurs institutions. Nous ne pouvons pas nous permettre d'être des théologiens détachés de leurs communautés ou du contexte – produisant un savoir qui n'est pas en adéquation avec la crise que nous affrontons. Et pour nos universitaires occupés à une recherche débouchant sur un savoir de qualité et pertinent – de nature à donner à nos Eglises les moyens d'agir – nous ne pouvons pas nous offrir le luxe de garder ce savoir caché dans des revues, des livres ou des résidences universitaires, sans moyen d'atteindre les leaders et les membres des Eglises qui en ont le plus besoin. De même, nous ne pouvons pas nous permettre d'avoir des leaders et des paroissiens qui se sentent menacés par les théologiens si nous voulons créer une véritable communication. Nos relations doivent donc être assainies pour permettre une réflexion théologique utile sur l'ère du VIH et du SIDA et s'assurer que ces connaissances circulent aisément dans les deux sens entre ces deux niveaux. L'université et l'Eglise doivent se nourrir l'une l'autre.

Quelques histoires

Si je n'ai pas de réponse précise à cette dichotomie ancienne entre l'université et l'Eglise, pourquoi m'a-t-on demandé de vous parler de la diffusion du message relatif à l'éradication de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA de façon à influencer les leaders et les communautés ? Je dirais qu'il y a deux raisons.

Premièrement, je suis considérée comme l'une des universitaires qui ont beaucoup travaillé sur le VIH et le SIDA en termes de recherche, d'enseignement, d'écriture et de publications. Deuxièmement, au cours des deux ans et demi écoulés, j'ai été impliquée dans la sensibilisation des théologiens et des leaders. En ce qui concerne les théologiens, ma tâche a consisté à les stimuler et à les former à revoir leurs programmes de théologie à la lumière du VIH et du SIDA de façon à assurer la formation complète de nos séminaristes dans ce domaine et à recycler le clergé déjà en exercice. En ce qui concerne les leaders, j'ai collaboré avec les coordonnateurs régionaux pour les former à adopter une théologie de la compassion et à avoir une tolérance zéro vis-à-vis de la stigmatisation liée au VIH et au SIDA. La compassion est dans ce cas définie comme la capacité à souffrir avec ceux qui souffrent et à chercher à changer les choses. En d'autres termes, la compassion ne se limite pas à la charité, elle doit toujours nous pousser à contribuer à mettre fin à la douleur, à la souffrance et aux blessures. La compassion implique toujours l'activisme et la libération de toutes les formes d'oppression. Elle peut donc se définir comme une révolution.

J'ai fait cela sous la bannière de l'initiative œcuménique VIH et SIDA en Afrique – dont l'objectif principal est de briser la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA (et dont le logo représente un cœur fait de gens qui se tiennent la main). Nous avons été une équipe de cinq – quatre coordinateurs régionaux et un directeur, le Dr Christoph Mann. Notre objectif étant de vaincre la stigmatisation, tout notre travail visait à rendre l'Eglise et ses leaders compétents en matière de VIH et de SIDA. L'approche retenue soulignait qu'une lutte efficace contre la stigmatisation nécessitait des méthodes efficaces de prévention, la fourniture de soins de qualité et de traitement ainsi que l'atténuation de l'impact. C'est pour cela que l'on m'a demandé de partager avec vous quelques observations sur la communication du message visant à briser la stigmatisation. Je vais donc vous raconter quelques détails de cette histoire dont je tirerai quelques éléments de méthode que je considère comme des stratégies de communication à l'Eglise et à ses membres. Enfin, je mettrai en lumière quelques méthodes émanant de cet atelier.

La première histoire – être confrontée au VIH et au SIDA dans l'université et l'affronter

Dans le livre intitulé *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes*, je raconte certaines de ces histoires en introduction et dans mon article *Methods of Integrating HIV and AIDS in Biblical Studies*, et je les redirai. Je vais d'abord vous raconter comment, en tant qu'universitaire, j'ai commencé à rompre le silence et la stigmatisation et à intégrer le VIH et le SIDA dans mon enseignement, ma recherche et mes publications.

Une réponse pédagogique au VIH et au SIDA

Comme beaucoup d'autres, j'ai vu les problèmes théologiques soulevés par le VIH et le SIDA sans voir immédiatement un lien entre mon travail d'enseignante du Nouveau Testament et la lutte contre le VIH et le SIDA⁴⁸. Ma première réponse a été liturgique. Alors que je rédigeais ma dissertation de maîtrise, j'écrivais également des gospels relatifs au VIH et au SIDA, mais ces deux activités restaient distinctes. Mon deuxième mouvement a été une

⁴⁸ La majeure partie de ce qui suit est tirée de Musa W. Dube, « Methods of Integrating HIV/AIDS in Biblical Studies », pp. 12-15, in Musa W. Dube eds., *HIV/AIDS and the Curriculum : Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes*, Genève, COE, 2003.

tentative d'utiliser mes compétences en tant qu'éducatrice afin de produire un outil d'enseignement pour les pasteurs. J'ai produit une vidéo intitulée *Africa Praying : Orphans Need Love*. C'était un documentaire sur la situation des orphelins et sur l'aide que leur apportait l'Eglise, sur ce qu'elle pouvait et souhaitait faire ainsi que sur ses limites. En même temps qu'un document, cette vidéo constituait donc un outil de mobilisation et d'enseignement au nom des orphelins. La réalisation de la vidéo m'a amenée au cœur des choses, face à face avec ces enfants affectés et les personnes qui s'occupaient d'eux et dans la réalité de la stigmatisation. A ce moment-là, au Botswana, l'intensité et l'impact de la stigmatisation étaient majeurs, mais la situation s'est améliorée dans l'intervalle. Nous ne réussîmes pas à trouver un seul orphelin qui accepte de nous parler des épreuves subies – en dépit de nombreuses tentatives et de nombreux rendez-vous, nous revenions déçus avec nos caméras inutiles. La plupart du temps, nous n'étions même pas autorisés à filmer ces orphelins – mais seulement les personnes qui s'en occupaient debout derrière une porte barricadée, ou leurs voix chantantes ou leurs dos – parce que cela les exposerait à la stigmatisation. A cette époque, les travailleurs sociaux nous disaient qu'ils ne pouvaient pas apporter aux enfants la nourriture et les vêtements dont ils avaient besoin, parce que la simple vue d'un véhicule du gouvernement signifierait immédiatement au voisinage ces enfants dont les parents étaient morts du SIDA. Le plus triste était que ni ces enfants trop jeunes ni les grands-mères trop âgées, à qui ils étaient généralement confiés, ne pouvaient obtenir les services du gouvernement et qu'ils vivaient dans la pauvreté. N'étant ni inscrits ni identifiés, ils ne pouvaient pas bénéficier des services pourtant créés à leur intention. Cette expérience démontre l'impact de la stigmatisation sur la fourniture de soins de qualité aux personnes affectées.

En dépit de tout ce travail, je n'avais pas encore introduit le VIH et le SIDA dans les salles de cours à l'Université du Botswana comme enseignante du Nouveau Testament. Cela ne s'est fait que lorsque j'ai été confrontée à la futilité de mon enseignement. Je donnais alors un cours de deuxième année sur les Evangiles Synoptiques à un immense groupe de 200 étudiants, âgés de 18 à 40 ans. Sachant que le taux d'infection à VIH parmi les personnes sexuellement actives était de l'ordre de 38%, je réalisai soudain que près de la moitié de ma classe ne serait peut-être plus en vie d'ici 10 ans. Je me demandai soudain quel était l'intérêt d'enseigner les Evangiles Synoptiques à mes élèves si je ne pouvais pas les aider à rester en vie et à fonctionner dans le contexte du VIH et du SIDA – s'ils ne survivaient pas même assez longtemps pour utiliser ces connaissances. Je me demandai alors comment je pourrais enseigner le Nouveau Testament de façon à aider mes étudiants à comprendre le VIH et le SIDA ; à les rendre aptes à la prévention ; à la fourniture de soins de qualité et à l'éradication du silence et de la stigmatisation.

Une deuxième raison m'a poussée à intégrer le VIH et le SIDA dans l'étude du Nouveau Testament. Elle était liée au contenu des Evangiles Synoptiques, notamment les miracles de guérison réalisés par Jésus. Comme je l'ai raconté ailleurs,

« Les miracles de guérison semblent parsemer tous ces textes. En les lisant, nous nous rendons compte que nous lisons deux textes : l'ancien texte biblique et celui de nos propres vies. La fusion de ces deux textes est d'une ironie grinçante puisque Jésus guérit toutes les sortes de maladies alors que nous autres croyants savons très bien qu'il n'y a pas de guérison pour nous. En dépit de cette contradiction flagrante, Jésus, qui guérit toutes les maladies instantanément et sans rétribution, représente nos prières et nos vœux les plus profonds. » (Dube 2002c:122)

Confrontée à cette crise dans ma vocation d'enseignante, je commençai à concevoir des manières d'intégrer le VIH et le SIDA dans mon travail universitaire. Cela prit trois formes. En premier lieu, j'encourageai mes élèves à choisir le VIH et le SIDA comme sujet de dissertation en leur disant clairement que je serais heureuse de superviser tout travail dans ce domaine⁴⁹. Ensuite, je donnai aux étudiants divers passages des miracles de guérison, leur demandai d'élaborer un questionnaire et de trouver quatre ou cinq personnes de l'extérieur pour lire ce passage en suivant le questionnaire. Les étudiants lisaient donc ces passages avec des gens de l'extérieur, synthétisaient leurs découvertes et en présentaient quelques-unes à la classe. Cette technique a contribué à plusieurs résultats. D'abord, elle nous a permis de découvrir la théologie qui émerge de notre contexte de VIH et de SIDA. Deuxièmement – et c'est le plus important – elle a brisé le silence qui entourait le VIH et le SIDA et nous a tous amenés à parler. Voici ce que j'ai découvert dans ce silence brisé :

En parlant, nous participons à notre propre guérison car nous nous définissons alors comme « tous affectés » par le VIH et le SIDA dans notre pays, notre région, notre continent. La salle de classe devient un espace social pour des « rencontres douloureuses » puisque nous utilisons ce moment pour parler de ce qui se passe vraiment et comment nous pouvons au mieux vivre ensemble dans notre situation. (Dube 2002c:125)

Cet aveu et cette capacité à nous définir comme les « personnes affectées » a constitué une manière de briser la stigmatisation car, au lieu de considérer le VIH et le SIDA comme un problème concernant des personnes extérieures, la discussion en salle de classe est devenue un espace d'appropriation de l'épidémie par une communauté élargie et une recherche conjointe de réponses.

De plus, mes examens comportaient toujours une question sur un aspect quelconque du VIH et du SIDA et sur la manière dont il pouvait être vu dans la perspective du Nouveau Testament.

La troisième méthode a consisté à mobiliser les membres de mon département de théologie et d'études religieuses afin d'intégrer le VIH et le SIDA dans notre recherche et nos publications. J'ai été la coordonnatrice du séminaire du département à cette époque et j'ai été chargée d'organiser la rédaction d'articles par des orateurs du département et par la communauté. Je proposai donc à mon département de réaliser pendant un an une série d'articles focalisés sur le VIH et le SIDA par des personnes spécialisées dans les différents domaines de la théologie. Bien que cette idée ait été rejetée par la majorité, elle a néanmoins obtenu le soutien de quelques-uns. Le refus était motivé par la stigmatisation puisque les gens m'ont demandé « si je voulais qu'ils parlent du VIH et du SIDA pendant toute l'année ». Pour rendre l'idée plus séduisante, je contactai avec succès une revue de référence à laquelle je proposai une édition spéciale sur le VIH et le SIDA et l'enseignement théologique en me servant des articles du séminaire. Grâce à cette promesse de publier des articles dans une revue, j'obtins le soutien de davantage de collègues et trouvai des orateurs hors de l'université. Tout étant arrangé, j'élaborai un programme de présentations bimensuelles pour toute

⁴⁹ Ces dissertations des étudiants de premier cycle de l'Université du Botswana comprennent notamment Tom Lekanang, « Church Men Can Make a Difference in the Struggle Against HIV/AIDS » [Les hommes d'Eglise peuvent faire la différence dans la lutte contre le VIH et le SIDA] ; Baboshe Ndweza, « The Role of the Church in the Fight Against HIV/AIDS » [Le rôle de l'Eglise dans la lutte contre le VIH et le SIDA] ; Portia Liphoko, « Married Women, the Church and AIDS » [Femmes mariées, Eglise et SIDA].

l'année scolaire. J'envoyai des courriers électroniques à toute la communauté universitaire, affichai le programme partout et les choses se mirent en place. Nous eûmes une présentation tous les 15 jours sauf en période d'examen. Les séminaires rassemblaient les étudiants, le personnel, la communauté universitaire et les personnes de l'extérieur qui étaient intéressées. Notre département a rapidement été remarqué pour son leadership exemplaire en matière d'intégration du VIH et du SIDA dans notre travail. Le séminaire a à nouveau servi d'espace consacré à briser le silence et à écouter l'autre. Le résultat final est maintenant publié dans *Missionalia* 29. J'ai également commencé à mettre à profit toutes les occasions de parler du VIH et du SIDA dans mes présentations internationales, notamment auprès de diverses organisations œcuméniques.

Quelques observations sur la communication du message

L'histoire que je viens d'évoquer comporte plusieurs méthodes destinées à faire passer le message en tant qu'universitaire. Premièrement, elle fait appel à des intellectuels qui sont en relation à la fois avec leurs communautés religieuses et avec l'ensemble de la société. Cette méthode a abouti à des textes liturgiques et à la production d'un outil d'enseignement destiné à mobiliser la communauté religieuse, avant même que je n'intègre le VIH et le SIDA dans mon enseignement universitaire. Mais cette méthode exige un enseignant en théologie et lecture biblique qui soit également un activiste. En deuxième lieu, la méthode consistant à lire la Bible avec la communauté et à travers elle a été utilisée pour générer une théologie adaptée au contexte du temps présent. Cette méthode requiert un théologien socialement engagé, qui génère des connaissances avec et à travers la communauté ; qui acquiert et produit un savoir à partir de, avec et pour la communauté sans perdre son sens critique. Troisièmement, l'approche basée sur la recherche et l'atelier a contribué à créer un espace de dialogue pour la communauté universitaire et la communauté générale.

Deuxième histoire – affronter le VIH et le SIDA avec l'Eglise

A mesure que je lançais la question du VIH et du SIDA aux organisations œcuméniques, elles me demandèrent de plus en plus de choses. D'abord, la Norwegian Church Aid me demanda d'être son partenaire en entretiens, de les aider à concevoir leur programme VIH et SIDA en prévision des fonds recueillis grâce à une campagne nationale de collecte de fonds. Je m'en suis occupée du début du mois de janvier au mois de mars. Je fus également invitée à faire une présentation quand le COE (Conseil œcuménique des Eglises) eut sa consultation régionale VIH et SIDA pour l'Afrique australe en mars 2001. J'écrivis un article devenu très populaire dans l'intervalle intitulé *Preaching to the Converted : Unsettling the Christian Church*. Beaucoup d'entre vous m'ont confirmé que vous utilisiez cet article. Je m'y suis exprimée librement sans craindre de dire aux leaders religieux ce que je pensais qu'ils devaient entendre. J'étais ravie de lancer une bombe et de me retirer ensuite dans le calme de mon université. Mais l'une des choses que j'ai dites, et qui est importante pour nous en tant qu'enseignants en théologie, c'est que le VIH et le SIDA avaient mis en évidence notre médiocrité en matière de théologie et « qu'une réorientation théologique était nécessaire dans ce contexte. » (2001:42). Cet article soulignait également la nécessité de réorienter notre position, d'une focalisation étroite sur l'éthique sexuelle vers une théologie plus large de la vie. Après avoir lu cet article, Kurian Manoj m'a dit « Je suis convaincu que vous êtes la personne idéale pour parler aux leaders religieux du VIH et du SIDA ». L'époque des bombes suivies de retraite vers l'espace universitaire touchait à sa fin !

A partir de là, le COE et d'autres organisations œcuméniques m'ont confié plus de responsabilités. On m'a d'abord demandé de travailler avec des universitaires d'Afrique australe pour revoir un programme élaboré au Kenya et le rendre plus sensible aux questions sexospécifiques, plus œcuménique et plus ancré dans la théologie. Ensuite, j'ai été appelée à organiser et à diriger deux ateliers de formation de formateurs destinés à des institutions et à des enseignants en théologie d'Afrique australe. Durant ces ateliers, je testai le nouveau programme et le révisai encore. Entre juin et octobre, j'ai formé près de 65 enseignants à l'intégration du VIH et du SIDA dans le programme de théologie. Mon emploi du temps devint de plus en plus fou car j'étais appelée dans le monde entier par diverses organisations œcuméniques à parler et à faire des formations. Une chose entraînant l'autre, on me demanda finalement d'arrêter ce travail à temps partiel et de travailler à plein temps comme formatrice des théologiens et des leaders religieux. Je demandai un congé sans solde à l'université. Depuis lors, ma tâche consiste à aider les institutions et les enseignants en théologie à réaliser que nous ne pouvons pas continuer à tenir notre discours théologique comme si rien ne s'était passé dans notre monde et notre temps. Le contexte du VIH et du SIDA doit façonner nos programmes théologiques si nous voulons contribuer à la guérison du monde et à la nôtre en donnant aux leaders et aux membres des Eglises les moyens d'être compétents dans tous les aspects du VIH et du SIDA. Comme je l'ai dit ailleurs, la tâche la plus pertinente des enseignants de maintenant est de devenir des « prophètes de vie ».

A ce jour, j'ai formé près de 350 théologiens en Afrique orientale, australe et occidentale dans des pays francophones, anglophones et lusophones à l'intégration du VIH et du SIDA dans leurs programmes. J'ai collaboré avec les coordonnateurs régionaux à former plus de 110 leaders d'Afrique australe et centrale sur la lutte contre la stigmatisation basée sur une théologie de la compassion. Cette tâche a également requis la production de ressources théologiques adéquates. Je l'ai fait et j'ai également encouragé les autres à publier des travaux théologiques relatifs à divers aspects du VIH et du SIDA, notamment la stigmatisation. L'un d'eux a été publié dans *l'International Review of Mission* sous le titre *Theological Challenges: Proclaiming the Fullness of Life in the HIV and AIDS and Global Economic Era*⁵⁰. Je l'ai d'abord présenté lors d'une consultation de missions organisée conjointement par le COE, l'UEM et Cevaa à Londres et à laquelle assistaient diverses organisations œcuméniques. J'y ai notamment déclaré :

« L'Eglise a le SIDA », car nombre de ses membres sont infectés, malades, mourants ou morts du VIH et du SIDA et si l'un de nous est atteint, nous le sommes tous ; cela signifie que Jésus-Christ Lui-même a le SIDA car l'Eglise est le Corps du Christ (1Cor. 12:27). C'est pourquoi je soutiens que nous ne devons pas attendre le jour du Jugement dernier pour entendre Jésus dire « Vous m'avez vu malade du SIDA. » Aujourd'hui Jésus-Christ est parmi nous disant « Regardez-moi, j'ai le SIDA. » L'aimons-nous moins pour cela ? Le vénérons-nous ? Sommes-nous plus saints que Lui ? Dans cette époque frappée par le VIH et le SIDA, le plus grand défi théologique auquel nous sommes confrontés consiste à comprendre que Jésus est le visage de chaque personne qui souffre du VIH et du SIDA ou qui est menacée par la maladie. Toujours et en tous lieux où une personne est stigmatisée, isolée et rejetée à cause de sa séropositivité, l'Eglise doit comprendre que c'est Jésus Lui-même qui est discriminé et rejeté (2002a).

⁵⁰ Cet article a été publié dans *l'International Review of Mission* en octobre 2002 à Genève, COE.

Lors de ma première présentation sur ce sujet qui visait à aborder la stigmatisation et la discrimination de front, les auditeurs ont été choqués. Il y eut un scandale, les gens se sont disputés. Mes amis théologiens étaient très embarrassés et détournaient leurs regards. Mais peu après, cette perspective a été adoptée par des organisations œcuméniques importantes qui l'ont citée, illustrée de manière artistique et commentée dans des revues et des magazines chrétiens lus dans le monde entier par les membres des Eglises. J'ai entendu dire que la version illustrée a été à l'origine de débats houleux entre la jeunesse et les leaders religieux en Zambie. L'affirmation selon laquelle « Jésus a le VIH et le SIDA » continue à contester toute forme de stigmatisation. L'impact de ces deux articles *Preaching to the Converted: Unsettling the Christian Church* et *Theological Challenges: Proclaiming the Fullness of Life in the HIV/AIDS and Global Economic Era* sur les membres et les leaders des Eglises tient à deux facteurs : (i) ils ont été écrits à destination d'une audience religieuse et (ii) ils ont été publiés dans des revues ciblant une audience religieuse. J'ose dire qu'entre ces deux articles, j'en ai publié d'autres dans des revues et des livres à audience universitaire et ils n'ont jamais été remarqués par les leaders ni par les organisations œcuméniques. L'impact de la communication est donc lié au ciblage d'une audience religieuse et de revues dont le lectorat est religieux.

Je suis particulièrement heureux de vous présenter ce matin deux livres qui constituent un élément important dans la communication de ce message. D'abord ce petit livre violet intitulé *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes* qui cible les institutions et les enseignants en théologie – afin de les stimuler et de leur donner les compétences requises pour intégrer le VIH et le SIDA dans leurs disciplines et leurs programmes.

Le deuxième livre s'intitule *Africa Praying: a Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and HIV/AIDS* (en anglais et en français) et cible les leaders et les membres des Eglises. Il cherche à briser le silence et la stigmatisation en s'assurant que l'espace de prière de l'Eglise sert la guérison. Le livre consiste en directives destinées à adapter des homélies à différentes circonstances – situations, audiences, thèmes et contextes sociaux favorisant la propagation du VIH et du SIDA. Bien qu'il ait été publié il y a seulement un mois, et cette semaine en Namibie, je l'ai déjà vu appliqué lors du service œcuménique, dans la prière de Paul Isaack et ce matin par Mercy Oduyoye. On imagine qu'à partir de la 8^e Assemblée de l'AACC où nous avons utilisé cette liturgie et distribué le livre aux participants, il a commencé à être utilisé dans de nombreux pays et églises d'Afrique. Divers orateurs ont souligné, lors de cet atelier, l'importance de la liturgie dans la communication du message de la dé-stigmatisation. Denise Ackermann a terminé sa présentation en appelant le langage des lamentations dans notre discours théologique et nos prières comme une manière efficace de rompre la stigmatisation et ses nombreux aspects, notamment son association étroite avec l'injustice. En fait, beaucoup de nos prières tout au long de cette semaine soulignent le fait que la création et le recours à une liturgie pertinente sont essentiels à la diffusion efficace du message. L'enseignement seul ne suffit pas – nous devons trouver des façons de parler au cœur et la liturgie en est une.

En conclusion : stratégies de communication du message émanant de cet atelier

Je souhaite conclure en soulignant certaines méthodes de communication du message qui émanent de l'atelier de cette semaine :

1. Nous avons commencé par un processus d'auto-évaluation au cours duquel nous avons examiné la manière dont nous avons fait l'expérience de la stigmatisation à différents moments de notre vie et ce que nous avons ressenti ; et évalué comment nous faisons partie de ces cultures stigmatisantes. Cette méthode souligne le fait que ce message ne prendra racine que si nous regardons tous cette pratique d'un œil critique, sous toutes ses formes, toujours et en tous lieux.
2. Créer et utiliser une liturgie appropriée est peut-être la méthode la plus efficace de communication du message de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au SIDA. Elle nous permet d'avouer, de nous réconcilier les uns avec les autres et avec Dieu, dans un cadre où nous pouvons nous exprimer ouvertement et de nous sentir renaître et plus à même de renouveler la création de Dieu.
3. Mettre au centre de cette théologie de dé-stigmatisation les personnes vivant avec le VIH et le SIDA est indispensable pour bien communiquer et arrêter l'exclusion. Ceci s'est avéré évident dès les deux premiers jours de l'atelier, consacrés à des témoignages de personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Les participants et les orateurs l'ont également exprimé. Le Révérend Spiro Xapile, par exemple, a dit que sa congrégation avait l'habitude de faire précéder chaque prêche d'un témoignage d'une personne vivant avec le VIH et le SIDA et qu'aucun œil ne restait sec. Bien qu'il trouve difficile de prononcer une homélie après ce genre de témoignage, il n'a plus besoin de persuader les membres de son Eglise d'aller vers les personnes vivant avec le VIH et le SIDA, ils le font spontanément. Denise Ackermann a souligné le même phénomène : *La nécessité de lutter contre la stigmatisation et de faire face au VIH et au SIDA d'une manière théologiquement responsable commence avec l'expérience vécue...La pratique doit se faire dans l'intérêt de ceux qui sont stigmatisés, en collaboration et en étant sensible aux différentes manières de percevoir la réalité en fonction de la culture* (2003:3).

J'ai de même souligné dans une présentation faite à la 8^e Assemblée de l'AACC, que *nous avons le devoir d'écouter attentivement les histoires et les expériences des personnes vivant avec le VIH et le SIDA, des personnes affectées et des groupes les plus vulnérables et de les laisser être les meneurs de la lutte contre le VIH et le SIDA en leur offrant l'espace qui leur permet de s'exprimer et d'être entendus. Parallèlement, en tant que leaders de l'Eglise, nous leur offrons notre soutien et notre engagement pour aborder grâce à des programmes efficaces la prévention du VIH et du SIDA, la fourniture de soins de qualité et de traitements abordables tout en luttant contre la stigmatisation et la discrimination* (Dube 2003). Je ne peux pas assez insister sur l'impor-

tance de ce point. *Notre cadre théologique ne doit pas manquer* de souligner le caractère essentiel de la participation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA à la lutte contre la stigmatisation. Sur ce sujet, je pense que les mots de Brigitte Siamalevwe, une Zambienne vivant avec le SIDA, qui nous a maintenant quittés, sont utiles :

Je ne suis ni une statistique ni un objet de curiosité... Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont des gens comme les autres. Ils ne doivent être ni discriminés ni condamnés. C'est en les écoutant que l'Afrique et le reste du monde apprendront comment mieux prévenir le VIH et le SIDA. Nous ne pensons plus que le VIH et le SIDA sont la faute des victimes de viol, des professionnel(le)s du sexe ou des homosexuels. Le VIH et le SIDA sont notre réalité et nous ne pouvons changer cette situation que si nous traitons la maladie et ceux qui en souffrent avec un sens de leur valeur et de leur dignité⁵¹.

Le langage est essentiel à la communication du message destiné à vaincre la stigmatisation. Le Révérend J.P. Heath l'a particulièrement souligné dans sa présentation ainsi que certains participants. Selon Heath, la lutte contre la stigmatisation restera vaine tant que nous établirons une équivalence entre VIH et SIDA ; entre les préservatifs et un échec de l'abstinence et de la fidélité ; entre la sexualité et le péché, donc le VIH et le SIDA. Nous devons également admettre que le mot de « fléau » pose un problème car il a une connotation de malédiction.

4. La formation des éducateurs en théologie à la communication de ce message est une stratégie à long terme. Le Révérend Spiwo Xapile insiste sur le fait que nous avons aussi besoin d'une stratégie à court terme pour étayer la réflexion théologique de nos communautés qui amènera les leaders des Eglises et toutes les parties intéressées à discuter des moyens de vaincre la stigmatisation.
5. Le Révérend Lisandro Orlov souligne que le VIH et le SIDA constituent une crise mondiale, et il est donc nécessaire, pour diffuser le message, de traduire les documents disponibles en différentes langues.
6. Plusieurs rapports insistent sur la nécessité de bien connaître le contexte. En effet, la stigmatisation liée au VIH et au SIDA a différents visages en fonction de la culture ; les méthodes de lutte et de communication doivent donc être spécifiques du contexte.
7. La prophétie peut également être une méthode de communication et de lutte parce que le VIH et le SIDA sont liés à différentes formes d'injustice et de fléaux sociaux comme la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, le racisme, la stigmatisation, la violence, la guerre, les violations des droits de la personne, l'exploitation internationale. Les leaders des Eglises tout comme les théologiens doivent y recourir pour nommer courageusement les fléaux sociaux qui exposent les populations à l'infection, à la stigmatisation et au manque de soins de qualité et lutter contre eux. Dans ce domaine, les Eglises des pays développés du Nord ont un rôle majeur à jouer en insistant sur le fait que

⁵¹ Citation tirée de *Aids and Stigma: An African Christian Context*, dans la Campagne des Perles d'espérance : kit d'enseignement et de plaidoyer, L'Eglise Unie du Canada, p. 1, 2003.

toutes les personnes vivant avec le VIH et le SIDA doivent avoir accès à des médicaments antirétroviraux abordables. En effet, la stigmatisation est étroitement liée au manque de médicaments nécessaires – c'est un déni des droits de la personne. Le jour où les médicaments permettront aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA de vivre une existence longue, saine et productive, le SIDA, comme le cancer, l'hypertension et le diabète ne seront plus stigmatisés. Le VIH et le SIDA seront alors considérés comme une maladie gérable. La fourniture de médicaments antirétroviraux à tous ceux qui en ont besoin va largement contribuer à réduire la stigmatisation.

8. Les participants ont également suggéré que nous mettions à profit des fichiers d'adresses électroniques, des sites web, des revues ecclésiales, des conseils ecclésiaux, les bureaux régionaux du COE, une bibliographie sur CD-ROM, pour donner aux PVVS les moyens de parler à l'église et en public.
9. Les rapports finaux des différents groupes ont émis quelques suggestions : demander aux sociétés universitaires d'inscrire la lutte contre la stigmatisation dans leur programme ; de parler à des membres influents des conseils d'établissement, des membres des jurys d'examen, des liturgistes afin qu'ils appliquent les changements requis ; de continuer à s'efforcer de travailler avec les Nations Unies aux niveaux national, régional et international ; de nous engager à être des personnes ressources pour le cadre de réflexion élaboré au cours de cet atelier ; de produire du matériel de catéchèse, de liturgie et de recherche, un examen du programme, des témoignages de PVVS combinés à leur interprétation théologique ; de recourir à des films ; de produire des notes/commentaires bibliques simples mais utiles/efficaces ; d'explorer les domaines de la sexualité et du péché.
10. La meilleure méthode de communication, selon les participants, est celle qui implique tout le monde ! Recourons donc tous à nos disciplines respectives, nos institutions, nos organisations, nos contacts, nos réseaux et notre pouvoir pour présenter ce cadre de réflexion théologique chaque fois et partout où nous le pouvons.

Bibliographie

Ackermann, Denise, “Implications for Theological Agenda”, Article non publié présenté lors de l’atelier théologique de l’ONUSIDA, Windhoek, 5–12 décembre 2003.

COE, *HIV and AIDS Curriculum for Theological Institutions in Africa*. Genève, COE, 2001.

Musa W. Dube “Preaching to the Converted: Unsettling the Christian Church”, *Ministerial Formation* 93 (2001) pp. 38–50.

Musa W. Dube “Theological Challenges: Proclaiming the Fullness de Life in the HIV/AIDS and Global Economic Era”, *International Review of Mission Vol XCI No 363*, 2002a: 535–549.

Musa W. Dube “Rereading the Bible: Biblical Hermeneutics and Social Justice”, pp. 57–68. In Emmanuel Katangole eds. *African Theology Today Volume 1*. Scranton Press, 2002b.

Musa W. Dube “Healing Where There is No Healing: Reading the Miracles of Healing in an AIDS Context”, pp. 121–133. In Gary Phillips et Nicole W. Duran eds. *Reading Communities Reading Scripture: Essays in Honor of Daniel Patt*. Harrisburg: Trinity International, 2002c.

Musa W. Dube “Let us Change Our Gears: Some Ethical/Moral Guidance in the HIV and AIDS Struggle”. Un document présenté au All Africa Council of Churches, 8^e Assemblée, Yaoundé, Cameroun, 20–27 novembre 2003.

Musa W. Dube ed. *HIV/AIDS and the Curriculum: Methods of Integrating HIV/AIDS in Theological Programmes*. Genève, COE, 2003a.

Musa W. Dube ed. *Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*. Genève, COE, 2003b.

« **Objet de mépris, abandonné des hommes ; homme de douleurs, familier de la souffrance ; comme quelqu’un devant qui on se voile la face, méprisé, nous n’en faisons aucun cas. Or ce sont nos souffrances qu’il portait et nos douleurs dont il était chargé. Et nous, nous le considérons comme puni, frappé par Dieu et humilié. Mais lui a été transpercé à cause de nos crimes, écrasé à cause de nos fautes. Le châtement qui nous rend la paix est sur lui, et dans ses blessures, nous trouvons la guérison. Tous comme des moutons, nous étions errants, chacun suivant son propre chemin, et Yahvé a fait retomber sur lui nos fautes à tous. Maltraité, il s’humiliait, il n’ouvrait pas la bouche. Par contrainte et jugement, il a été saisi. Qui s’est inquiété qu’il ait été retranché de la terre des vivants, qu’il ait été frappé pour le crime de son peuple ? On lui a donné un sépulcre avec les impies et sa tombe est avec le riche, bien qu’il n’ait pas commis de violence et qu’il n’y ait pas eu de tromperie dans sa bouche. »**

— *Isaïe, ch.53:3-9*

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

L'ONUSIDA reconnaît à leur juste valeur les efforts réalisés par les groupes religieux dans la prise en charge et le traitement des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. A mesure que les universitaires religieux et théologiens, qui sont également souvent les leaders moraux, et les enseignants sont amenés à s'impliquer davantage dans le domaine du VIH et à influencer ainsi l'enseignement religieux et l'opinion, le travail de terrain bénéficiera de davantage de soutien.

En décembre 2003, l'ONUSIDA a soutenu un atelier consacré à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH et au SIDA. Il a réuni 37 théologiens de renom venant de différents pays et de différentes traditions chrétiennes pour débattre des questions théologiques majeures qui contribuent actuellement à la stigmatisation mais peuvent contribuer à l'éradiquer, pour engager un dialogue avec les personnes vivant avec le VIH et fournir un cadre de réflexion théologique. Nous espérons que ce document sera le premier d'une série consacrée aux leaders des différentes religions (chrétienne, musulmane, hindouiste et bouddhiste) envisageant le défi du VIH et du SIDA à partir de leurs perspectives religieuses respectives.

Ce rapport contient le cadre de réflexion théologique et les présentations connexes faites pendant cet atelier. Le texte ne représente pas nécessairement les opinions de l'ONUSIDA (qui n'est pas une autorité compétente en matière de théologie) mais celles des participants et des signataires. Ce n'est pas un document doctrinal, mais une base de recherche ultérieure et de discussions entre les théologiens et les leaders des Eglises.

