

07

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Klaus Fleischer et al.

Enseignements tirés des réactions de l'Eglise catholique au VIH et au SIDA en Afrique

Une étude de terrain internationale réalisée
par des théologiens et des experts de santé
africains et allemands

Résumé

Groupe de travail scientifique de la Conférence épiscopale
allemande sur les affaires internationales de l'Eglise (éd.)

Résultats de la recherche Vol. 7

Klaus Fleischer et al.

Enseignements tirés des réactions de l'Eglise catholique au VIH et au SIDA en Afrique

Une étude de terrain internationale réalisée par des théologiens et des experts de santé africains et allemands

Résumé

Editeur de la série "Résultats de la recherche":
Groupe de travail scientifique de la Conférence épiscopale
allemande sur les affaires internationales de l'Eglise

Klaus Fleischer et al.

Enseignements tirés des réactions de l'Église catholique
au VIH et au SIDA en Afrique

Résumé

Bonn, 2015

ISBN : 978-3-940137-64-7

Titre illustré par:

© poosan – Fotolia.com

Editeur:

Groupe de travail scientifique de la Conférence épiscopale allemande sur
les affaires internationales de l'Église

Cette brochure peut être demandée à:

Bereich Weltkirche und Migration
der Deutschen Bischofskonferenz,

Kaiserstraße 161, 53113 Bonn

Tel. 0228/103-288, Fax 0228/103-335

E-Mail: wissenschaftliche-arbeitsgruppe@dbk.de

E-Mail: dbk@azn.de

Table de matière

1.	Introduction	5
1.1	Toile de fond de l'étude	5
1.2	Réaction de l'Eglise au VIH et au SIDA en Afrique	7
1.3	Hypothèse	8
1.4	Méthodologie	9
1.5	Le VIH en Ethiopie, au Malawi et en Zambie	10
2.	Défis posés à l'Eglise et à la théologie	12
2.1	La vie de l'Eglise et la réalité africaine	12
2.2	La vie de l'Eglise et le VIH	13
2.3	Formation des prêtres et réalité dans les communautés	16
2.4	L'Eglise et coopération	17
3.	Considérations depuis un point de vue pastoral	18
3.1	Structure et organisation	18
3.2	L'Eglise et théologie sensibles à la culture	20
3.3	Agents patoraux	24
3.4	Stigmatisation au sein de l'Eglise	25
3.5	Dépendance vis-à-vis des donateurs	27
3.6	«Une Eglise sensible au VIH»: citations	31
4.	Perspectives éthiques	32
4.1	Remarques préliminaires	32
4.2	Exemples de points d'éthique sur lesquels concentrer ...	33

4.2.1	Le VIH, est-il une punition de Dieu?	33
4.2.2	Raisons de la prolifération du VIH.....	33
4.2.3	Couples discordants.....	34
4.2.4	La vulnérabilité des femmes.....	35
5.	Les différents niveaux de réponse	35
5.1	Niveau structurel	36
5.2	Niveau culturel.....	37
5.3	Niveau individuel.....	40
6.	Leçons apprises et visions retenues.....	42
6.1	Clés problématiques	42
6.2	Recommandations au niveau de l'Eglise Universelle	43
6.3	Réponses de l'Eglise catholique en Afrique.....	45
6.4	L'Eglise catholique en Allemagne, le VIH et le SIDA	45
	Bibliographie.....	48

1. Introduction

Depuis les années initiales de la pandémie de VIH, les institutions catholiques d'Afrique subsaharienne ont réagi en fournissant des informations, des traitements, des soins et de l'assistance aux personnes infectées et affectées. Entre 2010 et 2013, trois équipes interdisciplinaires ont réalisé des recherches sur le terrain pour documenter et analyser les réactions de l'Eglise catholique à la pandémie de SIDA dans trois pays africains : l'Ethiopie, le Malawi et la Zambie. Elles ont étudié en particulier comment des programmes lancés et gérés par l'Eglise catholique avaient aidé des gens à vivre avec le virus VIH (PLWH), leurs familles et les groupes à tous les niveaux de la société dans ces trois pays.

1.1 Toile de fond de l'étude

L'engagement des institutions catholiques allemandes dans les efforts visant à relever les défis posés par le VIH et le SIDA en Afrique remonte à plus de vingt ans. Misereor et le Medical Mission Institute à Würzburg ont reconnu l'ampleur possible de la nouvelle épidémie et recherché des façons de fournir de l'aide aux Eglises locales d'Afrique. Le débat œcuménique a inspiré cet engagement par le biais par exemple du « dialogue pharmaceutique » de la Conférence conjointe des Eglises pour le développement (GKKE) avec les laboratoires pharmaceutiques actifs dans la production de médicaments antirétroviraux (ARV).

En 2006, la Commission « Eglise universelle » de la Conférence épiscopale allemande s'est rendue en Afrique du Sud. Cette visite avait pour but de rencontrer, face à face, les femmes et les hommes vivant avec le SIDA. Cette visite visait également à apprendre comment le clergé et les laïcs réagissent, au sein de l'Eglise locale, face à la géhenne de ces gens, de leurs familles et des différents groupes au sein de la société. Sur la base des rapports émanant d'un vaste éventail de personnes affectées, ainsi que de Caritas et de groupes diocésains en provenance de toute l'Afrique du Sud, le groupe a exploré des voies pour définir la responsabilité de l'Eglise et développer des formes appropriées d'assistance par les pays de l'hémisphère nord. Six évêques allemands accompagnés par des

experts en théologie et experts de santé, sous la direction de Mgr Ludwig Schick, archevêque, ont participé à ce voyage. A partir cette expérience en profondeur, la Commission « Eglise universelle » a décidé de créer un projet de recherche intitulé « Enseignements tirés des réactions de l'Eglise catholique au VIH et au SIDA en Afrique ». Le mandat de cette commission était très vaste et couvrait les questions théologiques, éthiques et pastorales ainsi que les thèmes de santé curatifs et préventifs, le tout depuis une perspective africaine. Il fallait donc inviter des chercheurs africains en théologie et du domaine de la santé à développer des questions avec l'assistance d'une équipe originaire d'Allemagne.

Entamée le 15 mars 2010, l'étude disposait d'un budget de 198 000 euros. Elle était dirigée par des théologiens, le professeur Albert-Peter Rethmann de l'Institut pour l'Eglise mondiale et la Mission (IGCM – Sankt Georgen, Francfort-sur-le-Main) et son collaborateur le Dr Gregor Buss, avec la participation du Dr Marco Moerschbacher de l'organisation missio d'Aix-la-Chapelle. Des intrants sur la santé publique ont été fournis par le professeur Klaus Fleischer, le Dr Klemens Ochel et le Dr Piet Reijer, membres de l'Institut des missions médicales (IMM) à Würzburg.

L'IMM a élaboré une base de données bibliographique et développé les procédures de recherche tandis que l'IGCM à Francfort-sur-le-Main s'occupait de la gestion financière du projet.

Il a fallu opérer une sélection des sites de recherche en tenant compte de leurs capacités de recherche, des délais et des fonds disponibles. Au cours de ce processus de sélection, les critères suivants ont été utilisés : grand nombre de personnes séropositives ; efforts de longue date dans la prévention du VIH, dans les soins médicaux et pastoraux ; implication dans le dialogue international sur les affaires sociales avec des agences liées à l'Eglise en Allemagne, et volonté de participer à la recherche. Quatre diocèses catholiques et trois séminaires ont été sélectionnés pour l'étude:

- En Ethiopie : les diocèses d'Emdibir et d'Adigrat qui ont servi de points nodaux, plus les grands séminaires d'Addis Abeba et d'Adigrat.
- En Zambie : le diocèse de Chipata à titre de point nodal.

-
- Au Malawi : l'archidiocèse de Lilongwe comme point nodal, avec inclusion du grand séminaire.

L'étude a respecté des critères scientifiques approuvés, elle documente en détails l'énorme variété de réponses fournies au cours d'entretiens semi-structurés avec des particuliers et des groupes, leurs réponses dans des études de cas, et des entretiens de fond avec des évêques et recteurs de grands séminaires et d'autres institutions religieuses. L'atout de cette étude réside en ce qu'ont été clairement entendues les voix des personnes qui vivent avec le VIH et de celles consacrant leur temps à leur apporter des soins et un soutien. Le mandat de l'étude provenait à l'origine de responsables de l'Eglise africaine, mais il fut ensuite repris avec enthousiasme par les évêques allemands.

1.2 Réaction de l'Eglise au VIH et au SIDA en Afrique

Au niveau mondial, c'est le continent africain qui est le plus affecté par la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Plus de six personnes sur dix infectées par le VIH vivent dans des pays subsahariens et leur nombre total se chiffre à 23,5 millions¹. En Afrique, l'infection chez les adultes est le plus souvent transmise par contact hétérosexuel. Les femmes sont beaucoup plus affectées que les hommes. Les enfants sont infectés principalement pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Actuellement, l'Afrique compte 3 millions d'enfants séropositifs.² L'avenir des 17 millions d'enfants africains âgés de moins de 17 ans orphelins de père ou de mère ou des deux est affligeant. La question de savoir exactement pourquoi la pandémie de VIH a pris des proportions aussi gigantesques en Afrique reste encore sans réponse.

A la fin des années 1980, les services de santé et sociaux liés à l'Eglise en Ouganda avaient déjà commencé à réagir aux ravages de la « maladie de la maigreur ». Les Sœurs irlandaises des missionnaires médicaux de Marie, qui dirigeaient l'hôpital catholique Kitovu à Masaka dans le sud-

¹ ONUSIDA (2011), *Fiche d'information mondiale*, www.unaids.org.

² Ibid.

ouest de l'Ouganda, avaient relaté comment le SIDA avait déjà emporté de larges pans de la population adulte dans cette région. Ces sœurs ne disposaient que de très peu de médicaments efficaces et de personnel médical et infirmier pour traiter les symptômes, soulager les souffrances et permettre aux malades de mourir dans la dignité.

Vu le grand nombre de personnes infectées et affectées, des programmes de soins à domicile avaient été mis en place, flanqués le plus souvent de personnel volontaire laïc. L'un des plus vastes programmes en Afrique fut développé par le diocèse catholique de Ndola dans la Province de Copperbelt en Zambie. Il devint rapidement clair que les patients atteints du SIDA n'étaient pas les seuls à requérir des soins et de l'assistance. Leurs familles respectives étaient tout entières en danger. Il fallait donner des conseils à chaque couple sur l'importance que revêtent le test de séropositivité et la protection du partenaire non infecté contre le risque d'infection. Les enfants et les adolescents avaient besoin d'être informés, éduqués, de recevoir des soins et de l'assistance. Il leur fallait trouver un moyen de devenir une génération « exempte du SIDA ». Les prêtres et religieux étaient – et continuent d'être – appelés à offrir une aide pastorale et spirituelle aux personnes infectées et affectées, et à leurs familles.

1.3 Hypothèse

La principale hypothèse dans cette étude est la suivante : dans l'Eglise catholique, l'énorme masse d'expérience pratique acquise pendant la riposte à la pandémie de VIH au cours des 30 dernières années n'a pas suffisamment figuré dans la formation de base et continue des prêtres, des religieux et laïcs. Dans de nombreux champs et domaines de formation et d'acquisition de capacités, il faut élargir et approfondir les préoccupations éthiques, morales et pastorales en liaison avec le VIH et le SIDA. Tout comme dans les domaines du développement sanitaire et social où la pandémie de VIH a conduit à de grands progrès dans les connaissances et les pratiques, il faut progresser sur un terrain dans les domaines de la théologie et de l'éthique pour répondre efficacement aux défis posés par la pandémie de VIH. Une réflexion théologique et éthique

appropriée sur le VIH et le SIDA se concentrera sur des questions structurelles, des facteurs culturels et des questions individuelles éthiques. Il faut examiner la pandémie de VIH non pas de manière isolée mais comme un défi pour l'Eglise, en liaison en particulier avec les aspects pastoraux, théologiques et ecclésiologique de la pandémie.

1.4 Méthodologie

Cette étude décrit le développement de ripostes au VIH et au SIDA s'appuyant sur l'Eglise dans trois pays : l'Ethiopie, le Malawi et la Zambie. Elle y procède par le biais d'études de cas. Les phases et méthodes du projet ont été les suivantes :

- Etude et analyse de rapports et études scientifiques et théologiques nationaux et internationaux (à partir de mars 2010)
- Développement d'un cadre de référence (incluant un questionnaire) pour l'étude de terrain devant commencer en septembre 2010 ; déplacements initiaux sur le terrain pour constituer des équipes et répartir des tâches, développement d'outils d'étude, formation des équipes de recherche :
 - Equipe d'Ethiopie : Birkinesh Banbeta et Berhane Kidane (Ethiopie), Gregor Buss et Klemens Ochel (Allemagne)
 - Equipe de Zambie-Malawi : Leonard Chiti SJ et Aaron Yambani (Zambie), Jos Kuppens MA et Jacqueline Mpanyula (Malawi), Marco Moerschbacher et Piet Reijer (Allemagne).
- Etude de terrain : interviews sous la forme d'entretiens individuels semi-structurés, et discussions de groupe focalisées, examen d'études de cas éthiques et discussions.
- Réunions d'évaluation dans les diocèses au début de l'année 2011.
- Semaine d'étude avec tous les chercheurs participants à l'Institut pour l'Eglise mondiale et la Mission en juillet 2011 à Francfort-sur-le-Main.
- Présentation et discussion de résultats initiaux pendant une conférence sur trois jours avec des responsables de l'Eglise provenant des diocèses étudiés, et des représentants de la Conférence épiscopale allemande, en juin 2012 à Addis Abeba (Ethiopie).

-
- Documentation des parties les plus importantes de l'étude dans un rapport complet.
 - Présentation du rapport au Groupe de travail scientifique pour les questions de l'Eglise universelle de la Conférence épiscopale allemande en décembre 2013.
 - Présentation du rapport à la Commission « Eglise universelle » de la Conférence épiscopale allemande (mai 2014).
 - Présentation de l'étude dans le diocèse de Chipata et dans l'archidiocèse de Lilongwe (mai 2014)

1.5 Le VIH en Ethiopie, au Malawi et en Zambie³

La prévalence du VIH au Malawi et en Zambie dépasse les 10% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, tandis qu'en Ethiopie la prévalence est à peine supérieure à 1 % (2012). Le prévalence de l'infection au VIH avait dépassé les 15 % en Zambie et au Malawi entre 1995 et 2000, et approchait les 4 % en Ethiopie (1997 – 2000). Dans ces trois pays, le nombre annuel de nouvelles infections a diminué significativement au cours de ces 10 à 15 dernières années. En Ethiopie, le nombre d'infections nouvelles est revenu de plus de 160 000 en 1996 à 24 000 en 2012, et d'approximativement 125 000 à 41 000 au Malawi et de 110 000 à 59 000 en Zambie respectivement entre 1995 et 2012.

L'introduction à grande échelle d'une thérapie antirétrovirale dans ces trois pays a réduit le nombre annuel de décès dus au SIDA, passé de 120 000 en Ethiopie, 90 000 au Malawi et 89 000 en Zambie dans les années 2003 à 2005, à respectivement 45 000, 54 000 et 29 000.

Des programmes de l'Eglise dans chacun de ces pays ont contribué à un point crucial aux ripostes nationales à la pandémie de VIH. Ces réactions incluent par exemple la fourniture d'un traitement médical et de soins infirmiers, des soins à domicile et une assistance sociale, un suivi pastoral et spirituel, des consultations et tests volontaires, des initiatives

³ Toutes ces données proviennent d'Info SIDA, ONUSIDA (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>)

d'éducation et de prévention, une assistance aux orphelins et enfants vulnérables, et des campagnes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Ces services ont été fournis à des personnes de toutes croyances, avec un haut niveau de dévouement et de compétence technique. Les congrégations de religieuses en collaboration avec des volontaires (incluant beaucoup de nombreux non-catholiques) mobilisés, formés et soutenus par l'Eglise ont joué un rôle particulièrement prééminent dans la fourniture de ces services. Ces services ont joué un rôle important dans les réussites récentes dans le domaine de la maîtrise du VIH, y compris la réduction du nombre d'infections nouvelles au VIH et de décès liés au VIH dans les trois pays. En de nombreux endroits, en particulier dans les zones rurales, l'Eglise est la seule institution fournissant des services de santé liés au VIH et une assistance sociale aux populations locales.

Les équipes qui ont accompli la recherche dans ces pays pour établir le rapport se sont également penchées sur la question suivante : comment l'Eglise se voit-elle relativement à la pandémie de VIH ? Elles ont conclu que, bien que l'Eglise fournisse de nombreux services liés au VIH, elle se perçoit souvent comme une agence externe indemne du VIH plutôt que comme une organisation elle-même affectée par le VIH. Même la discussion d'une infection par le VIH chez les prêtres et les religieux est souvent considérée comme un tabou. Au fil de la recherche pour réaliser ce livre, il n'a été possible, dans aucun des trois pays, de nous entretenir avec un seul prêtre, un seul religieux, homme ou femme, atteint du VIH bien que plusieurs personnes aient reconnu en connaître un ou plusieurs.

2. Défis posés à l'Eglise et à la théologie

2.1 La vie de l'Eglise et la réalité africaine

Le théologien allemand Karl Rahner a mis en lumière la friction existante entre la moralité « théorique » et la moralité « réelle ». ⁴ Il explique cela comme étant « la différence – et l'inégalité – entre la moralité vécue et la moralité pastorale proclamée ». ⁵ Rahner considère que ce fossé constitue un défi fondamental aussi bien au plan moral que pastoral.

Lorsqu'on examine le problème du VIH et du SIDA, le fossé entre la moralité « enseignée » et la moralité « vécue » devient apparent. Ce problème a été fréquemment exposé au cours de discussions au Malawi. Le phénomène des couples discordants est un exemple pertinent. En Afrique subsaharienne, les rapports discordants constituent le principal itinéraire de transmission du VIH. Si les partenaires ne s'abstiennent pas de l'intromission, il faut étudier comment prévenir la transmission du VIH dans le cadre d'une telle relation. La question de l'utilisation de préservatifs, l'un des plus importants moyens de prévention du VIH, devra être abordée.

La présente étude de recherche a répétitivement abordé ces dilemmes. En abordant le thème des couples discordants, une personne interviewée au Malawi a dit ceci : « Je suis ma conscience, laquelle est influencée par ma foi et mon travail. Je ne suis pas les règles de l'Eglise ou de mon employeur. » En Ethiopie, une femme membre d'un groupe d'entraide a déclaré ceci : « J'ai conscience de la doctrine de l'Eglise mais je suis incapable de m'y conformer dans la vie. Je sais qu'au bout du compte je dois

⁴ Rahner, K. (1995) « Theoretische und reale Moral in ihrer Differenz » (Différence entre la morale théorique et la morale réelle) dans : *Selbstvollzug der Kirche (Autoaccomplissement de l'Eglise). Ekklesiologische Grundlegung praktischer Theologie (Fondement ecclésiologique d'une théologie pratique)*, Fribourg-en-Brisgau: Herder, pp. 233-242.

⁵ Ibid., page 233.

obéir à ma conscience, mais cela me préoccupe de ne pas parvenir à respecter la doctrine de l'Eglise. »

La question des couples discordants est donc un exemple de premier choix pour illustrer la différence entre la moralité théorique et celle vécue en pratique. L'importance qu'il revêt de franchir le fossé entre la moralité « enseignée » et la moralité « pratique » ne signifie pas que l'Eglise doive s'adapter à chaque modèle de rôle social. L'Eglise est mise au défi de faire preuve de plus de sensibilité dans ses enseignements. Certaines conférences épiscopales africaines ont pris ce défi à cœur. Elles ont conseillé aux couples discordants de se protéger réciproquement de l'infection en pareils cas.⁶

Les entretiens réalisés pour cette étude ont révélé que beaucoup de catholiques africains n'écoutent quasiment plus l'Eglise sur les problématiques de la sexualité et du mariage, phénomène courant depuis longtemps en Europe. Dans de nombreux cas, il est lié au fait que leur réalité ne peut plus entrer dans le sillage des enseignements de l'Eglise sur la moralité.

2.2 La vie de l'Eglise et le VIH

L'Eglise catholique est l'une des principales parties prenantes apportant le plus de soins aux gens directement ou indirectement affectés par la pandémie de VIH. Dans certaines régions et en particulier dans les zones reculées d'Afrique, l'Eglise est souvent la seule institution fournissant les soins médicaux de base. Le Pape Benoît XVI a particulièrement souligné l'importance de l'Eglise catholique dans la lutte contre le VIH et le SIDA : « L'Eglise œuvre plus que toute autre personne car elle ne juge pas

⁶ Evêques catholiques d'Afrique du Sud, du Botswana et du Swaziland (2001) *A Message of Hope (Un message d'espoir)*. Cf. également la Conférence épiscopale du Tchad (2002) *Déclaration des évêques du Tchad sur le SIDA : N'Djamena : Evêques catholiques du Tchad*.

comme le font les journaux, elle aide ses frères et ses sœurs là où ils souffrent réellement. »⁷

Les entretiens effectués dans cette étude ont clairement montré que l'Eglise prend soin des personnes infectées par le VIH, elle aide les orphelins, les enfants vulnérables et accomplit des activités de prévention du VIH. L'Eglise perçoit toutefois son engagement comme un service caritatif externe qui n'affecte toutefois pas directement l'essence même de l'Eglise. Les personnes infectées par le VIH sont souvent considérées comme des étrangers pour reprendre un terme biblique : « L'étranger qui séjourne avec vous sera pour vous comme un compatriote et du l'aimeras comme toi-même » (Lévitique 19, 34) Bien que l'étranger soit certain de recevoir une aide active de l'Eglise, il n'en demeure pas moins un étranger sans lien affectif réel.

Concernant la vie de l'Eglise et le VIH, le débat sur l'infection par le VIH de membres de l'Eglise (en particulier des prêtres et religieux) est souvent considéré comme tabou. Il a été fréquemment signalé que des cas de prêtres ou religieux séropositifs sont entièrement inconnus, qu'ils n'existent que sous forme de rumeurs et pas dans la réalité. Au cours de cette étude, nous n'avons pas trouvé un seul prêtre, un seul religieux homme ou femme disposé(e) à divulguer sa séropositivité.

La présence d'une séropositivité demeure une raison valide d'exclure l'admission d'une personne dans un séminaire ou une communauté religieuse. Cela signifie que les dirigeants de l'Eglise continuent de considérer impensable qu'un prêtre ou un religieux catholique soit séropositif. L'argument habituel en pareils cas est qu'une telle personne n'offre pas la résilience requise pour accomplir son sacerdoce ou sa fonction dans une paroisse ou une communauté religieuse.

⁷ Benoît XVI. (2010) *Lumière du monde. Le Pape, l'Eglise et les signes des temps. Un entretien avec Peter Seewald*. Fribourg-en-Brisgau : Herder, p. 145.

Les fidèles pratiquants et le public en général sont de plus en plus en désaccord avec le statut tabouisé du VIH et du SIDA. Un grand nombre d'entre eux ne perçoivent pas l'infection au VIH comme une barrière empêchant le clergé et les religieux de jouer un rôle actif dans la vie de l'Eglise. Les personnes séropositives sont capables de rendre service pour la cause de l'Evangile. Grâce à la disponibilité du traitement antirétroviral, un prêtre ou un religieux peut faire du bon travail dans des conditions de stress physique, et il serait sûrement un atout dans le domaine du suivi pastoral. Ces personnes sont bien placées pour porter authentiquement témoignage de l'Evangile.

Percevoir et accepter le VIH comme une réalité au sein de l'Eglise signifierait s'abstenir de la vision utopique d'une Eglise invulnérable et parfaite. La perception d'une Eglise vulnérable et frappée a été décrite par Frère Teum Berhe d'Adigrat :

« Dans la Sainte Bible, il n'est dit nulle part que l'Eglise est parfaite et sainte. L'Eglise est pécheresse, mais elle pardonne au pécheur. L'Eglise est blessée, mais elle guérit les blessés. Par les sacrements et les prières, nous aspirons à la sainteté chaque jour. Jésus l'exprime clairement lorsqu'il dit : « Je suis venu pour appeler non pas les vertueux mais les pécheurs ». (...) Le problème, je pense, c'est que certaines personnes continuent de voir le célibat des prêtres comme un bouclier contre le VIH vu que sa principale voie de transmission est sexuelle. Les prêtres ne naissent pas prêtres ; ils ne le deviennent qu'après une longue période de formation. Pourquoi les médecins contractent-ils des infections au VIH ? Certainement pas par manque de conscience et de connaissances. [...] A moins que les leaders religieux séropositifs divulguent leur état aux médias et aux croyants, nous ne pouvons pas attendre que les gens ordinaires adoptent une attitude positive. Il nous faut un leader qui ait le courage de dire « voilà, je suis comme vous. » Nous avons besoin d'une nouvelle inspiration qui ferme la porte à la stigmatisation et à la discrimination. La seule réponse est un sens de la mission renouvelé et beaucoup plus intense. Nous avons besoin d'un nouveau sens de la mission ; il nous faut des missionnaires et séminaristes adaptés ».

2.3 Formation des prêtres et réalité dans les communautés

Dans plusieurs pays africains, les prêtres continuent d'être considérés comme des autorités sur les questions morales. Par conséquent, la formation des prêtres quant aux problématiques liées au VIH et au SIDA revêt une importance extrême. Cette étude a montré que la sensibilisation de la nouvelle génération de prêtres envers le VIH et le SIDA s'est considérablement améliorée ces dernières années. Ainsi par exemple le grand séminaire d'Ethiopie utilise-t-il un manuel couvrant les aspects médicaux et pastoraux du VIH et du SIDA pendant la formation des futurs prêtres.

L'intégration du thème du VIH et du SIDA dans le programme d'enseignement du séminaire conduit à espérer que les prêtres seront mieux préparés lorsque confrontés avec les problèmes liés au VIH et au SIDA. Les entretiens réalisés au cours de l'étude ont toutefois révélé qu'une inquiétante quantité de travail reste encore à accomplir. De plus en plus de fidèles s'abstiennent de consulter les prêtres de leur paroisse sur des problèmes comme le VIH et le SIDA et sur les thèmes de la sexualité et du mariage. Il peut y avoir des raisons à cela, mais l'une d'elle est qu'ils ne considèrent pas les membres du clergé compétents dans un tel dialogue. Ils préfèrent consulter un médecin.

Le VIH et le SIDA toutefois ne peuvent pas être ramenés uniquement à des questions médicales. Pour beaucoup de gens, les problèmes moraux et spirituels sont tout aussi importants. Le fossé qui s'est creusé entre les paroissiens et le prêtre de la paroisse doit être comblé. La façon hésitante dont le VIH et le SIDA ont été abordés indique que les questions de la moralité sexuelle ne sont pas discutées avec suffisamment d'ouverture au sein de l'Eglise. L'une des personnes interviewées au Malawi a émis un souhait à cet égard, à savoir que « l'Eglise soit sensible au VIH », ce qui permet à ses membres d'aborder les questions sexuelles avec l'esprit ouvert.

Le gouffre entre les prêtres et les paroisses a également une autre dimension. En dépit de l'importance fondamentale que revêt le leadership des

prêtres dans la paroisse, ce serait faire preuve de myopie que de leur laisser l'entière responsabilité. Les tâches quotidiennes dont les prêtres doivent s'occuper sont plutôt nombreuses et complexes. Si l'on s'attendait à ce qu'ils traitent tous ces problèmes par eux-mêmes, ils seraient très vite surchargés. Les laïcs sont également mis au défi de s'occuper du VIH et du SIDA, ils ont pris l'initiative et fondé des groupes d'entraide, créé des programmes de soins à domicile et lancé des campagnes pour réduire la stigmatisation des malades. Dans un cas extrême, ignorer le potentiel de la laïcité dans la lutte contre le VIH et le SIDA, ce serait avoir la vue courte. Une personne interviewée au Malawi a souligné cela en déclarant que l'Afrique n'avait tout simplement pas assez de prêtres pour réagir efficacement à ce défi : les laïcs devraient être beaucoup plus impliqués dans la réaction de l'Eglise à la pandémie de VIH.

2.4 L'Eglise et coopération

Face à l'engagement dont l'Eglise fait preuve, la dépendance envers les financements, équipements, fournitures médicales et le personnel étranger constitue un défi principal. Ce problème a été mis en lumière par presque toutes les personnes interviewées. Il s'agit certainement d'un challenge considérable. Et il s'intensifie encore plus lorsque les organisations liées à l'Eglise se considèrent comme des acteurs individuels qui ne peuvent pas – ou ne souhaitent pas – être intégrés dans de plus vastes réseaux. La coopération avec d'autres initiatives ou organisations pourrait continuer de s'étendre dans les milieux de l'Eglise.

Il est plutôt étonnant que l'Eglise continue souvent de se considérer elle-même comme un acteur individuel. Cela, chose assez surprenante, vaut non seulement en liaison avec les institutions gouvernementales ou les ONG séculières mais aussi au sein de l'Eglise elle-même. A Adigrat par exemple, plusieurs programmes pour le VIH ont été fondés par le diocèse et d'autres ordres religieux, mais avec un contact minime entre ces différentes initiatives. Au Malawi, les personnes interviewées se sont plaintes d'un « manque de coordination des activités et des efforts contre le VIH et le SIDA entre les différents acteurs ».

3. Considérations depuis un point de vue pastoral

3.1 Structure et organisation

Tous les diocèses et conférences épiscopales des trois pays ont des services pastoraux ou un coordinateur pastoral ainsi que des bureaux de santé. Du point de vue médical et pastoral, la pandémie de VIH est vue comme un défi que l'Eglise doit relever. Toutefois, la relation entre les réactions médicales et pastorales laisse souvent beaucoup à désirer. Il y a souvent un manque de coordination et les efforts accomplis ne se traduisent pas toujours par des soins pastoraux holistiques répondant aux besoins des bénéficiaires.

Dans tous les diocèses examinés, des façons et moyens de s'attaquer au problème du VIH via les agents pastoraux ont été développés. Dans le diocèse de Chipata, chaque rassemblement pastoral au niveau paroissial comprend une session spéciale sur le VIH et le SIDA, y compris l'enseignement de l'Eglise sur l'abstinence et la fidélité, ainsi que les questions médicales.

L'Eglise apporte une réponse importante sous la forme en des groupes de soins à domicile qui travaillent dans la plupart des paroisses des diocèses visités. Conformément au rapport émanant du groupe de recherche en Zambie, cette approche par les soins à domicile est « l'un des principaux succès de l'Eglise catholique aux prises avec le VIH et la pandémie de SIDA ». Les liens toutefois entre les prêtres paroissiaux et les groupes de soins à domicile dans leurs paroisses ne sont pas ancrés dans des structures. En outre, le diocèse de Chipata n'a pas de politique de santé et le bureau diocésain de santé ne dispose pas du personnel et des fonds requis pour transposer un ordre du jour pastoral général tenant compte du VIH et du SIDA. Comme l'observe le rapport de recherche en Zambie :

« Il n'y a pas de politique contraignant les responsables de la paroisse à être impliqué dans la lutte contre le VIH et le SIDA ; l'issue du combat est laissée à la juridiction des responsables de la paroisse. »

Le rapport conclut que l'aspect pastoral reste à la traîne « vu que les répondants n'avaient pas de programme délibéré pour accéder aux services pastoraux. Ainsi par exemple le bureau de santé diocésain communique-t-il directement avec les soins à domicile de la paroisse sans passer par le bureau du prêtre de la paroisse. » L'activité principale des groupes de soins à domicile, ce n'est plus la fourniture de soins aux patients cloués au lit vu que le traitement antirétroviral en a grandement réduit le nombre. Au programme figurent plutôt des conseils antérieurs et postérieurs aux tests, des informations et un travail de sensibilisation, de l'aide matérielle aux groupes les plus vulnérables, des informations et le support requis pour les personnes qui suivent un traitement antirétroviral à long terme. Les groupes qui soutiennent les gens vivant avec le VIH constituent un autre important élément dans la riposte de l'Eglise au défi que posent le VIH et le SIDA. Ils permettent à ces gens de se montrer au grand jour, de se réunir régulièrement et de s'aider les uns les autres à vivre positivement avec le virus. Comme l'a déclaré une personne interviewée en provenance de l'archidiocèse d'Addis Abeba : « Le VIH et le SIDA étaient considérés comme un fléau ». [...] Cela a été d'un grand secours lorsque les gens affectés sont sortis de leur silence pour raconter leur récit aux autres. Une organisation composée de ces gens a été mise en place pour en appeler au public pour qu'il accepte cette réalité. Par le passé, il était difficile de les faire entrer en contact à cause de la stigmatisation. Le changement dans la façon de penser a été radical. »

Le soutien par moyens de subsistance interposés est un autre pilier important de la riposte pastorale et il contribue à réduire les effets socialement néfastes de la stigmatisation. A Embidir, l'hôpital Attat gère un très efficace programme d'aide dont bénéficient 3 292 femmes. Le rapport l'explique :

« Ces femmes disposent d'un fond de roulement auprès duquel elles peuvent emprunter et entamer de petits projets générateurs de revenus. Des animateurs provenant du bureau de la santé publique se réunissent avec toutes les 2 à 3 semaines. L'éducation sanitaire est une composante majeure de leur réunion. Elle a aidé les femmes à surmonter leur timidité et à éviter de dépendre des hommes, ce qui a beaucoup à voir avec la

prévention de la transmission du VIH. Ces animateurs dispensent leur aide dans l'unité mobile VCT que l'hôpital dépêche vers les différents villages. Dans certains villages, les femmes ont lancé leur propre programme d'alimentation des enfants de moins de cinq ans, en se chargeant à tour de rôle de cuire les aliments qu'elles fournissent elles-mêmes. Certaines ont été formées à la fourniture de soins à domicile par des professionnels qui eux-mêmes avaient reçu une formation spéciale, et elles prodiguent des soins aux patients cloués au lit dans leurs villages, et enseignent à d'autres comment faire de même. La stigmatisation est en train de disparaître dans les villages où ces femmes participent activement car elles-mêmes avaient l'habitude de craindre le VIH comme s'il s'agissait d'une « bête sauvage ».

La coopération entre les établissements pastoraux, de santé et les bureaux de santé ne fonctionne pas toujours sans accrocs, en raison souvent de problèmes financiers. Le bureau pastoral du diocèse de Chipata ne dispose d'aucun donateur externe. Les principaux coûts sont liés au transport. Le bureau pastoral tente de négocier avec d'autres départements pour partager les moyens de transport, à titre de mesure d'économie de coûts. Toutefois et vu que le département pastoral dépend principalement d'un financement externe par Caritas, l'organigramme du diocèse (là où Caritas est subordonné au département pastoral) ne semble pas être opérationnel.

3.2 L'Église et théologie sensibles à la culture

L'environnement culturel des personnes impliquées constitue un défi majeur dans la réaction de l'Église catholique à la pandémie de VIH. La démarche africaine envers les maladies en général et envers le VIH en particulier est souvent différente de la démarche de l'Occident ou de la démarche médicale. La maladie a souvent à voir avec des relations sociales perturbées et ne peut pas être guérie sans examiner et surmonter ces perturbations. Dans sa réaction à la pandémie de VIH, l'Église a donc toujours à traiter des questions culturelles complexes.

A Lilongwe, les communautés chrétiennes locales ont introduit les *alangizi*, ainsi nommés, pour offrir une assistance pastorale aux couples et

aux jeunes. Les alangizi sont des chrétiens chargés par la communauté d'accompagner les jeunes couples pendant la préparation de leur mariage, d'instruire les jeunes pendant la puberté et de fournir des conseils aux couples en général. La pratique pastorale est sensible à la culture traditionnelle et elle utilise l'une de ses institutions recadrée dans l'environnement d'une communauté chrétienne.

Vu qu'en Ethiopie les anciens sont très respectés et que les gens les écoutent, les institutions de santé de l'Eglise ont aussi confiance en leur soutien concernant les problématiques liées au VIH. Dans le diocèse d'Embidir, les anciens de la zone de Gurage se sont entendus sur le fait que, sans résultats de test de séropositivité, les cérémonies de fiançailles ou de mariage n'auraient pas lieu. Certaines normes de la culture éthiopienne traditionnelle (pas de relations sexuelles avant le mariage, pas de polygamie) concordent avec les enseignements de l'Eglise, mais l'urbanisation – et la migration en particulier – tendent à saper ces normes.

Les trois rapports de recherche sur l'Ethiopie soulignent tous que la migration constitue un défi pastoral majeur. En raison de la pauvreté endémique et de la perte de cohésion sociale, la migration contribue à répandre le VIH, en particulier auprès des jeunes migrants.

Le rapport de recherche sur le diocèse d'Adigrat met en évidence que les gens de fois différentes sont unis par leur culture traditionnelle. Consulté sur l'harmonie entre les différentes religions et dénominations, le porte-parole d'une ONG locale (Orthodox, Muslim and Catholic Unity to Safe Live – OMCA) a répondu ceci:

«C'est une tradition de longue date que nous avons héritée de nos arrière-grands-parents. L'histoire nous raconte que l'Ethiopie a été la première à accueillir la religion musulmane et à offrir refuge aux disciples persécutés de Mohammed ; depuis lors, nous vivons en harmonie et participons aux différentes activités sociales telles que les festivals, funérailles et différents autres événements. Nos différences résident seulement dans nos pratiques religieuses sur nos lieux de culte respectifs. Sinon, nous partageons la même culture et les mêmes pratiques socio-économiques.»

D'un autre côté, la culture traditionnelle peut aussi jouer un rôle négatif. Les rapports de recherche en provenance de Zambie et du Malawi braquent les projecteurs sur certaines pratiques traditionnelles discriminatoires envers les femmes, qui portent atteinte à la dignité humaine et contribuent à la propagation du VIH. Ainsi par exemple, dans la culture Chewa, la pratique traditionnelle du *fisi* requiert qu'une jeune fille, après la cérémonie initiatique, ait ses premiers rapports sexuels avec un ancien du village. Une pratique similaire connue sous le nom de « drap du chef » veut qu'un chef visitant une autre zone puisse passer la nuit avec une fille de la localité.⁸

La persistance de ces pratiques culturelles, même dans les milieux chrétiens, pourrait être interprétée comme une absence générale d'évangélisation en profondeur. L'Eglise a-t-elle, dans un esprit inspiré par l'Evangile, suffisamment remis en question les pratiques culturelles africaines contraires à la dignité humaine ? Entre la théorie et la pratique, un certain dualisme – ou un fossé – semble persister entre d'une part l'enseignement chrétien de l'abstinence et de la fidélité et d'autre part ces pratiques traditionnelles qui contribuent à la diffusion du VIH.⁹ D'autres enquêtes sont nécessaires pour en apprendre plus sur l'impact actuel de ces pratiques culturelles. Ce rapport de recherche en Zambie suggère en outre que la plupart des gens ne sont pas enclins à suivre l'enseignement de l'Eglise et à s'abstenir de relations sexuelles avant le mariage.

Un autre défi de nature culturelle se pose avec la notion de sorcellerie souvent associée à la maladie et à la mort, donc particulièrement aux cas de SIDA. Une source d'informations dans le diocèse de Chipata a déclaré ceci : « Beaucoup de gens, en particulier en zone rurale, croient qu'une personne ne peut pas simplement mourir d'une maladie naturelle ; la mort résulte habituellement d'un acte de sorcellerie. Cette opinion est

⁸ Les partenaires interviewés ont signalé ces pratiques ainsi que d'autres. Il n'existe toutefois pas de données empiriques prouvant que ces pratiques sont utilisées actuellement ou indiquant à quel point elles sont répandues.

⁹ Cf. Chiti, L. (2011) « The Church, culture and HIV/AIDS » (L'Eglise, la culture et le VIH/SIDA), *Bulletin JCTR* n° 89, pp. 25-26.

parfois avancée même en sachant parfaitement que le défunt était séropositif. La sorcellerie revenait toujours dans la conversation».

Il existe une tension permanente entre les entendements traditionnels et modernes du VIH, les programmes de sensibilisation doivent donc en tenir compte. Lorsqu'on aborde le thème du VIH, fournir une explication « technique » sur ses mécanismes de transmission ne suffit pas. La question importante depuis l'angle de vue africain traditionnel est la suivante : qui est responsable de cela ? Il s'agit d'un thème sensible, difficile à aborder mais incontournable. Il se traduit également par une situation de concurrence entre les guérisseurs traditionnels et le traitement médical moderne. En particulier dans les milieux ruraux, la population ira rechercher la solution à un problème de santé d'abord chez un guérisseur traditionnel, et ce n'est que si cette tentative échoue qu'il sera fait appel à la médecine occidentale. Dans le cas de l'infection par le VIH toutefois, une détection et un traitement précoce revêtent une importance capitale.

A la question de savoir si l'un de ses patients voulait renoncer au traitement antirétroviral (TAR) et consulter un guérisseur traditionnel à la place, un assistant social du diocèse d'Embidir a répondu ceci :

«J'expliquerais à un(e) patient(e) qui veut cesser le TAR les problèmes qui apparaîtront s'il/si elle passe à l'acte. Je lui conseillerais de suivre parallèlement le TAR et le traitement traditionnel, à la condition que ce qu'il/qu'elle prend ne contienne pas de substances puissantes. La plupart du temps, les gens veulent aller prendre de l'eau bénite, ce qui ne cause aucun problème si elle prise en même temps que le TAR.»

Une approche pastorale holistique par l'Eglise doit prendre en compte les différentes notions de maladie, et s'occuper de la guérison de la personne toute entière dans son environnement social. Comme l'a dit le coordinateur pastoral du diocèse de Chipata: «Notre mission est d'instiller de l'espérance.»

3.3 Agents pastoraux

Les gens sont de plus en plus conscients, dans tous les diocèses, que les agents pastoraux confrontés en permanence avec les problèmes du VIH et du SIDA ont besoin d'une solide formation tant dans le domaine médical que psychologique. Des cours sur le VIH et le SIDA sont intégrés dans la formation au séminaire ; des retraites spéciales ainsi que des événements comme le World AIDS DAY servent à faire prendre conscience des questions liées au VIH et au SIDA, et à sensibiliser.

La formation et la sensibilisation au VIH et aux problèmes connexes revêtent une importance capitale en Ethiopie car là-bas les prêtres jouent un rôle clé dans la société. Leur autorité est respectée et leur parole est écoutée d'une manière similaire à celle des anciens. Mais les efforts entrepris pour incorporer des composantes du VIH et du SIDA dans la formation des prêtres dans les grands séminaires se sont heurtés à des difficultés que souligne le recteur du séminaire dans le diocèse d'Adigrat:

«Le Secrétariat catholique éthiopien a produit une vaste panoplie de composantes VIH à utiliser comme partie du programme d'enseignement, mais nous la trouvons très difficile à utiliser vu que nous avons déjà un grand nombre de demandes en provenance de l'université à laquelle nous sommes affiliés.»

Bien qu'orientés dans la bonne direction, ces efforts ne sont toutefois pas suffisants. Ils indiquent un manque de connaissance et une sensibilité insuffisante chez les agents pastoraux.

Le responsable du Bureau SIDA au sein du Secrétariat catholique éthiopien croit que les prêtres et religieux ne sont pas suffisamment sensibles aux questions ayant trait au VIH. Pendant et après leur formation, il n'est pas consacré suffisamment de temps à cette problématique. Il estime que c'est aussi la raison pour laquelle, à la différence du clergé protestant et orthodoxe, les prêtres et religieux catholiques d'Ethiopie ne divulguent pas leur séropositivité et «ne communiquent pas sur les expériences qu'ils ont faites».

Le coordinateur pastoral du diocèse de Chipata considère le «manque d'aumôniers formés» comme étant la racine du problème. Il prône une plus forte sensibilisation au VIH à la fois dans la vocation des prêtres et dans leur formation. Cela se reflète également dans les réponses données par les prêtres de paroisse dans le cas d'une femme séropositive dont le mari refuse d'utiliser des préservatifs. Les prêtres à qui des couples discordants avaient demandé des conseils sur l'utilisation de préservatifs avaient tendance à les envoyer se faire conseiller chez le médecin ou auprès d'autres personnels médicaux. Les prêtres de paroisse interviewés à Lilongwe ont indiqué que l'Eglise ne parle pas beaucoup du VIH et du SIDA, et que l'on ne fait très peu pour le clergé. Ils estiment que cela constitue une lacune majeure dans la réaction de l'Eglise à cette problématique importante. Une sœur l'a formulé sans ambages : «Je ne me sens pas équipée des outils nécessaires pour gérer le VIH et le SIDA.»

La question d'inclure les problématiques liées au VIH et au SIDA dans la formation des agents pastoraux demeure l'un des principaux défis posés à la réaction de l'Eglise.

3.4 Stigmatisation au sein de l'Eglise

La question de la stigmatisation au sein de l'Eglise constitue un autre point crucial. Concernant les prêtres et religieux séropositifs, beaucoup de silence et de déni semblent persister. Dans le rapport de recherche au Malawi figure la déclaration suivante d'une paroisse: «Il s'agit d'un problème délicat qui nous affecte psychologiquement, surtout en voyant que des collègues prêtres tombent malades.»

Le rapport de recherche provenant d'Addis Abeba n'a pas pu aborder ce problème vu que les gens n'étaient pas disponibles pour les interviewer ou refusaient de répondre aux questions sensibles. Le coordinateur de programme de l'orphelinat « Missionnaires de la Charité – Don de l'Amour» l'a confirmé: «Il n'y a pas de rapports indiquant que des prêtres, religieux ou catéchistes sont infectés du VIH.» Différentes tentatives accomplies dans le diocèse de Chipata et au-delà en Zambie pour interviewer un prêtre ou religieux séropositif ont échoué. Leur notion

d'une Eglise sensible au VIH serait d'un grand intérêt pour poursuivre la planification pastorale.

Les entretiens effectués avec les recteurs et séminaristes du grand séminaire d'Addis Abeba sur la non-admission d'un candidat séropositif ont également mis en évidence la stigmatisation à l'intérieur de l'Eglise. Principale raison donnée à cette non admission: la «forme physique». Toutefois, il n'a pas été apporté de raison concluante à la question suivante: pourquoi un candidat souffrant par exemple d'une hépatite B devrait-il être traité différemment d'un candidat séropositif? Pour un séminariste, il s'agit là d'une question de rhétorique: «L'état de santé actuel des candidats nous permet-il de postuler qu'ils ne seront pas en mesure de remplir les tâches d'un prêtre?»

Nulle part au cours de la recherche il n'a été clairement exprimé qu'un prêtre ou religieux séropositif pouvait fournir un grand encouragement aux fidèles séropositifs et que l'Eglise leur souhaitait la bienvenue.

Le fait que l'évêque de Chipata ait encouragé ses prêtres à aller se faire tester en séropositivité et à dialoguer entre eux sur ce sujet les a aidés à dominer la stigmatisation dont les prêtres et religieux séropositifs font l'objet. Dans toute la Zambie, des séminaires récents sur le VIH et le SIDA parrainés par les Services du secours catholique (Catholic Relief Services – CRS), ont été organisés dans des établissements de formation religieuse et ils ont contribué à accroître la prise de conscience envers la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

La réticence à admettre des séminaristes et aspirants séropositifs dans la vie religieuse se reflète aussi dans l'acceptation générale d'un test obligatoire avant l'admission. Le rapport de recherche au Malawi ne mentionne qu'une fois que le test de séropositivité avant l'admission joue un rôle discriminatoire. L'admission de candidates séropositives est discutée par exemple par l'Association zambienne de sororité (Zambian Association of Sisterhood – ZAS) depuis 2009, mais sans parvenir à une conclusion. Chaque congrégation décide de manière autonome.

Les Conférences épiscopales de ces trois pays ont recommandé des politiques sur le VIH et le SIDA au poste de travail, mais aucune de ces poli-

tiques n'est en cours d'application dans les diocèses. Les établissements de santé dans l'archidiocèse de Lilongwe ont émis une assertion synonyme de défi, à savoir que les religieux et les membres du clergé séropositifs ne sont pas prêts à révéler leur état, et que cela conduit à des décès inutiles. A la question de savoir que faire si un membre d'un ordre religieux ou un collègue prêtre est séropositif, il a été répondu: «Nous nous tolérons les uns les autres, mais de manière discriminatoire.»

Le manque de cohérence au sein de l'Eglise dans le traitement du problème que constituent le VIH et le SIDA, et dans les déclarations publiques de l'Eglise, peut également être pressenti dans la déclaration suivante en provenance du Malawi sur ce à quoi ressemblerait une «Eglise sensible au VIH»: une Eglise qui accepte que les séminaristes séropositifs poursuivent leur formation et ne les retire par du séminaire, où les futures religieuses soient aussi autorisées à poursuivre, où les prêtres s'occupent les uns des autres et n'aient aucun comportement discriminatoire envers ceux infectés, et où les gens acceptent que chacun puisse subir une contagion par le virus.

Dans une certaine mesure, l'Eglise a appris comment aborder la problématique du VIH et du SIDA dans son œuvre pastorale et dans ses déclarations publiques, mais semble tarder à accepter et aborder ouvertement le fait que les agents pastoraux eux-mêmes soient également affectés et infectés. Comme l'a déclaré un professionnel de santé au Malawi, «le fait que les gens ne puissent pas dire qu'ils sont séropositifs montre qu'ils font l'objet d'une discrimination.»

3.5 Dépendance vis-à-vis des donateurs

Les finances constituent un problème majeur des Eglises en Ethiopie, au Malawi et en Zambie car ces mêmes Eglises dépendent fortement du financement étranger pour accomplir leur travail de santé et de développement, pas seulement leurs programmes de lutte contre le VIH. L'autonomie financière est loin d'être achevée et les efforts visant à y parvenir sont gênés par la faiblesse économique des sociétés environnantes. L'argent des organisations donatrices est asservi aux politiques de ces dernières, lesquelles peuvent être modifiées et manquer parfois de continui-

té. Constat du secrétaire pastoral national au Malawi : « Une dépendance existe certes vis-à-vis des donateurs, mais nous ne savons comment gérer la situation sans leur aide. »

Le secrétaire général du Secrétariat catholique diocésain d'Adigrat voit d'un œil critique la façon dont les projets VIH ont été financés et suggère des changements radicaux : « Dans certains cas, les sommes d'argent que les soi-disant partenaires annoncent et celles qui nous parviennent ne sont pas comparables. Même pas la moitié de ces sommes ne parvient aux bénéficiaires ciblés. Certaines restent sous une forme ou une autre auprès de l'organisation partenaire dans le pays donateur. Ou ces organisations arrivent avec leurs propres gens et une énorme part de l'argent sert à rémunérer ces expatriés. Le salaire d'un seul d'entre eux aurait pu couvrir le coût de plus de dix experts ici. Pour moi, c'est le système qui crée ce problème et il n'y a pas de solution à moins de changer de système. »

Le problème de la discontinuité financière s'applique également aux programmes de soins à domicile dans les paroisses de Chipata et de Lilongwe. Dans 15 des 24 paroisses de Chipata, les programmes de soins à domicile étaient sponsorisés par le CRS. Ce financement ayant stoppé, il a fallu poursuivre ces programmes de soins à domicile à une plus petite échelle, la plupart du temps sur une base volontaire ou avec le soutien de sources locales. L'évêque de Chipata confirme que ce type de comportement des donateurs, à savoir financer pendant une période limitée puis en repartant sans assurer de durabilité est très mal perçu par les populations locales.

Dans le diocèse de Lilongwe, les 35 paroisses avaient l'habitude d'exécuter des programmes de soins à domicile sponsorisés par CAFOD et CRS. Une fois les fonds des donateurs épuisés, 8 paroisses seulement ont réussi à poursuivre leurs programmes de soins à domicile en recourant à des ressources locales. Dans le rapport de recherche pour Lilongwe, la situation se résume à ce qui suit :

« Fondamentalement, l'organisation a fait du bon travail ; par le passé, les soins à domicile n'étaient pas prodigués dans toutes les paroisses. Nous

étions entrés en action avec enthousiasme car le financement était là, mais la majorité de ce financement est tarie maintenant. Cela a signifié une diminution accusée des activités. On peut donc dire que la dépendance initiale vis-à-vis du financement extérieur a fait diminuer la créativité. Les donateurs, d'une certaine manière, n'ont pas aidé les bénéficiaires à se fier à leurs propres ressources.»

La forte rotation du personnel constitue un autre problème. A Chipata, le bureau de santé diocésain n'est pas financé par le diocèse. Ce bureau dépend entièrement du financement étranger. Il y a quelques années, un nouveau bâtiment a été construit pour fournir des bureaux à différents services de santé. Le financement a stoppé et quelques pièces seulement sont actuellement utilisées. Au bureau de santé diocésain de Lilongwe, les salaires de la majorité du personnel sont financés par des donateurs internationaux. Seul un quantum minimum de personnel est soutenu par des contributions provenant des hôpitaux gérés par le diocèse.

Même au niveau national de la conférence épiscopale du Malawi, le secrétaire responsable de la santé n'est pas rémunéré par les évêques. Cela signifie que les activités ne sont pas déterminées uniquement par le secrétariat de santé ou par la conférence épiscopale mais – au moins en partie – par des agences donatrices étrangères.

Le problème de la dépendance vis-à-vis des donateurs affecte lourdement la mise en réseau des différentes institutions impliquées, en particulier entre le niveau pastoral et le niveau médical. En outre, il n'est pas possible dans ces circonstances de mettre en place une structure stable et adéquate de surveillance et d'évaluation.

Le problème du financement des structures de l'Eglise locale n'est pas examiné de manière satisfaisante par la théologie pastorale et l'ecclésiologie. En Afrique, les anciennes « Eglises de mission » ont été africanisées dans une certaine mesure, mais la question des finances n'a pas encore trouvé de réponse à l'intérieur des contextes locaux. Comme cela a été souligné dans le rapport de Lilongwe : « L'Eglise d'une certaine manière ne se met pas à chercher de financement alternatif aussi longtemps qu'un financement arrive de l'extérieur.» La situation économique de la

plupart des pays africains exacerbe encore plus cette question. Être une «Eglise» dans le contexte d'une pauvreté et de privations à grande échelle, qu'est-ce que cela signifie?

Une Eglise travaillant comme ONG dans le domaine du VIH et du SIDA doit satisfaire des attentes qui pourraient ne pas être conformes à l'entendement qu'elle a d'elle-même. Au Malawi, les services de santé sont fournis dans une vaste mesure par l'Eglise, tandis que la fourniture des établissements de santé relève d'abord de la responsabilité du gouvernement. Que signifie être une «Eglise» dans un contexte où l'Etat n'assume pas ses tâches et responsabilités?

Le problème de la durabilité des programmes liés au VIH est un défi pour les organisations donatrices et les bénéficiaires : « L'argent des donateurs est pré-assigné à des activités spécifiques assorties de nombreuses obligations et interdictions. ... Les donateurs pensent que s'ils vous aident aujourd'hui cela résoudra le problème dans deux ans. Mais vu que ce n'est pas le cas la plupart du temps, il est difficile de maintenir nos interventions.»

Le secrétaire général du secrétariat catholique diocésain d'Adigrat donne le conseil suivant: «Si nous continuons de dépendre de parents, de bienfaiteurs et de projets, je ne pense pas que nous irons très loin. La question porte donc sur le comment nous préparer nous-mêmes, comme nous conférer des capacités avec l'argent qui pourrait cesser d'arriver demain. Nous devons peaufiner cette stratégie. Quel que soit l'argent que nous recevions, quel que soit le développement et le travail que nous accomplissons, il faut que ce soit à double effet : d'abord le soutien immédiat, quelle que soit la sorte de soutien que nous offrons ; ensuite, ce que nous faisons ne devrait pas apporter un simple soulagement ou soutien pendant un moment, mais inclure un plan à long terme.»

Donc la recommandation, qui est aussi celle figurant dans le rapport de recherche au Malawi, est d'inclure dans chaque projet des activités génératrices de revenus locaux, « pour aider les personnes infectées et affectées par le VIH et le SIDA à s'aider elles-mêmes.»

3.6 «Une Eglise sensible au VIH»: citations

Voici quelques citations des partenaires interviewés sur ce à quoi ressemble ou devrait ressembler une Eglise sensible au VIH :

«Pour moi, être une Eglise sensible au VIH, c'est inspirer de l'espoir, promouvoir la vie et ne pas décourager les gens qui le sont déjà, qui ont perdu espoir et attendent la mort.» (Sœur catholique, Adigrat, Ethiopie)

«Une Eglise sensible au VIH est une Eglise

- qui se préoccupe des gens, qui protège la vie, qui apporte une aide spirituelle et matérielle
- qui s'occupe des malades, les soutient physiquement et moralement
- réaliste relativement à la situation pratique
- qui parle ouvertement du VIH et du SIDA dont les chrétiens et les religieux sont atteints.»

(Rapport en provenance de Zambie)

«Une Eglise sensible au VIH est une Eglise

- qui parle librement des problèmes occasionnés par le VIH et le SIDA
- qui veut que le VIH et le SIDA soient incorporés dans toutes les activités de l'Eglise
- où les gens peuvent porter témoignage
- où nous plaçons les problèmes du VIH et du SIDA au cœur de tous nos programmes, sans attendre simplement la Journée mondiale du SIDA, et où nous intégrons les problèmes du VIH et du SIDA dans nos homélies, ateliers, cérémonies de mariage et programmes de l'Eglise.»

(Rapport en provenance du Malawi)

4. Perspectives éthiques

4.1 Remarques préliminaires

Avant d'analyser certains aspects éthiques du VIH et du SIDA, il faut faire trois remarques préliminaires. D'abord, l'enseignement de la morale catholique doit prendre acte des défis éthiques engendrés par la pandémie de VIH. Ces défis affectent la vie quotidienne des gens malades du VIH et du SIDA. Porter assistance aux malades, aux pauvres et aux vulnérables constitue un élément essentiel de la foi chrétienne. Jésus a été envoyé proclamer la Bonne Nouvelle aux pauvres (Lc 4,18-19) car «ce ne sont pas les gens bien portants qui ont besoin de médecin, mais les malades» (Mt 9, 12). Ainsi et comme le Pape Benoît XVI l'a écrit dans son exhortation apostolique post-synodale *Africae Munus* : « Selon la logique des Béatitudes, une attention préférentielle doit être portée au pauvre, à l'affamé, au malade – par exemple du SIDA, de la tuberculose ou du paludisme –, à l'étranger, à l'humilié, au prisonnier, au migrant méprisé, au réfugié ou au déplacé, etc.»¹⁰

La seconde remarque préliminaire est un rappel, un rappel que la théologie morale et l'éthique sociale catholiques relatives au VIH et au SIDA se trouvent sous une énorme pression en conséquence des attentes des gens. Citons ici une nouvelle fois un passage d'*Africae Munus* : «Le problème du SIDA (...) est avant tout étique. Le changement de comportement qu'il requiert (...) pose en dernière analyse la question du développement intégral qui demande une approche et une réponse globales de l'Eglise.»¹¹

La troisième remarque préliminaire concerne l'être humain dans son ensemble, lui qui figure au centre de chacune des tentatives de réponse. Comme l'a commenté Agbonkhianmeghe E. Orobator : «Le discours sur la moralité de la prévention du VIH devrait être conduit d'abord comme

¹⁰ Benoît XVI (2011) *Africae Munus*, n° 27.

¹¹ Ibid. n° 72.

un discours sur les gens plutôt que comme une polémique sur les dispositifs prophylactiques.»¹²

4.2 Exemples de points d'éthique sur lesquels concentrer

4.2.1 Le VIH, est-il une punition de Dieu?

Le VIH pourrait-il être vu comme une punition divine ? Les réponses à cette question ont varié. Un grand nombre de personnes interrogées ont répondu que, pour elles, ce n'était pas le cas. Mais en ajoutant au passage toutefois que de telles croyances étaient encore répandues. En Ethiopie, de nombreuses personnes répondant à cette question ont mentionné l'histoire de l'homme qui était né aveugle (Jn 9, 1-3). Interrogé par ses disciples sur le péché que cet homme avait bien pu commettre pour perdre la vue, Jésus a répondu que sa cécité n'était due ni à un péché ni à ses parents. Les répondants ont interprété ce récit comme signifiant, dans le contexte d'aujourd'hui, qu'une personne atteinte du SIDA ne doit pas être considérée comme punie par Dieu.

4.2.2 Raisons de la prolifération du VIH

Concernant les raisons pour lesquelles la maladie s'est propagée, les réponses peuvent être classées en deux catégories. Le comportement incorrect – ou tout au moins risqué – de certains individus a été considéré comme la cause immédiate de la pandémie. Les réponses mentionnaient couramment les rapports sexuels non protégés, les relations sexuelles avec plusieurs partenaires ou encore l'ignorance pure et simple. D'un autre côté ont été mentionnées les causes à la racine de la pandémie : des structures sociales et économiques injustes dont le manque d'éducation, la pauvreté, la migration forcée et le traitement incorrect des femmes.

¹² Orobator, A. E. (2006) "Ethics of HIV/AIDS Prevention: Paradigms of a New Discourse from an African Perspective" (L'éthique de la prévention du VIH/SIDA : paradigmes d'un nouveau discours depuis une perspective africaine), dans: Hogan, L. (Ed.) (2006), *Applied Ethics in a World Church* (Ethique appliquée dans une Eglise universelle), Maryknoll, NY: Orbis Books, pp. 147-154.

En outre, la pandémie de VIH n'est pas simplement un problème médical, sexuel ou éthique. Aussi importants que soient ces aspects, ce serait faire preuve d'une forte myopie que de définir la pandémie simplement en ces termes. Une stratégie efficace empêchant le virus de continuer de se propager doit également tenir compte de problèmes liés à la justice, et ceci du point de vue global et du point de vue individuel.

4.2.3 Couples discordants

L'une des problématiques les plus farouchement discutées a été celle des couples discordants. A celle-ci, il n'a pas été possible de trouver de réponse aussi facilement que cela. Quatre types de réponses peuvent être identifiés :

- L'abstinence sexuelle afin que le partenaire non infecté ne s'infecte pas.
- L'utilisation de préservatifs
- Laisser les couples mariés décider en leur âme et conscience ce qu'ils considèrent être le comportement correct.
- Ne pas donner de conseil ; renvoyer les couples mariés à un professionnel de santé, à un médecin par exemple.

Les deux fonctions différentes du condom en particulier, celle de contraceptif et celle de barrière protectrice, ont conduit à des points de vue différents. Comme le montre le quatrième type de réponses, certains prêtres et d'autres membres de l'Eglise ont également tenté d'éviter de donner des réponses. D'autres répondants déplorent le manque d'instructions claires de la part de l'Eglise sur la question des couples discordants.

En octobre 2002, la Conférence épiscopale du Tchad avait déclaré ceci :

«Concernant le préservatif, l'Eglise souhaite rappeler ici, par la voix de nos évêques, que son usage est soumis aux mêmes règles morales normales que pour les autres actes humains. La règle de morale ultime, c'est notre conscience. Il revient à chacun d'entre nous de former sa conscience et d'assumer sa responsabilité conformément à la situation dans laquelle chacun de nous se trouve. Vu que personne « n'est obligé de

faire l'impossible», il n'est pas possible de demander aux époux de s'abstenir de rapports sexuels ; nous comprenons par conséquent qu'une personne soit conduite, par amour pour son/sa partenaire, à se protéger elle-même ou à le/la protéger. Mais chacun doit comprendre que le préservatif n'apporte pas 100 % de protection et qu'il ne résout pas en dernier ressort les problèmes réels occasionnés par le SIDA»¹³

4.2.4 La vulnérabilité des femmes

Dans le contexte des couples discordants, il faut examiner le rôle et la position des femmes plus en détail. Les études de cas montrent que les femmes – les jeunes femmes en particulier – courent un risque de s'infecter avec le VIH beaucoup plus élevé que les hommes. Vu qu'assez souvent les femmes sont mariées très jeunes ou qu'elles dépendent fortement de leurs maris au plan économique, il est fréquent qu'elles ne soient pas en mesure de mener une vie autonome. Vu leur conditions de vie précaires, elles peuvent se retrouver forcées d'avoir un comportement sexuel risqué. Hormis leurs droits personnels à la sécurité, au respect et à la dignité, les femmes jouent un rôle clé particulier dans la protection de la vie familiale mais aussi dans la promotion de la cohésion sociale.

5. Les différents niveaux de réponse

Les défis du VIH et du SIDA englobent toutes les dimensions de la vie humaine, de la maturité personnelle et de la formation de la conscience à la position des femmes dans la société et à la répartition équitable des biens. Comme le montre l'exemple des couples discordants, il existe des situations moralement conflictuelles qui sont très difficiles à résoudre. Les réponses éthiques n'apparaissent pas dans le vide ou sous forme de théorie pure ; elles servent au bout du compte à conduire à une façon de vivre qui soit décente. La recherche de réponse se déroulera à des ni-

¹³ Conférence épiscopale du Tchad (2002) *Déclaration des évêques tchadiens sur le SIDA*. N'Djamena : Evêques catholiques du Tchad.

veaux éthiques différents. Nous identifions trois niveaux différents, à savoir les niveaux structurel, culturel et individuel.

5.1 Niveau structurel

On Au niveau structurel, c'est le manque de justice distributive qui a contribué à une prolifération rapide du VIH. Des structures injustes dans les domaines par exemple de l'éducation, de l'approvisionnement alimentaire, du commerce, des soins de santé, de la distribution des ressources et du droit des brevets signifient que beaucoup de gens, en Afrique subsaharienne, sont privés de l'opportunité de mener une vie indépendante.

S'occuper des gens qui vivent avec le VIH ou qui en souffrent ne devrait pas être qu'un simple acte de charité, ce devrait aussi être une mission. Souvent une orientation structurée et systématique fait défaut à l'implication, liée à l'Eglise, dans les travaux relatifs au VIH. La plupart du temps, le principe directeur des activités de l'Eglise, c'est la charité plutôt que la justice. Evêque d'Afrique du Sud, Monseigneur Kevin Dowling souligne que : « Les réponses basées sur la foi doivent être techniquement correctes, basées sur une analyse solide et sur la recherche scientifique. Il s'agit là d'un défi pour les communautés basées sur la foi car il implique de passer d'actes charitables aléatoires à une implication structurelle dans des processus, avec les personnes affectées, pour s'attaquer aux souffrances et à la déshumanisation occasionnée par le VIH. »¹⁴

Pour aborder la prévention du VIH de manière plus systématique, il faut faire preuve de plus de professionnalisme dans la planification, la transposition, la surveillance et l'évaluation. De même, le développement de politiques et de plans stratégiques, ainsi qu'une éducation et une formation rendant les personnels d'Eglise compétents sont indispensables.

¹⁴ Dowling, K. (2010) *Catholic Social Teaching and the Response of the Church to HIV/AIDS* (L'enseignement social catholique et la riposte de l'Eglise au VIH/SIDA) *National Catholic Reporter* 8/7/ 2010

On peut parvenir à plus de professionnalisme si l'Eglise fait des efforts pour se mettre en réseau avec d'autres organisations. L'Eglise a besoin de travailler plus étroitement avec *tous* les gens de bonne volonté. Des liens plus robustes devraient être tissés avec les organisations gouvernementales et non gouvernementales. Cela économisera des ressources financières et humaines. Les autres parties prenantes dans le domaine de la santé ne devraient pas être considérées comme des concurrents mais comme des partenaires opérationnels.

Toutefois, l'Eglise doit aussi faire connaître son profil spécial et sa mission dans le débat public. Pour un grand nombre des personnes que nous avons interviewées, le plaidoyer à tous les niveaux constituait encore un nouveau territoire. Beaucoup d'entre elles se sont plaintes du manque de reconnaissance, par le public ou les autorités gouvernementales, des travaux accomplis par l'Eglise relativement au VIH. Les agences de l'Eglise ont encore besoin d'assistance dans le travail de plaidoyer. Il faut souligner à nouveau l'appel du Symposium des Conférences épiscopales d'Afrique et de Madagascar (SECAM):

« Nous avons pris l'engagement de ... plaider auprès du gouvernement à tous les niveaux et des organisations intergouvernementales pour établir, en politique, des priorités qui soutiennent adéquatement les personnes affectées par le VIH et le SIDA, qui fournissent accès à des soins et à un traitement, qui permettent une vie digne aux personnes atteintes du VIH et du SIDA, et qui appliquent les engagements pris lors de différentes autres réunions inter-gouvernementales»¹⁵

5.2 Niveau culturel

The Les résultats de recherche ont révélé que certains schémas culturels et traditions pouvaient favoriser la diffusion du VIH. Des pratiques ou conventions sexuelles telles que *Kusasa fumbi* (rites de toilette pour les veuves) et *Fisi* (formes d'initiation sexuelle des filles) peuvent accroître le

¹⁵ SECAM (2003) *The church in Africa in face of the HIV/AIDS Pandemic: Plan of Action*, (L'Eglise d'Afrique face à la pandémie de VIH/SIDA) Dakar: SECAM.

risque d'infection par le VIH. Ce sont dans la plupart des cas les femmes – en particulier les jeunes femmes – qui sont affectées. Au plan culturel, il est nécessaire d'examiner depuis une perspective éthique quelles valeurs, pratiques et conventions contribuent à la prolifération de la pandémie de SIDA.

En Afrique subsaharienne, les réflexions initiales peuvent se concentrer particulièrement sur la vulnérabilité féminine aux VIH vu que les femmes et les jeunes filles sont particulièrement affectées par la pandémie de VIH. Il reste difficile cependant d'améliorer la situation des femmes vu la présence de schémas de comportement et de pensée pratiqués depuis des siècles. Comme le note Gillian Paterson, même les stratégies de prévention du VIH objets de beaucoup de promotion telles que l'ABC sont d'une valeur discutable pour de nombreuses femmes :

«Il nous suffit de porter le regard sur une stratégie de prévention réputée, couramment connue sous la forme de l'acronyme «ABC» (abstinence, being faithful, condom use). Cette stratégie a évolué à partir du débat biomédical (qui prévaut actuellement), et il s'agit d'un exemple classique de mantra revendiquant une validité générale, mais en réalité adaptée à l'homme adulte indépendant de l'hémisphère occidental. Abstinence ? Dans de nombreuses parties du monde, l'abstinence n'est pas une option pour les femmes. Le mariage est une nécessité culturelle et il en va de même pour les enfants ; le mariage précoce est plutôt courant et souvent très bienvenu ; les femmes dépendent économiquement de leurs maris et les circonstances des rapports sexuels ne sont habituellement pas contrôlées par les femmes. Fidélité ? Nombreuses sont les femmes fidèles, mais elles contractent le VIH en raison de l'infidélité de leurs partenaires ou de l'addiction de ces derniers à la drogue. Utilisation d'un condom ? Quelle femme ou jeune fille mineure a réussi à convaincre un homme d'utiliser un condom contre sa volonté?¹⁶

¹⁶ Patterson, G. (2007) "Der Gender-Falle entkommen. Die Aufdeckung patriarchalischer Strukturen in Zeiten von Aids" (Echappée du piège des sexes. La révélation de structures patriarcales à l'ère du SIDA), *Concilium* 43, (3), pp. 342-352.

Dans la lutte contre le VIH et le SIDA, de nombreuses stratégies ne tiennent pas suffisamment compte des problèmes spécifiques aux femmes. Chacune de ces stratégies devrait répondre à ces deux questions : Quels sont les facteurs culturels favorisant la situation préoccupante des femmes et des jeunes filles ? Sera-t-il possible d'identifier les croyances et comportements dans les traditions culturelles qui pourraient être utiles pour assurer la protection spéciale des femmes?

L'Eglise a l'obligation de promouvoir énergiquement les droits des femmes et de lutter contre toute forme de domination ou de discrimination. « Car vous êtes tous fils de Dieu, par la foi, dans le Christ Jésus... Il n'y a ni Juif ni Grec, il n'y a ni esclave ni homme libre, ni homme ni femme, car vous tous ne faites qu'un dans le Christ. » (Galates 3, 26-28)

En outre, l'efficacité des schémas de pensée et des conventions culturels montrent qu'une directive éthique restera sans succès si elle ne fait pas preuve de sensibilité envers ces facteurs. Cela requiert une inculturation des directives éthiques, et des concepts moraux, qui tiennent compte de la culture africaine traditionnelle. Déclaration de Paul Chummar relativement à la formation théologique dans les séminaires: «Même les institutions spécialisées dans le développement d'une théologie acculturée enseignent largement la théologie morale occidentale comme s'il s'agissait d'une éthique théologique universelle. Il s'agit d'une forme de colonialisme théologique.»¹⁷

Afin d'éviter cette forme de néocolonialisme théologique, Chummar recommande d'élaborer une éthique théologique acculturée qui emboîte plus le pas aux traditions locales.

Cela aidera à combler le fossé entre la théorie enseignée et la pratique courante en Afrique. Au cours de l'enquête, de nombreux entretiens ont fait ressortir une lacune entre la doctrine de l'Eglise et la vie des fidèles. Les sermons et recommandations du clergé ne sont pratiquement plus observés. Une éthique mieux acculturée pourrait contrecarrer ce que

¹⁷ Ibid.

Karl Rahner appelle la « différence entre la moralité théorique et la moralité pratique»

5.3 Niveau individuel

L'insistance avec laquelle l'Eglise prône l'abstinence et la fidélité est souvent rejetée par d'autres organisations qui les jugent déconnectées de la réalité. L'Eglise a toutefois de bonnes raisons de coller à ses idéaux non seulement au regard de sa propre tradition mais aussi à la lumière des investigations scientifiques liées à la prolifération du VIH. Michael Kelly pense que l'on ne peut jamais accorder suffisamment d'importance aux idéaux d'abstinence et de fidélité : « Les idéaux peuvent fournir (...) une immense force motivante dans la sphère morale. Sur la base du respect de la valeur sacrée et de la merveille qu'est la sexualité créée par Dieu, les idéaux d'abstinence et de fidélité conjugale inspirent, motivent et poussent vers une action appropriée.»¹⁸

Toutefois, l'expérience quotidienne ne correspond pas toujours à ces idéaux. Dans de nombreux cas, c'est impossible. Nous rencontrons fréquemment des partenariats discordants basés sur la fidélité. Les époux veulent être fidèles et exprimer leur amour l'un pour l'autre. Il leur faut toutefois reconnaître que le partenaire séronégatif court un risque si des mesures de protection appropriées ne sont pas prises pendant les rapports sexuels. La question de l'utilisation du préservatif est l'une des problématiques morales qui surgissent ici.

Les interviews n'ont pas révélé de tableau uniforme en réponse au dilemme des couples discordants. La majorité des personnes interviewées tendaient à faire confiance aux partenaires affectés pour prendre une décision responsable et conforme à leur propre conscience. Les évêques

¹⁸ Kelly, M.J.: « Some AIDS-Relevant Teachings of Moral Theology in the Field of Sexuality » (Certains enseignements de la théologie morale, dans le domaine de la sexualité, pertinents pour le SIDA) dans : Moerschbacher, M; Kato, J.; Rutechura, P. (éds.) (2008), *A Holistic Approach to HIV and AIDS in Africa* (Une approche holistique du VIH et du SIDA en Afrique), Nairobi: Paulines, pp. 117-128.

d'Afrique du Sud, du Botswana et du Swaziland sont eux aussi parvenus à une recommandation similaire:

«Chez certains couples, l'une des deux personnes vit avec le VIH et le SIDA. Dans ces cas-là, il existe un risque réel que l'un des deux partenaires en bonne santé contracte cette maladie mortelle. L'Eglise accepte que chacun ait le droit de mettre sa vie à l'abri d'un danger mortel. Cela inclurait d'utiliser les moyens et des modes d'action appropriés. De même, là où un conjoint est infecté du VIH et du SIDA, chacun doit écouter sa conscience. Eux seuls sont capables de choisir les moyens appropriés leur permettant de se défendre contre l'infection. Les décisions d'une nature aussi intime devrait être prises par le mari et la femme en tant que partenaires égaux et s'aimant»¹⁹

L'utilisation des préservatifs n'est pas la seule thématique alimentant les débats sur l'éthique sexuelle. La théologie catholique doit se concentrer sur une nouvelle perception de la sexualité humaine toute entière. Comme l'explique le théologien et moraliste irlandais Enda McDonagh, l'amour physique fait partie du plan divin de de la création, car les humains sont des êtres dotés d'un sexe : « Au chiffre un de la Genèse (Gn 1,27), lorsque Dieu créa l'homme, 'à l'image de Dieu il le créa ; homme et femme il les créa'. Pour l'amour et la vie des compagnons, pour donner la vie et co-crée, ce don de la dualité sexuelle a été octroyé aux êtres humains en tant qu'images de Dieu. ... Dans une vue théologique chrétienne de la sexualité, il n'y a pas de place pour le 'syndrome de malpropreté' du sexe.»²⁰

¹⁹ « Conférence des évêques d'Afrique du Sud (2001), *Un message d'espoir* », adressé par les évêques catholiques au peuple de Dieu en Afrique du Sud, au Botswana et au Swaziland, Prétorie: Séminaire Saint-Pierre. Disponible à l'adresse: <http://www.oikoumene.org/en/resources/documents/other-ecumenical-bodies/church-statements-on-hiv-aids/southern-africa-bishops> [consulté le : 24 avril 2014]

²⁰ McDonagh, E. « Theology in a time of AIDS » (La théologie à l'époque du SIDA) dans : Gill, R. (éd.) (2007), *Reflecting Theologically on AIDS. A Global Challenge*. (Réflexion théologique sur le SIDA. Un défi global), Londres SCM Press, pp. 43-59.

Une vue plus positive de la sexualité constituerait certainement un substantiel progrès: «La sexualité par conséquent participe à notre épanouissement en tant qu'hommes et femmes. L'Eglise porte un regard positif sur la sexualité qu'elle considère comme une tâche à accomplir, une responsabilité à assumer.»²¹

6. Leçons apprises et visions retenues

6.1 Clés problématiques

This Ce projet de recherche dans trois pays a identifié les problématiques suivantes car elles revêtent une importance clé sur le chemin d'une Eglise sensible au VIH et au SIDA:

- En dépit de récents succès dans la maîtrise mondiale du VIH, ce dernier et le SIDA demeurent une préoccupation majeure dans de nombreuses parties du monde, en particulier en Afrique subsaharienne. Toutefois, les ripostes au VIH doivent tendre vers un modèle authentiquement holistique.
- Il revêt une importance vitale de rompre le silence sur le VIH et le SIDA au sein de l'Eglise, parmi les religieux et le clergé.
- La hiérarchie de l'Eglise devrait être habilitée à s'attaquer aux problématiques liées au VIH et au SIDA dans l'esprit *d'Africae Munus*, en développant une stratégie réaliste pour le Symposium des conférences épiscopales d'Afrique et de Madagascar (SECAM).
- Il est nécessaire de mieux évaluer la sexualité humaine.
- Il faut s'attaquer d'urgence à la violence et aux pratiques basées sur la culture et structurelles qui affectent particulièrement les femmes.
- L'Eglise à tous les niveaux requiert une approche plus systématique, dont notamment :
 - Une meilleure mise en réseau de tous les partenaires

²¹ Conférence épiscopale du Tchad (2002) *Déclaration des évêques tchadiens sur le SIDA*. N'Djamena : Evêques catholiques du Tchad.

-
- Une coordination et une coopération meilleures entre ses structures de développement pastoral et humain, de charité et d'intervention d'urgence.
 - Une planification et une transposition meilleures, pour que les programmes soient plus durables, la sollicitation de fonds publics incluse.
 - Il faut un dialogue plus intense et continu avec la communauté scientifique, pour en particulier :
 - Franchir le fossé entre la théologie et la formation pastorale
 - Renforcer la génération de capacités à tous les niveaux : diocésains, régionaux et international.
 - Des responsabilités devraient être partagées avec d'autres communautés de croyants, la société civile et le grand public afin d'améliorer le plaidoyer et de développer de bonnes pratiques communes.
 - Dans les pays industriels, l'Eglise devrait aborder les problèmes de la justice mondiale, en particulier si des politiques économiques non durables créent des conditions vulnérables dans les pays à bas revenus.
 - L'Eglise en tant que communauté de croyants s'engageant pour la santé et à la guérison peut promouvoir une dimension communautaire de la santé, d'une échelle locale à une échelle mondiale.

6.2 Recommandations au niveau de l'Eglise Universelle

Le Pape François a expliqué que le rôle du pape était une vocation, celle de « protecteur » qui comprend le pouvoir comme un service. Convaincus que le rôle du pape est également celui de l'Eglise Universelle au service des Eglises locales dans le monde entier, les auteurs de cette étude parviennent aux recommandations suivantes concernant l'Eglise Universelle :

- Il faut amplifier la réflexion théologique sur les dimensions éthiques et diverses du VIH et du SIDA à tous les niveaux de l'enseignement et de la recherche théologiques. La question du VIH et du SIDA devrait être examinée comme une question de développement intégré et de

justice mondiale, ainsi que par une démarche holistique de théologie morale visant à comprendre la sexualité humaine comme un don de Dieu.

- Il faut que la situation des couples discordants, également examinée par les Pères de la Deuxième Assemblée spéciale du synode romain des évêques pour l'Afrique, ²² ainsi que le soutien pastoral et éthique aux couples discordants, puissent être étudiés par un organe interdisciplinaire et international afin de fournir une orientation claire aux gens concernés et d'éviter des messages conflictuels.
- Il faut que la formation des agents pastoraux de l'Eglise, en particulier dans les grands séminaires, puisse inclure systématiquement la création de capacités fondées sur des connaissances médicales, éthiques et pastorales, et des aptitudes dans le domaine du VIH et du SIDA.
- Il faut que la situation des prêtres et religieux séropositifs, hommes et femmes, soit prise au sérieux afin qu'un esprit de bon accueil puisse être promu en s'attaquant au problème de la stigmatisation au sein de l'Eglise lié au VIH ; afin que les groupes soutenant les agents pastoraux infectés et affectés puissent être encouragés ; afin que dans ce domaine les ordres et congrégations religieuses soient systématiquement mis en réseau, y compris celui de «L'International Network of Religious Leaders living with or personally affected by HIV and AIDS» (INERELA).
- Que le magistère universel de l'Eglise catholique serve les Eglises locales et leurs magistères afin que, en conformité avec le principe de la subsidiarité, les problèmes spécifiques nés du contexte local puissent être abordés et résolus au niveau local, et que le magistère des évêques soit renforcé dans différents contextes culturels.

²² II^e Assemblée spéciale pour l'Afrique du synode des évêques (2009), « ... Ce que ce synode propose : ...un soutien pastoral qui aide les couples vivant avec un conjoint infecté à s'informer et à former leurs consciences, afin qu'ils choisissent ce qui est juste, en toute responsabilité pour le plus grand bien de l'un et l'autre, de leur union et de leur famille. » (Propositio 51). Disponible sur : http://www.vatican.va/roman_curia/synod/documents/rc_synod_doc_20091023_elenco-prop-finali_en.html (consulté le 24 April 2014)

6.3 Réponses de l'Eglise catholique en Afrique

Ce serait une erreur que de généraliser à l'ensemble de l'Afrique les constats et déclarations portant sur les ripostes de l'Eglise à la pandémie de VIH. Tout comme il y a des différences dans la pandémie elle-même en termes de commencement, de groupes vulnérables, de capacités de réaction et de réactions réelles, les diocèses, les régions et les unités nationales diffèrent elles aussi par leurs cultures et ethnicités, leur histoire, la tradition de leur foi et l'inculturation des réponses de la foi à la pandémie. Dans la réponse de l'Eglise catholique d'Afrique aux défis du VIH et du SIDA, il faut examiner deux réalités.

La première : beaucoup de gens placés sous des pressions économiques, sociales, culturelles ou politiques sont forcés d'adopter des comportements à risques qu'ils ne peuvent pas éviter.

La seconde : beaucoup d'assistants sociaux et pastoraux, de religieux et le clergé lui-même vivent avec le VIH. Toutefois, il ne leur a pas encore été permis de vivre ouvertement avec le VIH au service de l'Eglise.

La réaction de l'Eglise au VIH et au SIDA a fait partie de l'exhortation apostolique post-synodale *Africae Munus* publiée en novembre 2011. Le présent document s'est principalement penché sur la fourniture de services de soins, en particulier de soins promouvant la santé : « Selon la logique des Béatitudes, une attention préférentielle doit être portée au pauvre, à l'affamé, au malade – par exemple du SIDA, de la tuberculose ou du paludisme –, à l'étranger, à l'humilié, au prisonnier, au migrant méprisé, au réfugié ou au déplacé, etc. (cf. Mathieu 25, 31-46). La réponse empreinte de justice et de charité aux besoins de ces gens dépend de chacun. »

6.4 L'Eglise catholique en Allemagne, le VIH et le SIDA

Depuis le début du nouveau millénaire, le nombre de nouvelles infections au VIH et de décès dus au SIDA a constamment diminué dans le monde entier. Le nombre total de gens séropositifs continue toutefois d'augmenter. Il serait par conséquent désastreux que les réactions internationales, nationales et des communautés aux défis posés par la pan-

démie de VIH viennent à se relâcher. Un engagement constant et infatigable à prévenir le VIH, à fournir des soins et de l'assistance conserve une importance majeure.

L'Eglise catholique en Allemagne assume une responsabilité spéciale fondée sur ses nombreux contacts avec les Eglises locales africaines, sur son expérience de longue date dans la lutte contre le VIH et le SIDA, et sur ses ressources financières.

Les populations pauvres – et les femmes pauvres en particulier – souffrent des conséquences directes et indirectes de la pandémie de VIH. Le VIH et le SIDA devraient être reconnus comme un indicateur d'injustice structurelle à l'intérieur du cadre de coopération de l'Eglise Universelle. L'Eglise catholique d'Allemagne doit donc assurer que la pandémie de VIH ne continue pas d'être une maladie de la pauvreté. Les organisations d'aide liées à l'Eglise ont besoin d'utiliser leur expérience en matière d'approches holistiques de la santé et du développement.

Dans plusieurs pays africains, l'Eglise demeure un fournisseur essentiel de services de santé aux plus pauvres parmi les pauvres. Les établissements de santé de l'Eglise constituent un réseau d'une valeur inestimable, un réseau de soins de santé holistiques qui s'étend même jusque dans des contrées reculées. Si l'Eglise catholique d'Allemagne retirait le soutien qu'elle fournit en matière de soins de santé liés au VIH, en particulier en Afrique subsaharienne, les conséquences seraient désastreuses. La mission de Jésus, qui est de « Proclamer le royaume de Dieu et faire des guérisons » (Luc 9,2) a toujours été et demeure aujourd'hui encore la thématique centrale de la mission chrétienne.

Souvent l'Eglise catholique – même en Allemagne – réagit par une sorte de mutisme aux problèmes du VIH et du SIDA. De nombreux croyants et activistes liés à l'Eglise trouvent difficile de réagir positivement à la question du VIH et du SIDA. Il s'agit là d'un contraste intense entre l'engagement profond et la compétence professionnelle des établissements de santé liés à l'Eglise. Mais lorsque c'est de la sexualité humaine qu'il s'agit, il est fréquent que l'on observe un étrange silence. Ce silence, il faut le surmonter.

Concernant les questions de la sexualité, l'Eglise catholique est souvent considérée comme une institution moralisatrice et didactique. L'Eglise doit avoir à cœur ces mots prononcés par le Pape François :

« Une belle homélie, une vraie homélie doit commencer avec la première annonce, avec l'annonce du salut. Il n'y a rien de plus solide, de plus profond et sûr que cette annonce. Ensuite il faut faire une catéchèse, en tirer une conséquence morale. Mais l'annonce de l'amour salvifique de Dieu est premier par rapport à l'obligation morale et religieuse. Aujourd'hui, il semble parfois que prévaut l'ordre inverse. »²³

²³ « Un grand cœur ouvert à Dieu ». Entretien du Pape François le 19 septembre 2013 avec le Père Antonio Spandaro SJ. Disponible sur : http://www.thinkingfaith.org/articles/20130919_1.htm (consulté le 24 avril 2014)

Bibliographie

Benoît XVI. (2010) *Lumière du monde. Le Pape, l'Eglise et les signes des temps. Un entretien avec Peter Seewald*. Fribourg-en-Brisgau : Herder.

Benoît XVI (2011) *Africae Munus*.

Chiti, L. (2011) « The Church, culture and HIV/AIDS » (L'Eglise, la culture et le VIH/SIDA), *Bulletin JCTR* n° 89, pp. 25-26.

Conférence épiscopale du Tchad (2002) *Déclaration des évêques tchadiens sur le SIDA*. N'Djamena: Evêques catholiques du Tchad

Dowling, K. (2010) *Catholic Social Teaching and the Response of the Church to HIV/AIDS* (L'enseignement social catholique et la riposte de l'Eglise au VIH/SIDA), *National Catholic Reporter* 8/7/ 2010.

Evêques catholiques d'Afrique du Sud, du Botswana et du Swaziland (2001) *A Message of Hope (Un message d'espoir)*.

Kelly, M.J. « Some AIDS-Relevant Teachings of Moral Theology in the Field of Sexuality » (Certains enseignements de la théologie morale, dans le domaine de la sexualité, pertinents pour le SIDA), dans: Moerschbacher, M; Kato, J.; Rutechura, P. (Eds.) (2008), *A Holistic Approach to HIV and AIDS in Africa*, (Une approche holistique du VIH et du SIDA en Afrique), Nairobi: Paulines, pp. 117-128.

McDonagh, E. «Theology in a time of AIDS» (La théologie à l'époque du SIDA), dans : Gill, R. (Ed.) (2007), *Reflecting Theologically on AIDS. A Global Challenge* (Réflexion théologique sur le SIDA. Un défi global), Londres SCM Press, pp. 43-59

Orobator, A. E. (2006) «Ethics of HIV/AIDS Prevention: Paradigms of a New Discourse from an African Perspective » (L'éthique de la prévention du VIH/SIDA : paradigmes d'un nouveau discours depuis une perspective africaine), dans: Hogan, L. (Ed.) (2006), *Applied Ethics in a World Church* (Ethique appliquée dans une Eglise universelle), Maryknoll, NY: Orbis Books, pp. 147-154.

Patterson, G. (2007) « Der Gender-Falle entkommen. Die Aufdeckung patriarchalischer Strukturen in Zeiten von Aids » (Echappée du piège des sexes. La révélation de structures patriarcales à l'ère du SIDA), *Concilium* 43, (3), pp. 342-352.

Rahner, K. (1995) « Theoretische und reale Moral in ihrer Differenz » (Différence entre la morale théorique et la morale réelle) dans: *Selbstvollzug der Kirche* (Auto-accomplissement de l'Eglise). *Ekklesiologische Grundlegung praktischer Theologie* (Fondement ecclésiologique d'une théologie pratique), Fribourg-en-Brisgau: Herder, pp. 233-242.

Symposium of Episcopal Conferences (SECAM) (2003) *The church in Africa in face of the HIV/AIDS Pandemic: Plan of Action* (L'Eglise d'Afrique face à la pandémie de VIH/SIDA), Dakar: SECAM.

Sites Web

ONUSIDA (2014), Aids-Info. Disponible sur:
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>

ONUSIDA (2011), *Fiche d'information mondiale*, www.unaids.org.

II^e Assemblée spéciale pour l'Afrique du synode des évêques (2009). Disponible sur:
http://www.vatican.va/roman_curia/synod/documents/rc_synod_doc_20091023_elenco-prop-finali_en.html

Publications éditées par le Groupe de recherche de la Conférence épiscopale allemande sur les affaires internationales de l'Église

Série des études réalisées par le Groupe d'experts : « Économie mondiale et éthique sociale »

1. Pauvreté et développement dans le tiers monde (1991) Auteurs: Franz Böckle/Hans-Rimbert Hemmer/Herbert Kötter
- 2.- Chrétiens et musulmans face au défi des droits de l'homme. C(1994) Auteurs: Johannes Schwartländer/Heiner Bielefeldt
3. De la dépendance à l'interdépendance. Impulsions et limites de la Théorie de la dépendance (1994); présenté par Franz Furger und Joachim Wiemeyer
4. Die Les nombreux visages de la mondialisation: Perspectives d'un ordre mondial plus juste et plus humain (2000); Etude réalisée par le groupe d'experts Economie mondiale ainsi que par les œuvres religieuses Adveniat, Caritas international, Misereor, Missio Aix-la-Chapelle, Missio Munich und Renovabis

Série «Résultats de la recherche » (Résumés)

1. Valentin Fenneberg/Johannes Müller SJ: Évangéliques - Églises pentecôtistes - Charismatiques. Les Nouveaux Mouvements Religieux, un défi pour l'Église catholique Résumé systématique des résultats de la Conférence internationale Rome, 9 au 11 avril 2013 (2015)

Les publications peuvent être demandées à (sauf la série « Forum Weltkirche » et les documents publiés par des maisons d'édition spécialisées):

Bereich Weltkirche und Migration
im Sekretariat der
Deutschen Bischofskonferenz
Kaiserstraße 161, 53113 Bonn,
Tel. 0228/103-288, Fax. 0228/103-335
E-Mail: wissenschaftliche-arbeitsgruppe.de
E-Mail: dbk@azn.de

Les publications sont en partie disponibles sur Internet sous forme de fichier PDF sur le site suivant:

www.wissenschaftliche-arbeitsgruppe.de

www.wissenschaftliche-arbeitsgruppe.de

