

# **VERS LA LUMIERE**

## **Les enjeux éthiques du VIH/SIDA Repères pour la formation théologique**

**Sous la direction de Charles KLAGBA**

**EHAIA**

Initiative oecuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

**ISBN 2-913746-52-7**

© **EHAIA, Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique**

## TABLE DES MATIÈRES

Préface .....	5
Messsage introductif .....	9
<i>Charles Klagba</i>	
 <i>Première partie</i>	
1- Ethique, religion et VIH/SIDA .....	13
<i>Rév. Canon Gideon Byamugishe</i>	
2- Situation épidémiologique du VIH .....	29
<i>Dr Bertin Affedjou</i>	
3- Ethique et VIH/SIDA du point de vue philosophique .....	39
<i>Pr C.Kwami Dikenou</i>	
4- Ethique de la prévention .....	47
<i>C. B. Peter</i>	
5- Accompagnement pastoral et VIH/SIDA .....	59
<i>Rév. Vincent G. Nyoyoko</i>	
6- Ethique pour briser la stigmatisation. ....	83
<i>Joseph B. R. Gaie</i>	
7- Pouvons-nous ? Oui ou non ? .....	105
<i>C. B. Peter</i>	
8- Genre et éthique dans la lutte contre le VIH/SIDA .....	125
<i>Priscille Ddjomhoue</i>	
 <i>Deuxième partie</i>	
Le curriculum :	
<b>Projets de modules sur l'éthique chrétienne et le VIH/SIDA. ....</b>	<b>139</b>
 <i>Annexes</i> .....	 175



## **PREFACE**

### **Introduction aux séries d'ateliers et à l'atelier de Porto-Novo**

Pendant une année et demie, il y a eu une série de séminaires avec les lieux de formation (théologique et pastorale) pour sensibiliser les formateurs et les Eglises à la prise en compte de la question du VIH/SIDA dans leur programme de formation. La « graine de moutarde » a été semée. Les espaces de rencontres ont été créés. Enfin, les Eglises commencent par se libérer de leur complexe face à cette tragédie qui met en danger l'avenir du continent africain.

Il s'agit maintenant d'« arroser » et de « faire croître » la graine semée dans les lieux touchés par ces séminaires et de continuer à en semer dans les espaces non encore atteints.

### **Consolidation des acquis :**

Pour la période allant de septembre à décembre 2004, je voudrais me lancer dans un début de consolidation des acquis. Il est prévu trois champs d'action avec les lieux de formation théologique :

- la question éthique,
- la question de l'accompagnement pastoral,
- la question de l'éducation chrétienne.

### **La question éthique :**

*Quels paradigmes pour une éthique chrétienne à l'ère du VIH/SIDA dans le contexte africain ?*

### **A – Modalité :**

Rassembler des enseignants en Ethique sur le continent en atelier de quatre à cinq jours pour réfléchir sur comment, concrètement, les Eglises peuvent proposer une approche éthique de la question du VIH/SIDA qui dépasse les clichés classiques de la condamnation et de la stigmatisation.

### **B – Objectif :**

Produire un ou plusieurs outils de réflexion et de travail sur comment aborder sur le plan éthique la problématique du VIH/SIDA dans les trois domaines :

- la prévention,
- l’accompagnement,
- le traitement.

Ces outils devraient être pratiques et facilement utilisables, bien sûr, dans les lieux de formation théologique mais aussi au niveau des communautés de base par les pasteurs et les formateurs laïcs (responsables de femmes, de jeunes, l’Ecole de dimanche...).

### **C- Participants :**

20 à 25 professeurs d’éthique (femmes et hommes) dans les lieux de formation théologique sur le continent :

- Afrique Australe : 5
- Afrique Centrale : 5
- Afrique Occidentale : 5
- Afrique Orientale : 5.

***NB : Dans la mesure du possible les délégations devront être équilibrées (hommes/femmes).***

### **D – Déroulement :**

L’atelier s’est déroulé en trois temps :

Premier temps : **La foire aux idées.**

1– Un (e) médecin spécialiste de la question du VIH/Sida apporte les informations factuelles sur la pandémie et ses conséquences sociales.

2- Un (e) intervenant (e) aborde les enjeux éthiques sur le plan purement philosophique.

3- Un (e) participant (e) de chaque région présente son approche sur la question en prenant en compte les dimensions culturelles (valeurs traditionnelles, la question du genre) bibliques et théologiques en précisant les pistes concrètes qui permettent d’avoir des repères précis en abordant la question du VIH/SIDA dans l’enseignement théologique et dans les communautés ecclésiales.

Chaque présentation d’une durée maximum de deux heures et suivie d’une heure de débats.

***NB : Il serait appréciable d’avoir parmi les intervenants au moins un théologien catholique. Chacune des présentations devra être écrite dans une perspective de publication.***

#### Deuxième temps : **Confrontation**

Les participants en groupes régionaux et ensuite en groupes inter-régionaux confronteront les idées et les approches contenues dans les différentes présentations.

#### Troisième temps : **élaboration d’outils**

Les participants dans ce dernier temps élaboreront des fiches de travail.

#### **E – Date : du 04 au 08 octobre 2004**

Lieu : Institut Protestant de Théologie de Porto-Novo (BENIN)

#### **F – Traduction :**

L’atelier est bilingue : anglais et français.

Cet ouvrage est le résultat de l'atelier de Porto-Novo organisé par le Conseil Œcuménique des Eglises à travers son programme EHAIA (Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique).

Mes remerciements à l'Université Protestante de l'Afrique de l'Ouest (UPAO) qui a accueilli cet atelier et qui a contribué à son succès.

J'espère que cet ouvrage sera un outil utile aux lieux de formation théologique en Afrique et à tous ceux qui sont impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA dans leur effort de formation.

Charles KLAGBA  
Consultant théologique  
EHAIA-COE  
Pâques 2005



## **COLLOQUE ETHIQUE ET VIH/SIDA**

### **Du 04 au 08 octobre 2004**

#### **Message introductif**

Chers frères et sœurs dans le Seigneur, je voudrais commencer mon message introductif par une série de remerciements.

Si ce colloque a lieu aujourd'hui c'est grâce à un trio, à un groupe choc. Je veux nommer le Recteur, le Secrétaire Académique et le Secrétaire Administratif et Financier de l'UPAO. Vous avez été simplement extraordinaires malgré les difficultés de communication sur le continent que nous avons eu à faire face dans l'organisation. Vous vous êtes investis à fond dans l'organisation de ce colloque alors que vous êtes en train de préparer la rentrée académique de la nouvelle Université Protestante de l'Afrique de l'ouest. Pour tout cela et pour bien d'autres choses encore, je vous dis merci.

Mes remerciements vont également à vous participants pour avoir répondu à notre invitation. Je n'oublie pas les différents intervenants qui nourriront la réflexion par leur contribution. Je suis très sensible à la présence du Président de l'Eglise Protestante Méthodiste du Bénin à l'ouverture de ce colloque car la lutte contre le VIH/SIDA par les Eglises dépend énormément de la qualité de l'engagement des chefs d'Eglises sur le continent.

Et pour n'oublier personne, à vous tous qui êtes là aujourd'hui, je vous dis merci.

Je peux affirmer sans risque de me tromper ou d'être contredit qu'avec la pandémie du VIH/SIDA l'humanité dans son ensemble entière est en danger de mort, et à un degré plus alarmant, le continent africain.

Dans un contexte de crise généralisée, l'Eglise qui se fait l'écho ou qui est porteuse d'un message extraordinaire, un message qui est qualifié de Bonne Nouvelle, l'Eglise qui annonce à toutes et à tous la plénitude de la vie et la vie en abondance en Jésus est interpellée.

Aujourd'hui face à la pandémie du VIH/SIDA l'Eglise est atteinte et ébranlée dans ses propres convictions, elle est appelée à re-visiter ses discours et sa praxis pour se rendre audible, crédible et faire espérer contre toute désespérance.

L'Initiative Œcuménique de la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique a été lancée par le monde œcuménique pour aider les Eglises à être compétentes sur la question, les préparer pour accueillir ceux qui vivent avec le VIH/SIDA et lutter contre la propagation du virus dans leurs communautés et dans la société.

Pendant deux ans, il y a eu une série de séminaires dans les lieux de formation (théologique et pastorale) pour sensibiliser les formateurs et les Eglises à la prise en compte de la question du VIH/SIDA dans leur programme de formation. La « graine de moutarde » a été semée. Les espaces de rencontres ont été créés. Enfin les Eglises commencent par se libérer de leur complexe face à cette tragédie qui met en danger l'avenir du continent africain.

Il s'agit maintenant d' « arroser » et de « faire croître » la graine semée dans les lieux touchés par ces séminaires et de continuer à en semer dans les espaces non encore atteints.

Ce colloque est organisé pour se concentrer sur un des champs qui fait le plus problème dans nos Eglises : **la question éthique !**

*Quels paradigmes pour une éthique chrétienne à l'ère du VIH/SIDA dans le contexte africain ?*

Je voudrais préciser que j'entends par éthique, la **théorie** de l'action que l'être humain doit mener pour bien conduire sa vie et parvenir au bonheur.

En tant que Eglise d'Afrique, quel type de discours devons-nous tenir dans la lutte contre le VIH/SIDA ? Quels sont les repères éthiques, les principes éthiques qui doivent gouverner et guider nos actions ? Que devons-nous faire ou ne pas faire pour vaincre le VIH/SIDA ? Je sais que certaines Eglises ont des idées claires sur la question mais forcément efficaces dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Certes, ces questions sont simples dans leur formulation mais les réponses sont très complexes à articuler.

Comme sur le champ de la philosophie, il existe autant d'approches éthiques que de discours théologiques les unes et les autres visant un même objet : le bonheur en tant qu'il est l'objet de la pensée éthique.

C'est une thématique qui reste très explosive dans nos Eglises aujourd'hui !

Cependant, même explosive, nous n'avons pas le droit d'éluder cette question !

Je crois fermement qu'il existe des espaces de convergence pour nos Eglises sur le continent.

Fondé sur cette conviction, vous professeurs et enseignants en Ethique dans les lieux de formation théologique sur le continent, vous êtes ici dans ce colloque pour réfléchir sur comment, concrètement, les Eglises peuvent proposer une approche éthique de la question du VIH/SIDA qui dépasse les clichés classiques de la condamnation et de la stigmatisation.

Chers participants nous sommes ici comme dans un laboratoire pour faire de la recherche appliquée. La théologie pour être théologie ne doit pas se réduire à un exercice intellectuel entre initiés ; elle doit trouver des lieux d'incarnation dans les réalités de la vie ecclésiale et dans les réalités existentielles de nos sociétés.

L'objectif de ce colloque est de produire un ou plusieurs outils de réflexion et de travail sur comment aborder sur le plan éthique la problématique du VIH/SIDA dans les trois domaines :

- la prévention,
- l'accompagnement,
- le traitement.

Ces outils devraient être pratiques et facilement utilisables bien sûr, dans les lieux de formation théologique mais aussi au niveau des communautés de base par les pasteurs et les formateurs laïcs (responsables de femmes, de jeunes, l'Ecole de dimanche...).

Le travail de recherches dans notre laboratoire est construit autour de trois articulations :

Premier temps : **La foire aux idées.**

1 – Un médecin spécialiste de la question du VIH/Sida apporte les informations factuelles sur la pandémie et ses conséquences sociales.

2 – Un intervenant aborde les enjeux éthiques sur le plan purement philosophique.

3 – Un (e) participant (e) de chaque région présente son approche de la question en prenant en compte les dimensions culturelles (valeurs traditionnelles, la question du genre) bibliques et théologiques en précisant les pistes concrètes qui permettent d’avoir des repères précis en abordant la question du VIH/SIDA dans l’enseignement théologique et dans les communautés ecclésiales.

Deuxième temps : **Confrontation**

Les participants en groupes régionaux et ensuite en groupes inter-régionaux confronteront les idées et les approches contenues dans les différentes présentations.

Troisième temps : **élaboration d’outils**

Les participants dans ce dernier temps élaboreront des fiches de travail.

Chers participants, le défi nous est lancé : mieux équiper nos Eglises dans la lutte contre VIH/SIDA. Cette mission est la réponse à notre vocation de chrétiens ; elle est accomplie en partenariat avec Dieu, ce Dieu qui est capable de faire au-delà de tout ce que nous pouvons anticiper ou espérer.

Je vous remercie.

Charles KLAGBA

# **ETHIQUE, RELIGION ET VIH/SIDA**

***Qu'est-ce qui nous pousse, chrétiens et Eglises à nous engager dans la prévention du VIH/SIDA, dans la prise en charge du SIDA, et dans le plaidoyer et la mise en place d'un partenariat ?***

Rev. Canon Gideon Byamugisha

## **ETHIQUE, RELIGION ET VIH/SIDA**

### **1. Sommaire.**

#### **1.1 : *Pourquoi devons-nous nous engager ?***

1.11 : La souffrance et la mort produites et entretenues par des maladies que l'on peut prévenir, ajourner et gérer.

1.12 : La complexité des questions morales et éthiques et les dilemmes forgés par le VIH/SIDA qui défient notre organisation traditionnelle, éthique/morale en matière de prévention, de prise en charge et de traitement.

1.13 La complexité de la crise qui défie les réponses simples, individualistes et non englobantes.

1.14 Les impératifs Divins à :

a) aimer notre prochain comme nous-mêmes ;

b) protéger la vie et promouvoir la vertu ;

c) faire régner le Royaume de Dieu sur la terre comme c'est le cas dans les cieux.

### **2. Dilemmes moral et éthique du VIH/SIDA.**

#### **2.1. *Introduction***

Bien que nous ayons beaucoup d'éléments de connaissances basi-

ques sur le VIH/SIDA, nous sommes conscients qu'ils ne sont pas suffisants pour nous éclairer sur la gravité de la question. Il nous reste à apprendre des recherches en cours et de l'expérience personnelle que plusieurs personnes sont prêtes à partager.

Mais ce que nous connaissons est-il religieusement et de manière pertinente répandu en vue de prévenir de nouvelles infections, et de promouvoir la prise en charge et le soutien des PVVIH et des personnes affectés par le VIH et le SIDA ?

Abordons-nous honnêtement, courageusement et avec réalisme les questions et les dilemmes que cette nouvelle réalité de VIH/SIDA nous pose ?

Que pouvons-nous dire de plus ? Que pouvons-nous être de plus ? Et que pouvons-nous faire de plus en tant qu'hommes de foi et Institution de formation supérieure ?

## 2.2. : *Le premier dilemme*

Pour plusieurs d'entre nous, le fait que le VIH/SIDA soit notre maladie – individus, familles, communautés locales (lieux de culte, de travail, d'éducation, de loisir, de résidence et d'affaires), nations, religions et en tant que famille globale, pourrait demeurer un phénomène difficile à accepter entièrement.

Parce que nous avons appris que le VIH/SIDA s'est premièrement répandu parmi les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées et chez les personnes que nous avons classifiées sous le label de la « promiscuité sexuelle », nous avons tendance à croire que le VIH/SIDA est **leur** maladie, comme si cela était en parfait accord avec leur mode de vie. Une oreille attentive nous permet de vite identifier des préjugés, des jugements de valeurs et les intolérances dans certains de nos discours et sermons, qui ne sont malheureusement que des reflets de notre mauvaise compréhension, des croyances erronées et des inexactitudes qui entourent encore cette pandémie.

### 2.3. *Les croyances sur la gravité de la situation*

Certains d'entre nous sont sous le poids de la souffrance humaine que draine avec elle la pandémie du SIDA et qu'elle continuera de répandre. Certains croient que les souffrances ne perdureront point, et se limiteront à une catégorie de personnes ; celle de ceux qui se refusent à écouter nos appels au changement de comportement à savoir, les toxicomanes, les prostituées, les adultères, et les fornicateurs. Une fois que ceux-ci auront bu la coupe de leurs souffrances jusqu'à la lie, et qu'ils auront été boutés hors de nos familles et de nos communautés locales, la bataille sera terminée.

Malheureusement les statistiques sans arrêt croissantes, qui vont bien au-delà des prévisions en ce qui concerne le nombre de personnes infectées (que ce soit par les relations sexuelles légales et illégales, par transfusion de sang infecté, par l'utilisation d'objets souillés, ou de la mère à l'enfant par l'allaitement maternel ou à l'accouchement), n'appuient pas cette merveilleuse croyance qui s'avère erronée.

Au plan statistique, il y aurait une différence significative entre les personnes 'refusant' de changer leurs comportements à risque aux plans sexuel, social, culturel économique et en ce qui concerne leurs habitudes de soins et celles qui n'arrivent pas à le faire. Il est mis à leur disposition les informations, leurs aptitudes et attitudes, les services et autres mécanismes de soutien disponibles – à tous les niveaux de notre société – afin de les rendre capables de prendre des décisions, de poser des actes et de faire des choix éclairés.

Selon les chercheurs, l'humanité n'a pas vécu toute l'étendue des dégâts que peut causer le VIH/SIDA, qui continue de se répandre avec rapidité et arrogance face à nos réponses simplistes, individualistes et fragmentées. Car, si la souffrance humaine individuelle est extrême comme ce que j'ai expérimenté en tant que porteur de la maladie, on peut alors s'imaginer ce que ce sera si l'humanité tout entière devait être atteinte.

Dans plusieurs de nos pays, une génération de jeunes adultes est en train de mourir prématurément, laissant des orphelins à l'âge où ils

ont le plus besoin de leurs parents, vidant ainsi des communautés entières, des pays entiers de leurs futurs leaders dans les secteurs des affaires, de l'éducation, de la politique, de l'agriculture et de la sécurité.

Bon nombre de systèmes médicaux de nos pays, déjà accablés par la pauvreté, les guerres civiles, la malnutrition, la tuberculose, le malaria, et autres maux imaginables, sont à bout de souffle face aux fortes pressions sur leurs ressources financières, techniques et médicales auxquelles ils sont incapables de répondre favorablement. Dans le même temps, le nombre de patients double, triple, voire quadruple.

Seules, une attitude sobre, courageuse et une compréhension critique des notions élémentaires et des réalités sinistres qui entourent cette maladie nous rendra capables de concevoir une stratégie participative et des réponses de nature multisectorielle, multilatérale et multidimensionnelle susceptibles d'avoir un impact immédiat.

#### ***2.4. Pas de place pour les raccourcis, pas de place pour la complaisance***

La pandémie du VIH/SIDA pose un certain nombre de problèmes sociaux, médicaux, spirituels et politiques tant au niveau individuel, familial, communautaire, institutionnel, national qu'au niveau global, avec des profondes implications quant à nos croyances religieuses, nos pratiques et notre moralité.

##### **2.4.1. Le sexe et le mariage**

Le premier aspect des questions morale et éthique est celui du sexe et du mariage.

Etant donné que des millions de personnes sont déjà séropositives, (dont plusieurs à leur insu et/ou d'autres qui le cachent), nos amis, nos filles et fils, nos oncles et tantes doivent-ils entreprendre un projet de mariage ou se laisser aller à la sexualité sans avoir reçu, au préalable des conseils appropriés et sans faire un test de dépistage du VIH ? Qu'advierait-il si dans toute une communauté locale, tout un village, toute une sous-préfecture il n'existe aucun service approprié pour ce genre d'encadrement ?



Devons-nous élire comme chefs locaux et leaders nationaux uniquement ceux qui sont capables d'offrir de tels services d'accompagnement et de dépistage ? Et que se passerait-il si, malgré l'existence de tous ces services, les populations choisissaient de ne pas en bénéficier ? Que pouvons-nous faire ou conseiller à un couple dans lequel l'un des deux est déclaré séropositif ? Que faire si ce sont les deux ?

#### 2.4.2 Sexe avant ou en dehors du mariage

Etant donné la réalité et le pourcentage élevé des infections et de la transmission du VIH par les rapports sexuels non protégés (comme par exemple les relations sexuelles lorsque l'un au moins des deux partenaires est déjà séropositif), que pouvons-nous dire ou faire à l'endroit de tous ceux qui peuplent nos églises, mosquées, temples ou nos lieux de service, écoles, nos lieux de loisir ou d'affaires, qui, pour une raison ou une autre – et ce malgré nos conseils et enseignements sur la sainteté en matière de sexualité dans le mariage et dans le célibat – se refusent à abandonner leurs exploits sexuels avec nos filles, fils, oncles et épouses ?

Nos conseils peuvent-ils être suffisants ou devons-nous préconiser des mesures juridiques contre ceux qui se livrent aux rapports illégaux et non protégés avec le risque de contracter ou de transmettre le VIH ?

Même dans les couples légalement mariés (ou les ménages fondés sur consentement mutuel mais non sur un acte légal), le choix des rapports protégés ou non (qui implique test de dépistage, le régime essentiellement monogame avec une connaissance mutuelle du statut sérologique négatif des deux partenaires, l'utilisation correcte des préservatifs, la prévention d'infection et de transmission par les autres vecteurs du VIH) doit-il être laissé à la discrétion de chaque partenaire individuellement ou doit-il être obligatoire ?

#### 2.4.3 Infection de la mère à l'enfant

- Les femmes séropositives doivent-elles enfanter ou s'abstenir de leur maternité à moins d'avoir accès à l'information et aux services de prévention de transmission de la mère à l'enfant ?
- Certains de nos leaders spirituels qui sont féroce­ment contre

les méthodes contraceptives scientifiques (utilisation des préservatifs et autres méthodes) devraient-ils en arriver à les tolérer en cas d'infection par le VIH de l'un ou des deux partenaires sexuels et aussi pour ceux qui sont « séro-ignorants » ?

- Etant donné le risque de transmission par l'allaitement maternel, une mère PVVIH ayant eu un enfant sain doit-elle l'allaiter ? Avons-nous pensé à ce qui arriverait si une telle famille n'avait pas de moyens pour offrir au nouveau-né l'alimentation artificielle adéquate, ou si celle-ci, par crainte du milieu, décidait quand même d'en prendre le risque ?
- Quel serait le traitement adéquat si l'enfant naissait séropositif ? Que se passerait-il si cette famille était incapable de supporter le poids financier du traitement ? Qu'en est-il des familles qui sont capables de supporter le coût d'un tel traitement mais qui choisissent d'investir dans d'autres projets qu'elles jugent plus utiles qu'une vie humaine ?
- Les individus, les familles, collectivités locales, leaders nationaux, etc. doivent-ils être tenus pour responsables des morts qu'ils auraient pu prévenir si l'on considère qu'ils ont transformé les politiques et programmes de prévention du VIH en projets rentables ?
- Jusqu'à quel point les membres d'une famille, les élus locaux, les leaders nationaux doivent-ils légalement prévoir un accompagnement de qualité, le traitement et le soutien à tous ceux qui sont infectés ou affectés par le VIH à cause de l'infection de leurs parents ?

#### 2.4.4. Les séropositifs

- Quelles sont les responsabilités et les obligations morales des séropositifs dans la sexualité et face aux autres comportements qui pourraient être un risque d'infection pour l'entourage ?
- Que devons-nous faire ou dire aux séropositifs qui malgré tout refusent :
  - a) *de reconnaître et d'admettre leur état de séropositivité,*
  - b) *de s'abstenir des rapports sexuels,*
  - c) *d'opter pour une sexualité, une attitude sociale et un suivi*

*médical plus appropriés afin d'éviter la transmission du virus à d'autres ?*

Doit-on encourager ou obliger quelqu'un qui est déclaré séropositif à remonter à tous ses partenaires sexuels pour en parler ou se limiter au plus récent ? Devrait-on en informer les amis, employés, coiffeurs, parents ? Et quand ils en ont pris conscience, ont-ils le droit ou la responsabilité d'en parler, à qui pourraient courir le risque d'une infection ?

#### **2.4.5. La mort que l'on peut prévenir, la mort que l'on peut ajourner et l'inévitable mort**

- Où se situe notre responsabilité individuelle ou collective en tant que familles, collectivités locales, institutions, mouvements internationaux en ce qui concerne les morts que nous aurions pu prévenir, éviter ou ajourner mais qui se sont produites à cause de notre silence, de la stigmatisation (de la maladie et des infectés) et notre manque d'initiative ?
- Quel niveau de douleur doit être toléré et enduré avant qu'une seule mort advienne finalement ? Y a-t-il un plafond ou une limite à l'acharnement médical à prolonger la vie des personnes malades que les individus, les familles les communautés locales, les nations ou les leaders ne doivent pas permettre ?
- Que pouvons-nous dire ou faire aux professionnels de la santé, y compris les médecins, étudiants en médecine et infirmiers qui s'interdisent ou hésitent à soigner des malades du SIDA soit parce qu'ils protègent leur santé, soit parce qu'ils sont convaincus que toute tentative de traitement de SIDA est un gaspillage en ressources et en énergie pour quelqu'un déjà destiné à mourir ? Que dire à ces professionnels de la santé qui croient faussement que tout traitement est une tentative d'aller à l'encontre du châtimeut infligé par Dieu ?

#### **2.4.6. Le dépistage**

- Puisque des milliers de personnes sont déjà infectées sans le savoir, ne serait-il pas juste que pour sauvegarder le bien commun de la société, tous se fassent dépister ?

- Comment pourrions-nous subventionner et gérer une telle politique si elle devait être observée ?
- Dans le cas où un religieux, leader national, chef de collectivité locale ou éducateur ne s'est pas soumis au dépistage, a-t-il l'autorité morale de s'adresser à ceux qui répandraient le virus ? Nous devons garder en idée que ce leader/éducateur peut sans le savoir être non seulement infecté, mais peut aussi avoir répandu le virus à travers des rapports non protégés avec son conjoint, l'allaitement maternel ou transfusion sanguine.
- Comment pouvons-nous accuser les individus pour des cas particuliers d'infection et de transmission du VIH sans tenir compte des contextes socio-économique, religieux, culturel et politique dans lesquels se moulent toutes les décisions personnelles ?

#### 2.4.7. Structures humaines, rapports et organisations

- Quelle attitude devons-nous adopter face à nos structures sociale, économique, culturelle, religieuse, aux organisations locale, nationale ou internationale qui sont des facilitateurs et promoteurs de l'expansion du VIH/SIDA ?
- Où et comment trouverons-nous des ressources financières et humaines pour prendre en charge nos malades quand nous savons que ces ressources sont limitées et que personne ne veut se mettre au service de l'autre ?
- Quelle solution préconiser face à la distribution inégale des ressources, revenus, services et de l'information entre les communautés, pays et continents ?
- Que faire ou dire à des personnes qui d'une façon passionnée, affectionnée et sincère campent radicalement sur leurs idées, leur point de vue et leur conviction – aussi trompeurs soient-ils – et qui se heurtent à la prévention du VIH, à la prise en charge des PVVIH, à l'atténuation de l'impact de l'infection ou affection et au plaidoyer ?
- Face à toutes ces questions, qui est-ce qui décide des actions à mener, et de quelle valeur, norme et autorité et pouvoir la décision se nourrit-elle ?

## 2-4.8 Messages et points de vue largement répandus mais à prendre avec prudence

- Le message préventif du VIH/SIDA le plus connu de tous est la méthode qu'on a nommé ABC. Comment pouvons-nous être aussi indifférents et imperturbables face à cette méthode à la fois superficielle et inadéquate, qui n'apporte jusqu'ici aucune solution fiable face à l'énorme défi de la pandémie du VIH/SIDA ?
- L'échec de cette méthode à identifier et à aborder les facteurs économiques, socioculturels et politiques qui ont favorisé l'expansion de la pandémie doit particulièrement interpeller les leaders religieux et hommes de foi. Le message a conduit à une concentration excessive autour des comportements sexuels et des autres considérations qui l'entourent. On insiste ici exclusivement sur les individus comme étant seuls capables de modifier leur comportement sexuel sans prendre à cœur d'agir concomitamment sur les déterminants structurels aux niveaux familial, communautaire, institutionnel, national et global.
  
- Dans un contexte où l'information et les avis sont aussi diversifiés, qui pourrait affirmer que ce qui est dit 'légal' s'assimile nécessairement à ce qui est 'sain' ?
- Devons-nous parler uniquement des comportements à haut risque ou devons-nous aussi intégrer la dimension d'environnements à haut risque ?
- Sommes-nous assez avisés, hommes et femmes de foi, à justifier l'expansion de la pandémie du VIH/SIDA sur le continent africain, non pas comme la conséquence des péchés de quelques pécheurs non repentis (compte non tenu de ceux qui essaient en vain de changer de comportement), mais justement comme une maladie inextricablement liée aux facteurs socio-économiques et politiques, à la fois historiques et actuels ?
- Comment nous y prenons-nous pour transformer le 'vous' dans le « si vous obéissez » des Ecritures en un 'vous' qui renvoie dorénavant non seulement aux individus, mais aussi aux familles,

aux collectivités locales, aux institutions, aux nations et à la grande famille humaine en général ?

- Comment nous faire face aux autres voies de contamination outre le sexe mais qui malheureusement finissent par continuer à répandre le VIH par le sexe ?
- Avons-nous en tant qu'hommes de foi, analysé profondément les effets de la récession économique, du poids de la dette et des mesures prises pour juguler ces crises, sur la transmission, l'expansion et le contrôle du VIH/SIDA en Afrique ?

#### 2.4.9 Mesures de prévention, attitudes religieuses et publiques

De toutes les méthodes de prévention préconisées, deux demeurent des sujets de débats, d'émotions et controverses : la distribution des préservatifs à la frange de la population sexuellement active ; le programme de distribution des seringues aux toxicomanes.

- Quelles réponses apportons-nous à ceux qui pensent que la promotion des préservatifs et des seringues favorisera la promiscuité et l'abus des drogues ?
- Que dire à cet autre discours selon lequel l'utilisation des préservatifs ne garantit pas des rapports protégés mais ne contribue qu'à réduire le risque ?
- Que dire de ceux qui, adoptant une attitude irrationnelle, nient leur vulnérabilité tout simplement en se considérant eux-mêmes comme *trop pieux, trop vieux, trop jeunes, trop fidèles, trop respectables* pour contracter ou transmettre le VIH/SIDA ?
- Comment concilier les avis divergents nourris par les hommes de foi à propos des couples discordants vivant avec le VIH/SIDA selon lesquels :

- a) « *le renoncement mutuel et l'ajournement indéfini de l'union sexuelle peuvent entretenir et renforcer symboliquement, psychologiquement et spirituellement un mariage ?* »
- b) « *la consolation et l'intimité d'une sexualité protégée peu-*

*vent être cruciales à leur fonctionnement psychologique, émotionnelle, sociale et spirituelle si l'un au moins des époux a été déclaré, infecté par le VIH/SIDA ? »*

– L'amour, la compassion et l'expérience personnelle peuvent-ils être de meilleures sources de vertus pour la moralité et la conduite sexuelle que les codes moraux bourrés de « prescriptions » et « d'interdits » ?

– Y a-t-il une dissemblance entre les exhortations à une pureté sexuelle et celle visant à améliorer la santé publique ou alors sommes-nous en présence de la même exhortation ayant plusieurs appellations ?

– Quelle différence existe-t-il entre « ce qui est conforme à la loi » et « ce qui donne la sécurité » ? Ce qui est fait légalement est-il nécessairement et automatiquement sûr ?

Une femme s'exclamait en disant : « je pense que les religions et les partisans religieux ont vraiment une part vraiment difficile dans la pandémie du VIH/SIDA.

*a) que voulait-elle insinuer ?*

*b) avait-elle tort ou raison et jusqu'à quel point ?*

– Si nous reconsidérons la vertu de l'incarnation, pouvons-nous affirmer que tous sont à l'image de Dieu, indépendamment de qui ils sont et de ce qu'ils ont fait ou n'ont pas fait pour être infecté ?

– Pouvons-nous dire que prévenir le VIH/SIDA en informant, en formant et en mettant les ressources à disposition, c'est accomplir à cette parole de Jésus qui dit : « *chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait ?* »

## **2.5. Le traitement**

1) De notre point de vue, en tant que partisans d'une religion et hommes de foi,

*a) les patients ont-ils l'obligation de se soumettre très tôt au traitement afin de protéger leurs rapports sexuels et ré-*

*duire les coûts sociaux et économiques des traitements des cas de maladie avancée ?*

- b) les familles, les collectivités locales, les institutions et les nations ont-elles l'obligation de prévoir les facilités de traitement et les services qui s'avèrent nécessaires pour la réduction de l'impact du VIH/SIDA sur l'individu et sur sa société ? Quelles seront leurs responsabilités éthique et légale si elles s'obstinaient à ne pas le faire ?*
  - c) la potentielle satisfaction de la prise en charge et du traitement devrait-elle permettre de faire du dépistage une routine et un impératif pour les individus, les hôpitaux et les nations au sein desquelles il y aurait une forte prévalence de séropositivité ?*
- 2) Qui prendrait sur lui la charge financière de ce traitement compte tenu du fait que la majeure partie des infectés se retrouvent au seuil de la pauvreté, incapables d'assumer cette responsabilité financière chaque mois jusqu'à la fin de leur vie ?
  - 3) Les firmes pharmaceutiques ont-elles la responsabilité et l'obligation morales de réduire ou se passer de certains bénéfices sur leur chiffre d'affaires dans l'intérêt des malades du SIDA ?
  - 4) Qu'est-ce qui nous paraît le plus avantageux : opter pour une politique strictement utilitaire en mobilisant nos ressources vers les autres secteurs ou bien accorder aux ARV les meilleures subventions de l'Etat pour une prise en charge de tous les malades sans aucune discrimination ?
  - 5) Quelles sont les obligations morales de la société et des malades envers les professionnels de la santé ? Comment compensons-nous la dépression psychologique du corps médical, des conseillers et des assistants aux malades ?
  - 6) Les médecins et autres agents de la santé ont-ils la responsabilité morale de dépister les patients afin d'évaluer le ni-



veau du risque d'infection avec un patient particulier dans le cas d'une piqûre accidentelle d'un agent du personnel pendant le traitement ?

- 7) Comment parvenir à trouver un équilibre entre le droit moral du patient à la confidentialité et son autonomie d'une part et le bien-être du personnel médical d'autre part ?
- 8) Etant donné la nature fatale du SIDA et les souffrances des infectés, pouvons-nous justifier d'un point de vue éthique les expérimentations médicamenteuses sur des personnes dépistées, pour prévenir ou retarder/ajourner la mort ?
- 9) Comment concevoir que l'Afrique, qui compte plus des 2/3 des personnes infectées par le VIH/SIDA, ne reçoive qu'environ 13 % des ressources globales investies dans les programmes de prise en charge et de lutte contre le fléau ?
- 10) Quels sont les devoirs et obligations de l'employeur envers ses employés malades dans le cadre de leur traitement et comment s'assurer que leurs droits à la confidentialité, à l'emploi et à la non-discrimination sont respectés et protégés ?

### 2-5.1 Les recherches sur le vaccin

- Supposons que le projet de vaccin soit enfin réalisé. Comment ses producteurs s'y prendront-ils pour fixer un juste coût, supportable par les pauvres et les plus démunis ?
- A quoi faisons-nous vraiment allusion lorsque nous parlons d'un vaccin protecteur : s'agit-il de prévenir les peuples de la contamination ou alors de la maladie ?
- Comment les chercheurs détermineront-ils le succès ou l'échec d'une recherche sur le vaccin puisque, s'il faut attendre d'utiliser la progression du SIDA comme mesure de l'échec, il ne faut pas perdre de vue que les expérimentations s'étendront sur plusieurs années à cause du fait du ralentissement du rythme de manifestation de la maladie ?
- Comment s'assurer que les propriétés dudit vaccin correspondent

aux normes internationales et que les pays qui coordonnent les expérimentations ont des politiques de recherches sur le SIDA, et possèdent un système médical équipé pour conseiller, dépister, offrir un cadre de prise en charge médicale de même que pour tester le vaccin ?

### 2.5.2 **Dépression chronique et risques de suicide chez les PVVIH.**

S'il est vrai que l'auto-stigmatisation et la stigmatisation sociale semblent enfin décroître et devenir moins oppressante, il n'en demeure pas moins vrai que les PVVIH sont fréquemment déprimées et, dans certains cas, développent des comportements suicidaires et des tendances meurtrières. Comment parvenir à éradiquer complètement cette auto-stigmatisation et la stigmatisation sociale qui accroissent les risques de dépression chronique chez les PVVIH ?

### 2.5.3 **Les femmes et le VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA tend à être un important obstacle pour la fécondité et la reproduction, un problème socio-économique et même en ce qui concerne la question du genre pour les femmes.

***Comment les résoudre comme une mission commune orientée vers des résultats ?***

- Les femmes séropositives ont-elles le droit de porter une grossesse ?
- Les femmes qui désirent porter une grossesse doivent-elles se soumettre au test de dépistage afin de sauvegarder la vie du futur enfant ?
- Dans plusieurs cas de maladies, c'est la mère qui assure le rôle d'assistante médicale dans sa famille. Qu'advient-il lorsque c'est elle qui fait la maladie et qui a besoin de soins ?
- Comment s'assurer que les femmes séropositives bénéficient des mêmes appuis et aient la même importance dans la communauté que les hommes dans le même cas ?
- Que faire face aux femmes avec des enfants infectés et qui pourraient nourrir un grand sentiment de culpabilité et de regrets d'avoir elles-mêmes infecté leurs enfants ?

- Comment venir en aide aux femmes séropositives sans enfants afin de les amener à gérer au mieux la perte de leur potentiel d'enfantement dans les localités où il n'y a pas encore de structure de prise en charge ?
- Comment combattre l'attitude de nos populations qui tendent à considérer les femmes beaucoup plus comme vecteurs d'infection qu'en tant que victimes des infections ?
- Comment réagir face aux discours très répandus sur la prévention par la méthode ABC qui s'avère plus stigmatisant que libérateur pour les femmes ?

### 3 – Conclusion

Il est clairement évident à travers toutes les questions et les problèmes non résolus que la pandémie du VIH/SIDA assaille les croyants d'interrogation difficile à répondre. De ce fait, toute tentative de réponse doit être motivée par quatre impératifs religieux :

- 1) témoigner de l'amour de Dieu envers nos semblables ;
- 2) sauver des vies en prévenant l'infection, en prenant en charge la maladie et en prévenant ou tout au moins ajournant la mort ;
- 3) œuvrer pour la réconciliation entre les peuples et à tous les niveaux de la société ;
- 4) veiller à ce que la justice soit pratiquée à tous les niveaux de nos sociétés.

Pour la réalisation de ces impératifs religieux nous devons :

- a) rassembler les informations les plus actuelles et les plus précises sur le VIH/SIDA ;
- b) lutter contre les profondes sensibilités qui lèstent et parfois même mettent en conflit les prises de position et certains ;
- c) accroître le pouvoir de discernement à travers l'enseignement religieux, la prière, les réflexions théologiques et pastorales ;
- d) mettre en vigueur le caractère distinctif de la réflexion éthi-

que religieuse qui considère chaque être humain comme une infinie de valeur indépendamment de l'âge, du statut social, du sexe, de la race, du genre, etc.

Etant donné que l'éthique est l'étude systématique du raisonnement moral en théorie et en pratique, et qu'elle tente de répondre aux questions sur le mal et le bien en même temps qu'elle en décrit la complexité ; le raisonnement et la persuasion doivent nécessairement être bien informés et tournés vers une tâche.

Pour les groupes de foi en général et les universités en particulier, l'engagement dans le dialogue éthique autour des questions liées au VIH/SIDA exige une connaissance élémentaire des principes éthiques ; une aptitude à cerner les implications du problème dans les dimensions personnelle, sociale, économique et politique, ainsi qu'une dose suffisante et crédible d'informations scientifiques et techniques.

Les sociétés et les personnes affectées par le VIH/SIDA brûlent de questions et sont confrontées aux dilemmes moraux, les hommes de foi dans les institutions de formation sont comme ceux pouvant apporter un soutien moral dans ce tourbillon de questions et de dilemmes. Pourrons-nous, hommes de foi, saisir cette opportunité pour contribuer à trouver des réponses et des solutions aux questions et dilemmes liées aux VIH/SIDA, ou tomberons-nous simplement dans l'oubli de l'inefficacité ?

Le cadre moral auquel nous avons été soumis concernant le VIH/SIDA se résume en des principes, dont plusieurs relèvent de l'éthique et de la morale individuelles. L'expérience du VIH/SIDA ne nous apprend-elle pas qu'il est vraiment temps de développer et d'appliquer une éthique communautaire aux problèmes du monde qui met les individus, les institutions, les nations et la communauté humaine entière au centre de la réflexion éthique ?

# Situation épidémiologique du VIH

Présenté par Dr Bertin AFFEDJOU

## I - **Épidémiologie du VIH : Distribution spatiale et temporelle**

### *Définition des concepts*

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquis : stade ultime de l'infection et survient environ au bout d'une dizaine d'années d'évolution de la maladie et est constitué de l'association d'un certain nombre de pathologies dites opportunistes.

CARACTERISTIQUES : Pandémie.

### **VIH/SIDA : un problème majeur de santé publique de par le monde**

Début de l'épidémie : années 70 / 80.

Premières cibles atteintes :

homosexuels et bisexuels d'Amérique, d'Australie  
et d'Europe Occidentale.

hommes et les femmes à partenaires multiples des Caraïbes,  
d'Afrique centrale et Orientale.

Cibles suivantes : usagers de drogues intraveineuses et leurs partenaires sexuels.

1990 : Explosion de l'Epidémie.

Actuellement, propagation dans tous les pays avec de tragiques conséquences sociales et économiques notamment effets dévastateurs sur les systèmes de santé.

## **Situation dans le monde et en Afrique**

ESTIMATIONS 2003, ONUSIDA/ OMS estiment à :

40 millions le nombre de personnes vivant avec VIH dans le monde dont 26.6 millions en Afrique subsaharienne (environ 70% total mondial). 5 millions de personnes ont contracté le virus au cours de cette année dont 3.2 millions en Afrique subsaharienne.

### **Situation du VIH dans le monde**

- Aux USA, en Australie et en Europe occidentale, la situation épidémique s'est stabilisée avec une baisse ou une stagnation de l'incidence de la maladie
- En Europe orientale et en Asie centrale et orientale, l'épidémie croît très rapidement (1/5 des PVVIH se trouve en Asie).
- L'Afrique subsaharienne est de loin le continent le plus touché et abrite les 2/3 des PVVIH (1 adulte sur 12 est PVVIH).

### **Situation du VIH en Afrique**

- Point de départ Afrique orientale et centrale (Kénya, Malawi, Rwanda, Zambie et Zimbabwe).
- Actuellement prévalence estimée dans ces pays à plus de 10% et parfois 40% chez les femmes enceintes des zones urbaines.
- Prévalence consultants IST ou TS estimée à 50%.
- Principal mode de contamination : voie sexuelle hétérosexuelle
- Profil des populations plus touchées : 15 - 24 ans, femmes.

L'épidémie a tué plus de 3 millions de personnes dont 2.3 millions en Afrique subsaharienne.

Prévalence VIH varie considérablement à travers le continent africain : moins de 1% en Mauritanie, à presque 40% au Botswana et au Swaziland (Afrique australe).

### **Situation épidémiologique au Bénin**

1985 : 1<sup>er</sup> cas

Réseau sentinelle : progression rapide de 1992 à 1998

Situation stabilisée depuis 1998 – 1999 – 2002 : grande enquête nationale pour valider les données sérosurveillance par réseau sentinelle a été réalisée dans les 12 départements :

- Mise en place d'un SSE du VIH / SIDA : 1990,
- Séro-surveillance sur sites sentinelles,
- Notification des cas de SIDA ,
- Enquêtes ponctuelles,
- SSE : données essentielles des sites sentinelles,  
(cibles : CPN et consultants IST),
- 11 sites de 1990 à 2001 (7 maternités et 4 centres de PEC des IST),
- 45 sites en 2003 (39 maternités et 6 Centres de PEC IST)
- Prostituées suivies par le projet SIDA 3,
- 3 communes sélectionnées au hasard par département : 36 communes,
- 242 sites urbains et ruraux impliqués,
- 17 628 sujets ainsi testés pour le VIH.

### **Résultats enquête**

Prévalence moyenne nationale : 1.9 %

Avec des disparités régionales

0.8 % à 3 % selon départements

Moins de 1 % à 6.4 % selon communes

la prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

### **Profil sérologique :**

VIH1 : 99 %

VIH2 : 0.6 %

VIH1+2 : 0.3 %

2003 : surveillance avec extension réseau sentinelle

VIH CPN : 2.2 %

VIH IST : 6.5 %

VIH donneurs sang : 2.1 %

Tuberculeux : 18 %

Syphilis : 1.3 %.

### **Estimations 2003 :**

Naissances séropositives annuelles : 1800

Nombre PVVIH : 71 950  
Nombre orphelins : 32 810.

### **Notification des cas au Bénin en 2003**

- Nombre cas SIDA notifié = 100
- Nombre cas SIDA notifiés cumulés = 6203 de 1985 à 2003
- Tranche d'âge plus touchée : 15 à 49 ans = 80%
- Problème sous – notification
- Nombre estimé nouveaux cas SIDA en 2003 : 6590.

### **Quelques autres prévalences au Bénin**

- Tuberculeux, 2003 : 18%
- Routiers enquête, 2001 : 4,1%
- PS, 1999 : 55%
- Jeunes déscolarisés, 1996 : 4%
- Ouvriers des entreprises, 1996 : 2,6%.

### **Cas de SIDA notifiés en 2002 par grand groupe d'âges**

Evolution normale d'une courbe de prévalence du VIH

Evolution de la prévalence moyenne du VIH dans les sites sentinelles chez les consultantes prénatales au Bénin de 1990 à 2001

Evolution de la prévalence moyenne du VIH dans les sites sentinelles chez les consultants (es) IST au Bénin de 1990 à 2001

### **Nécessité de validation données séroprévalence par réseau sentinelle**

**VIH au Bénin** : Enquête de Surveillance des Comportements à Risque d'infection à VIH / SIDA / IST au Bénin 2001 (PNLS ; USAID ; FHI et CEFORP).

- Population étudiée : Scolaires, Non scolaires, Camionneurs/ Routiers, PS
- Taille de l'échantillon : 10321 Sites
- Principales villes et autres régions du pays
- Critères de choix : axes routiers, importance du fait urbain,



activités tertiaires, secteur informel, zones frontalières, proximité aux sites sentinelles.

VIH au Bénin : Enquête de Surveillance des Comportements à Risque d'infection à VIH/SIDA/IST au Bénin 2001 (PNLS; USAID ; FHI et CEFORP)

VIH au Bénin : Autres enquêtes ponctuelles en cours en 2004 et celles prévues pour l'année 2005.

### **Deux grandes études en cours :**

- 1 – EDG : débute en septembre 2004 (PNLS, PPLS, BHAPP, SIDA3, Coopération Française, CEFORP)
- 2 – Enquête en milieu carcéral au Bénin : en cours (PNLS, Coopération Française, ONG JAAD).

### **Enquêtes à réaliser en 2005 :**

- Enquête en milieu scolaire
- Etude de l'infection à VIH au sein des agents de santé  
*VIH au Bénin : Projections pour l'année 2010 (Logiciels Spectrum et EPP à partir des données de la surveillance par réseau sentinelle).*

## **II - Modes de transmission**

### ***Conditions de transmission :***

Porte d'entrée du virus (muqueuse génitale ou rectale, voie parentérale, voie materno-fœtale).

Quantité de virus (charge virale) présente dans le milieu contaminant.

### ***Modes de transmission***

VIH retrouvé dans :

- Sang et ses dérivés
- Secrétions génitales : sperme et sécrétions vaginales
- Autres liquides biologiques : salive, urines, larmes, lait maternel
- Organes : ganglions, etc.

## **De la mère infectée à l'enfant**

Importance et gravité :

90% VIH enfants = contamination maternelle

30 - 40% de bébés nés de mères porteuses de VIH sont infectés

Périodes de transmission du VIH :

- Pendant la grossesse,
- Pendant l'accouchement,
- Ou pendant l'allaitement.

**Par voie sexuelle** (Groupe à risque : TS)

*Le SIDA essentiellement une maladie à transmission sexuelle.*

**Majorité des infections par VIH transmises par rapports sexuels non protégés avec une personne déjà infectée.**

Fréquence : 75 – 85%

Facteurs à risque : Rapports sexuels non protégés

Nombre de rapport nécessaire pour une transmission : 1 suffisant

**Par voie sanguine** (Groupes à risque : transfusés, utilisateurs drogues injectables sang) :

- dérivés sanguins infectés (transfusions) ;
- pratiques traditionnelles : scarifications, circoncisions à domicile, excision ;
- Utilisation d'objets tranchants ou pointus contaminés
- Manucure, pédicure ;
- AES (contaminations professionnelles).

## **III – Clinique**

Le VIH mine donc progressivement la capacité de l'organisme à se protéger, à se défendre, le rendant ainsi vulnérable à diverses infections et à toutes sortes de maladie et d'agression.

Au stade SIDA, le malade ne résiste plus à rien. Observation survenue plusieurs affections dites opportunistes :

– pulmonaires (tuberculose), digestives, neurologiques, cutanées, oculaires, cancers etc.) témoignant d'une immunodépression majeure  
*les manifestations cliniques les plus fréquentes sont :*

- amaigrissement important,
- diarrhée chronique,
- fièvre au long cours,
- toux,
- fatigue,
- dermatoses avec démangeaisons,
- adénopathies généralisées (ganglions).

### **III – Méthodes préventives**

A l'heure actuelle, il n'existe aucun vaccin contre le VIH, ni de médicament qui guérisse le SIDA. Pas de solution radicale donc accent sur la prévention. La lutte axée surtout sur :

- le Plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Mobilisation sociale (ONG, Associations et autres organisations structurées d'appui à la lutte) ;
- Communication pour le changement de comportement par rapport aux trois voies de transmission.

#### **Prévention voie sexuelle**

**A = Abstinence,**

**B = bonne fidélité entre partenaires,**

**C = utilisation correcte du condom (préservatif)**

**D = dépistage : CDV / CIC.**

#### **Prévention et prise en charge des IST**

Prévention voie sanguine : sécurité transfusionnelle, rationalisation transfusions, stérilisation ou usage unique de matériel, prévention en milieu de soins, etc

Prévention de la transmission de la mère infectée à l'enfant : PRETRAME – PNLIS Bénin

#### **Prise en charge**

- Traitement médical
- Traitement par le AntiRétroViraux (ARV) : survie prolongée, capacités physiques ...

Au Bénin : IBAARV depuis Février 2002.

Sites de TTT : Cotonou, Porto – Novo, Lokossa, Aplahoué, Abomey, Parakou, Natitingou

Extension en cours

- Prévention et traitement affections opportunistes

### ***Prise en charge psychosociale***

#### **Facteurs de risque de transmission.**

##### ***Facteurs économiques :***

- Pauvreté,
- Exode rural,
- Statut socio – économique de la femme,
- Migrations internes et internationales,
- Prostitution importante et très mobile dans la sous-région
- Prolifération des vidéo-club à caractère pornographique,
- Phénomène de la dot de libération des apprentis.

##### ***Facteurs liés à la santé***

- Non utilisation des méthodes mécaniques de prévention (préservatifs)
- Charge virale du patient infecté,
- IST non ou mal traitées,
- Prévalence élevée des IST,
- Insuffisance de la PEC des PVVIH.

##### ***Facteurs Socio-culturels***

- Relâchement observance des valeurs sociales et morales
- Multiplicité / changement des partenaires sexuels
- Mauvaise perception du risque et déni de la réalité
- Pratiques socio-culturelles : lévirat, sororat, mariage forcé
- Activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés
- Prostitution importante et très mobile
- Analphabétisme élevé et faible taux d'utilisation
- Abus sexuel vis-à-vis des enfants en situation précaire
- Stigmatisation et discrimination des PVVIH
- Non utilisation des méthodes mécaniques de prévention (préservatifs) .

## **Impacts socio-économiques**

### ***Au niveau des ménages***

- Diminution et perte d'emploi,
- Réduction du revenu,
- Réaménagement du budget des ménages (coût de santé),
- Baisse de l'épargne et des investissements,
- Perte d'emploi,
- Augmentation du taux de dépendance.

### ***Au niveau des entreprises***

- Réduction de la force productive,
- Baisse de productivité,
- Augmentation des coûts de production,
- Baisse de la demande,
- Baisse des investissements,
- Augmentation des dépenses sociales (santé).

### ***Au niveau du gouvernement***

- Diminution des recettes fiscales (impôts),
- Baisse des revenus et du budget global du pays, du PIB...
- Augmentation des dépenses sociales (santé, éducation),
- Baisse des investissements,
- Diminution des réserves en devise.

### ***Pyramide du VIH/SIDA***

Beaucoup plus de personnes sont infectées par le VIH, mais ne développent pas encore le SIDA.

Le VIH/SIDA fait plus de ravages qu'on ne le pense.

Epidémie SIDA est une menace sérieuse.

La prévalence a augmenté rapidement en Afrique et dans notre pays.

## **Conclusion**

Nous devons agir très vite.

SIDA = problème santé publique,

SIDA = maladie d'origine comportementale,

SIDA = Véritable problème développement,

Lutte contre le SIDA = affaire de tous.

Car c'est une question de développement national.

SIDA = réalité, constitue un véritable problème de développement.

– Représente menace sans équivalent dont effets se feront sentir pendant des générations

– Entraîne modification importante de l'espérance de vie,

– Compromet efforts déployés pour faire reculer la pauvreté en réduisant le taux de croissance économique,

– Réduit possibilité d'accéder à l'éducation et aggrave la situation de la femme ...

– Nécessité donc d'une synergie d'action.

L'expérience a montré que des efforts conséquents de lutte contre le SIDA peuvent être couronnés de succès.

C'est le cas au Sénégal et en Ouganda, pour ne citer que ces deux exemples. Compte tenu du mode de transmission et impacts VIH, une lutte efficace dépasse le champ médical et doit intégrer préoccupations sociales et culturelles.

### **Catégories de Leaders devant intervenir**

- Les journalistes / communicateurs,
- Les parlementaires,
- Les responsables d'institutions,
- Le pouvoir exécutif : ministères,
- Les responsables communautaires et d'ONG,
- Les responsables religieux et traditionnels,
- Les responsables au niveau local,
- Les associations de personnes porteuses du VIH,
- Les responsables du secteur privé, etc.

### **Dans cadre multisectorialité, nécessité création alliances entre :**

- Journalistes / communicateurs,
- Leaders,
- Religieux,
- Secteur santé publique,
- Autres secteurs ( Éducation, secteurs productifs...).

Nos efforts pour faire face au VIH/SIDA doivent être synergiques pour une riposte plus efficace.

# Ethique et VIH/SIDA du point de vue philosophique

Professeur Christophe Kwami DIKENOU

## 1. Introduction

La question principale de la présente rencontre peut se résumer dans les termes suivants : comment aborder sur le plan éthique la problématique du VIH/SIDA dans les trois domaines de la prévention, de l'accompagnement et du traitement dans le contexte africain et chrétien ?

Devant cet aréopage d'éminents enseignants en Ethique, notre exposé se fixe donc comme but de fournir des orientations méthodologiques possibles à la réflexion qui, nous en sommes certain, renforcera l'espoir sur notre continent.

La pandémie du sida constitue un défi majeur et une nouvelle question sociale eu égard à ses conséquences sociales néfastes.<sup>1</sup> A ce titre, son analyse relève actuellement, en philosophie, de la bioéthique. Cette dernière constitue une branche de la nouvelle discipline de l'éthique appliquée. Dès lors, les méthodes de bioéthique peuvent contribuer à structurer une éthique du VIH/SIDA. Par conséquent, notre méthode consistera à présenter les deux principales approches qui structurent les réflexions actuelles de bioéthique et ensuite à tirer les leçons qui en découlent pour la réflexion éthique portant sur la problématique du VIH/SIDA.

---

<sup>1</sup> Selon la Division de statistique de l'O.N.U. le VIH/SIDA est la première cause de mortalité en Afrique subsaharienne et la quatrième à l'échelle mondiale. L'UNAIDS, l'UNICEF et l'USAID, dans leur rapport du 7 juillet 2002 consacré aux orphelins du sida, révélaient des chiffres accablants : 13,4 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leurs parents des suites de la maladie ; d'ici 2010, ils seront 25 millions.

## **2 De la structuration de la réflexion bioéthique à la structuration d'une éthique du VIH/SIDA**

### **2.1 Le rôle des théologiens et des philosophes**

Dans la structuration de la réflexion bioéthique, des théologiens et des philosophes ont joué un rôle incontournable. En effet, les premières réflexions bioéthiques, en particulier aux Etats-Unis d'Amérique, furent l'œuvre des théologiens et des philosophes qui voulaient démontrer par-là leur aspiration à formuler et à faire connaître leur conviction quant à leur responsabilité chrétienne devant les questions sociales nouvelles qui constituent le corpus de la bioéthique. On peut citer, à ce propos, Joseph Fletcher (théologien protestant), J.F. Childress et Paul Ramsey (protestant méthodiste).

Parmi les catholiques on peut citer les théologiens tels que Richard McCormick (jésuite), Warren Reich, ainsi que des philosophes tels que Hans Jonas et Dan Callahan.

En France, le précurseur de la réflexion bioéthique est le Centre Laënnec à Paris animé par des prêtres jésuites.

Cette prégnance des théologiens au début de la réflexion bioéthique explique le souci actuel exprimé par un certain nombre de philosophes d'affirmer une approche séculière. Ces philosophes mènent leurs réflexions avec les différents courants philosophiques et éthiques tels que le déontologisme, l'utilitarisme, l'intuitionnisme, etc. On peut, à ce propos, citer H.T. Engelhardt, E.Pellegrino et Gilbert Hottois entre autres.

### **2.2 Diversité des approches de la réflexion bioéthique**

Dans le foisonnement des réflexions bioéthiques, on peut repérer deux grandes approches extrêmes : l'approche à visée prescriptive et celle à visée descriptive. La pensée bioéthique oscille entre ces deux approches.

#### **2.2.1 L'approche à visée prescriptive**

Celle-ci use de raisonnement déductif. Aussi insiste-t-elle sur le discernement des enjeux et la proposition de guides de l'action « *action*



*guides* » à partir d'un système de principes d'où l'agent moral (individu ou groupe) peut déduire des droits et des devoirs. Il faut noter que dans l'établissement du système des principes, il peut y avoir croisement des théories éthiques traditionnelles et différentes tels le déontologisme, l'utilitarisme, l'intuitionnisme, etc. L'exemple le plus représentatif est le principlisme où le déontologisme (favorisant le respect, l'autonomie et la responsabilité de la personne, la dignité humaine) croise l'utilitarisme (favorisant la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice). Le principlisme théorisé par le philosophe T.L. Beauchamp et le théologien J.F. Childress dans leur ouvrage désormais classique *Principles of Biomedical Ethics* (1ère édition, 1979, 4<sup>ème</sup> édition, 1994) reprend les quatre principes du Rapport de Belmont (1979) et les propose comme guides des activités biomédicales : il s'agit de l'autonomie du patient « *autonomy* », de la non-malfaisance « *non-maleficence* », de la bienfaisance « *beneficence* » et de la justice « *justice* ».

Il faut noter que sans perdre le temps dans les controverses des questions philosophiques de la compatibilité des théories et des conflits de valeurs, les principlistes s'occupent surtout – comme c'est toujours le cas dans l'éthique appliquée- à affronter des problèmes biomédicaux concrets et à proposer des guides opérationnels de l'action.

***En résumé, l'approche à visée prescriptive cherche à atteindre des valeurs très générales et à formuler des normes et principes suffisamment universels d'où l'on peut déduire des guides de l'action.***

### **2.2.2 L'approche à visée descriptive**

Cette approche privilégie le raisonnement inductif et le contextualisme. Les bioéthiciens qui l'adoptent, se mettent d'emblée dans une position critique de l'approche à visée prescriptive. Ils lui reprochent généralement son peu d'attention aux situations concrètes, par exemple celle du malade (son histoire, sa famille), aux enjeux économiques et politiques qui influencent les systèmes de santé. Sur le plan épistémologique, ils la rejettent pour son raisonnement déductif et au plan analytique, pour l'imprécision de ses principes architectoniques. L'exemple typique de cette approche est la bioéthique dite narrative.

Le propre de cette approche, c'est qu'elle se réduit pratiquement à une casuistique concrète qui invente pour chaque cas particulier les meilleurs principes d'action en tenant compte de tous les paramètres du contexte singulier considéré. On travaille donc par cas de façon pragmatique. Les décisions analogues ne sont convoquées que pour éclairer comme des jurisprudences. On cherche à établir des principes universels consensuels au terme d'une interaction communicationnelle ouverte

Au plan individuel, elle permet à l'agent moral de prendre sa décision essentiellement en fonction de ses intentions, de ses attitudes, de ses normes propres de moralité et de ses « fidélités » sociales, religieuses, etc. Dans ce cas, la décision est toujours conditionnée par le développement moral de l'agent.

Au plan international, l'approche descriptiviste est très utile dans des instances internationales comme l'UNESCO et l'O.M.S. où l'on s'efforce d'établir des principes universels de l'éthique et de la bioéthique par consensus et avec la volonté manifeste de leur accorder une signification commune.

Enfin, peut-on véritablement considérer ces deux approches contrastées comme des contraires qui s'excluent ? Pas précisément, dans la mesure où toutes deux convergent ou on les fait converger vers la valeur absolue de la « dignité de la personne humaine » fondatrice de la mission même de l'éthique et de la bioéthique. Cette valeur est censée guider l'action en toutes circonstances et ne saurait souffrir d'aucune limitation.

Dès lors, ce qui est instructif pour notre présente rencontre, c'est que quels que soient les valeurs morales et les principes que chacun sera amené à promouvoir et défendre, abordant la problématique du VIH/SIDA, la vigilance éthique exige de veiller à ce que ceux-ci ne contredisent pas les valeurs et les principes des Droits de l'homme universellement reconnus dans lesquels le respect de la dignité humaine constitue le premier impératif indérogeable.

A titre d'exemple dans la prévention du VIH/SIDA, s'imposent universellement des principes déduits de la « dignité humaine » tels que

l'autonomie (affirmée dans le principlisme et le déontologisme) et la responsabilité de la personne (affirmée dans le déontologisme). Dans l'accès au traitement, on peut citer à titre d'exemples les principes de la justice (affirmée dans l'utilitarisme) et de solidarité. Ceux-ci revêtent une forte signification face à la problématique de l'accès au traitement, particulièrement dans les pays pauvres où la majorité des personnes affectées (les malades et leurs proches) sont insolubles et où le système de santé est carenciel. Les injustices dans l'accès au traitement dénotent un manquement grave aux responsabilités morales de l'humanité à l'égard de toute personne malade.

Par ailleurs, dans la présente rencontre, l'utilisation de l'approche descriptive, dans sa spécificité inductive, peut nous permettre de nous rendre compte de la diversité et de la différence des manières dont les individus, les religions (dans notre cas le christianisme) et les sociétés particulières, en l'occurrence les sociétés africaines choisissent d'adopter tels ou tels autres principes et les conceptualisent face à la problématique du VIH/SIDA. Cet état du pluralisme éthique doit être considéré comme une manifestation de la liberté humaine plutôt que comme obstacle. Dès lors qu'il n'entre pas en conflit avec les droits des personnes présentes et à venir, le pluralisme des valeurs, des principes et des règles de l'éthique du VIH/SIDA devrait être non seulement permis mais admis.

Car si l'on veut s'efforcer à établir des valeurs, des principes et des règles universels, ceux inscrits dans des contextes culturels et religieux de diverses communautés humaines peuvent être enrichies et faire l'objet de consensus contribuant ainsi à la formation d'une éthique universelle fondatrice de l'éducation et de la sensibilisation en matière de la pandémie du VIH/SIDA.

Plus précisément l'approche à visée descriptive peut nous permettre, dans cette rencontre et après elle, de concevoir et de produire des modules de formation tenant compte du contexte africain, chrétien et de la société démocratique moderne.

### 3. Conclusion

En conclusion, si la problématique du VIH/SIDA constitue un défi majeur pour toutes les communautés, elle l'est particulièrement pour celle des éthicistes et à ce propos, je voudrais clore cet exposé par les mots de l'ancien ministre français de la santé Claude EVIN :

*Cette lutte contre le VIH/SIDA, j'entends la mener au nom et pour certaines valeurs : la solidarité, le refus de l'exclusion, la responsabilisation. Ceci n'est pas l'angélisme. L'affirmation de ces valeurs a permis une mobilisation civique et sociale qui n'aurait pas été atteinte autrement. Ce sont ces valeurs qui donnent aux malades l'espoir nécessaire pour se battre et à nos concitoyens la volonté d'agir contre la maladie.*<sup>1</sup>

Notre vœu le plus cher - en tant qu'enseignant africain en Ethique - est que notre continent participe plus activement à des instances de dialogue où prime « l'intercompréhension » suivant le mot du philosophe Jürgen Habermas telles que le Conseil Œcuménique des églises, afin d'apporter sa contribution à l'élaboration et à l'application d'une éthique universelle du VIH/SIDA. La communauté humaine est et demeurera une communauté de valeurs partagées.

Je vous remercie. Que Dieu vous bénisse !

### 4. Bibliographie

BEAUCHAMPT, T.L. and CHILDRESS, J.F. (1969) *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press.

CAMENISCH, P.E. (ed) 1994) *Religious Methods and Resources in Bioethics*, Dordrecht, Kluwer.

ENGELHARDT, H.T. Jr (1991) *Bioethics and Secular Humanism*, London - Philadelphia, SCM Press and Trinity Press International.

---

<sup>1</sup> Claude Evvin, Présentation du Plan de l'Agence française de la lutte contre le sida, 29 janvier 1990.

- (2000) *The Philosophy of Medicine Framing the Field*, Dordrecht, Kluwer.
- EVIN, C. (29 janvier 1990) « Présentation du Plan de 2 ans de l'Agence française de lutte contre le sida », Paris.
- FAGOT-LARGEAULT, A. (1989) *L'homme bioéthique. Pour une déontologie de la recherche sur le vivant*, Paris, Maloine.
- HOTTOIS, G. (1999) *Essais de philosophie bioéthique et biopolitique*, Paris, Vrin.
- PARIZEAU, M.H. (1992) *Les fondements de la bioéthique*, Buxelles-Montréal, De Boeck ERPI.
- UNAIDS, UNICEF, USAID, (2002) *Children on the Brink 2002, A joint report on orphan estimates and program strategies*. New-York.
- VAN NIEKERK, A.A.
- (1999) « Ethical and socio-political aspects of HIV/AIDS Infection » *Annual Congress of the Dermatological Society of South Africa*. Cape Town.
- (2000) « The Ethical Issues surrounding HIV/AIDS » *Invited guest speaker at Bristol Majers Squibb Conference*, Cape Town.



# ETHIQUE DE LA PREVENTION

C. B. Peter

## Introduction

Récemment un ami séropositif qui a perdu son épouse il y a environ cinq ans, m'a invité à son second mariage. Il m'a dit qu'il se mariait à une femme merveilleuse, veuve et séronégative. Je lui ai posé la question de savoir si sa future épouse était au courant de son statut. Il m'a répondu avec fierté que sa future épouse était parfaitement au courant et qu'elle l'aimait assez pour qu'ils se marient malgré son statut (ou à cause de son statut) afin qu'elle prenne soin de lui. J'ai été très ému par l'histoire de cet ami. J'ai aussi pris conscience, qu'en réalité, il y a un changement de mentalité. Notre lutte contre la stigmatisation commence enfin par porter ses fruits.

Cette histoire nous démontre la nécessité de nous engager dans la politique de prévention du VIH/SIDA avec une certaine urgence. Voici un homme et une femme, sérodiscordants qui s'engagent à se marier. Toute leur vie et même toute leur survie seraient rythmées par un simple mot : **la prévention**.

Dans cette présentation, je voudrais aborder la problématique de la prévention dans une perspective éthique large. Ma requête est que la notion de la prévention aille delà de l'idée de la prévention qui se limite à la première infection au VIH. Dans la lutte contre le VIH/SIDA, il faudra aussi prendre en compte les implications d'une première infection qui elles mêmes sont des infections telles que : la stigmatisation, la discrimination et le désespoir.

## Définition de la Prévention

Dans la logique, la prévention semble vouloir signifier « empêcher quelque chose de se passer ou de se réaliser ». En d'autres termes, la prévention suppose un système d'avertissement du risque. Même si

cette définition à un certain nombre d'avantages, il me semble que dans le contexte du VIH/SIDA, il y aurait une définition qui prenne en compte la globalité et la diversité des situations. Par cela, je veux dire que la stratégie de la prévention devrait viser non seulement la population séronégative mais aussi les PVVIH. Cette définition devrait prendre en compte les situations de stigmatisation et de discrimination en vue de les éliminer ou tout au moins les minimiser.

## **Prévenir quoi ?**

Comme je venais de le dire, notre stratégie de prévention a besoin d'une base élargie spécialement dans notre lutte contre le VIH/SIDA. Nous avons besoin de transcender cette définition étriquée de la prévention qui est seulement limitée à prévenir l'infection du VIH/SIDA parmi la population séronégative. Certes, cela constitue un aspect important de la stratégie, mais il y a d'autres aspects non moins importants que j'aimerais mettre en évidence en commençant par la prévention de la première infection.

### *Première infection*

Puisque la majorité est encore séronégative, la prévention de la première infection parmi la population demeure, peut-être, la composante la plus forte de la stratégie de prévention. L'idée qui est à la base de cette option semble être que si nous arrivions à prévenir la première l'infection au VIH, parmi la population séronégative, nous n'aurions qu'à prendre soin d'une minorité de la population séropositive. Bien plus, on pouvait supposer que si le nombre de vecteurs de transmission est réduit, le rythme d'infection connaîtrait aussi un affaiblissement.

Dans la lutte contre le VIH, les stratèges de la prévention ont inventé cette formule très connue « **AFC** »

**A** : Abstinence (pas de sexe avant mariage) ; **F** : Fidélité à un partenaire (après mariage) ; et si vous ne pouvez pas supporter le **A** et le **F**, alors au moins utiliser le **Condom**. Les trois éléments de cette



formule sont reliés entre eux de façon intéressante. Alors que le **A** et le **F** vont ensemble, le **C** est perçu comme une alternative au **A** et au **F**. Par ailleurs cette formule de **A F C** semble diviser la population humaine en deux camps. – « les peuvent » et « les peuvent pas ». Cela suppose qu'il y a certaines personnes qui sont douées et capables de s'abstenir des relations sexuelles avant le mariage et capables d'être fidèles à un partenaire tout au long de leur vie. Ceux-là, je les appelle « les peuvent ». De l'autre côté, il y a des personnes qui ne peuvent pas pratiquer l'abstinence ni être fidèles à un partenaire. Ceux là, je les appelle « les peuvent pas ». Par conséquent, **A** et **F** sont « les peuvent » alors que le **C** est pour « les peuvent pas »

La formule **AFC** a un certain nombre de caractéristiques significatives. Premièrement, elle se concentre sur la transmission du VIH par la voie sexuelle et ne prend pas en compte les autres voies de transmission non sexuelles comme, par exemple, la transmission sanguine, les mutilations comme pratiques culturelles, la transmission mère-enfant. A cause de son orientation sexuelle, la formule **AFC** a des implications multiples fortes.

Deuxièmement, la formule semble induire une division subtile entre **A**, **F** et **C**. Elle est basée sur la logique de **A** et **F** ou **C**. Elle ne dit pas **A** ou **C** et **F** ou **C**. Dans cette perspective « condomiser » est réservé aux « Peuvent pas » : ceux qui ont échoué dans l'Abstinence et la Fidélité.

Troisièmement, la formule semble s'intéresser qu'exclusivement à la population séronégative. Elle ne semble pas prendre en compte des situations dans lesquelles l'un des partenaires est séropositif. En réalité dans ce scénario, cette formule ne pourra pas résister parce que « condomiser » concernerait même les couples sérieux et fidèles dont l'un est séropositif comme dans le cas de mon ami PVVIH qui projette de se marier à une femme dont je vous ai parlé dans mon introduction.

Quatrièmement, la formule semble s'intéresser uniquement aux individus et ne prend pas en compte ceux qui ne sont pas forcément dans un contexte de vie relationnelle. Ignorer l'importance de l'aspect relationnel dans nos luttes contre le VIH/SIDA nous ferait prendre de sérieux risques éthiques. La formule **AFC** ne prend pas en compte

l'enjeu de la relation. Sa cible semble être l'individu et sa motivation paraît être la survie de l'individu. Ceci est évident pour certaines personnes qui ajoutent un quatrième élément « **M** » (mort ou mourir) à la formule.

La version élargie de la formule serait donc **AFCM (Abstinence et Fidélité ou Condom ou Mourir)**. Certains extrémistes auraient préféré retirer le **C** complètement de la formule pour promouvoir la version **AFM (Abstinence et Fidélité ou Mort)**.

Peut-être c'est à cause des caractéristiques de la formule AFC, que certains stratèges comme Chamoine Guideon Byamugisha l'avaient critiqué et proposé (à un endroit dans cet ouvrage) leurs propres alternatives sous la forme d'un autre modèle : **SAVED**.

Safe sex, cultural and medical practices,  
Abstinence and Access to prevention and treatment services,  
Voluntary Counselling and Testing,  
Empowerment, equipment and engagement,  
Disease prevention, management and control.

- Relation sexuelle protégée, pratique médicale et culturelle sûres,
- Abstinence et accès à la prévention et aux soins de santé,
- Conseil et dépistage volontaire,
- Formation et engagement,
- Prévention, gestion et contrôle de maladie.

Le Chamoine Byamugisha défend ce modèle avec cinq arguments : le modèle SAVED est global parce qu'il prend en compte les voies non sexuelles d'infection au VIH. Il transcende l'individualisme et prend en compte le contexte des relations. Ce modèle n'est pas stigmatisant car il inclut les situations dans lesquelles les partenaires fidèles peuvent aussi être infectés dans les relations antérieures alors qu'ils sont actuellement fidèles. Ce modèle prend une distance par rapport à l'utilisation du condom qui divise et laisse l'opportunité à

chaque communauté d'interpréter l'idée de « sexe sans risque » dans son propre contexte culturel. Enfin, ce modèle est inclusif car il intègre à la fois le rôle des individus, des communautés, des gouvernements, et des Eglises dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Bien que je trouve les arguments de Byamugisha très logiques, valables et préférables aux autres modèles, son quatrième argument qui est de « laisser à chaque communauté d'interpréter l'idée de "sexe sans risque" dans son propre contexte culturel » présente un problème pratique. Comment est-ce que les communautés interprètent-elles le « sexe sans risque » ? J'aurais souhaité qu'il y ait une alternative acceptable sur le plan culturel et éthique au condom pour interpréter « sexe sans risque ». Mais je n'en ai pas trouvé. Donc nous revenons à la case départ qui est de condomiser. En réalité le Chamoine lui-même avait une position claire sur la règle de l'utilisation du condom lors du colloque de Porto Novo à savoir : « if it is not on, it is not in » (sans condom pas de sexe).

### *Infections ultérieures*

La prévention des infections ultérieures dans la population séropositive est l'autre pilier important de la stratégie de la prévention. Malheureusement, le VIH/SIDA est perçu par plusieurs comme une voie à sens unique. Une fois qu'une personne est déclarée séropositive, cela implique la fin ! Elle est déjà sur le chemin de la mort. Il n'y a pas de guérison possible, pas d'espoir et pas d'aide. Une telle personne pourrait devenir complètement désemparée et même nihiliste. Il ou elle pourrait refuser de percevoir une quelconque valeur dans quoi que ce soit. Il ou elle pourrait même refuser de se référer à des notions de spiritualité et de moralité et pourrait percevoir l'existence comme dénuée de toute signification.

Un tel scénario est renforcé par des moralistes et des prédicateurs de malheurs. Cette approche fataliste fait plus du tort que du bien et c'est ici qu'intervient le concept du « vivre positif ». Nous commençons par nous rendre compte qu'être testé séropositif N'implique pas la fin de la vie. Le VIH N'EST PAS irréversible dans le sens qu'il ne

conduit pas forcément au SIDA et à la mort. Une personne séropositive a besoin de s'investir avec espoir dans les valeurs de la vie.

Il ou elle a besoin de mener une vie responsable. Cette responsabilité est hautement éthique car elle entraîne des actes bons et justes contre les actes mauvais et injustes. Et la chose éthiquement bien et juste est de prévenir des infections ultérieures à celui qui est déjà séropositive et aussi de prévenir les infections d'autres personnes. Nous commençons par comprendre que sur le plan médical ce n'est pas le fait d'être testé positif qui importe. Ce qui compte en réalité, c'est le nombre de CD4 et de la charge virale qui pourrait sérieusement être affecté par des infections ultérieures. Par conséquent, nous encourageons la population séropositive à avoir une attitude positive face à la vie et à éviter des infections ultérieures. Un PVVIH continue une vie normale et contribue de façon significative à sa propre vie de même qu'à celle de la communauté en général. Au lieu de se concentrer sur la mort, il ou elle se concentre sur la vie. En vérité, l'Évangile lui-même se concentre sur la vie. Il enseigne que non seulement le VIH/SIDA mais aussi la vie toute entière que nous menons sur cette terre nous conduit à la mort et la mort nous conduit encore à la vie. Cette dialectique bénie de la vie et de la mort est l'essence de l'Évangile qui est illustrée par la vie et la mort de Jésus Christ lui-même.

### *Stigmatisation et discrimination*

L'autre volet dans la stratégie de la prévention est la prévention de la stigmatisation et de la discrimination. Le fait d'avoir souvent associé le VIH/SIDA à la sexualité humaine, explique la raison pour laquelle le VIH/SIDA est peut-être la seule maladie de notre temps qui fasse l'objet d'un jugement moral sévère. L'étendue de ce jugement moral a même excédé la réponse médicale au problème. Comme résultat de ce jugement moral, le VIH/SIDA porte avec lui une stigmatisation sociale irréversible. Si les absolutistes éthiques espéraient que la stigmatisation pourrait aider à maîtriser le taux d'infection, il est clair qu'ils se sont absolument trompés. L'évidence est que la stigmatisation a plutôt contribué à l'escalade du taux d'infection et par consé-

quent, empirer la situation. Voici un vrai cas d'étude reçu du Docteur S.C. NJENGA, un médecin qui exerce à Kitale au Kenya qui est aussi mon étudiant de Maîtrise en Accompagnement Pastoral et VIH/ SIDA.

Il y a quelque année une jeune dame est allée en consultation chez le Docteur NJENGA pour un simple malaise. Le médecin, sur la base de sa suspicion professionnelle, lui propose un test du VIH/ SIDA qui s'est relevé positif. Le docteur NJENGA lui prodigue des conseils et lui offre gratuitement des ARV. La dame a refusé de prendre ces médicaments qui pourraient la maintenir en vie parce qu'elle craignait que si ses parents la voyaient prendre ces médicaments, ils sauront qu'elle est séropositive et l'exclurait de la maison. Pendant ce temps, elle continuait à mener une vie sexuelle active et non protégée devenant enceinte trois fois et donnant naissance à trois enfants de trois hommes différents. Cette année (où je suis informé de ce cas d'étude), la dame de vingt huit ans a développé des maladies liées au SIDA et est hospitalisée. Parmi ses visiteurs il y avait trois jeunes hommes très nerveux, pères de ces trois enfants. Ils voulaient savoir la vérité sur son état, mais l'hôpital a refusé de faire une quelconque révélation. Par la grâce miraculeuse de Dieu, la dame a survécu et elle est actuellement sous traitement ARV et dans un programme d'accompagnement pastoral intensif.

Puisque le fait de la stigmatisation et de la discrimination associé au VIH/SIDA est largement répondu et évident, ce vrai récit ne peut pas être minimisé ou considéré comme un cas isolé. En réalité, c'est la partie visible de l'iceberg ! Si seulement nous avons travaillé pour la prévention de la stigmatisation et de la discrimination, le taux d'infection au VIH, (au moins dans le cas de cette malheureuse dame), serait réduit.

### ***Stéréotypes***

Ensuite, il y a des stéréotypes que nous devons prévenir dans notre combat contre le VIH/ SIDA. Par « stéréotypes » j'entends des notions et des concepts qui peuvent être vrais dans certains cas mais

pas vrais dans d'autres cas, mais qui sont acceptés comme s'ils étaient vrais dans tous les cas. Il y a des stéréotypes culturels de même que des stéréotypes en Théologie, en Philosophies et en Ethique.

Un stéréotype philosophique très répandu est le fatalisme ou le pré-déterminisme. Plusieurs personnes croient que la vie et la mort sont entre les seules mains de Dieu et par conséquent quel que soit ce que nous faisons ou ne faisons pas, ce qui nous arrive est de toute manière planifié à l'avance. Alors pourquoi devrions nous prendre des précautions contre le VIH/SIDA ? Si c'est notre sort, nous serons de toute manière infectés quelles que soient les précautions et si ce n'est pas notre sort, nous serons protégés de toute infection même si nous néglignons de prendre des précautions. Même si cet argument pourrait paraître logique, il n'intègre pas assez les vertus cardinales de la liberté et de la responsabilité morale de l'être humain. Si c'était le cas, pourquoi devrions nous interdire à nos enfants de jouer près du feu. Nous le faisons parce que nous savons que l'enfant pourrait faire une mauvaise appréciation et se brûler.

Il y a aussi des stéréotypes culturels dans le contexte africain par exemple ; il y a stéréotypes de genre admis dans les cultures africaines. Le plus répandu concerne la prétendue supériorité du masculin sur le féminin ou de l'homme sur la femme. Les hommes s'octroient le pouvoir de décision. Les femmes sont supposées tout accepter sans remettre en cause les décisions des hommes. En réalité, les femmes existent pour les hommes et non pas l'inverse. Même si ce stéréotype de genre avait fonctionné (et probablement très bien) au temps de nos ancêtres, dans le contexte du VIH/SIDA aujourd'hui, il a plutôt contribué à augmenter le taux d'infection, parce que les femmes ne peuvent pas négocier des relations sexuelles protégées avec leur partenaire masculin encore moins leur demander d'être fidèles.

Un autre stéréotype culturel répandu est lié à la sexualité humaine. Le sexe est d'abord considéré comme un devoir plutôt qu'une expérience de plaisir communicative entre un homme et une femme. Les hommes et les femmes ne sont pas supposés parler pendant les rapports sexuels mais plutôt aller vite à l'essentiel qui conduit à l'or-

gasmе (plus souvent c'est l'orgasme de l'homme plutôt que celui de la femme). Ce stéréotype de rapport sexuel dans le silence n'est certainement pas compatible avec la stratégie actuelle de lutte contre le VIH/SIDA qui demande de briser le silence et d'en parler.

## **PEUR ET DESESPAIR**

Enfin, il y a un élément de peur et de désespoir. A cause de la stigmatisation et de la mort faussement associée à l'infection au VIH, plusieurs personnes qui découvrent leur statut positif, soudainement, sont confrontées à l'idée qu'ils sont inévitablement sur le sentier glissant qui conduit lentement à une mort certaine ; et que dans tous les cas, ils sont pour le reste de leur courte vie dans une situation de disgrâce sociale. Leurs meilleurs amis les quitteront. Leurs partenaires vont les dénoncer. Leurs employeurs les licencieront. Et même l'Eglise ne ferait autre chose que de les plaindre. Cette appréhension terrible envahit les personnes qui viennent de connaître leur statut positif avec un sentiment de crainte et de désespoir total.

Dans plusieurs cas, un PVVIH peut même sentir une colère intensive contre la personne supposée l'avoir infecté. Et comme cette personne supposée l'avoir infecté ne se montrera pas, la colère de la victime est dirigée vers la société « Pourquoi devrais-je prendre soin d'une société qui me rejette ? Pourquoi devrais-je permettre à la société de vivre alors que moi je suis condamné à mourir ». Ce sont ces types de questions que le PVVIH se pose souvent.

Au mois d'avril 2005, les Kenyans étaient bouleversés de lire dans un grand Quotidien une triste histoire. Selon cette histoire, une inconnue qui est supposée être étudiante a publié sur le tableau d'affichage de l'Université de Moi, Eldoret, Kenya qu'elle avait été infectée par un copain imprudent qui est mort du SIDA. Et comme elle-même allait de toute manière mourir, elle a décidé d'infecter le plus grand nombre d'hommes possibles. Elle a revendiqué qu'elle a eu des rapports sexuels avec cent vingt quatre étudiants dont seulement six d'entre eux avaient utilisé le condom. Par conséquent, elle croit qu'elle a probablement infecté les cent dix huit restants. A ceux-ci viennent

s'ajouter les rapports sexuels qu'elle revendique avoir eu avec un certain nombre d'enseignants. Après cette annonce, elle a circulé un communiqué manuscrit parmi les enseignants dont voici un extrait :

Puisque celui qui m'a infecté ne sait pas soucier de ma vie, je contaminerai le plus grand nombre possible. Alors jeunes hommes ! quiconque d'entre vous a eu à croiser mon chemin devra se considérer malchanceux et rapidement lancer sa commande des ARV avant qu'il ne soit trop tard. J'ai décidé de propager le virus partout sur le campus (et sans aucune excuse) parce que c'est ici que je l'ai eu (le virus) et c'est ici que j'entends le laisser. Jusqu'à présent, j'ai eu cent vingt quatre étudiants, oui 124. Seulement six parmi eux ont utilisé le condom. Je réprécise que je ne dois d'excuse à personne et je continue la propagation.

Je vous souhaite du succès à la fin de votre examen semestriel en attendant votre mort lente et certaine.

L'anecdote de cette nature doit être considérée comme un avertissement puisque nous ne pouvons pas affirmer la véracité ou la fausseté des communiqués anonymes. Cette histoire pourrait être juste une mauvaise plaisanterie de la part d'une personne qui se plaît à jouer avec le sentiment des uns et des autres sur le campus. Ou bien, il se pourrait que ce soit une sérieuse tentative d'un militant moraliste pour avertir les résidents du campus du danger d'avoir des rapports sexuels multiples et non protégés. Par contre, cette histoire pourrait bien être vraie avec ses détails effrayants. Dans un cas comme dans l'autre, nous ne pouvons rien prouver. Mais cette histoire montre assez clairement qu'un PVVIH, paralysé par le désespoir, PEUT se transformer en nihiliste ou en danger public au sein de sa communauté.

## **LA POLITIQUE DU VIH/SIDA**

Nous devons nous poser de sérieuses questions fondamentales : considérant des inventions glorieuses et importantes que les être humains ont pu réaliser en Science et en Technologie durant ces cinquante



dernières années, devons-nous réellement rester si résignés devant le défi du VIH/SIDA ? Est-ce que la tâche de mettre au point un vaccin efficace contre le VIH/SIDA est plus difficile que mettre au point les armes de destruction massive ? Est-ce que détruire la construction génétique du virus du SIDA est REELLEMENT plus difficile que la destruction du code génétique humain ? Est-ce que mettre au point un traitement efficace contre le VIH/SIDA est REELLEMENT plus difficile que d'envoyer les êtres humains sur la lune et de planifier à construire des appartements sur Mars ?

Est-ce que vaincre le VIH/SIDA dans sa totalité est RÉELLEMENT plus difficile que de développer des supers ordinateurs ? Je ne peux évidemment pas m'aventurer à répondre à ces questions. Cependant, elles soulèvent des préoccupations sérieuses et une énigme sincère de la part de tout être humain bien pensant ; Est-ce que ce n'est pas parce que nous n'avons pas bien défini nos priorités que nous ne sommes pas en mesure de vaincre le VIH/SIDA ? N'est-ce pas, peut être, vrai que nous avons le VIH/SIDA parce que nous en avons besoin ? puisqu'il nous donne une industrie d'assistance qui produit des milliards de dollars.

## **OU ETAIT L'ETHIQUE**

En analysant les détails effroyables de la section précédente, nous pouvons nous poser une question : Où sont tous les éthiciens du monde pendant que le VIH/SIDA continue de ravager l'humanité. La pandémie du VIH/SIDA a détruit des millions de vies humaines malgré le fait que tous les opérateurs éthiques étaient tous au travail au même moment. Il y avait une abondance de conseils éthiques qui étaient offerts gratuitement. Il y avait des milliers de sermons chargés d'injonctions morales. Même la conscience humaine qui, selon une école de pensée, produit le soubassement des décisions éthiques, était à l'oeuvre, conseillant les êtres humains sur se qui devrait et ne devrait pas être fait. La peur de l'enfer était présente. Et la peur de la mort « lente et certaine » (si je peux emprunter l'image horrible de l'étudiante mentionnée ci-dessus) était tout près de nous. Malgré tous ces

signes dissuasifs la menace du VIH/SIDA continue sa danse mortelle. Toutes ces questions méritent, en réalité, une oreille attentive spécialement dans le domaine de l’Ethique Appliquée. Il se pourrait que les éthiciens, les théologiens et les philosophes aient assez « réfléchi » et qu’il est maintenant temps pour des actions concrètes.

## **CONCLUSION**

Dans cette présentation, j’ai analysé l’aspect de la prévention dans une perspective éthique large. Mon argument était que le champ de la prévention devrait être plus global et plus inclusif que communément appréhendé. J’ai aussi plaidé pour le besoin d’introduire un certain degré d’activisme dans le domaine de l’Ethique pour que cela nous aide dans les réalités existentielles concrètes spécialement dans le contexte de la prévention de la pandémie du VIH/SIDA.

# ACCOMPAGNEMENT PASTORAL ET VIH/SIDA

## Un impératif éthique

Révérénd Dr. Vincent G. Nyoyoko

### Introduction

‘L’homme est né pour souffrir’. Cette courte assertion est bel et bien l’un des aspects les plus inévitables de la vie humaine. Il suffit de regarder autour de nous pour constater que le monde est si plein de souffrances que l’on renonce à comprendre. Mais, à aucun moment nous ne trouvons facile d’accepter ou de comprendre la souffrance. Juste quand les gouvernements de nos pays étaient occupés à célébrer un avenir heureux par le slogan « Santé pour tous en l’an 2000 », le VIH/SIDA a émergé dans la société humaine. Cette situation est semblable à l’expérience de Sainte Thérèse quand elle disait que « *elle a souvent constaté que c’est lorsqu’elle commençait à se féliciter que toute chose allait bien que tout commençait à aller vraiment mal* » (citation de Patricia Corr 1972:57). Ceci implique, qu’en réalité, nous souffrons à tous les niveaux de notre être : physique, psychologique, moral et éthique. Souffrir semble appartenir au mystère généralement connu sous le nom de « secret divin ».

Lorsque nous faisons face à une souffrance provenant d’une pandémie telle que le VIH/SIDA, qui ne donne pas l’impression de vouloir succomber à aucune solution connue, nous nous rendons compte que l’immensité du phénomène va au-delà de notre compréhension. Le SIDA représente à lui seul la rencontre de tous les mystères de notre être, et nous ramène à une situation semblable à celle révélée jadis dans le livre de Job.

Les souffrances résultant des expériences du VIH/SIDA semblent être à première vue, la plus grande ennemie de l’humanité. C’est une ennemie selon la façon dont on l’aborde. Car si nous refusons de

souffrir, c'est une manière de nier et d'éviter d'assumer notre condition humaine. Si nous l'acceptons, la souffrance nous rend fort, doux et charitable, et donne beauté et dignité à notre personnalité humaine tout entière.

Quelle que soit la manière dont nous percevons les choses, il demeure vrai qu'il y a beaucoup de souffrances cruelles et inutiles dans le monde, à l'instar de celles qui découlent des expériences du VIH/SIDA. L'histoire est la même, qu'il s'agisse de la situation des PVVIH ou de leurs amis, enfants, parents ou encore de ceux qui s'occupent d'eux. Certes, nous ne pouvons en aucune manière nous départir de cette souffrance. Nous pouvons seulement élargir et approfondir ses horizons, sans limites. Pour le Chrétien, le mystère de la souffrance, résultant du VIH/SIDA, est incommensurablement élargi dans le mystère de la souffrance et de l'œuvre du Christ.

La souffrance et la maladie, dont fait partie le VIH/SIDA, doivent être considérées sans équivoque comme le plus grand sujet qui trouble l'esprit humain depuis le vingtième siècle. Et jusqu'ici, très peu de solutions ont été apportées pour limiter sa menace. Même la prière n'a pas humainement aidé à améliorer la situation. Les Chrétiens vivent et expérimentent la douleur et la souffrance au même titre que toutes les autres personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA. Où tout ceci conduira-t-il ? Démissionnerons-nous, laissant le sort décider de la pérennisation ou de l'extinction de la race humaine ?

Je pense ici qu'une bonne compréhension du plan de Dieu pour l'humanité est nécessaire. N'oublions pas que, selon le plan divin, l'humanité devrait être capable de lutter avec force contre toute maladie, y compris maintenant le VIH/SIDA et toute autre infirmité qui surviendra dans le futur. Selon ce plan, l'humanité devrait aussi assidûment rechercher les bénédictions de bonne santé, afin de pouvoir assumer pleinement son rôle dans la société et dans l'Église. Pour cela, ceux qui vivent avec et ceux qui sont affectés par le VIH/SIDA, devraient toujours être préparés à combler ce qui manque aux souffrances de Christ pour le salut de l'humanité car, en effet nous savons que la création a été rendue libre pour la gloire des enfants de

Dieu (cf. Col. 1:24; Rom. 8 : 19-21). Ainsi, le rôle des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'Église est d'être un constant rappel pour les autres des choses essentielles ou élevées, notamment que notre nature mortelle sera rachetée par le mystère de la mort et de la résurrection du Christ. Ceux qui vivent avec le VIH/SIDA ne sont pas abandonnés à eux-mêmes car ils sont membres du Corps du Christ - l'Église. A travers eux, c'est tous qui sont affectés et donc doivent utiliser tous les moyens à leur disposition, physique et spirituel pour leur offrir confort et consolation. C'est ici que l'éthique de l'accompagnement pastoral dans sa compréhension contemporaine entre en jeu.

## **L'accompagnement pastoral**

Pour bien articuler notre présentation, nous devons commencer par une approche notionnelle de 'l'accompagnement pastoral'. En général, l'accompagnement pastoral désigne toute la gamme d'activités entreprises par les ministres consacrés ou non de l'Église, pour répondre aux besoins des peuples. Ces activités peuvent relever des domaines des ministères sacramentels ou diaconaux. Comme on peut le remarquer, l'accompagnement des personnes vivant avec et affectées par le VIH/SIDA entre bien dans ce cadre. Ces ministères peuvent être aussi informels, à travers des rencontres d'échange, que formels, comme dans le cas des célébrations rituelles hautement structurées, y compris la guérison spirituelle.

L'accompagnement pastoral fonctionne de manière significative dans le contexte de l'Église, qui, par essence est le corps même du Christ. En réalité, « *c'est la démonstration extérieure et pratique du souci de l'Église pour les besoins quotidiens et ultimes de ses membres et de la communauté tout entière.* » (Atkinson & Field 1995 : 78). Il faut signaler que le souci pastoral de l'Église se fonde sur la foi que l'amour de Dieu est offert au monde entier.

L'accompagnement pastoral a été abordé sous plusieurs angles. Certains ont tenté de l'envisager dans l'appel global de Dieu pour et par son peuple. Un exemple de cette tendance est tiré de l'analyse de

Jacob Firet (1986) sur la pastorale qui inclut les termes tels que Kérygme, didachè et paraclèse qui appartiennent à l'arrière-plan grec du Nouveau Testament. Tous ces mots renforcent les activités de la prédication, l'enseignement et l'application pratique. Par ailleurs, ils sont très importants dans le cadre de l'accompagnement des personnes vivant avec et affectées par le VIH/SIDA. Nous pouvons dire à titre d'illustration que c'est dans le ministère paraclétique – ici le terme paraclèse comprend l'encouragement, l'exhortation et la consolation – que nous expérimentons et apprécions le champ de l'accompagnement pastoral qui prend effectivement en compte les cas du VIH/SIDA. Cette paraclèse peut aussi être considérée selon les perspectives prophétique (Jean 4 : 15 – 42), pastorale (Luc 15 : 4 – 7 ; Jean 10 : 16), sacerdotale (2 Corinthiens 5 : 18 – 21) et médicale (Marc 2 : 1 – 12). Dans tous les cas, il doit y avoir un accompagnement chrétien clairement manifesté, au travers d'un élan missionnaire prenant en compte les aspects à la fois individuel et collectif. Globalement, le but de l'accompagnement pastoral dans notre contexte est de promouvoir le bien-être total des personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA, et de les assister dans la conversion continue qui fait partie intégrante de la vie chrétienne. Nous contextualiserons notre analyse en considérant chacune des perspectives déjà citées.

### **a) Accompagnement prophétique et VIH/SIDA**

L'accompagnement prophétique en contexte du VIH/SIDA doit être analysé à partir de la double nature de l'appel prophétique. La première nature du ministère prophétique est l'avertissement (personnel, local et national) concernant le jugement imminent du groupe dévoyé. La seconde quant à elle se consacre à la promesse de restauration et au renouvellement du repentant (Jérémie 13 : 19 ; 23 : 7-8 ; 30 : 3 ; st 18 : 18-19). Ces deux tendances cumulent dans la vie et l'enseignement de Jésus (Luc 7 : 16 ; 24 : 19 ; Actes 7 : 37). Ce sont ces mêmes tendances qui avaient stimulé les activités de l'Eglise naissante et particulièrement les communautés pauliniennes dans le contexte de la communion fraternelle (Romains 15 : 14 ; Colossiens 3 : 16 ; I Thessaloniens 5 : 12). Face au VIH/SIDA et à ses multiples défis, l'Eglise doit – si elle veut répondre effectivement à cette pandémie –

se revêtir du manteau prophétique. C'est par cet usage effectif et les autres moyens que l'Eglise se rendra crédible dans le monde.

## **b) Accompagnement pastoral et VIH/SIDA**

Un des caractères importants de Dieu dans l'Ancien Testament est celui du « Berger » (Genèse.48 : 15, Psaume 23, 1 ; 80 : 1, Esaïe 40 : 11). Cette imagerie de guide pratique était conférée aux leaders militaires et aux politiques qui étaient chargés d'œuvrer comme des « sous-bergers » (2 Samuel 7 : 7 ; Jérémie 23 : 1 – 4). Dans les situations de découragement, il y eut la promesse d'un messie – Berger (Ezéchiel 14 : 23 – 24 ; 37 : 24 ; Zacharie 11 : 7 – 11 ; 13 – 7). Dans le Nouveau Testament, cette image s'accomplit en Jésus qui vient rassembler « les brebis perdues de la maison d'Israël » (Matthieu 9 : 36 ; 10 : 6 ; 15 : 24). Jésus se proclame lui-même le bon berger (Jean 10 : 11 – 18), accomplissant ainsi ce qui avait été annoncé en Ezéchiel 34 : 11-16. En outre, dans Jean 10, la métaphore du berger porte en elle-même un élément de relation proche et intime entre Jésus et ses disciples. Cette relation intime est porteuse de réalités nobles comme l'honnêteté, le désintéressé, la bonne guidance, la protection et l'élévation. Les premiers chrétiens avaient fidèlement imbibé leurs actes de consolation, de réconfort et d'encouragement envers ceux qui étaient dans quelque difficulté de ces recommandations pastorales, comme cela apparaît clairement par certains usages du parakaleo (2 Corinthiens 1 : 3 – 7 ; 7 : 4 – 7 ; 2 Thessaloniens 2 : 16 – 17 ; Hébreux. 6 : 18). Tout ceci culmine plus tard dans les règles de conduite que l'on retrouve dans les Epîtres Pastorales et dans les paternelles remontrances de Jean à travers ses épîtres. Dans tous les cas mentionnés, il y a l'ordre de s'encourager, d'accompagner et de se soutenir mutuellement dans la communauté (Galates 6 : 2 ; Hébreux 10 ; 24 – 25). Suivant les traces des premiers chrétiens et s'inspirant des actions de Dieu dans les deux testaments, l'Eglise contemporaine doit chercher à encourager, accompagner et soutenir les veuves et les orphelins qui sont directement affectés par les horreurs et les douleurs infligées par le VIH/SIDA. L'Eglise contemporaine ne doit pas perdre de vue que les veuves et les orphelins bénéficient de l'attention particulière de Dieu dans l'Ancien et le Nouveau Testaments.

Ces expériences doivent, par conséquent, l'inspirer dans la manière dont elle rend témoignage à l'amour et aux soins dont Dieu comble les veuves et les orphelins dans le contexte du VIH/SIDA.

### **c) Accompagnement sacerdotal et VIH/SIDA**

L'accompagnement sacerdotal a été ordonné depuis l'époque de l'Ancien Testament à travers les pratiques lévitiques, qui servaient de médiation dans les situations concernant Dieu et l'homme. Plus tard, le sacrifice d'amour du Christ devient l'accompagnement sacerdotal par excellence selon « l'ordre de Melkisédec » (Hébreux. 7 : 1- 28). Christ joue dans ce contexte le rôle du représentant du peuple devant Dieu, assumant pleinement par son humanité sa solidarité avec les nécessiteux et, comme fils de Dieu, son appel divin (Atkinson & Field, 1995 : 79). La particularité dans son rôle sacerdotal réside dans son ministère d'identification, de médiation, de pardon et de réconciliation. Sans minimiser le caractère unique et efficace de la mort et de la résurrection du Christ, nos chrétiens contemporains sont aussi appelés à mener une vie de sacrifice et de service comme le « sacerdoce de tous les croyants », envers les personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA (Exode 19 : 6 ; Esaïe 61 : 6 ; Romains 15 : 16, 1P 2 : 9 ; Apocalypse 1 : 6 ; 5 : 10). Dans cette perspective, nous serons tous motivés par l'amour du Christ et demeurerons ainsi attachés au principe de réconciliation dans notre nouvelle communauté (2 Corinthiens 5 : 17 – 21 ; Ephésiens 5 : 1 – 2 ; 1Pierre 1 : 18- 23 ; 1 Jean 4 : 13 – 19) aux prises avec les expériences du VIH/SIDA, avec des tendances à la stigmatisation, l'aliénation et l'isolement. Dans ce contexte aussi, l'Eglise devra se mettre en situation d'examiner et de remédier à son échec à conduire la société à l'image du Christ dans cette situation semblable à celle que met en scène l'épisode de la lèpre dans la Bible.

### **d) Accompagnement médical et VIH/SIDA**

Dans le contexte de l'accompagnement médical, Dieu est perçu comme le guérisseur suprême à nul autre pareil (Exode 15 : 26 ; Deutéronome 32 : 39 ; Job 5 : 18 ; Osée 6 : 1). L'intérêt de Dieu pour les souffrances de l'humanité – y compris celles du VIH/SIDA – est



manifesté dans les actes de compassion et de miséricorde de Jésus – Christ. Le caractère nature attentionné du ministère de Jésus envers les nécessiteux est clairement exprimé dans la déclaration messianique de Luc 4 : 18 – 19 (cf Esaïe 61 : 1 – 2). Il y a dans ces cas, une dimension d’accompagnement qui consiste à soulager, libérer et restaurer. Cet accompagnement médical vise à apporter l’intégrité – surtout à travers les guérisons miraculeuses (Marc 11 : 5) – à la vie tant personnelle que collective, ce qui inclut le VIH/SIDA aujourd’hui. L’action médicale de Dieu est expérimentée de façon intime dans les œuvres de guérison de ses adorateurs (I Rois 17 : 17 – 24 ; 2 Rois 20 : 1 – 11 ; Actes 5 : 12 – 16 ; 14 : 8 – 10 ; Romains 15 : 18 – 19 ; 1 Corinthiens 12 : 9), et continue de guider les Chrétiens contemporains face au VIH/SIDA. C’est une consolation de savoir que cet accompagnement médical est encore expérimenté dans l’Eglise de plusieurs manières dans notre contexte de VIH/SIDA. On peut citer la coopération avec la pratique médicale, le recours aux moyens tels que l’imposition des mains et l’onction d’huile, la reconnaissance des dons de guérison, la foi en la puissance de Dieu pour guérir l’âme, l’esprit et le corps à travers son peuple rassemblé en prière.

## **L’omniprésence du VIH/SIDA dans le ministère pastoral**

Malgré les progrès des sciences de la santé, le VIH/SIDA a continué de sévir et à détruire la vie humaine. Dans ce processus, la conduite humaine, le but et la personnalité sont désorientés et froissés ; et la vie elle-même perd son sens, surtout lorsque des domaines aussi sensibles que la sexualité, la procréation et la productivité humaines sont atteints au même titre que les priorités sociale, économique et environnementale. La société reste divisée par la violation des droits fondamentaux de la personne humaine, les graves inégalités, la dépravation, la marginalisation et la stigmatisation.

L’expansion non-contrôlée du VIH/SIDA affaiblit la capacité à soutenir la vie, à procréer et par la même occasion menace l’accroissement de l’humanité. C’est un cercle dynamique et vicieux. Ce sont surtout les pauvres qui sont mis en marge de la société et exclus comme c’est le cas pour la stigmatisation des PVVIH. Ces dévelop-

pements négatifs et le VIH/SIDA se rejoignent dans une relation dynamique dans laquelle l'un dépend de l'autre. La vie, le sexe et la sexualité humaine sont tenus captifs dans ce cercle. L'ensemble des effets de cette pandémie sur ces domaines de la vie, du sexe, de la sexualité humaine et de la relation est grave et durable. Jusqu'à quand cela durera-t-il ? Personne ne le sait, car nous n'avons pas encore à notre disposition la totalité des approches indispensables pour contenir cette marée.

Il a été affirmé que la pandémie du VIH/SIDA peut être prévenue, contrôlée ou maîtrisée. Seule une approche pluridisciplinaire peut permettre de répondre aux défis lancés par le VIH/SIDA. Comment pouvons-nous développer les désirs, attitudes, valeurs et ressources pour prévenir le VIH/SIDA sans les efforts conjugués dans chaque palier du ministère de l'Église ? On envisage dans ce cas une approche multidimensionnelle et corrélationnelle. Les moyens efficaces de la prévention comprennent la sauvegarde de la sainteté de vie, l'abstinence sexuelle et une sexualité responsable, la fidélité mutuelle, le renforcement économique et matériel, le démantèlement de la marginalisation et de la stigmatisation, la condamnation des partisans du commerce sexuel, la prostitution et le trafic des femmes. Il s'agit ici du respect des droits fondamentaux de la personne humaine, qu'il s'agisse des PVVIH ou des personnes saines.

Il ressort de tout ce qui précède que le VIH/SIDA pose un certain nombre de défis éthiques qui doivent être traités dans un cadre pastoral. Ainsi, la réponse au défi du VIH/SIDA découle des convictions éthique et pastorale sur la nature de la vie, la conduite humaine, le sexe et la sexualité humaine. Dans cette perspective, nous affirmons que les hommes sont potentiellement capables du bien, de vivre dans la sainteté, la noblesse du sexe et de la sexualité humaine. Par conséquent, en réponse au défi du VIH/SIDA, nous serons motivés par des impératifs pastoraux urgents, motivés à débattre avec passion de tout ce qui a trait à la sainteté de vie, au sexe et la sexualité humaine, et ainsi pourrons nous nous efforcer à offrir les moyens pastoraux de lutte contre le VIH/SIDA. Dans cette approche pastorale, nous devons suivre un processus de discernement qui doit tenir compte au

préalable d'une collecte d'informations pertinentes qui seront confrontées ensuite aux problèmes les plus sensibles afin d'équilibrer les différents avis et intérêts parfois conflictuels. Cet effort sera sous – tendu par les principes pastoraux chrétiens appropriés. Je n'ai pas fait allusion aux droits de la personne et de tout ce qui s'y rattache non parce que cela n'a rien à faire avec ce fléau dévastateur, mais parce qu'ils sont le soubassement de la sainteté de vie et tout ce qui y a trait. En général, l'accompagnement pastoral ne fonctionne efficacement que dans la connaissance des droits humains.

### **a) La sainteté de vie dans le contexte de la pastorale de l'Eglise**

La compréhension chrétienne de la sainteté de vie soulève de sérieux problèmes éthiques ayant des dimensions pastorales. En dépit de tout, on sait que le VIH/SIDA attaque et tend à détruire la vraie signification de la vie. La vie semble être sa première et principale cible. La vie est pourtant quelque chose de merveilleux, à admirer. Notre révérence pour la vie se manifeste dans le profond respect de la vie humaine, compte non tenu de la manière dont elle s'est faite ou déformée par les afflictions telles que le VIH/SIDA et les autres difficultés. Le contenu de notre discussion sur du ministère pastoral dans l'Eglise nous conduit vers l'appréciation intégrale de la sainteté de vie qui doit être affirmée en insistant sur l'intégrité et la sainteté de la vie humaine, qui nous impose certaines obligations positives et urgentes au même titre qu'elle s'attaque au problème de la pandémie du VIH/SIDA.

L'intégrité de la vie est atteinte lorsque la vie est complète, c'est-à-dire lorsque tous les domaines de l'existence sont intacts, et qu'il est possible d'assumer sans obstacle les fonctions de la vie. Quand nous parlons de l'intégrité humaine, nous entendons l'intégrité ontologique, psychologique, morale et fonctionnelle – y compris sa personnalité prise ensemble et dans l'harmonie. La personnalité humaine prise ontologiquement veut dire l'union entre une âme et un corps rationnel. C'est de ce type d'intégrité que découlent tous les autres types d'intégrité personnelle.

En plus de cette forme d'intégrité, il y a l'intégrité psychologique et fonctionnelle. Il est important de signaler que si ces dernières sont détruites, comme cela se pourrait dans notre contexte de VIH/SIDA, il n'y a aucune réduction possible de la personnalité ontologique, qui demeure inviolable. Il est bon de retenir cela en vue de certaines conclusions médicales inexacts qui sont propagées au sujet de la pandémie du VIH/SIDA. L'intégrité psychologique existe nécessairement dans l'ordre phénoménologique. A cause de cet ordre l'homme ou la femme PVVIH ou non, réalise sa propre identité. Il ou elle est capable de se réaliser comme une personne entière, indépendante, responsable et capable de justifier chacun de ses actes. Dans ce cadre, il ou elle réalise la nécessité de communiquer, et sa responsabilité envers lui-même, son semblable et Dieu. Cette intégrité permet à l'homme ou la femme de vivre et de se perfectionner lui/elle-même dans l'ordre fonctionnel et moral sans égard à son statut sérologique. Il ressort aussi que c'est un devoir pour l'homme ou la femme de prendre soin de sa vie non seulement en vue de préserver sa personnalité ou intégrité ontologique, mais aussi pour se faire valoir et se développer pleinement et essentiellement à travers les activités fonctionnelles et morales.

Je pourrais aussi relever la priorité de la personnalité ou de l'intégrité ontologique sur les autres types d'intégrité, tout comme la vie prend de l'ascendance sur les actes vitaux. Ce type de raisonnement ou de compréhension nous permettra de mettre à nu les pensées fallacieuses de quelques uns qui affirment que la vie en elle-même est détruite lorsque l'activité fonctionnelle n'est pas parfaite, comme dans le cas d'une infection par le VIH/SIDA.

Il y a aussi l'intégrité corporelle, qui renvoie à la totalité du corps humain. Dans ce cas, les membres du corps existent pour le bien et contribuent à l'épanouissement de la personne entière. Le principe de la totalité incite les différents membres du corps à veiller à la conservation de la vie, indépendamment de l'état de cette vie.

Quand nous parlons de la sainteté de vie, nous l'abordons principalement dans la perspective de l'enseignement chrétien. Il est cepen-

dant bon de ne pas oublier qu'il existe une sainteté objective en toute chose. La sainteté dans ce sens est la suprême vertu spirituelle appartenant à l'ordre du surnaturel, qui surpasse l'ordre moral ou éthique. C'est seulement dans le cadre de l'accompagnement pastoral que cette sainteté est accentuée et reçoit sa noblesse. Elle demeure de ce fait l'élément mystérieux et intrinsèque de la personnalité humaine (Rudolf OTTO 1958, Mircea Eliade 1968). Pour cette raison il appartient à tous de protéger la vie, de la défendre, de la soutenir, même si elle est infectée par le VIH/SIDA. Cette sainteté objective doit être comprise dans l'ordre présent de l'humanité rachetée. Elle ne peut s'accomplir pleinement qu'en relation avec le Christ – Rédempteur. Ceci se fonde sur l'assurance que la vie de chaque jour est le reflet de la splendeur de la rédemption qui considère la chute de tout l'homme mais qui le rachète corps et âme. Nous pourrions aujourd'hui réaffirmer ce qu'avait dit St Thomas d'Aquin « la vie humaine s'assimile quelque peu à l'objet matériel de la religion » (S.T.2. 2ae.q.81 art 3).

Nous pouvons affirmer – si tout ce que nous avons dit est cohérent et sensé – que donner la priorité à la vie humaine, affectée ou non par le VIH/SIDA, au nom de sa sainteté et de sa dignité, s'assimile jusqu'à un certain niveau à un acte de la vertu religieuse. Dans cette primauté à la vie humaine, la majesté suprême, l'honneur et gloire de Dieu sont reconnus. Pour cette raison, la vie humaine, quel que soit son statut, doit être préservée, développée et orientée dans un sens religieux. Nous ne pouvons, par conséquent, pas être indifférents à notre corps et à ce que nous en faisons. Dans cette attitude envers la vie, notre position sur la culture et la santé physique modernes vis-à-vis du VIH/SIDA doit être claire.

L'existence corporelle est un bien exalté. Nous avons reçu la vie en tant qu'intendant, et n'en sommes pas les propriétaires. La vie terrestre est un moyen pour atteindre une autre vie, et en cela que se trouve la nécessité de son accompagnement pastoral. Cependant, il n'est pas faux d'ajouter que la santé porte avec elle la maladie et que les deux sont plus en relation avec la moralité et la sainteté que nous ne pourrions jamais le soupçonner.

La santé humaine est la plus grande harmonie possible des forces et énergies humaines entre elles. C'est la plus grande spiritualisation possible du corps et la plus grande incarnation possible du spirituel. La bonne santé est le bien le plus précieux qu'ait jamais eu l'homme ou la femme. Cependant, un corps débordant de vitalité, mais qui bafoue la vertu peut être considéré comme plus malade qu'un corps faible, infecté par le VIH/SIDA, mais qui est couronné de vertu.

Nous devons prendre soin de notre santé car, c'est un trésor qui nous a été confié et que nous devons conserver. L'intégrité physique et le fonctionnement sans défaut des organes corporels constituent de délicates valeurs. Mais nous ne pouvons pas vanter la santé – qui est du domaine biologique ou animal – comme une valeur suprême et absolue. Nous devrions être prêts à accepter la santé et la maladie dans la limite où ils sont au service de la vertu et de l'amour. L'inquiétude pour la santé devrait aller de pair avec notre disposition à accepter la maladie, comme cela peut se passer dans les cas où on va assister les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. On devrait se rendre compte dans ce cas, que la maladie est une expression de notre humanité, car elle joue un rôle important dans la société humaine.

La maladie est une atteinte à la vie. Elle renvoie à quelque culpabilité qui peut être attribuée à l'individu, à la société ou au gouvernement, dans quel cas il y a un manquement aux précautions spirituelles et matérielles pour la santé. La maladie pourrait être une conséquence d'intempérance. Dans ce cas l'amour responsable et une attention particulière à la santé sont un impératif pastoral. L'homme ou la femme doit être personnellement responsable pour la vie. Une vraie compréhension de la santé et de la maladie est une base pour le ministère pastoral chrétien. L'accompagnement pastoral qui veille sur la sainteté de la vie dans ce contexte de la pandémie VIH/SIDA doit être constamment repris et renouvelé, surtout lorsqu'on remarque des attaques délibérées de la vie corporelle telle que le fait de transmettre sciemment le VIH/SIDA aux amis et voisins.

## **b) Une Approche Pastorale de l'éthique sexuelle et de l'éducation sur la sexualité humaine**

Notre réflexion serait incomplète si nous y mettions un terme sans discuter de la question du sexe et de la sexualité humaine. Le sexe tel qu'il est employé ici fait allusion à l'expression minimale de la sexualité humaine limitée à sa génitalité. En réalité, c'est la génitalité qui découle de la sexualité et pas l'inverse.

Il est généralement admis que c'est par le sexe et la sexualité humaine que le VIH/SIDA se propage le plus. Il a été affirmé que 80% environ des PVVIH ont été infectées à travers les relations sexuelles. Ma réflexion sera brève étant donné le grand nombre des travaux réalisés dans ce domaine. Elle sera toutefois orientée vers une mise en valeur de l'accompagnement pastoral qui accentue la moralité du sexe et de la sexualité humaine. Cela révélera les implications positives et négatives de la « faculté du sexe ».

Le sexe autant que la vie est un cadeau pour lequel l'homme ou la femme doit se sentir responsable. Le sexe n'est ni mauvais, ni sale, ni malpropre. Le sexe, comme une faculté, en l'homme ou la femme est très puissant. Les pouvoirs du sexe ont été créés pour une bonne cause et non pas pour la transmission de VIH/SIDA. Notre vie est indissociable du sexe. Nous ne pouvons ni l'effacer de nos esprits ni l'éliminer de nos corps. Le sexe doit bien être envisagé. L'homme ou la femme est plus qu'un être sexué. Pour cela, le sexe en l'homme ou la femme ne peut être ni abordé ni traité simplement comme quelque chose de purement biologique. L'homme ou la femme a reçu le don naturel du sexe comme une tâche morale. Le sexe en homme ou la femme occupe une place dans la structure totale de la personne humaine.

C'est du sexe que dérive la sexualité humaine. Donc, le ministère pastoral orienté vers la moralité du sexe détermine du coup le ministère pastoral tourné vers la moralité de la sexualité humaine. Pour plusieurs personnes, la sexualité humaine est réduite essentiellement aux différences physiques et biologiques entre homme et femme. La

sexualité est donc réduite à la faculté du sexe. Dans ce sens, elle est conçue comme une source d'amusement ou une source de misère – comme quand une grossesse non désirée résulte d'un rapport sexuel illicite ou quand on est infecté par le VIH/SIDA, marié ou célibataire. Une autre manière erronée de concevoir la sexualité, c'est de la considérer comme quelque chose ayant peu de place dans notre sérieuse préoccupation de vivre ou qui n'a rien à voir dans notre tâche quotidienne en tant qu'hommes et femmes. La perception de la sexualité humaine est, comme nous l'avons décrit, limitée et déformée.

Il y a plus dans la sexualité humaine que le simple contact génital qui n'est que biologique et physique. Il y a aussi l'aspect de la jouissance qui est enraciné le physique. C'est cet aspect de la sexualité qui explique si souvent malheureusement la déviation et la violence qui lui sont associées, lesquelles ont été déclarés agents du VIH/SIDA. Cet appétit du sexe ne s'intègre pas automatiquement à notre personnalité. C'est en cela que se pose le problème.

Le côté jouissif de la sexualité humaine doit être intégré à notre personnalité. C'est ici que le sexe doit être perçu comme un défi à la personne parce que le besoin élémentaire que nous appelons ici contrôle, n'est pas donné avec lui. D'après Fergal O'Conner (1972 : 48), ce que nous appelons maintenant le contrôle « *serait acquis par la discipline constante de la pensée, du désir et de l'action, si le côté sensuel du sexe devait être intégré dans la personnalité* ». Cela signifie que les désirs et tendances biologiques seront personnalisés. Si les gens se comportaient dans les questions de sexe selon leurs croyances morales et référentielles, alors la personnalisation de l'appétit sexuel deviendrait évidente. Ils ne sont plus victimes de leurs ardents désirs sexuels. Par conséquent, leur possibilité à être infecté par le VIH/SIDA et autre infection est réduite. Cela ne les empêche en aucune façon de rester dans les canevas d'action sexuelle que leur recommande leur état de vie. Tout compte fait, nous relevons que la sexualité crée des problèmes spécifiques pour les êtres humains tel qu'on le remarque dans l'expansion ravageuse du VIH/SIDA. Au vu de tout ce qui précède, seules la vertu particulière de la chasteté avec l'abstinence comme compagnon se présentent main-



tenant comme la panacée la plus viable pour contenir l'expansion du VIH/SIDA.

La chasteté est la vertu par laquelle la sexualité humaine est cultivée de la manière la plus appropriée. C'est la vertu qui rend l'homme ou la femme entier(e) ou intègre. Ce n'est pas une remise en cause de notre masculinité ou de notre féminité comme on l'a cru de par le passé. Une personne vraiment chaste est très humaine. Cela n'a rien à voir avec la froideur, une attitude distante et l'indifférence par rapport aux autres, surtout au sexe opposé. Au contraire, la personne vraiment chaste est chaleureuse et affectueuse, capable de partager la vie avec les autres.

La chasteté implique trois choses et toutes trois pressenties pour être les plus appropriées dans le contrôle de l'expansion du VIH/SIDA dans notre société. Premièrement, elle implique la connaissance de la valeur humaine ou de la vie humaine qui est mise en jeu et la connaissance des moyens d'actions par lesquelles la valeur est acquise. Deuxièmement, elle implique l'engagement à la bonté humaine et à l'exécution de ces actions par lesquelles la bonté est accomplie. C'est ici qu'elle se révèle dans tout son éclat au service de l'amour des autres. Troisièmement, elle implique une discipline, qui est la capacité d'agir d'une certaine façon et le contrôle émotionnel qui nous aide à exécuter ces actions prédéfinies.

La chasteté nous permet de nous comprendre comme des êtres sexués, c'est-à-dire que nous sommes pleinement humains. Par elle nous appréhendons le rôle du sexe dans la vie, les valeurs qu'elle implique la sexualité, et comment la sexualité jouissive doit être intégrée dans la vie. Par elle nous savons comment nous cultiver sexuellement, sans créer des douleurs dans le processus. Un suivi de tout ce que nous venons de mentionner est l'engagement et le contrôle qui donnent lieu à l'abstinence et à la fidélité dans les relations sexuelles. Par ces moyens, l'expansion du VIH/SIDA est contrôlée, voire maîtrisée.

Au total, la chasteté est la mesure de notre capacité à aimer saintement. C'est la mesure à laquelle se mesure la manière de traiter les autres

comme des êtres humains possédant en eux une vie qui doit être protégée. Négativement, elle recommande que nous n'exploitions jamais les autres de façon égoïste, comme cela se produit dans le cas de la prostitution et le trafic des femmes, qui s'avèrent être les principaux canaux de l'expansion du VIH/SIDA. La personne chaste est celle qui est capable d'exprimer l'amour d'une manière sexuelle, et ce dans les liens et conditions acceptables. La personne chaste est incapable d'abuser sexuellement des autres comme c'est le cas dans les déviations sexuelles.

Il y a deux façons d'exercer la chasteté. Il s'agit d'abord du mariage qui devrait être marqué du sceau de la fidélité et de l'exclusivité et ensuite de l'état célibataire qui devrait être caractérisé par l'abstinence. La chasteté joue un rôle capital dans la vie conjugale. L'amour dans le mariage et la chasteté vont la main dans la main. La maturation dans l'amour au sein du mariage va ensemble avec la chasteté. Chaque usage licite de la sexualité dans le mariage est à la fois un acte de chasteté et de maîtrise de l'expansion du VIH/SIDA.

Un autre mode de réalisation sexuelle est l'état célibataire. Cet état n'implique pas un reniement de la sexualité mais exige plutôt un amour désintéressé. Ici, les partenaires dans l'amour doivent apprendre et découvrir les valeurs qui sont à présent en jeu : amour, tendresse, soin, intérêt, chasteté, bonté, raffinement, soit l'ensemble des valeurs qui peuvent se résumer en deux mots, 'esthétique' et 'abstinence'. Ces deux mots sont un dispositif de protection et de stimulation de la valeur de chasteté. On parviendra de cette manière à contenir l'expansion du VIH/SIDA parmi les célibataires.

Tout ce que nous avons expliqué fait appel à une approche pastorale efficace de l'éthique sexuelle et de l'éducation sexuelle qui ne doivent être influencées ni par le genre ni par la classe d'âge. A travers lui, l'acquisition de l'information factuelle, qu'elle soit au sujet de rapports sexuels ou du VIH/SIDA, est correctement inculquée dans notre contexte. Il aide aussi dans la formation des attitudes positives, les croyances et les valeurs aussi bien que le développement des méthodes de planification des naissances moralement saines et qui sont

toutes importantes dans la prévention de l'expansion du VIH/SIDA. L'éducation sexuelle, dans le contexte du ministère pastoral, doit accentuer les avantages de l'abstinence de rapport sexuel aussi bien que promouvoir les relations sexuellement saines qui sont dépourvues de contrainte, d'abus et des contacts sexuels non désirés. A travers ces choix consciencieux, le peuple évitera des situations d'infections, et évitera surtout celle due au VIH/SIDA.

### **c) Accompagnement pastoral et la mise en place de passerelles dans le contexte du VIH/SIDA**

La question de passerelle dans l'accompagnement pastoral doit rester comme un important catalyseur quand on a affaire à ceux qui vivent avec le VIH/SIDA, leurs familles et la communauté entière. Cette approche est conçue pour maîtriser l'expansion du VIH/SIDA par changement de comportement massif, elle vise par ailleurs une orientation soutenue. L'expérience à travers le monde entier a prouvé que vaincre ce qui favorise l'expansion du VIH/SIDA, en aidant quelqu'un d'autre à le faire, c'est une façon intelligente de s'aider soi-même à vaincre le problème et de s'en libérer. C'est là que se pose la question de la communauté, du changement de comportement, de l'interaction des facteurs vulnérables, auxquels s'ajoutent l'accompagnement et la prévention. Nous essaierons d'expliquer la perspective pastorale de ces questions éthiques par rapport à la pandémie VIH/SIDA.

L'Afrique est une terre de grandes possibilités. Tout existe pour le bien de tout le reste. La grande inquiétude dans la société africaine est généralement exprimée du point de vue de l'harmonie. La vie, la mort, la maladie, la richesse et la pauvreté sont communautaires et inclut le surnaturel dont font partie les ancêtres. Donc, pour l'Africain, la communauté, c'est une plateforme sur laquelle tout ce que nous avons déjà cité entre en ligne de compte. En d'autres termes, la communauté est le creuset de l'interaction des possibilités. Etant donné que tout est conçu du point de vue religieux en Afrique, la communauté est perçue sur une base morale et par conséquent elle a quelques orientations éthiques qui doivent être analysées selon une approche pastorale. Ce type d'appréhension est important dans notre

analyse des questions qui entourent ceux qui vivent avec le VIH/SIDA, leurs amis, parents et alliés, y compris ceux qui professionnellement assurent leur prise en charge.

Dans une société africaine typique, tout le monde est gardien de la bonne ou de la mauvaise santé de l'autre. Cela explique la compréhension morale des rapports intimes qui existent en Afrique et qui inévitablement préparent le terrain pour le ministère pastoral de l'Église face aux calamités et pressions sur la vie. C'est le devoir du parent le plus proche de veiller sur le malade ; car toute affliction est considérée comme celle de toute la communauté. C'est là que se situe la responsabilité pastorale de la communauté à veiller sur les malades. La compréhension ici est que la communauté est du point de vue pastoral et moral responsable à faire tout son possible pour 'procurer' la guérison au malade. Dans ce sens, la communauté africaine devient une communauté curative. Je veux croire que cette compréhension, si elle est bien articulée, peut fournir grande assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et de cette façon vérifier les influences étrangères de la stigmatisation et de la marginalisation. Le type de communauté que nous avons nommée 'saine' devient une communauté curative, un espace d'ouverture et d'acceptation ; un espace curatif pour partager et raconter les expériences de la vie et de la mort. Cette communauté ici devient celle d'un accompagnement, d'un environnement de confiance et d'engagement dans lequel les risques peuvent être courus en faveur de l'autre et où tous, y compris même les ancêtres, reconnaissent leur vulnérabilité mutuelle face au VIH/SIDA dans leur communauté.

Cette vulnérabilité collective implique que, par la simple présence d'une seule personne vivant avec le VIH/SIDA, tout le monde peut être touché ou peut être frappé, ou exposé au danger ou attaqué par le même virus. Cela veut dire que tous sont non protégés face à la présence d'un seul cas de VIH/SIDA dans la communauté ou que tous portent les signes de la vulnérabilité. Cela peut aussi signifier que tous sont en danger d'infection par le VIH, ou pour ceux qui vivent avec le VIH/SIDA qu'ils ont peu de chance ou pas de chance du tout d'être proprement accompagnés et adéquatement soutenus.

C'est là que la communauté africaine en tant que creuset d'interac-

tions pour la vie, est défiée, et appelée à reconnaître pastoralement les conditions d'inégalité, d'injustice et d'aliénation qui ouvrent davantage à l'expansion du VIH/SIDA qui est elle-même une expression d'un monde fragmenté, et les affronter.

Ce qui découle de l'expérience communautaire du VIH/SIDA est un changement d'attitude envers ceux qui vivent avec le VIH/SIDA. L'appréciation collective ou communautaire de la présence de VIH/SIDA dans leur milieu crée une nouvelle conscience ou une compréhension transformée où tous alors peuvent s'unir dans de nouvelles et créatives manières pour faire face à la santé et aux défis sociaux de la pandémie VIH/SIDA.

Dans cette perspective de changement, les communautés viennent ensemble pour aborder le problème du VIH/SIDA et de la sexualité humaine, sous un angle pastoral, avec la compréhension africaine de l'ouverture, de la compassion, de la solidarité et de l'hospitalité. Dans ce sens, les critiques et attitudes accusatoires envers ceux qui vivent avec le VIH/SIDA sont vaincues, car tous peuvent désormais examiner ensemble et assumer leurs propres vie et action en tant que membres d'une société morale. Ce changement de mentalité donne à l'environnement l'habileté à aborder des questions tels que l'amour, les rapports humains et la sexualité dans une nouvelle orientation à travers laquelle les gens rassemblent des forces pour mettre fin à toutes sortes de discrimination et d'injustices structurelles qui les exposent au risque d'infection par le VIH/SIDA. Cette bonne volonté à embrasser ce changement crée une communauté plus affectueuse et inclusive où le VIH/SIDA devient l'ennemi de chacun et, auquel on s'attaque collectivement.

Dans le développement d'une nouvelle communauté dans cette perspective de changement, il est rappelé à tous que la souffrance d'un membre entraîne automatiquement celle de tous. Par conséquent, la question de l'accompagnement de qualité de la communauté est un impératif dans le contexte du VIH/SIDA. Cela implique la prévision de l'accompagnement sain et le soutien pour des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Cet accompagnement doit être aussi étendu aux familles affligées, y compris les veuves et orphelins. Par ces

moyens, l'impact de la pandémie sur les affligés et leurs familles est amélioré par la compréhension collective que l'espoir n'est point perdu quand une personne est infectée avec VIH. Il aide aussi tous les autres à admettre leur propre mortalité. Cet accompagnement communautaire devient un instrument très important pour la prévention du VIH/SIDA ainsi que pour le renouvellement de l'espoir au sein des familles et communautés.

## **Conclusion**

Il n'y a aucun secret au sujet de l'effet dévastateur du VIH/SIDA dans notre société. Il a dévasté les vies des individus, des familles, et des communautés. Il a engendré une grande souffrance et la mort. Dans la société d'aujourd'hui, il existe seulement deux groupes de personnes à savoir : celles vivant avec et celles affectées par le VIH/SIDA.

Autant le VIH/SIDA est une maladie rattachée à la sexualité humaine, autant il est le produit de multiples facteurs y compris la pauvreté, la marginalisation, et la mauvaise gestion des ressources, le manque d'éducation adéquate et beaucoup d'autres privations sociales et économiques. C'est une maladie multi - sectorielle. Généralement, c'est une maladie humaine et pas une punition de Dieu.

Cet article, par conséquent, soutient que traiter le problème du VIH/SIDA exige une approche pluridisciplinaire, y compris 'l'accompagnement pastoral', si on veut maîtriser ou arrêter son expansion. Je crois personnellement que la cause la plus dévastatrice d'infection par le VIH/SIDA est due au manque d'un ministère pastoral centré sur la vie d'une part, et aux erreurs dans l'appréhension de la vie, de la sexualité humaine et de la gestion et prévision des ressources, dont les ressources sanitaire et éducative d'autre part. Les gouvernements et communautés ont le devoir de s'assurer que les citoyens jouissent d'une santé adéquate et des installations pédagogiques appropriées. Il doit aussi y avoir dans cette situation, des principes établis pour promouvoir et soutenir les Droits de l'Homme.

Quant au sexe, je veux remarquer qu'en lieu et place de la mentalité du préservatif, il doit y avoir un plaidoyer sain pour inculquer à travers un ministère pastoral bien élaboré et suivi, une appréciation morale de la sexualité humaine qui recommande l'abstinence ou la continence pré-nuptiale et la fidélité dans le mariage. Ce type de sexualité humaine clairement conçu par le ministère pastoral doit être moralement compris comme une sexualité qui ne peut s'exprimer du point génital que dans le lien permanent du mariage. Dans ce sens, il est possible d'être impressionné par le mode de vie du peuple qui est une garantie pour apprécier le succès dans la prévention du VIH/SIDA. Le ministère pastoral et l'accompagnement, là où les valeurs authentiques de vie, l'amour et l'usage adéquat de la sexualité, sont accentuées, fournissent une panacée de facilité pour la prévention du VIH/SIDA. Cette prévention doit être fondée sur le choix conscient d'une manière de vivre moralement saine, libre et responsable. Le développement de l'accompagnement pastoral orienté vers la maîtrise de soi et la discipline du moi responsable est aussi important à l'ère de la pandémie du VIH/SIDA.

Au total, l'articulation du thème « Accompagnement pastoral et VIH/SIDA : un impératif éthique » fournit la plate-forme la plus convenable pour inscrire le VIH/SIDA dans le contexte du ministère pastoral de l'Église. Elle fournit de l'information exacte et dans ce processus, elle défie et démantèle la fausse information répandue au sujet du VIH/SIDA. Elle motive les individus à assumer leur responsabilité pour des choix et actions personnels. Elle fournit des stratégies pastorales pour affronter la discrimination et stimule les responsabilités et les réponses communautaires à l'ère de la pandémie du VIH/SIDA. Enfin, cet article sur « Accompagnement pastoral et VIH/SIDA : un impératif éthique » ne vise pas à fournir un raisonnement éthique abstrait, mais plutôt à encourager une saine stratégie pastorale qui est la seule pour éviter, contrôler et prévenir l'expansion du VIH/SIDA au-delà ce qui est se fait maintenant.

## Documents consultés

- A WCC Study Document. **Facing Aids, The Challenge, The Churches' Response**. Geneva: WCC Publications. 1997.
- Action Health Incorporation. *Plan of Action for Promoting Access to Comprehensive Sexuality Education in Nigeria*. Lagos. 2001.
- Aquinas, Thomas. *Summa Theologica* 2. 2ae. q. 81. art. 3
- Browning, D. S. **Religious Ethics and Pastoral Care**. Philadelphia. 1983.
- Catholic Secretariat of Nigeria. *Nigerian Catholic HIV/AIDS Policy*. Lagos. 2002.
- Clinebell, H. J. **Basic Types of Pastoral Care and Counselling**. London & Nashville, TN. 1983.
- Deutsch, Charles & Sharlene Swart. *Rutanang: Learning from One Another*. South Africa: Department of Health. 2002.
- Downey, Michael, Ed. **The New Dictionary of Catholic Spirituality**. Bangalore: Theological Publications in India. 1995.
- Dube, Musa W. Ed. **HIV/AIDS and the Curriculum**. Geneva: WCC Publications. 2003.
- Duffy, R. A. **A Roman Catholic Theology of Pastoral Care**. Philadelphia. 1983.
- Eliade, Mircea. *The Sacred and the Profane: The Nature of Religion*. New York: Harcourt Brace. 1968.
- Firet, J. **Dynamics in Pastoring**. ET, Grand Rapids. 1986.
- Haring, Bernard. *Free and Faithful in Christ, vol. 2*. London: Billing and Sons Ltd. 1979.
- Hurding R. F. "Pastoral Care, Counselling and Psychotherapy" in David J. Atkinson & David H. Field. **New Dictionary of Christian Ethics and Pastoral Theology**. Downers Grove, Illinois: InterVarsity Press. 1995.
- Leech, K. **Spirituality and Pastoral Care**. London. 1986.
- Nigerian Educational Research and Development Council. *National Sexuality Education Curriculum*. Abuja, Nigeria. 2001.
- O'Donoghue, Noel Dermot. "The Problem of Suffering". *Man Alive in Christ*. Ed. Patricia Corr. Dublin, Ireland: Gill and Macmillan. 1972: 57-59.



- Nyoyoko, Vincent G. "Teaching Ethics in the HIV/AIDS Era". Paper presented on the 9<sup>th</sup> June, 2004 during the **World Council of Churches Theology-AIDS Curriculum Workshop** (6<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup> June, 2004) at Kolping Conference Centre, World Bank Housing Estate, Umuahia, Abia State, Nigeria.
- O'Connor, Fergal. "Man as a Sexual Being". *Man Alive in Christ*. Ed. Patricia Corr. Dublin, Ireland: Gill and Macmillan. 1972: 47-56.
- Oden, T. C. **Kerygma and Counselling**. New York. 1978.
- Otto, Rudolf. *The Idea of the Holy*. New York: Oxford University Press. 1958.
- "Religion and Moral Duty: Notes on Fear and Trembling". *Religion and Morality*. Eds. Gene Outka & John P. Reeder. New York: Anchor Books. 1973: 204-254.
- Stravinskias, Peter M. J. Ed. **Our Sunday Visitor's Catholic Encyclopedia, Revised Edition**. Huntington, Indiana: Our Sunday Visitor Publishing Division. 1998.
- The Holy Bible**
- Thurneysen, E. **A Theology of Pastoral Care**. Richmond, VA. 1962.
- World Council of Churches. *Study Document and Statement on HIV/AIDS*. Switzerland. 2002.



# Éthique pour briser la stigmatisation : Perspectives africaines, bibliques et théologiques

Joseph B.R. Gaie

## Introduction

Ce chapitre vise à formuler une perspective sur l'éthique pour briser la stigmatisation dans les domaines africain, biblique et théologique. Il montre que la stigmatisation est un danger moral quelle que soit la perspective d'où on la considère, et devrait être complètement éradiquée. La stigmatisation fait partie du processus de déshumanisation, surtout évident parmi les pauvres. La dé-stigmatisation du VIH et du SIDA est impérative en tant que promotrice de la ré-humanisation des opprimés. Ce chapitre soutient que dans la perspective africaine, on a moralement tort de stigmatiser des individus à cause de leur maladie. Le concept de 'botho' en Setswana est employé pour étayer cette affirmation. Le chapitre soutient aussi que de la perspective biblique et théologique, il y a nécessité de briser la stigmatisation qui peut être considérée comme un péché ou un échec à répondre à l'appel de l'amour du prochain.

Pour mieux aborder notre réflexion, nous la commencerons avec une définition active de l'éthique et de la stigmatisation afin de comprendre ce que briser la stigmatisation signifie, avant de nous appesantir sur les trois perspectives mentionnées plus haut.

## Les mots et leur sens

### *Ethique*

Le premier mot important est « éthique ». L'Éthique, en tant qu'un domaine formel d'investigation philosophique, est une étude philosophique de la moralité « (Callahan, 1988:7). Cette étude traite des

questions du bien et du mal. Elle pose la question : *lorsque l'on dit que quelque chose est vrai ou faux, moralement bon ou mauvais, que veut-on dire ?* dans le même temps où elle se demande s'il y a des critères permettant de faire cette distinction. Les réflexions sur ces questions engendrent des théories éthiques ou théories du bien et du mal tel que l'utilitarisme et la déontologie (WCC, 1997:51). L'Éthique permet aussi aux étudiants de décider si certaines actions, l'état des choses et les situations sont bien ou mal. Les philosophes de la morale ont proposé ce qu'ils appellent des principes moraux dont les plus importants sont : la bienfaisance, le respect des personnes, la non - malfaisance et la justice (WCC, 1997:52; Gaie, 2002a:17). Il ne s'agit pas juste d'un code de prescriptions et proscriptions (Singer, 1993:1ss). Ces principes montrent aussi comment les êtres humains devraient être eux-mêmes. « *Au-delà du fait de décider de ce qui est bien ou mal, les débats éthiques sont faits pour nous aider à nous comprendre nous-mêmes et à connaître le type de personnes que nous devenons par nos décisions et nos choix particuliers, même si ceux-ci sont une réponse aux crises, inquiétudes et tensions dans nos luttes quotidiennes* » (Katongole, 2001:145). En d'autres termes, l'éthique est le discours qui tente d'avoir une compréhension de la totalité de vie humaine d'une manière empathique et objective.

Quand donc nous parlons de l'éthique de la stigmatisation, nous considérons le bien et mal dans un sens moral, pendant que nous cherchons à voir comment la réponse des êtres humains face au VIH et à la pandémie du SIDA est logique, c'est-à-dire prend en compte l'humanisation ou l'affirmation de l'humanité des autres, et comment la déshumanisation ou le refus de reconnaissance de l'humanité des autres peut être dénoncée comme irrationnelle, et donc inacceptable quelle que soit la perspective.

### **Briser la stigmatisation.**

La deuxième expression, c'est « briser la stigmatisation » que j'appellerai volontiers la « dé- stigmatisation ». Mais que veut dire stigmatisation ? Stigmatisation veut dire qu'il y a une faute commise ou

une culpabilité morale qui engendre la souffrance ou la douleur. C'est «un signe de honte : le sentiment d'avoir honte» (Procter, 1978:1095). Dans le contexte du VIH et du SIDA, les personnes infectées et celles qui sont affectées ressentent une stigmatisation non seulement associée à la maladie (Fenton, 2004:1187), mais aussi attachée à elle. Les gens ont honte juste d'avoir été testés positifs. Leurs parents et amis sont eux saisis de la même honte. Certains pensent et croient que les séropositifs de la société devraient avoir honte de l'être. Si être affecté par la maladie est une honte, alors on peut dire qu'un stigma se trouve bien attaché à elle. Et si la société veut que les personnes affectées aient honte, alors on peut logiquement supposer que la maladie en elle-même est stigmatisée.

Quant à briser, il peut signifier séparer en parties, arrêter ou faire une pause (Procter, 1978:120). Parfois, briser est un processus violent. Dans le contexte de VIH et SIDA briser veut dire tout simplement mettre fin ou stopper la stigmatisation ; ou encore comme je préfère l'appeler, c'est le processus de dé-stigmatisation. Œuvrer pour la fin de la stigmatisation ou entreprendre la dé-stigmatisation est un processus moral important et devrait de ce fait être conduit efficacement. Briser la stigmatisation liée au VIH et le SIDA est moralement mauvais lorsqu'il résulte en la stigmatisation de quelque autre partie de la société. Briser dans ce sens n'implique pas une suspension temporaire de la stigmatisation, mais bien de la conduire jusqu'à sa fin complète. Ce processus ne veut non plus dire mettre fin à un stigma et en enclencher un autre.

Ce chapitre vise à démontrer que la dé-stigmatisation est un impératif moral. Ce serait moralement malsain de ne pas briser la stigmatisation. Nous reviendrons plus loin sur cet impératif moral de la dé-stigmatisation.

### **Que fait la stigmatisation ?**

Il est alarmant de se rendre compte de toutes les questions morales qui entourent la stigmatisation du VIH et du SIDA. Il est acquis que la stigmatisation prévaut dans la société (WCC, 1997 : 58 ; Phaladze

& Tlou, 2001 : 199 ; Fenton, 2004:1187) et que ses conséquences sont graves. Phaladze & Tlou (2001:199) ont montré que la stigmatisation du VIH et du SIDA a poussé quelques femmes à éviter de s'informer sur leur santé sexuelle et reproductrice de peur d'être accusées de promiscuité sexuelle. Le résultat est l'éventualité d'un risque élevé d'infection. Le COE (WCC, 1997:13, 58) est allé encore plus loin en affirmant que la stigmatisation du VIH/SIDA expose tout le monde dans la société à un risque plus grand d'infection.

A un autre niveau, il est clair que le fait d'être infecté ou affecté est quelque chose de très douloureux. Lorsqu'on y ajoute la stigmatisation, on inflige une douleur supplémentaire. La souffrance et la douleur sont donc des problèmes qui nécessitent l'intervention d'une action morale. L'éthique pour briser la stigmatisation est de ce fait une initiative qui vise à faire comprendre les dangers de la stigmatisation afin de mener des actions appropriées. Comme l'a fait remarquer Fenton Fenton (2004) il y a des liens entre la pauvreté et le risque d'infection est aujourd'hui plus justifié car, 95 % des personnes vivant avec le VIH et le SIDA sont dans les pays pauvres où plusieurs facteurs concourent au malheur des pauvres. Et même dans les pays développés, les moins nantis sont vraisemblablement les plus affectés. Le riche peut facilement s'offrir des soins médicaux et accéder à l'information correcte lui permet de mieux poser des actes appropriés. Les gens et les pays pauvres s'appauvrissent davantage et de plus en plus de ressources sont mobilisées pour lutter contre la maladie.

Il apparaît clairement de ce qui précède que la pauvreté n'est pas moralement acceptable. Nous pouvons cependant insister sur le fait que la stigmatisation des individus et des pays pauvres signifierait faire violence au peuple, ce qui pose problème au plan moral. L'éthique pour briser la stigmatisation est par conséquent un processus de conscientisation sur la nature et les impacts de la stigmatisation. C'est comme si on mettait du sel dans une gangrène.

Nous essayons dans ce qui suit de voir comment et pourquoi la stigmatisation est moralement inadmissible tant dans la perspective africaine, biblique que théologique.

## La perspective africaine

Dans cette partie qui abordera la perspective africaine, j'emploierai les concepts setswana de motho (être humain) et de botho (personne) pour montrer qu'une fois que nous avons compris comment la personne est conçue, alors nous pourrions comprendre pourquoi la stigmatisation est moralement mauvaise, parce qu'elle n'est pas botho.

<sup>1</sup> Le terme botho est un nom des classes 1, 2 (un, deux) et 14 (quatorze) dans la langue Setswana (mogapi, 1984 : 12) qui vient de la racine - tho (mogapi, 1984 : 20) qui signifie « être humain » en tant qu'entité métaphysique et « une personne » au niveau moral. Nous analyserons ces termes afin d'en saisir la portée dans le cadre de notre présentation.

### *Les éléments métaphysiques de botho*

A ce niveau, nous recherchons l'être, ce qui fait le botho. Nous remontons à l'essence du botho, lequel être vivant ne pourrait pas être appelé motho. En Setswana, botho signifie tout simplement le fait d'être un être humain ou l'essence qui fait l'être de la personne humaine. C'est ce qui distingue les êtres humains de toutes les espèces animales. Au niveau métaphysique, il existe quelque chose qui a l'essence du botho, /le fait d'être un être un humain. Alors qu'est-ce que le motho ? Nous répondons avec les termes de Kwasi Wiredu (1991 : 31). Selon lui, une personne humaine est celle qui est née de la communication, un produit de la culture. Cela inclut la pensée, l'habileté à conceptualiser et à articuler. Cette habileté se réalise dans un processus évolutif de la socialisation culturelle. Le motho est donc à la fois physique / biologique et immatériel, l'esprit. Un motho ou

*être une personne humaine implique l'habileté à la perception, l'abstraction et la déduction. Ces aptitudes mentales sont identiques chez tous les humains compte non tenu de leur origine, Europe, Asie ou d'Afrique, de la même ma-*

---

<sup>1</sup> Les éléments présentés dans cette section sont ceux d'un chapitre d'un ouvrage que je co-édite avec le Dr. S. Mmolai intitulé « Botho et le VIH et le SIDA »

*nière que les réactions intuitives des crapauds d'Europe sont comme celles des crapauds d'Afrique (...) Il existe donc une identité humaine commune (Wiredu, 1991 : 32-33).*

Selon Lesiba et al, partagent le même avis lorsqu'ils affirment que :

*Bien qu'il y ait des différences dans les parties constitutives de l'être humain, il est fondamentalement reconnu qu'il est composé d'un aspect matériel et d'un ou plusieurs aspects 'spirituels'. Aussi nous retrouvons-nous dans un dualisme dont il résulte la question de savoir comment ces aspects fonctionnent ensemble (1991 : 146).*

Chez les Setswana, un motho peut être décrit matériellement et spirituellement, moralement et épistémologiquement. Au niveau matériel/physique, les Batswana se réfèrent au motho comme « ke motho yo mo leele » (Il/elle est une personne de grande taille). Motho renvoie aussi au cadavre. Dans le cas du cadavre par exemple, on rapporte à ceux qui sont restés à la maison quand un membre de la famille a été inhumé « re mmolokile » (nous l'avons enterré (e)). Chez les Batswana il existe la croyance selon laquelle lorsque le cadavre d'une personne est dans maison, il ne doit pas y avoir du bruit. C'est un signe de respect pour le mort, d'où l'expression « o mo ntlong » (il/elle est dans la maison).

La nature spirituelle d'une personne dans la tradition setswana se reflète aussi dans la manière dont les Batswana parlent de la mort. Tous les êtres vivants sont destinés au « swa » c'est-à-dire à la mort, y compris les êtres humains. Il est aussi clair que la mort d'une personne est considérée d'une manière spéciale. C'est pourquoi les Batswana ne disent pas souvent motho o tuali sule (le mort) pour un être humain, bien qu'ils aient la liberté de le faire. Ils préfèrent dire « a tsamaile/ile » *il/elle est parti(e)* ; « o re tlogetse » *il/elle nous a quitté* ; « o tlhokafetse » *il/elle est porté (e) disparu(e), est introuvable* ; « ga a yo or ga a sa tlhole a le teng », *il/elle n'est plus*.

Nous parlerons plus loin de l'aspect moral du motho. Mais, parlons d'abord de son aspect épistémologique. Nous disons que dans la tradition setswana, le motho est épistémologique puisque l'intelligence



fait partie des critères qui déterminent un motho. C'est un aspect de l'essence de la personne. Aussi les Batswana disent-ils « motho ke phologolo e e botlhale go feta diphologolo tsotlhe », *l'animal le plus intelligent, c'est l'être humain*. Le terme botlhale signifie sagesse, intelligence, être ingénieux et rusé. Un être intelligent et sage est celui qui est capable de conceptualiser la raison qui assure plusieurs règles de pensée telles que la contradiction, l'identité et le juste milieu. Ainsi, quand un enfant pose un acte d'intelligence, qui est la caractéristique de l'être humain, le Batswana dit de lui « ke motho tota » *il/elle est un être humain véritable*. Cet enfant est donc réellement un être humain parce qu'il a fait preuve d'intelligence.

### *L'importance du concept métaphysique de botho*

Il est important de préciser d'entrée de jeu que le concept botho incarne la moralité. C'est la moralité elle-même. Comme toute autre essence à l'échelle métaphysique, l'essence de botho est abstraite et c'est en cela qu'il est difficile à définir. Il n'y a rien en particulier qui puisse être identifié comme l'essence du botho. D'autre part, il est généralement admis que certains traits de caractère reflètent la nature et l'essence du botho. Cela ne pose pas un problème majeur pour les partisans du botho en tant que position philosophique et morale viables parce que la moralité elle-même a la même difficulté à identifier réellement ce qui permet de dire que quelque chose est mauvais/mal. Sogolo 1993 : 126) en est arrivé à la même observation. Certains ont essayé de résoudre le problème en soutenant qu'il n'existe rien qui soit mauvais en tant que tel, mais que seules les attitudes émotionnelles envers certaines choses amènent les gens à penser qu'il y a quelque chose de mauvais (Poptein et Strol, 1986 : 55 ; Greusler, 1998 : 38). D'autres par contre ont préconisé le relativisme comme solution. Selon eux, le fait que quelque chose soit bon ou mauvais varie d'un pays à un autre, d'une culture à une autre et d'une personne à l'autre (Billington, 1988 : 35ss).

Rantao (mai 2002) définit botho comme la « bonne personnalité ». Il fait remarquer qu'en Setswana, une personne sans botho est vue comme n'étant pas un motho/personne. Lorsque quelqu'un fait des

choses considérées comme immorales, il est tout simplement décrit comme n'étant pas une personne. On dit alors « ga se motho » *il/elle n'est pas une personne*. Cette négation de la personne est à la fois métaphysique et éthique en ce que la personne est définie comme l'être humain ayant un devoir de loyauté envers sa parenté, son pays et tout le monde. En plus, toujours selon Rantao, la tradition Setswana exalte la vertu de l'amour et c'est cette sorte de réalité métaphysique qui donne jour à la personne morale de qui la société espère certains comportements. Ces comportements reflèteront la réalité métaphysique appelée motho qui a le concept moral de botho.

Pour mieux expliquer ce qui précède je prendrai une image. En anglais, on peut dire d'une vieille voiture qu'elle n'en est pas une voiture. Celle-ci possède certes plusieurs éléments constitutifs d'une voiture, mais certains éléments essentiels pour une voiture manquent. Cela suggère qu'il y a des degrés dans la réalité de l'être. Il y a bien un cas dans lequel la voiture n'est pas une voiture. C'est exactement la même chose pour le motho. Un motho qui n'en est pas un, par exemple, celui qui a une déficience morale. Nous voulons dire tout simplement que tandis qu'un motho est un être d'un certain statut ontologique, il y a des degrés entre botho et non-botho qui nous paraissent importants et dont nous pouvons parler.

Il est important de considérer les éléments métaphysiques de botho parce qu'ils faciliteront notre compréhension du concept de botho/motho. Un vrai motho est un être qui porte en lui les éléments essentiels qui incluent la rationalité et la moralité. Ce sont ces éléments essentiels qui nous permettront de comprendre ce que le motho en tant que motho devrait ou ne devrait pas faire. Les critiques modernes du fait traditionnel Setswana font remarquer que, dans cette époque assombrie par le VIH/SIDA, les croyances culturelles alimentent l'extension de la maladie. Ils étaient leur propos avec un exemple : parce que la tradition Setswana encourage de jeunes gens et surtout les filles à se soumettre aux aînés, les parents âgés mais sans scrupule s'imposent aux jeunes filles et finissent par abuser d'elles sexuellement, les exposant du coup aux dangers du VIH et du SIDA. Ces filles ne résistent pas parce qu'elles sont éduquées à obéir aux aînés.

Ce pourrait être vrai dans la pratique, mais alors, ce pourrait être un abus de la tradition Setswana ou un malentendu à propos de ce que serait vraiment un motho. Etant donné que la rationalité, la moralité et l'épistémologie sont les éléments essentiels d'un motho, il semble intenable de proposer une culture Setswana qui promeut ces abus sur la jeunesse Batswana. Partant du principe que abuser des jeunes filles est immoral, on peut conclure logiquement que la tradition Setswana, qui encore une foi définit motho comme une existence morale ou botho comme un être moral, ne tolérerait pas l'abus exercé sur les jeunes par les aînés. Si nous faisons un détour historique, nous voyons que les pédophiles étaient sévèrement punis. Les Pédophiles, les incestueux ainsi que les homosexuels étaient parmi ceux qui étaient tués parce que pour la culture, leurs actes étaient tabous - *botlhodi*.

C'est donc dire que motho et botho sont définis en fonction de ce qui devrait ou ne devrait pas être fait. Cela montre la pertinence de la métaphysique pour une bonne compréhension de botho et motho qui n'est d'ailleurs pas différente de la tradition occidentale. Parce que je suis un être humain je ne suis pas supposé, dans le sens moral, faire certaines choses telles que des actes de cruauté envers les animaux et les êtres humains. La tradition Setswana l'impose parce que les aînés, en tant que motho ne doivent pas abuser des enfants. De même, parce que les filles sont motho, elles ne doivent pas se laisser abuser par une personne plus âgée. Comme mentionné plus haut, la rationalité est une caractéristique du motho. Un enfant intelligent doit savoir ce qu'il peut espérer des aînés, par exemple, qu'ils ne doivent faire preuve de cruauté envers lui, sous le couvert de la culture. Bien sûr, les gens peuvent se précipiter à montrer que les traditionalistes Setswana sont cruels, mais cela peut difficilement être considéré comme vrai, parce qu'il y a toujours des limites à ce qu'une personne peut faire aux autres. Le fait que quelques uns aient abusé de leur statut n'invalide pas la vision de la tradition Setswana qui a défini motho comme une existence qui ne devrait pas faire certaines choses, y compris ne pas se laisser abuser et ne pas abuser des autres.

La culture traditionnelle Setswana est très protectrice des enfants parce que, comme nous le disions plus haut, les activités acceptables

chez un être sont définies par rapport à ce qu'il est. Botho le définit parce que les personnes, quels qu'elles soient telles qu'elles sont, doivent avoir une certaine attitude vis-à-vis des enfants, mais aussi pour ce que représentent les enfants. Un adage Setswana dit : « e re o ntima, o mphela ngwana », ce qui se traduit peut se traduire de deux manières. Premièrement, si quelqu'un a des griefs contre les voisins ou ses concitoyens, il ne doit pas le reporter sur leurs enfants. Au contraire, ils doivent les traiter comme s'il n'avait aucun problème avec leurs parents. Deuxièmement, porter atteinte à des enfants de quelqu'un au prétexte qu'on en veut à leurs parents, est la chose la plus sordide, la plus égoïste que l'on puisse faire.

Enfin, bien traiter les enfants des personnes avec qui l'on a des griefs, équivaut à faire de même pour leurs parents (Seboni, 1962 : 25). Il est aussi important de noter que chez les Batswana, on ne dit pas « ga go ke go twe o gola leng », *quand vas-tu grandir*, mais plutôt « go a twe o tsalwa leng », *quand es-tu né*. Cet adage implique que, une fois qu'on naît, on est botho/personne (Séboni 1962 : 30). Cela est important à relever, parce que l'adage signifie que l'enfant a le même statut métaphysique qu'une personne âgée. Cela rejoint ce que disait Kaphagawani qui, parlant des Chewa du Malawi disait :

*Les aînés ont tendance à avoir un monopole épistémologique sur les jeunes. Mais concéder cela n'insinue pas une distinction ontologique entre aînés et jeunes ; il est plutôt ressorti ici une différence épistémologique ; les jeunes ne sont pas ontologiquement moins humains que les aînés »* (Kaphagawani, 1995 : 173).

### ***Les éléments moraux de botho<sup>1</sup>***

Botho, nous l'avons dit plus haut, c'est simplement la moralité (Mmolai et Gaie, 2003 ; Gaie, 2006). Dire de quelqu'un qu'il a un botho, c'est

---

<sup>1</sup> Nous nous abstenons de nous appesantir sur les questions de savoir si ou non les africains et par extension les Batswana ont une philosophie traditionnelle et une moralité comparables à celles des autres systèmes tels que l'Europe. Nous soutenons que la pensée Setswana est universalisable au même niveau et avec les mêmes difficultés que les cultures européennes. C'est aussi l'avis de Godwin Sogolo (1993 : 119ss)

dire qu'il est moralement bon. De même, dire qu'il est sans botho, c'est dire qu'il est immoral. Cette position ne s'articule pas comme un argument complet. Elle fait l'objet de points de vues et d'intérêts variés dont nous analyserons quelques-uns. Dans cette section, il sera retenu que botho est le terme moral le plus important en Setswana, et que botho est proche du mot « Ubuntu » des Zulu/Ndebele. « Ubuntu » est parfois employé sans précision, mais, où qu'il soit employé et chaque fois qu'il l'est, il a un sens moral.

### ***Comprendre le botho***

Le titre de l'éditorial du quotidien Mmegi (30 mars 2004, p. 7) était « Nous voulons le PBRS avec botho ». Cet éditorial expliquait que le système de primes au mérite serait bien accueilli au Botswana s'il pouvait amener le service civil à plus de spécialisation tout en veillant à ce que ce service soit fait de façon efficiente, avec, autant que possible de la courtoise, de la gentillesse et de meilleures relations humaines. Le service public cessera alors d'être le monstre qui fait peur, et que le public nécessiteux tentera d'éviter le plus possible, pour devenir plus accueillant et plus humain.

### ***Botho comme vertu***

Les Batswana ont démontré que le concept botho désigne la vertu. Cela se reflète par l'attitude des taximen qui ont consenti de retourner à la banque une somme de plus de 4 millions trouvée en chemin (Mmegi Monitor, 2002 : 6, 8 ; Geoflux, 2002 : 13 ; Maleke, 2002 : 6). Cette action des taximen était exaltée comme une vertu. Monty Chiepe disait à ce propos :

*C'est la plus grande manifestation de l'honnêteté et de botho. Ce qui est encore plus frappant est que les conducteurs de taxi, qui mettent en application cet important attribut Setswana, constituent un groupe que l'on considère le moins susceptible de faire preuve de vertu (botho et honnêteté). Ce qui rend cette action encore plus extraordinaire est le fait que cela se déroule à un moment où tout le monde semble être préoccupé*

*par le matériel aux dépens des valeurs qui font de nous des Batswana* (Monegi Monitor, 2002a : 6).

Cette citation montre que les Batswana sont de vertueuses personnes qui n'aspirent qu'à récompenser l'honnêteté. Elle montre aussi que c'est le botho qui fait d'eux ce qu'ils sont. Etre vertueux c'est faire rayonner le botho, être digne de confiance même dans la tentation. L'action des taximen « reflète notre véritable esprit et notre vraie nature en tant que Batswana ou tout simplement en tant qu'Africains. Leurs actions sont le lieu où cumule la définition de BOTHO ; 'Motho ke motho ka baba bangwe' » (Geoflux, 2002:13), ce qui se traduit littéralement « *une personne est une personne à travers et à cause des autres personnes* ».

Geoflux, une compagnie du Botswana dirigée par Chiepe, Botswana Society, une communauté d'éminents Batswana, et Mmegi Monitor, un journal local, ont pensé que c'était botho – moralement désirable, qui devait s'assurer que ceux qui agissaient vertueusement ne se voyaient pas ridiculisés comme ce fut le cas pour les taximen (Maleke, 2002:6), mais qu'ils soient honorés et encouragés. Le Botswana en tant que pays qui croit en la vertu devrait la protéger et encourager le comportement vertueux.

A l'opposé, Botshelo s'est plaint de ce que lesdits taximen aient tant focalisé l'attention simplement pour avoir rendu de l'argent trouvé à la banque. Cependant, il apprécie leur comportement vertueux. Il fait aussi remarquer que la compagnie de sécurité qui a été chargée de garder l'argent a fait quelque chose de logique avec botho en faisant un don et de reconnaissance aux personnes en question. Botho, d'après sa compréhension, signifie que les gens vertueux devraient être récompensés et dans ce processus, le plus important n'est pas le montant de la récompense mais sa signification. Pour lui, les taximen n'avaient pas à être les vedettes des premières pages des journaux dans la mesure où il ne s'agissait que d'argent, ce qui a moins de valeur que la vie humaine. Botshelo signale que les médias n'avaient pas fait autant de tapage autour de la découverte de plusieurs foetus à Selibe Phikwe ; cet incident avait été vite oublié bien que pour lui la question fût d'une grande importance. Botshelo est surpris que la personne qui a découvert et rapporté la présence de ces foetus, et qui

devrait être vue comme un héros, botho personnifié, n'ait pas fait l'objet de la moindre considération. Botshelo reconnaît que le botho est vertu quand il dit : « Mme Phumaphi, usant de sa position et de son autorité, a pu convaincre la Société *Tsa Ditsela Itshetso* de donner une de ses maisons, initialement destinée aux sans-abri, à Boitumelo Morapedi qui l'occupera avec son enfant. Ça, c'est botho » (Botshelo, 2002, 24). Un autre exemple de botho comme vertu s'est manifesté lorsque le président du « Botswana National Vision 2016 » a été cité pour avoir appelé l'Église à agrémenter ses sermons des enseignements au sujet de botho comme tel que dépeint dans la Vision. Le président du Conseil de la Vision, Dr. Gloria Somolekae, a été reconnu pour avoir découvert une compatibilité entre l'enseignement de l'église et la Vision nationale 2016 du Botswana. C'est apparemment une référence à l'enseignement chrétien sur la vertu. Peter Hikhwa est cité pour avoir affirmé que l'église est capable de construire moralement les peuples (Matshediso, 2004:4).

Manquer de vertu, c'est manquer de botho, et avoir la vertu, c'est avoir le botho. Mosojana (2001 : 17) fait remarquer que dans les traditions africaines, on ne critique pas celui qui est endeuillé. On attend plutôt que soit terminée la période de deuil avant de rencontrer la personne en question s'il y avait quelque problème à résoudre. Il poursuit en disant qu'il y avait dans son village quelqu'un suffisamment insensible pour critiquer et accuser faussement une personne en deuil de mauvais emploi de la propriété du conseil, pendant que ce dernier était en deuil. Cette attaque inappropriée est la marque d'un manque de botho.

Mmegi (2003 : 16) est touché par l'évidente « indécence publique » qui caractérise souvent les festivals de musique visant à mobiliser les ressources financières pour la réduction du VIH/SIDA. Son commentaire fait état de quelques exemples d'activités qui finissent par conduire certaines personnes à des rapports sexuels d'une manière inacceptable. Cette situation nécessite un examen minutieux au plan national, une introspection pour savoir si le Botswana est devenue une nation trop permissive. Son commentaire sous-entend un apparent manque de vertu au Botswana, qui serait synonyme d'un manque de botho.

Naledi aussi (2003 : 2), dans son commentaire sur le botho, se réjouit d'avoir été témoin du lancement d'un appel de fonds destinés à honorer et récompenser les citoyens ayant fait preuve de botho d'une manière spéciale, orientée vers le bien. Ce lancement avait été placé sous le haut patronage du Président de la République F. Mogae et de certaines éminentes personnalités. Il est vrai que l'esprit botho a été en décadence au Botswana pendant un certain temps, mais on espère raviver la flamme à travers la récompense des actes vertueux tels que se propose de le faire le fonds en question. Le commentaire va encore plus loin pour féliciter un groupe d'hommes appartenant à un club de football qui dénonce l'abus des femmes et des enfants, et les invite à coopérer avec la Society of Men Against Aids (SMAA) dans le but d'avoir un meilleur impact social. L'existence de tels groupes montre que botho est une vertu nationale. Mooketsi (2003 : 2) fait mention de Limit Nkala qui dénonçait le viol parce que le botho exige le consentement. Le viol en tant que manque de vertu est tout simplement un manque de botho.

Quant à Man (2003 : 16) il soutient que botho est fondamental pour la réalisation d'une nation compatissante, aimable et généreuse. La nation peut atteindre le botho si les parents deviennent des modèles pour leurs enfants en les respectant, faisant preuve de compassion et en évitant le « langage vitrioleur ». Les parents sont supposés incarner la morale, mais, de nos jours, ils ne sont que la preuve de la faillite morale à cause de leur rudesse, de leur agressivité et de leur brutalité. Ils sont « déficients dans les bonnes mœurs » ; ils commettent « d'horribles atrocités » sur leurs enfants. Il y a « une désintégration culturelle et morale sans précédent ni équivalent » ; la souillure s'accroît tant parmi les hommes que parmi les femmes, et certains hommes violent même leurs filles. De tels comportements, poursuit-il, « sont totalement inquiétants et défavorables à la construction d'une nation qui valorise botho ». Puis il conclut : « une nation qui n'a pas un niveau élevé de moralité fait face à un futur qui fait trembler ».

Un autre exemple de botho comme vertu est emprunté à Monegi Monitor (2002a : 8) qui montre que les traditions culturelles sont perçues comme constituant une partie du statut vertueux de la nation. Son commentaire fait ressortir que l'habillement et le langage des



jeunes de nos jours fait craindre que la nation ne soit en train de perdre son âme. Il fait ressortir aussi que le fait que certains accusent les membres vertueux de la société de naïveté et de folie quand ils ont retourné à la banque l'argent trouvé sur le chemin, est un signe que le botho est parti. Mais le Président devait honorer ces messieurs pour montrer que ce fut de leur part « un acte de noblesse ».

Dans un autre cas, assimilant botho à la vertu, Mmegi (2004 : 6) soutient que botho exige un bon comportement même lorsqu'on se sent trahi. Ce commentaire avait été suscité par le fait que l'Association Sud Africaine de Football n'avait pas voté pour le candidat du Botswana à la CAF, malgré le fait que les Batswana aient, pendant longtemps, supporté l'Afrique du Sud. Ce commentaire venait juste avant le choix par la FIFA du pays d'accueil du mondial 2010. Le peuple s'était alors divisé en deux autour d'une préoccupation : le délégué du Botswana à la FIFA doit-il voter ou non pour l'Afrique du Sud étant donné que les sud-africains avaient « trahi » les Batswana pendant l'élection du président de la CAF ? Le commentaire s'empresse de rappeler que les Batswana sont liés d'une manière spéciale aux sud-africains. Dans ce cas, le botho recommande que les premiers (batswana) viennent en aide à ces derniers même s'ils ont déjà été trahis par eux. Ainsi, les sud-africains pourront-ils connaître ce qu'est le botho, pour en avoir bénéficié.

### *Ubuntu*

Ubuntu est l'un des concepts employés dans la littérature. Ce concept selon moi, est l'expression de l'essence de botho. C'est le traitement des gens comme des personnes méritant une considération morale spéciale. En d'autres termes, ubuntu, c'est la moralité de l'Africain, celle à travers laquelle les Africains considèrent qu'ils sont ce qu'ils sont à cause du peuple. Ubuntu est la « vraie humanité » (Prinsloo, 1991 : 42). Botho ou Ubuntu est un mode de vie dans lequel la rationalité et la moralité sont considérées comme le fondement de la vie communautaire. C'est une manière de percevoir l'univers comme un environnement dans lequel l'auto-accomplissement de l'individu n'est possible qu'à travers et par les autres. Ce concept signifie réellement qu'il existe certaines choses qui ne peuvent être faites dans cette

société, vu l'importance de la raison. Prenons un exemple, certaines personnes pourraient penser que les cultures traditionnelles setswana favorisent l'abus des enfants, ce qui n'est pas possible étant donné que la culture traditionnelle setswana est rationnelle. Pour cette culture, l'abus de l'enfant par un aîné ne pourra jamais être botho. Car, en fait, l'inceste est perçu comme bothodi (tabou) qui pourrait même conduire à la mort de celui qui abuse de son enfant. La culture du respect des aînés n'insinue pas que ces derniers puissent abuser des enfants sans qu'ils se défendent. Dans l'adage « susu ilela suswana gore suswana a tle a go ilele », *les aînés doivent respecter les jeunes pour que les jeunes les respectent*, on veut précisément dire que les aînés ne méritent pas le respect qui leur est dû par les enfants quand ils abusent de ces derniers. Ubuntu ou botho est aussi simplement la vertu telle qu'exprimée dans la tradition occidentale.

### ***Botho et stigmatisation***

De tout ce qui précède, il n'est pas aisé d'imaginer une situation dans laquelle le Batswana prenne fait et cause pour la stigmatisation des personnes affectées par le VIH et le SIDA. Botho, comme vertu, recommande l'empathie pour les affectés. Du point de vue des Setswana, la stigmatisation de cette maladie est un mouvement d'auto-destruction, contraire au botho. Botho, c'est lorsque quelqu'un est ce que le peuple devrait être, c'est-à-dire, par définition, moral. C'est une se retrouve chez les Akan (Gyekye, 1991 : 324-325 ; Osei, 1999 : 26). Botho c'est aussi lorsque l'individu « réalise tout son potentiel comme partie intégrante de sa communauté » (Phaladze et Tlou, 2001 : 201), toute chose serait ébranlée par la stigmatisation de certains membres de la société.

## **Perspectives biblique et théologique**

### ***Quelques exemples de l'Évangile de Jean***

La Bible est non seulement clairement contre la stigmatisation, mais elle exige la dé-stigmatisation. Quelques exemples tirés de l'Évangile de Jean nous permettront de comprendre comment Évangile et stigmatisation s'opposent. On peut se risquer à affirmer que d'une ma-

nière générale, la mission terrestre de Jésus a été de répandre l'amour ; c'est une invitation pour les êtres humains à changer la façon dont ils perçoivent la réalité.

La conversation entre Jésus et Nicodème (Jean 3, 1ss) montre que le peuple a besoin d'apprendre. L'ignorance manifestée par Nicodème n'est que la révélation de ce que les gens peuvent être. Il ne savait pas ce que signifiait naître de nouveau. De même, juger et stigmatiser les personnes affectées par le VIH/SIDA, c'est faire preuve d'ignorance. Cela signifie ne pas savoir que Jésus est venu pour le salut des hommes, et non pas pour leur jugement. Réaliser cela nous fait entrevoir les choses célestes et nous rend capables de voir la divinité qui se cache dans le porteur du VIH et du SIDA. Le croyant a la possibilité de penser au-delà de la naissance terrestre dont parle Nicodème et de percevoir la mission salvifique du Christ. Le souffrant ne suscite pas des sentiments de pitié, d'amertume et de jugements, mais nous permet de regarder, au-delà de leur condition physique, à la grandeur et à la miséricorde de Dieu. Le croyant réalise que l'amour et la puissance de Dieu transcendent la maladie et ce que nous percevons ordinairement comme bonté.

La conversation entre Jésus et la femme samaritaine nous aide aussi à comprendre son amour (Jean 4 : 7ss). Cette femme a connu plusieurs hommes dans sa vie, mais Jésus ne la condamne pas. Au contraire, il lui promet de lui donner l'eau de la source intarissable d'amour et de miséricorde. Dans ce cas aussi, la femme n'avait pas compris que l'eau du puits n'était en rien comparable à celle qu'offrait Jésus. Une leçon se dégage de ce texte : l'esprit de condamnation en nous nous rend aveugles et nous empêche d'aller vers les eaux vivantes qu'offre Jésus. Nous ne pouvons pas voir le bon berger (Jean 10) pour ce qu'il est.

Dans le cas de la femme surprise en flagrant délit d'adultère (Jean 8 : 8-11) Jésus nous a révélé ce qu'implique notre humanité. Il y a trop d'hypocrisie parmi les humains. Ceux qui accusent les autres sont justement ceux qui sont le plus souvent coupables. Ici encore, Jésus nous met en garde contre la stigmatisation des autres. A l'époque de la rédaction de ce texte, la communauté juive stigmatisait les femmes

et pensait accomplir ainsi la volonté de Dieu. Jésus nous dit que nous ne pouvons agir ainsi et être appelés ses disciples. Nous ne devons pas condamner quelqu'un, pas même celui qui a péché. Notre plus grand est de nous aimer mutuellement comme Christ nous a aimés ; aimer jusqu'à nous livrer à la mort les uns pour les autres (Jean 15 : 12-17). De cela, nous pouvons retenir que, qu'il y ait péché ou pas, il ne nous revient pas d'en débattre. La chose la plus importante à laquelle nous sommes appelés est d'aimer ceux qui sont infectés et affectés par cette maladie. Or, aimer ne saurait inclure en aucune manière une quelconque stigmatisation.

### ***Théologie de Botho***

Dumi Mmualefhe a réussi à théologiser le concept botho<sup>1</sup>. Pour lui,

*« parler du VIH/SIDA dans un contexte de botho est une manière d'entamer une sérieuse introspection spirituelle. C'est nous engager dans la recherche de la réalité, nous placer devant un grand miroir afin de déterminer notre propre position, qui nous sommes, le but de notre vie et, plus important, ce que nous sommes. Pour y parvenir, nous devons nous focaliser sur le « nous » et non le « eux », car en botho, il n'y a pas de « ils ». Nous pouvons parler de « eux » seulement dans la mesure où la possibilité que nous soyons identifiés et notre identité en tant que botho dépendent de l'être de ceux que nous appelons à tort « eux, ceux-là et les autres » (Mmualefhe, 2004 : 1).*

Il poursuit en montrant que le séropositif n'est pas séparable du reste du monde (Mmualefhe, 2004 ; 4-5). Un membre séropositif de la société n'est pas un « cas isolé » comme on a tendance à le croire. Car, une personne est un microcosme de sa société de telle sorte que, aller à sa rencontre est analogue à aller à la rencontre de sa famille, de sa tribu, de son pays, et dans le cas de l'Afrique, de son continent. Nous pouvons de la même manière dire que aller à la rencontre d'un

---

<sup>1</sup> Son mémoire de Masters en Théologie et un article qu'il a présenté à Tlokweg au Botswana en Août 2004, contiennent beaucoup plus de réflexion sur la théologie de botho.

seul être humain, c'est aller à la rencontre de la race humaine. Sur cette base, je ne peux pointer du doigt ma sœur ou mon frère sans pointer quelques doigts sur moi-même. Je ne peux stigmatiser sans m'entraîner dans le même processus. C'est pourquoi il est impératif que nous comprenions vraiment ce que nous sommes. Sans les autres, nous ne sommes rien. Nous devons être conscients de nous-mêmes afin de voir ce qu'il y a de bon à nous offrir nous-mêmes ; car, c'est un truisme que « rien ne se partage en soi, car toutes les créatures ne sont rien en elles-mêmes. Quoi qu'elles partagent, elles le tiennent d'un autre » (Eckhart, 1979 : 151). Une fois que nous aurons compris que nous sommes un avec l'infecté et l'affecté, nous ne nous stigmatiserons pas nous-mêmes. Nous ne nous stigmatisons que si nous ignorons ce que cela signifie.

## **Conclusion et recommandations**

Je suis parti de l'hypothèse qu'il y a stigmatisation des personnes infectées et affectées par le VIH et le SIDA. J'ai démontré que la stigmatisation inflige davantage de douleur aux personnes déjà dans l'affliction, ce qui est moralement mauvais. Botho appelle un comportement vertueux qui inclut de bien traiter tout le monde. Saint Jean nous appelle à aimer notre semblable, et la théologie de botho nous permet de nous voir nous-mêmes à travers les autres afin d'éviter de les stigmatiser, comme si nous nous stigmatisions nous-mêmes.

Je voudrais nous recommander d'apprendre à faire une théologie à partir de notre héritage culturel africain afin que nous puissions nous voir en nous-mêmes avec de nouveaux yeux. Nous devons être capables de vanter nos bonnes pratiques et croyances culturelles. Dans ce cas, notre certitude que nous sommes parce que chacun de nous est, peut nous aider à envisager la stigmatisation non point comme le problème d'un individu, mais comme quelque chose qui nous concerne tous en tant que communauté locale, régionale et humaine. Cela devrait aussi nous faire prendre conscience du problème de la stigmatisation, non plus seulement concernant certaines personnes, mais toute l'humanité. Nous devons essayer de voir comment la stigmatisation nous identifie en tant qu'un peuple localement déterminé.

## Références

- Billington, R. (1988), *Living Philosophy. An Introduction to Moral Thought* (2<sup>nd</sup> ed.). London & New York: Routledge.
- Botshelo, D.M. (2002), “**Botho** campaign off the mark” in *The Botswana Guardian*, Friday November 29 2002, p.24.
- Eckhart, M. (1979), *Meister Eckhart Sermons & Treatises Volume II*. Translated by Walshe, M.O’C. Dorset: Element Books.
- Fenton, L. (2004), “Preventing HIV/AIDS through poverty reduction: the only sustainable solution?” in *Lancet* 2004; 364:1186-1187.
- Gaie, J.B.R: (2002a) “The Moral Basis of Green Chemistry” in Tundo, P. & Mammino, L. (eds): *Green Chemistry in Africa*. Interuniversity Consortium “Chemistry for the Environment” Venice, Italy, pp16-30.
- Gaie, J.B.R: (2002b), “Moral issues and responsibilities regarding HIV/AIDS” in *MISSIONALIA* Vol. 30 NO. 2 August 2002, pp.265-287.
- Geoflux (Pty) Ltd (2002), “Let’s Reward the two taximen for exemplary ‘botho’ action” in *Mmegi Monitor* 29 October-14 November 2002, Vol.2 No. 42, p.13.
- Gensler H.J. (1998), *Ethics. A contemporary introduction*. London: Routledge.
- Gyekye, K. (1998), “Person and Community in African Thought” in Coetzee, P.H. & Roux, A.P.J. (eds) *Philosophy from Africa. A text with readings*. Oxford: Oxford University Press, pp. 317-336.
- Katongole, E.M. (2001), “Christian ethics and AIDS in Africa today: Exploring the limits of a culture of suspicion and despair” in *MISSIONALIA* VOL. 29 NO. 2 August 2001, pp. 144-160.
- Lesiba et. al. (1991), “Metaphysical Thinking in Africa” in Coetzee, P.H. & Roux, A.P.J. (eds) *Philosophy from Africa. A Text with Readings*. Oxford: Oxford University Press., pp.134-148.
- Maleke, L. (2002), “Million-Pula Taximen Land in Trouble” in *Mmegi Monitor* 15-21 October- 2002, Vol. 2 No. 42, p. 6.
- Man, T. (2003), “Botswana’s morality is degenerative” in *Mmegi* Wednesday 17<sup>th</sup> December 2003, Vol. 20, N° 82, p. 16.

- Matshediso, T. (2004), "Colour sermons with 'botho'" *The Midweek Sun* Wednesday August 4 2004, p.4.
- Mmegi, (2003), "Alarming behaviour at music festivals" in *Mmegi* Wednesday 3<sup>rd</sup> December 2003, Vol. 20, NO. 74, p. 16.
- Mmegi, (2004a), "We want PBRS with Botho" in *Mmegi* Tuesday 30<sup>th</sup> March 2004, Vol. 21, N<sup>o</sup>. 49, p. 7.
- Mmegi, (2004b), "Give SA a lesson in Botho" in *Mmegi* Friday 14 May 2004, Vol. 21, NO. 75, p. 12.
- Mmegi, (2004c), "Our Moral Standards are Sinking" in *Mmegi* Wednesday 21 July 2004, Vol. 21, NO. 110, p. 6.
- Mmegi Monitor (2002a), "Where is Botho?" in *Mmegi Monitor* 15-21 October 2002, Vol. 3 No. 40, p.8.
- Mmegi Monitor (2002b), "Help Beckons For Taximen" in *Mmegi Monitor* 22-28 October 2002, Vol. 3 No. 41, p.6.
- Mmolai and Gaie
- Mogapi, K. (1984), *Thutapuo ya Setswana* (2<sup>nd</sup> ed.) Cape Town and Gaborone: Longman.
- Mooketsi, L. (2003), "Borre ba ganana le kgokgontsho" in *Naledi* 13-19 Seetebosigo 2003, p. 1.
- Mosojane, S.M. (2001), "What happened to *Botho*?" in *the Botswana Guardian* Friday August 10 2001, p.17.
- Naledi, (2003), "Botho" in *Naledi* 13-19 Seetebosigo 2003, p.2.
- Osei, J. (1999), "Fraud and Traditional African Ethics" in Rossouw, G.J. & Carabine, D. (eds) *Fraud and the African Renaissance Proceedings of the Pan-African Conference held at Uganda Martyrs University, Nkozi, 8-10 April 1999*. Kampala: Uganda Martyrs University Press, pp.25-42.
- Phaladze, N. & Tlou, S. (2001), "Gender and HIV/AIDS in Botswana: A Focus on Inequalities and Discrimination" in Kaye, S. et. al. (eds) *Gender: Opportunities and Challenges. 1<sup>st</sup> National Conference of the Gender Policy and Programme Committee*, University of Botswana 22-24 October, 2001, pp 195-204.
- Popkin R.H. & Stroll, A. (1986), *Philosophy* (Revised Edition). Gaborone and London: Made Simple Books, Heinemann Professional Publishing.

- Prinsloo, E.D. (1991), “*Ubuntu* culture and participatory management” in Coetzee, P.H. & Roux, A.P.J. (eds) *Philosophy from Africa. A Text with Readings*. Oxford: Oxford University Press, pp.41-51.
- Procter, P. (chief ed.) (1978), *Longman Dictionary of Contemporary English*. Harlow: Longman.
- Rantao, P. (2002), “The Role of manners in Tswana Culture—Boitshwaro mo ngwaong ya Setswana” in *The Botswana Gazette* Wednesday 29 may 2002, p. E4.
- Seboni, M.O.M. (1962), *Diane le Maele a Setswana*. Cape Town: Lovedale Press.
- Sogolo, G. (1993), *Foundations of African Philosophy. A definitive Analysis of Conceptual Issues in African Thought*. Ibadan: Ibadan University Press.
- WCC (1997), *Facing AIDS The Challenge, the Churches’ Response. A WCC Study Document*. Geneva: WCC Publications.
- Wiredu, K. (1991), “Are there cultural universals?” in Coetzee, P.H. & Roux, A.P.J. (eds) *Philosophy from Africa. A Text with Readings*. Oxford: Oxford University Press., pp.31-40.



# Pouvons-nous ? Oui ou non ? Une Réflexion chrétienne sur la Dialectique Éthique dans le Contexte du PVVIH

C. B. Peter

## Introduction

*Au début du mois de septembre 2004, un article du quotidien kenyan avait plongé plusieurs personnes dans un profond désespoir. Il s'agissait des résultats d'un essai sur le vaccin du SIDA. Pendant six années, des spécialistes des universités de Nairobi et d'Oxford avaient fait des recherches acharnées afin de trouver ledit vaccin. Après six années de dur labeur et après avoir soumis les 439 volontaires de l'étude à des risques extrêmes et au prix d'un investissement de plus de douze millions de dollars Américains, il a été annoncé que le projet du vaccin était un fiasco<sup>1</sup>.*

*Un mois plus tôt, une cour de justice de Nairobi, dans un incident sans rapport avec le précédent, avait condamné Dr. Margaret Gachara, l'ex-directrice du Conseil National pour le Contrôle du SIDA du Kenya, à trois ans de prison ferme. Son infraction ? Elle avait été reconnue coupable d'escroquerie sur le gouvernement dans le paiement de son salaire. En effet, elle s'était fait payer presque dix fois plus cher que sa base salariale initiale. En deux ans à ce poste, elle avait réussi à escroquer au gouvernement près de trois cents mille dollars Américains<sup>2</sup>.*

Les deux événements précités peuvent paraître différents et sans rapport dans leur contenu. Pourtant, les deux sont liés par le même objet, celui de l'échec humain. Dans le premier cas, nous sommes en

---

<sup>1</sup>Arthur Okwemba, « Aids Vaccine Fails Crucial Test, *Daily Nation* (Nairobi), 2 September 2004, 23. *Daily Nation* (Nairobi), 28 August 2004.

<sup>2</sup>*Daily Nation* (Nairobi), 28 august 2004

face de l'échec de l'aptitude, voire de l'habileté humaine alors que dans le second, nous sommes confrontés à l'échec de l'intégrité humaine.

Dans le premier cas, nous nous demandons : pouvons-nous espérer la découverte d'un vaccin qui nous sauvera des ravages du VIH/SIDA ? Et dans le deuxième, nous posons une autre question : avons-nous le droit de placer toute notre confiance dans la capacité d'un être humain et de croire en son honnêteté quand cela concerne un sujet aussi sensible que celui du SIDA ? Car, l'argent que Dr. Gachara a indûment reçu aurait pu servir à acheter le traitement ARV pour environ 160 000 PVVIH au Kenya si elle avait été moralement responsable des malades autour d'elle - on compte au Kenya près de 200 000 PVVIH dont 10 000 seulement ont jusqu'ici accès aux ARV.

En réalité, toute réflexion sur l'exploit et l'échec humain fait implicitement appel à l'éthique, et les deux événements sus-cités sont une manifestation de l'échec éthique de l'humain. D'une part, ils nous rendent sceptiques quant à la capacité humaine à bien faire. D'autre part, on note que, malgré la présence de milliers de bons conseillers pleins de bonnes intentions tels les professeurs, les pasteurs, et autres mentors dont le travail nous laisse supposer que les êtres humains portent bien en eux la capacité de pratiquer le bien, hélas, ce qui manque le plus, ce sont les bons conseils. C'est bien là que se situe la dialectique entre deux suppositions éthiques : que les êtres humains sont capables de pratiquer le bien, et qu'ils ne le sont pas. Cette dialectique sous-tendra notre réflexion au cours de cette présentation.

Mon but est de nous ouvrir à une réflexion chrétienne sur cette dialectique éthique dans le contexte de PVVIH. Ma thèse principale consiste à montrer que cette réflexion éthique ne s'articule plus autour de la recommandation du «faire et de l'interdit», mais se doit d'examiner certaines suppositions dont nous retiendrons deux dans le cadre de cet exposé :

1. les êtres humains **sont** capables d'être éthique et de suivre de bons conseils.
2. les êtres humains **ne sont pas** capables d'être éthique et de suivre de bons conseils.

En d'autres termes, les recommandations éthiques n'ont de sens que dans la lutte entre liberté et déterminisme. J'ai essayé de présenter mes réflexions éthiques dans cette communication en utilisant des matériaux philosophiques, bibliques et théologiques, surtout dans un contexte de PVVIH africain. Pour comprendre la dialectique éthique entre liberté et déterminisme, j'ai opté pour le model Hégélien « Thèse- Antithèse - Synthèse ».

- |                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| 1. la Thèse:    | <i>Oui, nous pouvons</i>        |
| 2. l'Antithèse: | <i>Non, nous ne pouvons pas</i> |
| 3. la Synthèse: | <i>Mais nous pourrons.</i>      |

### **Pourquoi la dialectique ?**

Le choix de cette méthode se justifie à plusieurs niveaux. Ma première raison est personnelle. Lorsque la tâche de mener cette réflexion m'a été confiée, j'ai voulu dire quelque chose à la fois actuel et original. J'ai trouvé, à ma grande consternation, que la pandémie du VIH/SIDA ne nous exterminait pas seulement, mais bien plus que cela, elle nous tue aussi intellectuellement. Or, nous sommes déjà si saturés par des discours, des recherches et des études sur le SIDA qu'il ne nous reste en réalité plus rien de spécial à dire. C'est là que je me retrouve devant le dilemme. Dois-je vous donner les statistiques du SIDA ? Il existe déjà de milliers de pages sur les statistiques par des personnes bien plus qualifiées que moi. Dois-je aborder la question de codes de conduite pour PVVIH ? Mais vous en avez déjà entendu parler. Devrai-je m'aventurer dans le sens de la transmission et de la prévention de VIH/SIDA ? Hélas, vous le savez déjà. Même si je me proposais de présenter une réflexion biblique sur le VIH/SIDA, je constate là encore que d'autres l'ont déjà fait, et peut-être mieux que moi. Du coup je me suis senti comme l'homme infirme de Jean chapitre 6 qui, couché près de la piscine se refusant d'y sauter parce que bien d'autres, philosophes, théologiens, éthiciens, savants bibliques, et chercheurs médicaux, y avaient déjà sauté avant lui, et qu'il n'y avait rien de nouveau à part les 38 années qu'il avait passées au bord de la mystérieuse piscine. Voilà pourquoi j'ai choisi d'utiliser la méthode dialectique, peut-être juste pour un changement, pour comprendre l'éthique.

Ma *deuxième* raison réside dans ce que la méthode dialectique peut nous aider à corriger l'erreur de l'absolutisme. En effet, quand on se trouve dans les domaines éthique et théologique, plusieurs personnes prennent la voie de la facilité qui consiste à indiquer ce que les autres doivent faire ou ne doivent pas faire. On se souvient que John MBITI dans le contexte théologique africain s'écriait :

*Quelques-uns parmi nous sont fatigués de voir toutes sortes d'articles et références sous la grande bannière : THÉOLOGIE AFRICAINE, ou quelque autre appellation. Ces articles renferment très souvent des conseils sur comment la théologie africaine devrait être faite, où elle devrait être faite, qui devrait la faire, ce qu'elle devrait dire, à l'infini. Quelques-uns de ces conseillers théologiques auto - proclamés, qu'ils soient africains ou étrangers, n'ont pas grand-chose à produire, lorsqu'ils sont productifs, en dehors de leurs généreux conseils ...<sup>1</sup>»*

Cette remarque de Mbiti sur la théologie africaine peut bien être aussi appliquée aux discours éthiques car il devient de plus en plus irrésistible de se laisser aller à la tentation de devenir conseiller.

Aussi assistons-nous à une flopée de recommandations éthiques d'une grande variété. Quelques-uns recommandent l'abstinence, d'autres les préservatifs, et d'autres encore ABC. La recommandation paraît être enracinée dans les suppositions que (a) le conseil par lui-même est absolument justifiable, et par conséquent prédisposé à atteindre le but qu'on se propose, et que (b) les êtres humains sont capables de suivre et mettre à profit les bons conseils. Seulement dans une telle démarche, nous avons tendance à négliger le besoin d'analyser et de réfléchir afin de soumettre la prise de décision éthique à l'analyse critique.

Ma *troisième* justification du choix de l'approche dialectique est qu'elle considère la prise de décision éthique comme un processus complet, allant au-delà des absolus. Une approche dialectique rend justice au moins à une demande naturelle - qu'une histoire a toujours un sens caché. Nous découvrons la vérité non point en jugeant un concept

---

<sup>1</sup> John S. Mbiti, « The Biblical Basis for Present Trends in African Theology » in K. Appiah-Kubi et S. Torres, ed, *African Theology En route*, Maryknoll, New York: Orbis Books, 1979.

par rapport à un autre, mais en essayant d'analyser attentivement la tension entre concepts mutuellement opposés. C'est très certainement à partir de cette démarche que Philippe J. Wogaman a expliqué le fondement biblique de l'héritage d'éthique chrétienne à travers six « tensions »<sup>1</sup>:

*Première tension : Révélation contre Raison*

*Deuxième tension : Matérialisme contre la vie de l'Esprit*

*Troisième tension : Universalisme contre identité du groupe*

*Quatrième tension : Grâce contre Loi*

*Cinquième tension : Amour contre Force*

*Sixième tension : Statut contre Égalité*

Un autre avantage d'une approche dialectique est qu'elle ne se contente pas de montrer seulement l'opposition « thèse » et « antithèse ». Bien plus, elle conduit logiquement à une synthèse que nous regardons de loin et tenons comme une espérance. Car, dans un contexte de VIH/SIDA comme le nôtre, l'espérance est notre seule arme sûre et recommandable.

Cependant, en faisant usage de l'approche Hégélienne, je me suis dûment renseigné sur ses critiques, surtout ceux du 20<sup>e</sup> siècle. Les catastrophes de ce siècle, avec l'irruption de la pandémie HIV/SIDA qui est le plus dévastateur, sont en effet allées à l'encontre de l'interprétation Hégélienne de l'histoire en ce sens que l'histoire n'est plus un mouvement qui atteint son apogée à l'âge d'or et dans une synthèse finale telle que Hegel a voulu nous le faire croire. Mon usage de la méthode dialectique ne vise pas une prédiction de l'histoire dans le sens de Hegel. C'est un outil qui me servira pour une réflexion critique.

## **L'Éthique : une jungle complexe**

L'éthique se présente comme un domaine plutôt complexe et quelquefois impénétrable, une jungle de théories, d'opinions, et d'approches.

---

<sup>1</sup> J. Philip Wogaman, *Christian Ethics : A Historical Introduction*, London, SPCK, 1993, 2-15.

*Premièrement*, il y a des points de chevauchement entre éthique théologique, éthique philosophique, et éthique religieuse.

*Deuxièmement*, il y a la complexité définitionnelle du vocable *éthique*. Quelques-uns définissent l'éthique comme « un code ou ensemble de principes qui régissent la vie des hommes »<sup>1</sup>. D'autres ajoutent deux éléments à la définition précitée : (a) le modèle général ou la façon de vivre elle-même et (b) l'enquête au sujet de la façon de vivre et des règles de conduite<sup>2</sup>. D'autres encore optent pour une définition plutôt académique. Cletus N. Chukwu, par exemple, a cité le philosophe Kenyan, feu le Professeur H. Odera Oruka qui définissait alors l'éthique comme « une recherche philosophique sur les valeurs par le langage moral et les principes »<sup>3</sup>. Dans une approche sémantique, John Wilkinson pense que le vocable éthique « est dérivé de l'adjectif grec *ethikos* qui vient d'*ethos*, un nom qui signifie *caractère* au singulier, et qui au pluriel signifie *manières* ou *coutumes*, qui s'étend aux coutumes prescrites par loi »<sup>4</sup>

A partir de ces essais de définition, on perçoit clairement que l'éthique se fonde non seulement sur les rapports intra humains, mais aussi sur ceux entre les humains et leur milieu naturel. On comprend dès lors la réaction de Chukwu quand il disait: « *Qui aurait imaginé qu'arbres, paysages, animaux, rocs, rivières, décharges des résidus industriels, [et] pollution, parviendraient aux valeurs morales qu'ils ont acquises en notre temps* »<sup>5</sup>. Pour mieux appréhender la place de l'éthique dans un contexte de PVVIH, il est important que nous tenions compte de ce point focal éthique que sont les rapports.

---

<sup>1</sup> Richard H. Popkin and Avrum Stroll, *Philosophy Made Simple*, London, W. H. Allen, 1969, 1.

<sup>2</sup> J. Kahiga Kiruki, *Introduction to Critical Thinking*, Eldoret, Kenya, Zapf chancery, 2004, 135.

<sup>3</sup> H. Odera Oruka, *Practical Philosophy*, Nairobi, Nairobi University Press, 1990, 2. cité par Cletus N. Chukwu, *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, Eldoret, Kenya, Zapf Chancery, 2003, 40.

<sup>4</sup> John Wilkinson, *Christian Ethics in Health Care*, Edinburg, The Handsel Press Ltd., 1988, 3.

<sup>5</sup> Chukwu, op. cit., p. 39.

*Troisièmement*, il existe une multitude de théories éthiques et cette multitude fait appel à la typologie des théories. Une façon de classer ces théories éthiques est de clarifier la dichotomie «éthique objective» et «éthique subjective». La première théorie affirme que les théories éthiques sont suffisantes, valides par elles-mêmes, tandis que la deuxième, d'égale conviction, affirme à son tour que la validité de théories éthiques dépend de celui qui les établit<sup>1</sup>. Le même cheminement peut se faire pour distinguer éthique « classique » et éthique « moderne ». Dans ce cas, les démarches sont respectivement descriptive et analytique<sup>2</sup>. On peut en général regrouper les théories éthiques en trois grandes classifications reliées entre elles à savoir (a) déontologique – les préceptes éthiques suffisantes en elles-mêmes doivent devenir un repère et être considérés comme des devoirs, (b) consécutive – les actions sont justifiées par leurs conséquences, et (c) situationnelle – soit située entre les groupes « a » et « b »). En dehors de la triade naturalisme – non-naturalisme et émotivisme, plusieurs autres théories éthiques s'insèrent dans le schéma de classification précité. Mais alors, on pourrait objecter que cette triade ne prend pas en compte des théories éthiques comme l'apologétique éthique qui se dresse contre le rejet positiviste de la validité de déclarations éthiques.

*Quatrièmement*, il y a la problématique des approches éthiques. Les trois approches les plus répandues sont : l'approche descriptive, l'approche normative, et l'approche analytique. La première vise à éclairer plusieurs théories éthiques. La deuxième se focalise sur plusieurs « codes de conduites » dans le cadre de l'éthique professionnelle – par exemple, éthique médicale. La troisième approche s'intéresse à l'analyse logique des déclarations éthiques et des jugements moraux. L'approche que je me propose de suivre dans cet article est toute nouvelle ; c'est l'approche dite « réfléchie » à travers laquelle j'analyse les suppositions qui se dissipent sous les jugements éthiques.

Celui qui adopte une théorie éthique dans le contexte de PVVIH, aura à frayer son chemin à travers cette jungle éthique pour identifier,

---

<sup>1</sup> Popkin and Strol, op.cit., pp. 47-54.

<sup>2</sup> Ibid., p. 44.

au milieu de cette foule de théories éthiques, laquelle est pertinente pour notre contexte de PVVIH.

## **Le Dilemme Existentiel du PVVIH**

Les personnes vivant avec VIH/SIDA souffrent non seulement du tragique destin de la pandémie, mais aussi d'un dilemme existentiel dont ils peuvent ne pas avoir la pleine conscience. Si nous voulons donner aux PVVIH une éthique pertinente, il nous faudrait entreprendre une analyse philosophique de ce dilemme.

Le *premier* aspect de ce dilemme est ce que je peux appeler une « chosification involontaire ». Une PVVIH est involontairement réduite à un simple objet. Elle devient un objet du soin des autres, de leur affection, de leur soutien psychologique, et même de leur conseil moral. Elle n'est plus le sujet de ces choses, mais en est désormais l'objet. De cette manière, on peut dire que la PVVIH perd toute son existence authentique et individuelle ; son existence cède la place à l'être, c'est-à-dire au même titre que tout ce qui est mais sans valeur ni attirance. C'est un scénario très triste de savoir qu'un être humain, créé à la même image de Dieu que le reste de l'humanité, succombe sous le poids d'une situation, pour ne faire face désormais qu'à une pénible existence dépendante. Pour la PVVIH, toutes les valeurs, les aspirations, les acceptions et tous les espoirs sont traduits par un seul vocable obsédant – survivre – qui n'est en réalité qu'un prolongement de la vie sur terre sans aucune spécificité. Si quelqu'un entreprenait une recherche scientifique et sociale sur le dilemme existentiel des PVVIH et qu'il les questionnait sur les sentiments de chosification, ainsi que de leur état de dépendance par rapport à d'autres, je suis convaincu que plusieurs d'entre eux s'écrieraient avec ces mots de Jean-Paul Sartre : « l'Enfer, ce sont les autres ».

Le *deuxième* aspect du dilemme existentiel des PVVIH, c'est leur malheureuse rencontre avec le nihilisme. Sous cet angle, le PVVIH traverse une adiaphorie. Il est indifférent à tout, au bien et au mal. Au Kenya, on a beaucoup parlé d'un homme qui ayant appris sa séropositivité, s'est donné pour tâche d'infecter autant de femmes que pos-



sible. Cet acte saisissant ne fut connu qu'après sa mort lorsqu'on découvrit sur son lit la liste des quatre vingts malheureuses femmes qui ont été les victimes de son forfait. On lit chez cet homme la manifestation la plus grande de la manière dont quelqu'un peut succomber au nihilisme. La pandémie du VIH/SIDA nous fait vivre presque la même difficulté du nihilisme jadis décrite par les romanciers Fyodor Dostoevsky et Albert Camus<sup>1</sup>.

Le dilemme existentiel des PVVIH prend sa source de la stigmatisation, la discrimination, et même le cachet de condescendance qui leur est imposé par la société. Il est immoral de considérer les PVVIH comme appartenant à une société mineure si nous voulons parler d'une « éthique de PVVIH ». Nous appelons PVVIH ici ceux qui connaissent leur état sérologique contrairement à la vaste majorité qui est sans information sur cet état.

Pendant un cours intitulé « Accompagnement pastoral et VIH/SIDA » dont j'ai la charge, j'ai demandé à mes étudiants combien d'entre eux avaient fait un test dont le résultat était négatif. Ce jour-là, juste une poignée d'étudiants avait levé la main. Alors j'ai dit au reste de la classe, moi-même inclus, que nous serons coupables jusqu'à ce que notre innocence soit prouvée. A ceux qui avaient été déclarés sains je me souviens avoir dit : « comment pouvez-vous en avoir une certitude absolue à moins de vous faire re-dépister chaque semaine ? J'attire tout simplement notre attention sur le fait que nous ne pouvons pas considérer les PVVIH comme appartenant à une sous-société humaine car, elles sont en réalité une partie de nous tout comme nous sommes une partie de ce qu'elles sont.

## **La Thèse: Oui, nous pouvons**

La thèse de la dialectique éthique est portée vers un regard positif de l'humanité qui est encadrée dans l'anthropologie Judéo-chrétienne. L'homme, pris dans un sens général, est la « couronne de la création ». Les hommes et les femmes sont créés à l'image de Dieu. L'expres-

---

<sup>1</sup> Cf. par exemple, *Crime and Punishment* de Dostoevsky et *The Myth of Sisyphus* et *The outsider* de Camus.

sion « image » est très ambiguë parce qu'on ne parvient pas à définir le lien entre le Dieu du Judéo-christianisme et les images. L'écrivain Ved Mehta affirme d'ailleurs que l'expression image est blasphématoire<sup>1</sup>. Cependant la Bible a employé les termes image (mlx) et ressemblance (twmd) (Gn. 1: 26-28) dans un sens neutre, et il nous appartient d'étudier les détails sémantiques, nous, lecteurs de la Parole de Dieu et assoiffés du savoir.

Dans une présentation en quatre catégories, John Wilkinson fait un brillant résumé de plusieurs interprétations de l'image de Dieu : *substantielle* (dans la capacité humaine de se tenir droit, verticalement), *constitutionnelle* (par la présence des attributs divins en l'homme, par exemple la raison et la liberté), *relationnelle* (dans le lien unique entre Dieu et l'humain), et *utilitaire* ou *fonctionnelle* (par le privilège de l'humain à exercer les fonctions divines, par exemple avoir l'autorité sur la création)<sup>2</sup>.

Un tel regard optimiste sur les humains nous redonne espoir et confiance que nous sommes capables de faire ce qui est bon et juste. C'est vers cette anthropologie positive que sont orientés les conseils pour l'abstinence et la fidélité en vue de prévenir au mieux la transmission VIH/SIDA. Notre espoir repose aussi dans la supposition que l'humain est capable de faire le bien et qu'il mobilisera ses énergies pour choisir ce qui est juste. Cette supposition nous rappelle celle de Platon qui avait attribué l'existence du mal au manque d'une bonne *connaissance*, et non pas nécessairement au manque en l'homme de la capacité de faire le bien. D'après Platon, si seulement l'homme pouvait *connaître* ce qui est bon, alors il ferait automatiquement ce qui est bon<sup>3</sup>. Il semblerait que les dispensateurs de bons conseils partent de la même supposition – que plusieurs personnes attendent désespérément les bons conseils pour connaître ce qui est bon. Ainsi, une fois qu'on leur a donné la connaissance de ce qui est bon par les bons conseils, leurs problèmes seront résolus.

---

<sup>1</sup> Ved Mehta, *The New Theologian*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1965, 3. Mehta faisait un commentaire sur l'article de l'Évêque John A. T. Robinson intitulé « Our Image of God Must Go » publié avant le fameux livre de l'Évêque intitulé *Honest to God*.

<sup>2</sup> Wilkinson, op. cit., pp. 44-55.

<sup>3</sup> Popkin and Stroll, op. cit., pp. 2-3.

Mais y parviendront-ils ? Si la réponse, au chaos du monde résidait dans les bons conseils, alors tous les problèmes auraient été résolus depuis fort longtemps, parce qu'il y a dans le monde plus de bons conseils que de problèmes. Cela me rappelle Sigmund Freud qui rejetait tout discours religieux dans son classique *The Future of an Illusion*. Freud s'attaquait en effet à toutes les institutions de la société (cultures, civilisations, régime, etc.), avec une insistance particulière sur la religion qu'il considérait comme la plus vieille (5 000 ans). Nous avons protégé la religion, nous y avons investi notre richesse, nous l'avons poussée au plus haut niveau de l'échelle institutionnelle, elle a bénéficié du soutien de la majeure partie de nos sociétés et de toutes les couches sociales, et pourtant, elle n'est pas parvenue à résoudre nos problèmes. Ce qu'elle a apporté n'est rien d'autre que les sérieux problèmes qu'elle porte en elle-même. Quelle lecture pouvons-nous faire du récit de la Chute ? La connaissance du bien et du mal avait-elle été ordonnée par Dieu ou condamnée par lui ? Le récit de la chute pose un grave problème : l'homme et la femme étaient-ils dès la création des êtres éthiques ou furent-ils forcés à devenir éthiques seulement après la chute ?

Ainsi, il ne nous est plus possible de mentionner la notion d'Imago Dei sans la mettre en rapport avec la réalité de la Chute. C'est peut-être pour cette raison que le Professeur Musa Dube, après avoir fait une revue anthropologique plutôt glorieuse, se dépêche de faire allusion au récit de la chute :

*Mon propre cadre théologique s'élargit considérablement par le fait que je m'inscris dans la logique des croyances que, la création dans son ensemble est l'œuvre de Dieu et qu'elle a été faite bonne, sacralisant du coup toute la vie ; que tous les peuples, indépendamment de leur couleur, genre, classe, race, religion, appartenance ethnique, statut de la santé, âge, ou orientation sexuelle, ont été créés à l'image de Dieu et sont aimés à la lumière de cette même image qui les a pourvus en dignité humaine et leur a donné l'égalité d'accès aux ressources terrestres ; que la main Divine a créé toutes les choses pour qu'elles soient interconnectées et équitables ; quand quelques personnes sont*

*reniées dans leur dignité humaine, la volonté de Dieu est négligée ; (...); les êtres humains ont été moulés à l'image de Dieu afin de devenir des co - créateurs avec Dieu. Ils ont la tâche de s'assurer que la bonté du monde et son équilibre demeurent) pour tous et pour Dieu ; que l'église est particulièrement chargée d'être le gardien de la volonté de Dieu dans le monde ; que Dieu continue de se révéler à notre monde par la manifestation du Saint-Esprit et les prophètes qu'Il suscite parmi nous. Nous venons de démontrer clairement que notre cadre théologique ne s'inscrit pas dans les perspectives erronées de ceux qui pensent, pour quelque raison que ce soit, prouver qu'un groupe de personnes- sur la base d'appartenance ethnique, du statut de la santé, du genre, de la race, de l'âge, de la catégorie sociale, ou de l'orientation sexuelle – devrait être subjugué, opprimé ou renié dans leur dignité humaine accordée par Dieu lui-même. Dans un tel cadre, le salut sera compris comme la libération de l'oppression spirituelle, physique, économique, culturelle, et politique ainsi qu'une libération des structures et institutions avilissantes. Dans ce cadre, les structures sociales et les institutions actuelles qui ont pourtant le devoir de punir l'oppression et l'exploitation ne représentent pas la volonté de Dieu, et devraient de ce fait être contrecarrées par nous qui avons accepté de jouer le rôle d'intendant de Dieu pour veiller sur le monde et en prendre soin<sup>1</sup>.*

## **L'antithèse : Non, nous ne pouvons pas**

La thèse de la dialectique éthique est contrecarrée par l'antithèse (Non, nous ne pouvons pas). L'antithèse est tournée vers l'anthropologie négative des cultures du Proche Orient Ancien qui ont fourni un contexte immédiat à la narration biblique. D'après une très ancienne

---

<sup>1</sup> Musa Dube, "HIV and Other Challenges to Theological Education in the New Millenium" in Grant Le Marquand and Joseph D. Galgato, ed., *Theological Education in contemporary Africa*, Eldoret, Kenya, Zapf Chancery, 2004, 109.

légende mésopotamienne, Enuma Elish, l'homme a été créé comme un sous-produit, comme une pensée après coup. Hommes et femmes n'eurent alors aucun vrai rôle dans la création excepté pour s'occuper des dieux. Dans son ouvrage *Understanding Old Testament Ethics*, John Barton cite le savant allemand Eckhart Otto à propos de cette légende en ces termes :

*Dans la tradition mésopotamienne, on croit que l'homme a été créé à partir du sang d'un dieu qui représente le chaos et la culpabilité, et donc porte en lui-même les éléments d'une vie vouée à l'échec. Cette anthropologie négative est liée à une idée pessimiste selon laquelle la destinée de toute vie humaine est de soulager les dieux devenus coupables du poids du travail. Ainsi, le travail en tant qu'objet de la vie humaine est perçu comme une punition pour la culpabilité des dieux<sup>1</sup>.*

Bien que cette anthropologie négative déplaît à quelques-uns parmi nous, elle semble ne pas sortir de l'ordinaire. Il y a surtout dans l'Ancien Testament, plusieurs textes bibliques qui abondent dans le même sens, en particulier la Littérature de la Sagesse. Dans le livre de l'Ecclésiaste par exemple, l'auteur semble être visiblement engagé dans une recherche ardente pour la bonne vie. La bonne vie était alors le thème éthique dominant avec les philosophes grecs anciens tels que Socrate, Platon et Aristote. L'auteur recherche la bonne vie, la vraie *eudemonia* en sagesse (1:16-18), le plaisir (2:1-10), et le dur labeur (2:18-23). Il demeure pourtant désillusionné à la fin de chacune des recherches et s'écrie par ces mots devenus un hymne « tout est vanité et poursuite du vent, et il n'y a aucun avantage à tirer de ce qu'on fait sous le soleil ». (2:11)

On retrouve une pensée similaire à celle sus-citée dans le Livre de Job. Nous retiendrons une portion du discours d'Eliphaz lorsqu'il dit :

*L'homme serait-il juste devant Dieu?  
Serait-il pur devant celui qui l'a fait ?*

---

<sup>1</sup> E. Otto, *Theologische Ethik des Alten Testaments*, Stuttgart, Kohlhammer, 1994, 62, cité par John Barton, *Understanding Old Testament Ethics*, Louisville and London, Westminster John Knox Press, 2003, 1.

*Si Dieu n'a pas confiance en ses serviteurs,  
S'il trouve de la folie chez ses anges,  
Combien plus chez ceux qui habitent des maisons d'argile,  
Qui tirent leur origine de la poussière,  
Et qui peuvent être écrasés comme un vermisseau !  
Du matin au soir ils sont brisés,  
Ils périssent pour toujours et nul n'y prend garde ;  
Le fil de leur vie est coupé,  
Ils meurent, et ils n'ont pas acquis la sagesse. (Job 4,17-21)*

Un arrêt dans le Nouveau Testament nous permet de redécouvrir la lamentation de l'apôtre Paul quand il décrivait l'état de dilemme moral qui le scandalisait à tout égard.

*Nous savons en effet que la loi est spirituelle ;  
Mais moi, je suis charnel, vendu au péché.  
Car je ne sais pas ce que je fais :  
Je ne fais point ce que je veux, et je fais ce que je hais...  
Et si je fais ce que je ne veux pas, ce n'est plus moi qui le fais,  
C'est le péché qui habite en moi...  
Misérable que je suis,  
Qui me délivrera du corps de cette mort ? (Romains 7, 14-24)*

Cette approche anthropologique pessimiste laisse des empreintes jusque dans notre lutte contre le VIH/SIDA. D'une part cela nous rend sceptiques face à la possibilité d'envisager une réelle bataille - comme celle contre le VIH/SIDA - dont l'être humain, en comptant sur ses capacités, pourrait être vainqueur. Même dans la bataille, nous sommes jusqu'ici les perdants quand on se réfère à l'échec d'un projet tel que celui du vaccin au Kenya. Cet échec me rappelle une célèbre pensée interpellatrice de Wogaman au 20<sup>e</sup> siècle quand il disait :

*L'émergence brutale de pandémie du SIDA rend ridicule tous les progrès médicaux et nous a fait comprendre davantage que les conséquences de notre ignorance peuvent être fatales<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Wogaman, op. cit., p. 192.

Dans le même ordre d'idée, Wilkinson attire l'attention en comparant SIDA et syphilis. Sans vouloir nier le fait que l'humanité a enfin vaincu la fatalité de la syphilis, Wilkinson nous rappelle qu'il a fallu attendre jusqu'à 400 ans pour aboutir à un résultat louable<sup>1</sup>. Qu'en sera-t-il de notre lutte contre le SIDA ? Faudra-t-il attendre plus d'un demi millénaire avant de déboucher sur une solution ? Parviendrons-nous à éradiquer le SIDA avant l'an 2400 ? Cela est inquiétant. Ce sont là autant de défis face auxquels nous ne pouvons ni fuir ni faire preuve de négligence. Ce serait une mauvaise stratégie de sous-estimer la force de l'ennemi. Un adage de chez moi dit : « quand vous allez à la chasse aux renards, prenez aussi des balles pour les lions ».

D'autre part, cette anthropologie négative nous permet de mieux poser les jalons d'une stratégie réaliste dans notre lutte contre le SIDA. L'option de l'utilisation des préservatifs en tant que stratégie préventive s'insère bien dans cette lutte stratégique. La recommandation pour l'utilisation des préservatifs n'est en d'autres termes qu'une « humble » reconnaissance de la faiblesse humaine. La même recommandation s'applique contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH. Après tout qui est-ce qui cautionne la stigmatisation et la discrimination des PVVIH ? N'est-ce pas les partisans de l'anthropologie glorieuse, les perfectionnistes auto-proclamés ? Si nous pouvions avoir une pleine connaissance des causes de la chute de l'Homme, alors nous ne jugerions pas les autres, au contraire, nous serions devenus juges de nos propres attitudes.

## **La Synthèse: Mais nous Pourrons**

Finalement, que se passe-t-il lorsque la thèse est contrecarrée par l'antithèse? Le tiraillement entre les deux se fait-il à l'infini ? Non. Ce ne serait plus de la dialectique mais un dualisme. Dans la dialectique la lutte entre la thèse et l'antithèse évolue vers une troisième option, la synthèse. Jusqu'ici je me suis laissé entraîner par une analyse des anthropologies positive et négative. Tout ne s'arrête pas là, mais continue jusqu'à se transformer en une synthèse, un autre type

---

<sup>1</sup> Wilkinson, op ; cit., p. 471.

d'anthropologie que j'appelle volontiers « anthropologie stratégique ». J'emploie le terme « stratégique » parce que cette nouvelle anthropologie nous permettra de frayer d'autres pistes afin de mieux nous engager dans la lutte contre le SIDA. Oui, nous sommes créés à l'image de Dieu. Oui, c'est également vrai que nous sommes des êtres pécheurs. Mais au-dessus de ces deux vérités, il y a une vérité suprême selon laquelle, après tout, nous sommes aussi des êtres rachetés. C'est cette rédemption qui nous porte vers la synthèse finale des deux aspects opposés de notre être. Par-dessus ces deux réalités mutuellement opposées de notre être se situe la grâce de la rédemption. C'est la synthèse à laquelle nous devons aboutir. J'aime relire la merveilleuse synthèse de l'Apôtre Paul lorsqu'il parle du Christ comme notre Paix et notre Pâques.

*Car Dieu était en Christ, réconciliant le monde avec lui-même,  
En n'imputant point aux hommes leurs offenses,  
Et il a mis en nous la parole de la réconciliation.*

(II Corinthiens 5, 19)

Cette synthèse est un guide pour une lutte éthique dans un contexte de PVVIH. Nous ne voulons pas nous embarquer dans le fastidieux débat d'avoir été créés à l'image de Dieu, car cela nous fait courir le risque de nous inscrire comme des pseudo perfectionnistes, susceptibles de devenir à notre tour des promoteurs de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH. Nous ne voulons pas non plus nous cantonner à admettre que l'Homme est caractérisé par sa faiblesse et sa chute. Cela nous plongerait dans un défaitisme qui nous fera fuir ou perdre la bataille avant même de l'avoir complètement entreprise. Si nous voulons, et si nous savons dans le même temps que nous ne pouvons pas, il vaut mieux pour nous de ne pas déclarer notre intention. Nous avons le devoir de marcher vers la synthèse en nous disant :

*« Oui, nous pensons que nous pouvons. Oui, nous reconnaissons que nous ne le pouvons pas. Mais, avec l'aide de Dieu, nous savons que NOUS POURRONS ».*



L'Apôtre Paul fait de cette espérance une magnifique synthèse :

*Nous sommes pressés de toute manière, Mais non réduits à l'extrémité ;*

*Dans la détresse, mais non dans le désespoir ;*

*Persécutés, mais non abandonnés ;*

*Abattus, mais non perdus. (II Corinthiens 4, 8-9)*

Eclairés par une telle foi, nous devons nous focaliser sur la nouvelle anthropologie. Dans cette nouvelle anthropologie, pas besoin de penser que nous constituons la thèse et que les PVVIH forment l'anti-thèse. Nous devons au contraire chercher la synthèse afin de montrer que l'état de PVVIH n'a rien à voir avec l'étiquette de la fatalité que nous lui avons greffée. Cette progression vers la synthèse nécessite un plein engagement des PVVIH comme seul moyen pouvant leur permettre de retrouver le désir et le plaisir de vivre. Elles deviennent une partie intégrante de la réalité dialectique de la vie elle-même. Si cette démarche est adoptée, alors nous ne nous agiterons plus en terme de responsabilité éthique face aux infectés, mais nous nous battons pour la responsabilité éthique de l'affecté et de l'infecté par rapport au reste du monde. Ainsi, les PVVIH triompheront de la chosification pour devenir des vrais sujets d'amour. Ils deviendront des sujets autant que nous, et nous pourrons alors répéter avec assurance cette parole de Saint Paul « *en Christ il n'y a ni du positif, ni du négatif, mais tous sont réconciliés dans la nouvelle humanité.* »

## **Conclusion**

Dans les pages précédentes, j'ai essayé de mener une réflexion chrétienne sur la dialectique éthique dans le contexte de PVVIH. Mon but principal était d'éviter d'emprunter l'itinéraire trop facile qui consiste en une suite de conseils sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire en face des PVVIH et/ou de vouloir rappeler à ces derniers les responsabilités éthiques qui leur sont assignées, en choisissant d'explorer philosophiquement la problématique de leur dilemme existentiel. De cette exploration nous avons retenu deux éléments dans le di-

lemme existentiel de PVVIH que nous avons mis en exergue: la chosification involontaire et le nihilisme. En outre, j'ai présenté la dialectique éthique sous trois facettes : la thèse (anthropologie positive), l'antithèse (anthropologie négative), et la synthèse (anthropologie stratégique). Cette dernière forme anthropologique est à mon avis celle qui nous donne la possibilité de résoudre au mieux le dilemme existentiel de PVVIH en veillant sur leur intégration dans notre programme d'éthique. La présentation tout entière s'inspire de la théologie, de la philosophie et des études bibliques.

Nous sommes en face d'un scénario militaire, et nous sommes engagés dans une bataille. Notre ennemi c'est le redoutable VIH/SIDA qui nous atteint et nous attaque de tous les côtés ; il connaît même par avance notre stratégie de combat. Notre défaite ou notre démission pourrait signifier une néantisation totale de notre planète. Pourrions-nous accepter de perdre ou de démissionner sur ce champ de bataille ? Non ! Jamais ! C'est une bataille que nous ne pouvons nous permettre de perdre. Car, avec Christ comme notre synthèse, armés de notre nouvelle anthropologie stratégique, et confiant que nous sommes des rachetés de Dieu, nous resterons visiblement engagés dans la lutte jusqu'à ce que victoire s'en suive. Nous combattons, parce que nous savons que Dieu réserve à l'humanité le trophée, signe de notre victoire.

## **Bibliographie**

Barton, John, *Understanding Old Testament*, Louisville and London, Westminster John Knox Press, 2003.

Chukwu Cletus N. *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, Eldoret, Kenya Zapf Chancery, 2003.

*Daily Nation*, Nairobi, 28 August 2004.

Dube, Musa, "HIV/AIDS and Other Challenges to Theological Education in The New Millenium" in Grant Le Marquand and Joseph D. Galgalo, ed, *Theological Education in Contemporary Africa*, Eldoret, Kenya Zapf Chancery, 2004.

- Kiruki, J. Kahiga, *Introduction to critical Thinking*, Eldoret, Kenya Zapf Chancery, 2004.
- Mbiti, John S., "The Biblical Basis for Present Trends in African Theology" in K. Appiah-Kubi and S. Torres, ed., *African Theology En Route*, Maryknoll, New York, Orbis Books, 1979.
- Mehta, Ved, *The New Theologian*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1965.
- Okwemba, Arthur, "Aids Vaccine Fails Crucial Test" *Daily Nation*, Nairobi, 2 September 2004, 23.
- Orika, H. Odera, *Practical Philosophy*, Nairobi, Nairobi University Press, 1990.
- Otto, E. *Theologische Ethik des Alten Testaments*, Stuttgart, Kohlhammer, 1994.
- Peter, C. B. "In Defence of Existence: A comparison Between Ecclesiastes and Albert Camus" in *Bangalore Theological Forum*, Vol. XII, N° 1, 1980-1, 30.
- Popkin, Richard H. and Avrum Stroll, *Philosophy Made simple*, London, W. H. Allen, 1969.
- Wilkinson, John, *Christian Ethics in Health Care*, Edinburg, The Handsel Press Ltd., 1988.
- Wogama, J. Philip, *Christian Ethics: A Historical Introduction*, London, SPCK, 1993.



# Genre et Ethique dans la lutte contre le VIH/SIDA Marc 5, 26-34 : soigner le VIH/SIDA en Afrique

Priscille DJOMHOUE

Les israélites, les babyloniens, les perses et les grecs expliquaient la maladie de deux manières<sup>1</sup> : Elle était comprise d'une part comme un châtement qui survient comme conséquence au péché individuel ou familial (Deutéronome 28,58-61 ; 2 Samuel 24,15 ; 2 Romains 5, 27 ; Exode 20,5 etc.). Mais la Bible souligne que Job était un homme intègre, droit, craignant Dieu, se détournant du mal au point que nul n'était comme lui sur terre (Job1,8). Ni l'aveugle né, ni ses parents n'étaient à l'origine de sa cécité. Cette idée ancienne est combattue par Jésus qui refuse d'attribuer a priori, cette cause à toute maladie sans exception. (Jean 2, 2-3). D'autre part, à l'origine de la souffrance, il faut chercher une présence démoniaque : les démons offensés, se vengent en envoyant des maladies, les maladies nerveuses, mais aussi certaines infirmités comme la surdité et la mutité (Marc 9, 25). Le Nouveau Testament, à l'exception de Luc 4, 40 distingue généralement les malades et les démoniaques. Il y a plusieurs années, le VIH/SIDA était considéré comme une maladie causée par des esprits à cause de son caractère incurable. Certains malades préféraient se rendre en vain chez le tradi-praticien lorsque la médecine ne trouvait pas de solution. Mais la recherche établit clairement aujourd'hui, que le VIH/SIDA est une maladie infectieuse que l'on peut contacter comme bien d'autres. Ces remarques nous permettent de dire que la maladie peut attraper n'importe qui, juste ou pécheur.

---

<sup>1</sup> Alexandre WESTPHAL, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Tome II, Valence, Imprimeries réunies, 1935, p.86.

Le dictionnaire Larousse définit la maladie comme une altération de la santé, des fonctions des êtres vivants. La maladie peut attraper un individu à un endroit tout comme elle peut sévir constamment dans une zone géographique très étendue. C'est le cas du VIH/SIDA connu comme maladie pandémique. Par rapport à d'autres maladies, il est incurable jusqu'à nos jours ; cela signifie qu'il attaque un grand nombre de personnes qu'il doit sûrement et progressivement détruire. La Bible, mieux le Nouveau Testament ne connaît pas le VIH/SIDA mais il fait mention des maladies comme la peste qui ont fait des ravages sous le regard impuissant des médecins (Exode 9,15 ; Lévitique 26, 25 ; Deutéronome 28, 21). Nous connaissons aussi des maladies « incurables » dont certains ont été guéris, par exemple la femme qui souffrait d'hémorragies pendant douze ans. La maladie de cette femme a des similitudes avec le VIH/SIDA à cause de son caractère incurable, aussi en raison des ravages qu'elle a causés.

C'est pour cette raison que nous avons choisi Marc 5, 25-34 comme paradigme à notre réflexion. Notre problématique tourne autour de la question suivante : Au regard de l'expérience de la femme de Marc 5, 25-34, peut-on avoir des raisons d'espérer face au VIH/SIDA ? Comment soigner cette pandémie ? Une lecture du texte nous permettra de mettre en exergue les ravages causés par la perte de sang en question et l'attitude de la femme malade (ainsi que celle de Jésus) qui la conduit à la guérison nous permettra de poser les bases de la guérison du VIH/SIDA en Afrique et dans le monde. Nous allons articuler notre réflexion en trois points : la description de la maladie et ses conséquences, la guérison de la femme anonyme. Nous avons intitulé le troisième point guérir le VIH/SIDA en Afrique.

## **I – La maladie et ses conséquences**

Le récit de la femme à la perte de sang est connu des trois évangélistes. Tous insèrent ce récit dans le récit de la guérison de la fille de Jaïrus (Matthieu parle de la fille d'un notable): Matthieu 9,18-26 ; Luc 8, 40-56. Le récit dans sa totalité commence au verset 21 avec l'histoire de la fille de Jaïrus. Cette histoire est interrompue au verset 25, reprise au verset 36 pour s'achever au verset 43. En réalité,

notre récit présente une intrigue enchâssée au sein de cette péripécie. Il présente un certain nombre de personnages : la femme malade, les médecins, la société que l'on peut assimiler dans une certaine mesure à la foule, Jésus et les disciples. Le problème est celui de la maladie de la femme ; elle sera guérie et libérée à la fin du récit.

### *La maladie*

La description de la maladie de cette femme est très brève au verset 25. Le texte parle de perte de sang. Le texte ne mentionne pas de quel type d'hémorragie souffre cette malade, mais on postule, que la perte sanguine est issue de son organe sexuel. En référence à Lévitique 15,19-30, on sait que ce type d'anomalie était de nature à rendre impure la personne sujette, ainsi que toute personne qui entrait en contact avec elle. Si le texte est avare de détails sur la maladie, il insiste sur ses manifestations ainsi que sur ses conséquences multidimensionnelles.

### *Conséquences sociale et psychologique*

Le verbe affligé est éloquent. Il signifie frapper durement, accabler d'un mal ou d'un malheur. La femme est atteinte d'un mal qui a des conséquences physiques sur sa personne, elle ressent des douleurs. Nous nous posons la question de savoir s'il ne faut pas prendre le chiffre 12 dans son sens symbolique. S'il traduit « la totalité », nous comprenons que le texte voudrait bien mettre l'accent sur le fait que cette femme ait passé toute sa vie à gémir et à endurer son mal. En clair, il ne s'agit pas d'un mal ponctuel, mais d'une situation qui dure et qui fait désormais partie du quotidien de la malade. Mais, ces douleurs physiques sont doublées de plusieurs autres maux : l'état d'impureté que lui confère sa maladie l'empêche d'être avec les autres, il se crée une isolation de la part des autres. Autrement dit, elle est stigmatisée et rejetée par la société. Ce rejet fait donc d'elle un paria, c'est-à-dire une personne qui n'existe pas aux yeux de la société. Nous pensons que le fait que cette femme soit anonyme, le fait qu'elle soit présentée sans référence à une famille quelconque comme c'est le cas avec le récit enchâssant (la fille de Jaïrus) de cette péripécie corrobore bien cette idée.

Un autre indice qui, dans le texte rend compte de la situation de stigmatisée de cette femme est bien l'utilisation des adjectifs craintive ou effrayée et tremblante au verset 33. Ces adjectifs présentent l'état psychologique de la personne : c'est une personne frustrée. Les disciples ont quelque peu raison de considérer que leur maître pose une question ridicule car, dans une foule, les personnes se touchent inévitablement les unes les autres sans en prendre conscience. La femme se sent coupable et panique parce qu'elle entretient une psychose depuis de longue date, aussi parce qu'elle est consciente d'avoir posé un acte interdit. En somme, la femme anonyme est physiquement, socialement et psychiquement malade. Mais la liste de ses maux s'allonge.

### ***Conséquences financières***

Le verset 26 présente sa situation économique et financière. Cette situation a évolué, car sa richesse s'est envolée avec le temps. C'était une femme riche, qui a eu les moyens de se payer le recours à des médecins. Notons qu'à l'époque, c'était un luxe et un signe de bien être économique, que de pouvoir se faire suivre par un médecin<sup>1</sup>. Cette mention de la richesse antérieure de la femme traduit bien le fait que la maladie n'est pas liée à une classe particulière de personne, elle peut attraper n'importe qui. Le ton du récit est significatif : « elle avait beaucoup souffert du fait de nombreux médecins » (v. 27). Il s'agit ici d'une critique à l'égard du corps médical qui a une part de responsabilité dans la souffrance financière de la femme : l'aurait-on fait dépenser plus qu'il n'en fallait pour les soins apportés ? Ne serons-nous pas ici dans une situation d'escroquerie ou des médecins sans foi ni loi se seraient préoccupés premièrement de se remplir les poches sans toute fois se soucier de la santé de la malade ? Le texte semble confirmer cette hypothèse, puisqu'il affirme qu'après avoir tout dépensé, elle était non seulement sans amélioration, mais sa situation s'empirait davantage (5, 26). Il est possible que cette asser-

---

<sup>1</sup> Cf. Etienne TROCME, *l'évangile selon saint Marc*, Genève, Labor et Fides, 2000, p. 151.



tion veuille aussi souligner l'incompétence ou l'ignorance des médecins. Mais le ton du texte nous fait pencher pour la première hypothèse.

La malheureuse ruinée est obligée d'adopter l'attitude prise par les pauvres de l'époque en cas de maladie, celle qui consistait à recourir aux guérisseurs. Marc, de façon implicite nous fait ici, la peinture d'une société dans laquelle l'État n'accorde pas d'importance à la santé des populations. Ayant donc entendu parler de Jésus comme un exorciste et un thaumaturge particulièrement bon, elle s'oriente vers lui (v. 27). mais, elle n'ose même pas présenter son cas à Jésus et s'introduit frauduleusement, car, soit elle est consciente de n'avoir pas le droit de se mêler à la foule d'où la honte, soit parce qu'elle ne pouvait plus se payer l'intervention d'un simple guérisseur.

Elle sera guérie par un contact simple avec le vêtement de Jésus. Le scénario qui tourne autour de la question de Jésus est très intéressant. La femme malade s'est comportée comme il ne la fallait pas, elle se dévoile et Jésus adopte l'attitude qu'un bon juif de cette époque n'aurait adoptée : à la question de Jésus de savoir qui l'a touchée, elle reste terrorisée parce qu'elle avait l'habitude d'être exclue et traitée sans ménagement. Après avoir donc tout avoué à Jésus, celui-ci, loin de s'irriter la traite avec douceur en l'appelant affectueusement « ma fille »<sup>1</sup>, et en lui confirmant que sa guérison est définitive (v. 34).

## II- La guérison de la femme

Nous voulons relever dans ce chapitre, que la guérison de la femme atteinte de perte de sang n'est pas à prendre dans son sens purement magique. La guérison de la femme ne vient pas d'une force qu'il faut rechercher sur les objets, par exemple les objets utilisés par Jésus. Il y a des personnes qui pensent que des objets ayant des liens avec Jésus comme la Bible, utilisée comme un talisman, peuvent les

---

<sup>1</sup> Voir aussi Etienne TROCMÉ, op. cit.p152

délivrer des puissances du mal. Ici, c'est la puissance de Dieu qui se trouve en Jésus christ qui a été à l'origine de la guérison : un certain nombre de conditions ont été remplies pour que cela se produise, et Jésus a bien raison de déclarer : « ta foi t'a sauvée ». Si nous disons que la guérison n'est pas à prendre dans un sens purement magique, c'est en réalité parce que nous voulons mettre en exergue aussi, la responsabilité des autres, à la fois dans la souffrance et dans la guérison. Donner à cette libération un caractère purement magique serait dédouaner l'homme de sa responsabilité, de sa participation au travail de libération de son semblable.

Alors, pour que la femme malade soit libérée, il a fallu un engagement de sa part, ainsi que l'engagement des autres compris dans la personne de Jésus : en effet, les hommes et les femmes qui suivent Jésus, sont appelés à l'imiter.

### – La femme

La libération de la femme vient d'abord de son courage et de son aptitude à oser, à oser violer des lois qui tuent : en se mêlant frauduleusement à la foule, elle brise le tabou de l'impureté.

Remarquons que, dans chaque miracle de Jésus, il y a en quelque sorte deux pôles : la réceptivité du malade et l'activité du sauveur. Autrement dit, Jésus est celui qui prend la part la plus active dans le processus qui mène à la libération ou à la guérison: A Bethesda (Jean 5) où Jésus doit réveiller chez l'impotent jusqu'à la volonté de la guérison, et dans les résurrections de morts, la réceptivité humaine est au minimum et l'activité de Jésus au plus haut degré d'initiative. Dans le cas présent, c'est l'inverse. Jésus est comme passif et la femme lui arrache en quelque sorte la guérison<sup>1</sup>.

### – Jésus (les autres)

Le courage et la volonté de la femme sont appuyés par l'action de Jésus, laquelle prend le contre-pied de ce qu'on aurait attendu. Il fait fi de la situation d'impureté de la femme et, au lieu de lui reprocher sa

---

<sup>1</sup> Louis BONNET, *Le Nouveau Testament expliqué 1 : Matthieu, Marc, Luc*, édition revue et augmentée par Alfred SCHROEDER, St Légier, Emmaüs, 1985, p. 343.

malignité, la traite affectueusement. La compassion de Jésus à l'égard de la femme est celle qu'il a toujours manifestée aux malades et aux souffrants. C'est en effet à cette attitude là que sont conviés ceux qui vivent dans l'entourage des malades et les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

## **II – Guérir le sida en Afrique**

Cette lecture de l'évangile de Marc, nous inspirera dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique : il est certain qu'il existe un écart temporel considérable entre le texte et nous. Mais nous nous inspirons de ce texte parce que malgré cette distance, parce qu'il existe des similitudes entre le monde texte et les sociétés africaines.

1– La société du texte présente environ trois structures : il y a des riches minoritaires qui peuvent se donner le luxe de se faire suivre par un médecin, il y a des moyens qui peuvent se payer les soins du guérisseur, il y a les pauvres qui suivent Jésus, car celui-ci ne réclame rien pour les services rendus.

En Afrique, il y des personnes qui peuvent se signer dans les hôpitaux de référence, il y en a qui ont les moyens des centres de santé, il y en a qui peuvent aller chez le guérisseur, et il y en a qui se réfugient à l'Église. Mais celle-ci semble quelque fois débordée et perdue, ne sachant pas toujours comment réagir.

2 – La médecine : l'une des hypothèses sous-jacentes à notre texte est qu'à l'origine de la souffrance de la femme atteinte de perte de sang, il y a l'incompétence des médecins devant un mal qu'ils ne maîtrisent pas. En Afrique, médecins, infirmiers etc. ne sont pas toujours à la page. La pauvreté, la mauvaise volonté ou le manque d'intérêt de nos gouvernements ne permet pas toujours un recyclage ou une mise à jour du personnel soignant. Alors, devant les maux nouveaux, on tâtonne. S'il y a une élite qui est au courant des nouvelles techniques appliquées aux anciens et aux nouveaux maux, elle manquera sur le terrain, soit le matériel approprié, soit les médicaments suffisants. Nous connaissons le leitmotiv dans les laboratoires de nos

hôpitaux, « il n' y a pas de réactifs » : nous ne sommes pas toujours capables de nous procurer des matériaux nouveaux ou des appareils médicaux de pointe.

A côté de la médecine moderne, il y a la médecine traditionnelle qui subsiste avec ses moyens rudimentaires.

3 – La culture : l'un des aspect de la société du texte se caractérise par le fait que la femme était considérée beaucoup plus comme une chose que comme une personne : elle occupait dans la société, une place entièrement subordonnée, c'est un être toujours en tutelle. Avant le mariage, son père en est le maître (1Samuel 18, 17), ensuite c'est le mari ; à la mort du mari, elle tombe sous la tutelle du fils aîné. Elle ne jouit d'une certaine considération que comme mère des fils qu'elle a donnés à la famille.<sup>1</sup> Tout comme la femme, le jeune a plus de devoir que de droit, il n'a pas de parole qui compte, il n'a aucun pouvoir de décision. En Afrique, cette situation est presque pareille.<sup>2</sup> Guérir le VIH/SIDA en Afrique et dans le monde relève du miracle, tout comme la guérison de la femme souffrant d'hémorragie. Ce miracle est possible si un ensemble de forces peuvent converger vers ce but : les malades ou les porteurs sains, l'État, les médecins, les hommes et les femmes qui ne sont pas atteints, l'Église, la société toute entière doit se mobiliser pour qu'arrive le miracle.

---

<sup>1</sup> Voir H. MEHL-KOEHNLEIN, « Femme » dans J.J. : Von Allmen, *Vocabulaire biblique*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1956, p.103-104. Cependant, l'AT connaît un autre courant d'appréciation de la femme. Il y en a qui ont participé à certaines manifestations publiques, notamment aux fêtes religieuses populaires (Dt1,12 ; 2Sam6,19), aux danses sacrées (1Sam1,4). Elles ont le droit d'assurer certaines charges dans le sanctuaire (Ex38,8). Sur el plan juridique, les filles ont droit à l'héritage paternel en l'absence de fils (Nb27,8). L'AT signale aussi le rôle important joué par certaines femmes influentes- juges- ou prophétesses (Marie sœur de Moïse) Ex15,20, Débora Jg4 et 5 ; Hulda 2Chr34,22s ; Rahab Jos2,9 etc.)

<sup>2</sup> Cf. Patricia France Bruce, « The Mother's cow : A study o Old Testament References to virginity in the context of HIV/AIDS in South Africa », dans Isabel Apawo Phiri et al. *African Women, HIV/AIDS and Faith communities*, South Africa, Cluster publication, 2003, p. 44-70; Beverley Haddad, "Choosing to Remain Silent: Link between Gender Violence, HIV/AIDS and the South African Church", dans Isabel Apawo Phiri et al. *African Women, HIV/AIDS and Faith communities*, South Africa, Cluster publication, 2003, p. 149-167.

### – Les malades et les porteurs sains

Ceux-ci doivent lutter pour résister à toutes les formes d’oppression et de déshumanisation. Ceci implique de leur part beaucoup de courage. Ils doivent se prendre en charge en développant des attitudes positives, à savoir prévenir les réinfections et éviter d’infecter d’autres personnes, celles qui ne seraient pas encore porteuses. Ces attitudes, dans une certaine mesure stopperaient la prolifération, ou l’évolution de la maladie.

Aussi devront-ils sortir de leur enfermement et pour aller vers les autres, vers les médecins et les conseillers en la matière. Le témoignage qu’ils porteront dans leur entourage permettra aux personnes non infectées de se mettre sur leur garde.

### – Les médecins

Contrairement aux médecins du récit de la femme souffrant d’hémorragie, les médecins ont la responsabilité de mettre en pratique le serment d’Hippocrate qu’ils font à la fin de leurs études. À savoir se préoccuper en premier lieu de la santé du malade. La prolifération du VIH/SIDA a créé dans nos sociétés une espèce de marché. Un adage populaire dit « le SIDA est une affaire de gros sous ». Tout le corps médical mobilisé et beaucoup se plaignent s’ils ne font pas partie des équipes qui s’en occupent. Mais cette plainte ne traduit pas une certaine vocation dans la spécialité, mais la déception de ne pas pouvoir bénéficier des gros budgets que les organismes internationaux mettent dans la lutte contre le fléau.

Aussi, à un certain moment, des médecins avaient créé des voies parallèles de vente des médicaments anti-rétroviraux. S’il n’y avait pas des points de vente parallèles, il fallait corrompre le médecin ou le pharmacien pour pouvoir acheter les médicaments. Au cas contraire, on déclarait une rupture de stock éternelle. Beaucoup de malades et de familles se sont appauvris devant cette situation : heureusement, les prix ont considérablement baissé, mais l’accès aux médicaments n’est pas toujours évident, pour des raisons multiples. Mais ceci ne voudrait pas dire qu’il n’y a pas du tout de médecins dévoués.

### – Les États

La principale responsabilité des gouvernements dans la lutte contre le VIH/SIDA consistera à créer et à subventionner des systèmes d'assurances médicaux de manière à ce que tout citoyen malade puisse avoir accès aux soins.

L'une des raisons de la prolifération du VIH/SIDA est la pauvreté. La lutte contre le fléau consistera à créer les emplois et à organiser les systèmes économiques de telle sorte que le manger, mieux le pain quotidien ne soit pas toujours hypothétique.

### – La famille, l'entourage

La sympathie des autres, leur aptitude à considérer, à accepter les personnes atteintes comme des êtres humains à part entière est indispensable pour l'équilibre psychologique de ceux-ci. Mais cet entourage supposé sain est appelé à se faire dépister, à suivre des enseignements sur la maladie afin de la prévenir. Les personnes non atteintes qui s'occupent des malades doivent savoir quelles dispositions prendre pour ne pas se faire infecter.

### – L'Église

Nous nous reportons au document du COE<sup>1</sup> qui demande aux églises d'œuvrer pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes, d'accorder une attention particulière à la situation des enfants de tous âges qui sont touchés par le fléau et de chercher à créer autour d'eux un environnement qui le soutienne ; d'aider à sauvegarder des droits des personnes atteintes et d'étudier, de définir et de promouvoir ces droits par le biais des dispositifs existant aux échelons national et international ; de favoriser l'échange d'informations correctes concernant le VIH/SIDA et de favoriser les discussions ouvertes et de lutter contre la désinformation et la peur ; de plaider pour que les institutions médicales et les gouvernements consacrent davantage de fonds à la recherche de solutions aux problèmes médicaux et sociaux que pose la pandémie.

---

<sup>1</sup> Face au SIDA : l'action des églises, document d'étude du COE, WCC Publications, Geneva, 1998, p. 106.

Nous pensons que l'Église doit aussi aider à lutter pour que soient supprimés dans nos cultures, les aspects de la tradition qui favorisent la prolifération du mal<sup>1</sup>. Il y a dans les cultures africaines, des éléments pouvant militer en faveur de l'arrêt de la prolifération de la maladie. Ce sont par exemple l'encouragement à la virginité, mieux l'abstinence avant le mariage, aussi bien pour la jeune fille que pour le jeune garçon. Dans nos cultures, la virginité était exigée de la jeune fille et non du jeune homme. Aujourd'hui, les défis du VIH/SIDA appellent à une reconsidération du Genre. Mâle et femelle, au même titre, à responsabilité égale sont interpellés.

Le défi de la pandémie appelle à une redéfinition des rôles, mieux à une reconsidération des rapport mâle/femelle : le droit à l'éducation pour la femme, le droit ou la participation de celle-ci, ainsi que du jeune ou de la jeune aux décisions multiformes.

L'Église doit aider les hommes et les femmes à supprimer de nos cultures, les pratiques à risque : le lévirat, le sororat, la polygamie, l'excision, les scarifications.

L'Afrique doit aussi briser un certain nombre de tabous, surtout le tabou lié au sexe : dans beaucoup de famille, on ne doit pas parler du sexe en présence ou avec les enfants. La famille est le lieu par excellence de l'éducation de l'enfant. Si dans ce cadre il ne reçoit pas certaines informations de ses parents, il en recevra d'erronées dans la rue.

## Éléments bibliographiques

1. Alexandre WESTPHAL, *Dictionnaire encyclopédique de la Bible*, Tome II, Valence, Imprimeries réunies, 1935.
2. Louis BONNET, *Le Nouveau Testament expliqué 1 : Matthieu, Marc, Luc*, édition revue et augmentée par Alfred SCHROEDER, St Légier, Emmaüs, 1985.

---

<sup>1</sup> Cf. Musa DUBE, « Talitha Cum ! Calling the Girl-Child and Women to life in the HIV/AIDS and Globalisation Era, dans Isabel Apawo Phiri, Beverley Haddad et al. *African Women, HIV/AIDS and Faith Communities*, South Africa, Pietermaritzburg, 2003, p.71-93.

3. Etienne TROCMÉ, *l'évangile selon saint Marc*, Genève, Labor et Fides, 2000.
4. *Face au SIDA : l'action des églises, document d'étude du COE*, WCC Publications, Geneva, 1998
5. Isabel Apawo Phiri, Beverley Haddad et al. *African Women, HIV/AIDS and Faith Communities*, South Africa, Pietermaritzburg, 2003.
6. Patricia France Bruce, « The Mother's cow : A study of Old Testament References to virginity in the context of HIV/AIDS in South Africa », dans Isabel Apawo Phiri et al. *African Women, HIV/AIDS and Faith communities*, South Africa, Cluster publication, 2003, p. 44-70.
7. Beverley Haddad, "Choosing to Remain Silent: Link between Gender Violence, HIV/AIDS and the South African Church", dans Isabel Apawo Phiri et al. *African Women, HIV/AIDS and faith communities*, South Africa, Cluster publication 2003, p. 149-167.



*Deuxième partie*

**Le Curriculum :**  
**Projets de modules sur l'éthique chrétienne**  
**et le VIH/SIDA**



# ETHIQUE DE LA PREVENTION

*(Groupe francophone)*

Sujet 1

## INTRODUCTION

Qu'entend-on par prévention ? Il s'agit en réalité de prendre des mesures ou mieux de proposer un ensemble de mesures visant à prévenir l'individu ou la société d'un danger imminent ou certain.

Sur le plan éthique, il s'agirait de réfléchir sur l'ensemble de mesures susceptibles d'aider l'individu ou la société à adopter un comportement adapté au contexte actuel caractérisé par la menace du SIDA. Compris dans la relation à l'autre, la prévention appelle l'éducation et la responsabilité en vue de limiter la propagation de la pandémie. Il s'agit ici de protéger ceux qui ne sont pas encore atteints d'une part et interpeller les séropositifs à ne pas aggraver leur situation d'autre part.

Toutefois il n'est pas superflu de parler de la prévention dans le sens d'attirer l'attention du malade du SIDA sur les risques de contamination par ignorance, des personnes de son entourage.

## BUT ET OBJECTIF

Le principal but est de protéger et de sauver aussi longtemps qu'on le pourra la vie à tous les niveaux. Dans cette perspective, nous visons à divers niveaux les objectifs suivants :

- Sur le plan social, notre objectif est de maintenir et de développer la solidarité, la cohésion et la communication dans la société en incitant les PVVS de la société à partager leurs expériences et à transmettre les connaissances utiles sur des problèmes vitaux. Aussi, par la prévention nous visons à briser les tabous qui renforcent le mur du silence qui meublent

les relations sociales limitant ainsi les espaces de dialogues et élargissant les sujets de réflexion sur l'avenir et l'épanouissement de l'individu et de la société.

- Amener les membres de nos sociétés à se débarrasser des éléments de la tradition tels que le lévirat et le sororat qui sont des comportements à risque.
- Les conséquences économiques et politiques ne sont pas à démontrer à ce niveau, elles sont évidentes.

## **PRINCIPAUX THEMES A ABORDER**

- Le sens de la vie,
- La responsabilité individuelle et collective,
- Education à la vie sexuelle, morale et spirituelle,

## **METHODE**

Formation (familiale, scolaire académique, culturelle, spirituelle), chants, sketchs, récits, proverbes, sculptures.

## **DUREE DE FORMATION**

Formation permanente jusqu'à la victoire finale sur le VIH/SIDA.

## **MOYENS DE CONTROLE**

- Les évaluations permanentes
- Obligation de rendement.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Livre des proverbes
- Lévitique et ses lois sur la sexualité.

# ÉTHIQUE DE PRÉVENTION

## Groupe anglophone

### INTRODUCTION

Malgré l'abondance de l'information sur les modes et moyens de transmission, le VIH/SIDA continue de sévir gravement dans certaines zones du continent africain. Ce module a pour ambition de mettre en valeur les stratégies préventives du VIH/SIDA à la lumière de l'Éthique et de la Théologie du 21<sup>ème</sup> siècle.

### LE BUT

Ce module vise à critiquer les bases philosophiques et éthiques des stratégies préventives les plus actuellement en vue sur le VIH/SIDA, en vue d'aider l'apprenant à déboucher sur une nouvelle stratégie plus efficace et orientée vers de meilleurs résultats.

### OBJECTIFS DE LA FORMATION

A la fin de ce module, les étudiants devraient être capables de :

- a) définir l'éthique de la prévention ;
- b) identifier les théories éthiques qui alimentent les stratégies préventives ;
- c) identifier et expliquer les avantages et inconvénients des théories éthiques qui alimentent les stratégies préventives ;
- d) formuler des stratégies efficaces pour la prévention du VIH/SIDA dans le contexte africain.

### LES PRINCIPAUX THÈMES DE LA FORMATION :

1. Définition des termes et concepts clés.
2. Les stratégies préventives courantes par rapport aux modes de transmission par :
  - Sexe
  - Sang
  - Mère à enfant
  - etc.

3. Les théories éthiques qui sous-tendent chaque stratégie préventive :
  - Déontologie,
  - Conséquentialisme,
  - Situationnisme.
4. Critique des motivations éthiques :
  - survie individuelle,
  - Le contexte de la relation,
  - Pour plaire à Dieu.

## **MÉTHODOLOGIE**

- a) Cours magistraux ;
- b) Dynamique du Groupe- brainstorming ;
  - Jeu de rôle,
  - Discussion ciblée.
- c) Etudes de cas ;
- d) Expositions / visites.

## **DURÉE DE FORMATION**

3 – 5 heures compte tenu du temps alloué.

## **MOYENS D'ÉVALUATION :**

- Contrôle,
- Devoir,
- Examen final.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Chukwu N. Cletus - *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*. Zapf Chancery, Eldoret Kenya : 2003
- 2- Deutsch, Charles and Sharlene Swart – *Rutanang : Learning from one another*. South African Theological Publications in India: 1995.
- 3- Dube Musa W. Ed. - *HIV/AIDS and the curriculum*. WCC Geneva: 2003
- 4- WCC – *Facing AIDS: The Challenge, the Churches response*. AWCC study document, Geneva 1997.
- 5- WCC- *Study document and Statement on HIV/AIDS*. WCC Switzerland 2002

# ÉTHIQUE DE PRÉVENTION - 2

## (Groupe anglophone)

### INTRODUCTION

Cours sur :

- la prévention du VIH/SIDA,
- les concepts VIH et SIDA,
- bref aperçu historique du VIH/SIDA,
- les moyens de transmission.

### BUT

Amener l'apprenant à mieux cerner les enjeux moral et éthique de la prévention du VIH/SIDA.

### OBJECTIFS

A la fin de ce module, l'apprenant doit être capable de :

- avoir une bonne connaissance de l'éthique de la prévention,
- expliquer la nécessité de la prévention,
- identifier les rôles nécessaires à la prévention.

### CONTENU

Une définition de l'éthique de la prévention implique :

- les fondements bibliques de la prévention,
- la formation/éducation,
- des méthodes de prévention :
  - abstinence,
  - fidélité, et
  - usage du préservatif ;
- les valeurs morales traditionnelles :

- briser le tabou du silence,
- éducation sexuelle à entreprendre par les parents et les pasteurs,
- le Rôle de l'état :
  - volonté politique et engagement dans l'action,
  - mise en place d'une nouvelle politique,
  - utilisation des ressources,
  - mobilisation de la communauté locale,
  - création de groupes d'action,
  - encourager et travailler en collaboration avec les pairs éducateurs ;
- la mobilisation des personnes ressources :
  - les PVVIH,
  - les personnes affectées,
  - le corps médical/guérisseurs traditionnels.

## **MÉTHODOLOGIE**

- cours magistral,
- lectures assignées et ciblées,
- musique, danse et théâtre,
- participation des PVVIH.

## **DURÉE**

Ce module s'étendra sur 45 heures par semestre et sera sanctionné par un certificat.

## **MOYENS DE CONTROLE**

Le moyen de contrôle comprendra :

- des devoirs et un contrôle continue,
- une session d'examens écrits, et
- l'évaluation des formateurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Les documents du Conseil Œcuménique des Eglises, Genève, 1997.



# **ETHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE**

**(groupe francophone)**

## **INTRODUCTION**

L'accompagnement en théologie consiste à assurer un encadrement adéquat à une personne ou à un groupe en situation difficile. En d'autres termes, c'est une des formes de lutte contre la pandémie du SIDA qui consiste à prendre en charge les personnes infectées et affectées. Dans le cadre de notre travail, il nous revient d'examiner ou mieux, de mener une réflexion en vue de relever les qualités nécessaires que l'on doit attendre de l'accompagnateur. De plus, l'adhésion de l'accompagné aux vertus théologiques que sont la foi, l'espérance et l'amour est nécessaire.

## **BUT ET OBJECTIF**

Notre but est de mettre en place des mesures visant à atténuer les effets négatifs de la maladie sur le malade. Ceci revient à :

- l'aider à supporter ses souffrances physiques, morales et spirituelles,
- restaurer en lui la dignité humaine,
- le réintégrer dans la société comme acteur et participant à la vie économique, politique et culturelle de la communauté ;
- Aussi avons-nous comme autres objectifs de recenser un certain nombre de qualités requises pour un accompagnateur, à savoir : la bienveillance, la disponibilité et la sincérité. Ce sont ces qualités qui produisent chez l'accompagné, les effets psychologiques favorables à une vie plus responsable et abondante.

## **PRINCIPAUX THEMES A ABORDER**

- Invitation à la promotion et au respect des droits de l'homme ;
- Invitation à la conception culturelle de l'homme en Afrique ;

- Promotion des valeurs africaines telles que la fraternité et la solidarité dans leur vécu quotidien en rapport avec le communautarisme africain ;
- Le sens et le caractère sacré de la vie ;
- La fidélité dans la vie vis à vis de Dieu, de ses semblables et dans le couple.

## **METHODOLOGIE**

- Sensibilisation des communautés par les responsables spirituels (pasteur) ;
- Prêcher et œuvrer pour une prise de conscience du caractère sacré de la vie ;
- Formation des leaders d'opinion sur les mesures à prendre pour une vie de qualité des souffrants ;
- Collecte de fonds pour un accompagnement matériel et financier des malades ;
- Exhortation des accompagnés à accepter leur situation et à reprendre goût à la vie en vue de redevenir des acteurs à part entière dans la vie de la communauté ; il est ici question d'une réintégration sociale du malade.

## **DUREE**

La durée de la formation comme de l'encadrement est indéterminée ; donc permanente et continue.

## **MOYENS DE CONTROLE**

- Evaluation théorique pour voir si l'accompagnant a assimilé les méthodes de travail ;
- Observation et témoignages des infectés et affectés.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Toute la littérature ? et pastorale relative à l'accompagnement et à l'encadrement des malades.

# ÉTHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ

(Groupe anglophone)

## INTRODUCTION

Le VIH/SIDA continue d'infliger la douleur et la souffrance aux personnes infectées et à celles qui sont affectées. Toutefois, il est évident qu'une grande partie de cette douleur et de cette souffrance peut être prévenue ou soulagée par des soins de qualité. Ce module se donne la tâche de faire un exposé des problèmes, d'évaluer les stratégies de prise en charge jusqu'ici en vigueur afin d'identifier et de dégager de nouvelles pistes pour un accompagnement approprié des PVVIH en Afrique.

## LE BUT

Ce module se propose de définir des concepts clés liés à l'accompagnement de qualité, d'en faire une approche critique à la lumière de réalités contemporaines en vue de les améliorer et proposer des modèles plus adéquats pour un accompagnement de qualité.

## OBJECTIFS DE LA FORMATION

A la fin de ce module, l'étudiant sera être capable de :

- a) définir les concepts clés de l'accompagnement de qualité ;
- b) identifier les problèmes majeurs qui pourraient être un frein à l'accompagnement de qualité en Afrique ;
- c) identifier et mettre en relief les modèles d'accompagnement susceptibles de renforcer la qualité de la vie ;
- d) faire une lecture critique des théories éthiques en rapport avec l'accompagnement de qualité en vue de proposer de nouvelles théories plus adaptées au contexte africain ;
- e) faire un plan d'accompagnement adapté à la communauté.

## **CONTENU**

1. Définir les mots et les concepts pour un accompagnement de qualité,
2. Une évaluation des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA au sein de la communauté.
3. L'historique ou typologie de l'accompagnement en se référant à :
  - la Bible
  - l'histoire ecclésiastique
  - le mouvement d'assistance médicale et
  - le mouvement de la Croix rouge.
4. Les fondements de l'accompagnement en rapport avec :
  - la déontologie,
  - le conséquentialisme,
  - le situationnisme,
  - le principe de bienfaisance.
5. L'accompagnement de qualité doit aller de pair avec :
  - la nature de la maladie
  - le partenariat entre le bénéficiaire et l'accompagnateur,
  - la nécessité d'adopter une approche holistique,
  - le fait de se baser sur les relations,
  - le fait d'être un continuum.

## **MÉTHODOLOGIE**

- a) Cours magistraux,
- b) Dynamique du Groupe :
  - le brainstorming,
  - le jeu de rôle,
  - des discussions ciblées.
- c) études de cas (comme le témoignage)
- d) Expositions / visites.

## **DURÉE DE LA FORMATION**

3 – 5 heures dépendant du temps alloué.

## **MOYENS DE CONTROLE**

- Les évaluations continues,
- Les devoirs,
- L'examen final.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Chukwu N. Cletus - *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, .Zapf Chancery, Eldoret Kenya : 2003.
- 2- Deutsch, Charles and Sharlene Swart - *Rutanang: Learning from one another*, South African Theological Publications in India : 1995.
- 3- Dube Musa W. Ed. - *HIV/AIDS and the curriculum*, .WCC Geneva : 2003.
- 4- WCC – Facing AIDS : *The Challenge, the Churches response*, AWCC study document, Geneva 1997.
- 5- WCC- *Study document and Statement on HIV/AIDS*, WCC Switzerland 2002.

# ÉTHIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ

(Groupe anglophone 2)

## INTRODUCTION

- Pourquoi est-ce important ?
- Quelles sont les grandes orientations du thème ?
- Quelles sont les questions les plus préoccupantes ?
- Quelles sont les principales suggestions ?
- Quels sont les objectifs du module ?

## LE BUT

Le but de ce module est de concevoir et proposer un modèle éthique d'accompagnement de qualité sur la base d'un paradigme unanimement accepté.

## OBJECTIFS

A la fin de ce module, les apprenants seraient capables de :

- Définir une vie de qualité,
- montrer la complexité d'une telle vie,
- aider les PVVIH à mener une vie de qualité,
- aider les affectés à mieux faire face à leur situation existentielle,
- assister les infectés et les affectés aux niveaux physique, social, psychologique et spirituel.

## CONTENU

UNE APPROCHE NOTIONNELLE D'ACCOMPAGNEMENT DE QUALITE.

- Quelle Éthique ?
- Éthique de l'amour, du respect, de la dignité humaine ;
- Modèles traditionnels d'accompagnement ;
- Par exemple : concept traditionnel de famille où un enfant appartient à tous.

#### **PURETÉ DE LA VIE**

- Ubuntu/Botho (par exemple de la conception traditionnelle de l'humain)
- Création (par exemple, la genèse)

#### **COMMUNAUTÉ (Éthique communautaire)**

- Clamer à nouveau les valeurs de la vie communautaire africaine (se débarrasser de l'individualisme),
- Africanisation de la globalisation
- Une Éthique participative (de telle sorte qu'il n'y ait plus de victimes, mais rien que des partenaires au service d'une vie éthique de qualité).

### **MÉTHODOLOGIE**

Cours magistraux, lectures assignées, séminaire/atelier, danse, théâtre, musique, participation des PVVIH, stage pratique, dialogue, formation en réseau.

### **DURÉE**

45 heures et au-delà.

### **MOYEN DE CONTROLE**

Stage pratique, interview des bénéficiaires de la session pratique.

### **BIBLIOGRAPHIE**

Les documents du Conseil Œcuménique des Églises et autres documents d'appoint.

# ETHIQUE POUR BRISER LA STIGMATISATION

(Groupe francophone)

## INTRODUCTION

- Par stigmatisation, on entend : les frustrations, le désespoir, la marginalisation, l'abandon et le rangement parmi les « laissés pour compte ».
- Il est question de manifester dans la pratique l'amour et faire renaître l'espoir.
- Rechercher la manifestation des résultats de l'éthique de l'accompagnement de qualité (voir sous-thème précédent).

## BUT ET OBJECTIFS

- Obtenir du malade et de son entourage (affectés) la traduction dans les faits des résultats de l'accompagnement : acceptation positive de la situation, évacuation du complexe d'infériorité et de candidat à une mort prochaine.
- Obtenir de la société (environnement, entourage) une acceptation sincère du malade (une traduction dans les faits du devoir d'encadrement exposé plus haut. Nos objectifs fondamentaux ici sont de :
  - reconstruire et réinstaurer l'équilibre social et communautaire
  - insuffler dans la communauté un dynamisme de groupe qui incite à une lutte permanente pour le maintien de la vie de chacun et de tous
  - exhorter et inciter la communauté à la pratique permanente d'une solidarité vraie et agissante
  - ??? la rentabilité économique, politique et culturelle de la communauté



## **THEMES A ABORDER**

- Le sens de l'hospitalité et de la solidarité en Afrique.
- Le sens du droit à la vie et de l'égalité de tous êtres humains  
*(voir les textes sur les droits de l'homme et ce que dit l'Évangile par JC).*

## **METHODOLOGIE**

- Création des espaces de réflexion et de rencontres pour des échanges multidimensionnels,
- Encourager des témoignages des PVAVS.

## **MOYENS DE CONTROLE ET BIBLIOGRAPHIE**

(Voir ci-dessus).

# ÉTHIQUE POUR BRISER LA STIGMATISATION

(Groupe anglophone 1)

## INTRODUCTION

La Stigmatisation, qui résulte du VIH/SIDA, est moralement mauvaise, parce qu'elle participe de la déshumanisation des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Par conséquent la déstigmatisation du VIH/SIDA est un impératif parce qu'elle est le processus de la re-humanisation des opprimés.

Ce module vise à apprécier les différents modes de stigmatisation en vue de déboucher sur un programme éthique de déstigmatisation.

## BUT

Ce module a pour but d'équiper les participants/apprenants avec la connaissance nécessaire des causes et effets de la stigmatisation et de ses compétences, afin d'élaborer un programme éthique de déstigmatisation.

## OBJECTIFS

A la fin de ce module les étudiants seront capables de :

- a) Comprendre ce que c'est que la stigmatisation et comment elle affecte les personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA ;
- b) Identifier les sources et les causes de la stigmatisation dans un contexte multidimensionnel,
- c) formuler un programme qui comprenne plusieurs stratégies de déstigmatisation

## CONTENU

1. Définition/clarification des termes et concepts clés ;

## 2. Sources de la stigmatisation :

- la culture,
- la religion,
- l'éthique,
- l'économie,
- la politique.

## 3. Les effets de la stigmatisation :

- Aliénation
- Infection continue (effet boule de neige)
- etc.

## 4. La Déstigmatisation :

- Bases Bibliques et Éthiques pour déstigmatisation ;
- Éducation et formation ;
- Organisation stratégique ;
- la communion fraternelle à l'Eglise ;
- Usage des IEC et mass médias pour déconstruire les anciennes présentations concernant le VIH/SIDA ;
- Mobilisation des ressources.

## **MÉTHODOLOGIE**

- a) Module du cours ;
- b) Dynamique de Groupe – le brainstorming,
  - Le jeu de rôle
  - discussions ciblées
- c) études de cas tirés de la vie réelle
- d) Expositions/visites.

## **DURÉE DE LA FORMATION**

3 – 5 heures compte tenu du temps alloué.

## **MOYENS DE CONTRÔLE**

- Les évaluations continues,

- les contrôles et devoirs,
- un examen final.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Chukwu N. Cletus - *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, Zapf Chancery, Eldoret Kenya: 2003
- 2- Deutsch, Charles and Sharlene Swart - *Rutanang: Learning from one another*, South African Theological Publications in India: 1995.
- 3- Dube Musa W. Ed. - *HIV/AIDS and the curriculum*, WCC Geneva : 2003
- 4- Gaie J.B.R *Moral issues and responsibility regarding HIV/AIDS*, Missionalia 2002
- 5- Gyekye K. *Person and Community in African thought*, Oxford Univ Press 1998
- 6- Katongole E.M “Christian Ethics and AIDS in Africa today: Exploring the limits of a culture of suspicion and despair”, *Missionalia* 2001
- 7- WCC – *Facing AIDS: The Challenge, the Churches response*, AWCC study document, Geneva 1997.
- 8- WCC- *Study document and Statement on HIV/AIDS*, WCC Switzerland 2002.

# ÉTHIQUE POUR BRISER LA STIGMATISATION

(groupe anglophone 2)

## INTRODUCTION

L'éthique pour briser la stigmatisation est l'affirmation de vie humaine, et c'est ce que les êtres humains devraient faire. Elle tente de montrer et de présenter ce qu'est la stigmatisation et comment elle doit être brisée. Sans éluder la réalité de la stigmatisation, l'éthique cherche à identifier ses raisons d'être.

## BUT

Ce module veut développer l'éthique de la déstigmatisation.

## LES OBJECTIFS

À la fin du cours, les apprenants devraient être capables de :

- expliquer et comprendre la stigmatisation/déstigmatisation ;
- identifier les formes instances que prend la stigmatisation ;
- identifier les sources de la stigmatisation ;
- identifier les moyens pour la déstigmatisation
- déstigmatiser.

## CONTENU

– Il s'agira d'abord de définir la stigmatisation : les différents types de stigmatisation, raisons d'être de la stigmatisation et ses conséquences.

– Éthique de la déstigmatisation : quelle éthique, fondement traditionnelle pour la dé-stigmatisation et perspectives bibliques.

– Humanisation/impact (anticipé) de la déstigmatisation : recroître la dignité, compréhension mutuelle, entente, nouveau type de vie morale.

## **LA MÉTHODOLOGIE**

- Cours, séminaires, etc.
- Théâtre, danse et musique.

## **MOYEN DE CONTROLE**

Visites, examens, contrôle continu.

# **ETHIQUE DE LA PARTICIPATION DES PVVIH**

**(groupe francophone)**

## **INTRODUCTION**

Notre préoccupation première était de savoir à quoi les PVAVS participaient-ils au juste.

Etant entendu que nous sommes dans un contexte de lutte contre le SIDA, une lutte qui devrait nous conduire à ré instaurer l'équilibre social ébranlé par cette pandémie, alors notre préoccupation, notre réflexion sur le sujet nous conduit donc à recenser deux principaux niveaux de participation :

- Participation à la lutte contre le VIH/SIDA,
- Participation à la vie de la communauté.

Aussi nous faudra-t-il donc trouver quels arguments seraient susceptibles de nous permettre d'atteindre cet objectif.

## **BUT ET OBJECTIF**

- Rechercher et trouver les arguments, les principes éthiques susceptibles de nous conduire efficacement vers nos objectifs
- Ramener les PVAVS à considérer et à vivre la maladie comme tout autre malade (de cancer, de diabète, d'hypertension, etc.)
- Faire retrouver à la PVAVS sa place dans la communauté en vue de poursuivre avec tous les autres membres les objectifs communs à tous

Les principaux objectifs sont :

- Faire de la PVAVS une personne rentable et non plus un fardeau (il a le devoir de rendre aussi service et le droit de jouir de tout ce qui appartient au groupe)
- Aussi nous avons trouvé nécessaire d'évoquer un certain

nombre de valeurs mobilisatrices et stimulantes de nature à favoriser une participation efficace de la PVAVS aux deux niveaux essentiels évoqués plus haut :

– S’agissant de la participation de la PVAVS à la lutte active contre le SIDA, nous recommanderions : le sens de la responsabilité, vivre de l’espérance et de l’espoir en restant attaché à la vie, prêcher et vivre l’amour en s’abstenant de propager la maladie et en faisant les témoignages édifiants dans le sens d’encourager les autres malades à s’attacher à la vie, à prendre toutes les mesures dignes d’un homme image de Dieu de nature à exalter la dignité de l’homme.

– S’agissant de sa participation à la vie communautaire, l’objectif est de redonner confiance à la PVAVS dans le sens de l’égalité de tous les hommes comme cela ressort de la DUDH ?? et dans l’Evangile. Ainsi nous exaltons les principes ci-après et nous veillerons à ce que la participation de la PVAVS soit effective et efficace :

- Par la justice : le devoir de la société est de faciliter l’accès au traitement des PVAVS ; aussi leur cadre de vie devrait connaître une nette amélioration (à ce niveau, l’Etat est interpellé et les pouvoirs publics aussi)

- Par la solidarité : les églises et les membres de la famille ont le devoir de protéger et de soutenir les PVAVS dans ses moindres efforts

- Par les droits à l’éducation et l’égalité à participer à la vie publique.

## **THEMES A ABORDER**

- Réflexions sur les dons spéciaux dont chaque être humain est détenteur,
- La force de Dieu à travers la maladie,
- Le sens du témoignage : le cas des PVAVS.



## **METHODES**

- Favoriser la formation des PVAVS dans tous les secteurs d'activité,
- Eduquer la société à travers les instances appropriées sur le problème du SIDA et à accepter les PVAVS comme leur vis-à-vis,
- Organiser les campagnes de sensibilisations du public et du gouvernement pour porter une attention particulière aux PVAVS,
- Utiliser tous les moyens de communication (théâtre, musique, sketch).

## **MOYENS DE CONTROLE**

- Evaluation ;
- Observation sur le terrain (famille, Eglise, au niveau de l'Etat).

## **BIBLIOGRAPHIE**

(Voir bibliographie ci-dessus).

# ÉTHIQUE DE LA PARTICIPATION DES PVVIH

## (Groupe anglophone 1)

### INTRODUCTION

Parce que les PVVIH ont été largement marginalisées, qu'elles sont considérées comme une sous-société dépendante, et réduites à de simples objets du soin des autres, on leur a refusé le droit à la plénitude de la vie.

Ce module se concentre sur principes éthiques appropriés pour détruire cette mentalité et reconstruire une société où les PVVIH sont complètement intégrées dans le cours de vie.

### BUT

Ce module vise à comprendre les constructions sociales dominantes et la mentalité qui ont favorisé la marginalisation des PVVIH ; à déconstruire cette mentalité et reconstruire une société où les PVVIH sont impliquées dans la reconstruction de leur propre vie.

### OBJECTIFS

A la fin de ce module les apprenants doivent être capables de :

- a) apprécier la situation actuelle des PVVIH,
- b) identifier les attitudes et les structures qui marginalisent la PVVIH,
- c) cerner les bases religieuses, éthiques, sociales, culturelles et politiques des attitudes face aux PVVIH,
- d) développer des structures éthiques et autres qui peuvent aider à reconstruire la mentalité du peuple en vue de l'intégration totale des PVVIH comme membres de la société.

## **CONTENU**

1. Définition des mots et des concepts clés.
2. Analyse statistique des PVVIH aux niveaux international, national et local.
3. Approche qualitative visant à comprendre la situation des PVVIH (études de cas, témoignage, interview, etc.).
4. Attitudes et structures qui marginalisent les PVVIH :
  - culture,
  - religion,
  - éthique,
  - économie,
  - politique.
5. Appréciation des questions éthiques pour l'intégration des PVVIH :
  - sainteté de vie,
  - liberté,
  - droits fondamentaux de l'homme,
  - auto acceptation,
  - amour et espoir.
6. Elaborer un programme de reconstruction pour l'intégration des PVVIH dans la société :
  - exploration de théories Éthiques,
  - réflexion sur les textes Bibliques,
  - analyse de concepts théologiques,
  - etc.

## **LA MÉTHODOLOGIE**

- a) Cours ;
- b) Dynamique de Groupe :
  - brainstorming,
  - jeu de rôle,
  - discussions ciblées,

- c) Etudes de cas (comme le témoignage),
- d) Expositions/visites.

## **DURÉE DE LA FORMATION**

3 – 5 heures compte tenu du temps alloué.

## **MOYENS DE CONTRÔLE**

- Evaluations continues,
- Contrôles et devoirs,
- Examen final.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Chukwu N. Cletus, *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, Zapf Chancery, Eldoret Kenya: 2003
- 2- Deutsch, Charles and Sharlene Swart Rutanang : *Learning from one another*, South African Theological Publications in India : 1995.
- 3- Dube Musa W. Ed., *HIV/AIDS and the curriculum*, WCC Geneva: 2003.
- 4- Gaie J.B.R “Moral issues and responsibility regarding HIV/AIDS”, *Missionalia*, 2002.
- 5- Gyekye K. ‘*Person and Community in African thought*’, Oxford Univ Press, 1998.
- 6- Katongole E.M, “Christian Ethics and AIDS in Africa today: Exploring the limits of a culture of suspicion and despair”: *Missionalia* 2001
- 7- WCC – Facing AIDS: *The Challenge, the Churches response*, AWCC Study document, Geneva 1997.
- 8- WCC- *Study document and Statement on HIV/AIDS*, WCC Switzerland 2002.

# ÉTHIQUE DE LA PARTICIPATION DES PVVIH

## (Groupe anglophone 2)

### INTRODUCTION

A cause des stigmates qui entourent la pandémie du VIH/SIDA, les PVVIH ont été dans une grande mesure isolées, et privées d'aide et du confort minimal. Plusieurs ont été abandonnées à elles-mêmes. Ce module, par conséquent, tente de formuler une éthique de participation des PVVIH pour les institutions.

### BUT

Ce module vise à construire une éthique de la participation PVVIH dans la société et les institutions ainsi que de leur participation dans les activités de la vie.

### OBJECTIFS

A la fin du module, les apprenants doivent être et seront capables de :

- insister sur le rôle que doit jouer l'Église dans l'intégration des PVVIH, dans la gestion, la stigmatisation, et contrôler l'expansion du VIH/SIDA, le tout dans une perspective éthique ;
- acquérir des compétences à formuler une éthique pour la participation des PVVIH ;
- aider l'apprenant à comprendre quelle est sa contribution dans la compréhension du statut du VIH/SIDA.

### CONTENU

- Briser la stigmatisation du VIH/SIDA : comment ?
- La valeur générale de la vie : elle commence et se termine en Dieu, selon la Bible.

- Débats Éthiques: sous quel joug voir ou ne pas voir le PVVIH ?

## **MÉTHODOLOGIE**

- Cours magistral,
- Jeu de rôle,
- Invitation d'une PVVIH aux activités et à la formation des apprenants,
  - Visites,
  - Musique, danse et théâtre.

## **DURÉE**

45 heures : 1 semestre.

## **MOYENS D'ÉVALUATION**

- les contrôles continus,
- les tests et examens à la fin du semestre,
- les visites à domicile,
- les pairs éducateurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Toute la littérature du COE et toute autre littérature pertinente.
- Bible.

# GENRE ET ETHIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

(Groupe francophone)

## INTRODUCTION

Selon les statistiques, les femmes sont plus touchées par le virus que les hommes ; mais cela ne doit pas nous faire perdre de vue la nécessité de prendre en considération la situation de tous en mettant l'accent sur le genre, en vue tout simplement de saisir les aspects spécifiques de chacun des genres. Ceci dans le souci de rendre efficace notre lutte contre l'ennemi commun, on parlerait ici d'une discrimination positive.

## BUT ET OBJECTIF

Rechercher à travers une discrimination positive, les situations spécifiques de chaque genre en vue de rendre la lutte plus efficace. En effet, les deux genres étant créés à l'image de Dieu, il a un but précis pour chacun des humains. Dans cette perspective, tous les genres sont précieux et égaux devant Dieu. Ainsi l'aide qu'on doit leur apporter doit viser une plénitude de vie qui ne saurait être discriminatoire. Nous visons à déceler les points faibles de chaque genre et les défaillances de nos actions, liés au genre, lesquelles faiblesses constitueraient en elles des anomalies et dysfonctionnement de nature à ?? à l'efficacité de notre combat contre le SIDA.

- Faiblesses liées au genre féminin :
  - Frustration des femmes en ??? dans nos cultures leur droit,
  - Victimes principales de la polygamie ;
  - La femme est reléguée la plupart du temps au second plan dans le processus de prise de décision.
- Faiblesses liées au genre masculin
  - Excès de pouvoir de l'homme : irresponsabilité et comportement inhumain ;

– Les hommes victimes de la polyandrie sont eux aussi dans une situation semblable à celles des femmes

Ce sont donc toutes ces faiblesses que nous devons combattre en premier lieu avant d’engager la lutte contre le SIDA ou mieux nous devons mener une lutte parallèle contre ces faiblesses et contre le SIDA.

Ce sont donc toutes ces faiblesses que nous devons combattre en lieu avant d’engager la lutte contre le premier SIDA ou mieux nous devons mener une lutte parallèle contre ces faiblesses et contre le SIDA.



# GENRE ET ÉTHIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

(Groupe anglophone 1)

## INTRODUCTION

Les questions en rapport avec le genre, le pouvoir et l'éthique ont une portée considérable dans les luttes contre VIH/SIDA. Ce module s'intéresse à une appréciation critique des questions en rapport avec le genre, le pouvoir et l'éthique et leur interaction dans le contexte de VIH/SIDA.

## BUT

Ce module vise à rendre les apprenants capables de comprendre les constructions sociales par rapport au genre, au pouvoir et à l'éthique. Il leur permet en outre de déconstruire ces structures. Finalement, il cherche à les équiper pour reconstruire toutes les problématiques du Genre, Pouvoir et de l'Éthique dans le contexte de VIH/SIDA.

## OBJECTIFS

A la fin de ce module les apprenants seront capables de :

- a) comprendre les concepts clés employés dans le module c'est-à-dire genre, pouvoir, éthique, VIH/SIDA et luttes ;
- b) faire une appréciation critique de la construction sociale en relation avec le genre, le pouvoir et l'éthique par rapport au VIH/SIDA ;
- c) formuler les modèles appropriés d'éthique, de genre et de pouvoir pour la reconstruction sociale.

## CONTENU

1. Définition des mots et concepts clés ;
2. Compréhension traditionnelle africaine du genre, du pouvoir, et de l'éthique par rapport à la maladie ;

3. Compréhension biblique du genre, du pouvoir, et de l'éthique dans le contexte de maladie ;
4. Compréhension théologique du genre, du pouvoir, et de l'éthique par rapport à la maladie ;
5. Compréhension moderne de théories de la construction sociales par rapport à genre, pouvoir, et éthique ;
6. Genre, pouvoir, et éthique sur le contexte de lutte contre le VIH/ SIDA ;
7. Théories de la reconstruction concernant :
  - droits de l'homme,
  - sainteté de vie,
  - etc.

## **MÉTHODOLOGIE**

- a) Cours magistral,
- b) Dynamique de Groupe – brainstorming,
  - jeu de rôle,
  - discussions ciblées,
- c) études de cas,
- d) expositions/visites.

## **DURÉE DE FORMATION**

3 – 5 heures selon le temps alloué.

## **MOYENS D'ÉVALUATION**

- Contrôle,
- Devoir de fin de trimestre,
- Examen final.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Chukwu N. Cletus, *Applied Ethics and HIV/AIDS in Africa*, Zapf Chancery, Eldoret Kenya: 2003.
- 2- Deutsch, Charles and Sharlene Swart - *Rutanang : Learning from one another*, South African Theological Publications in India: 1995.
- 3- Dube Musa W. Ed. - *HIV/AIDS and the curriculum*, WCC Geneva: 2003.
- 4- Gaie J.B.R “Moral issues and responsibility regarding HIV/AIDS” *Missionalia* 2002.
- 5- Gyekye K. ‘*Person and Community in African thought*’: Oxford Univ press 1998.
- 6- Katongole E.M Christian “Ethics and AIDS in Africa today: Exploring the limits of a culture of suspicion and despair”: *Missionalia* 2001.
- 7- WCC – Facing AIDS: *The Challenge, the Churches response*, AWCC study document, Geneva 1997.
- 8- WCC- *Study document and Statement on HIV/AIDS*, WCC Switzerland 2002.

# **GENRE, ÉTHIQUE ET POUVOIR DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

**(Groupe anglophone 2)**

## **INTRODUCTION**

Ce module examine la dynamique du pouvoir, du genre et de l'éthique dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il y a un débat pour savoir si le genre va au-delà de la compréhension traditionnelle de l'homme et de la femme : les rôles et les responsabilités et leur inter relation. Ce module cherche à comprendre la base fondamentale et usage du pouvoir face à la lutte contre le VIH/SIDA.

## **BUTS**

Débattre sur les différents principes éthiques dans la lutte contre le VIH/SIDA en ce qui concerne le genre et le pouvoir.

## **OBJECTIFS**

A la fin du module, l'apprenant doit être apte à :

- identifier les questions éthiques et les principes dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- définir les termes : pouvoir et genre dans le contexte du VIH/SIDA,
- identifier l'usage moral/immoral du pouvoir et du genre dans la lutte contre le VIH/SIDA.

## **CONTENU**

- Pouvoir : définition et source du pouvoir ;
- Genre : définition, interprétation du genre, pertinence du pouvoir et du genre ;
- Lutte contre le VIH/SIDA - niveaux du pouvoir ;

– Le genre et le pouvoir dans la perspective biblique/Pertinence de la Bible.

## **MÉTHODOLOGIE**

- cours magistraux ;
- jeux de Rôle ;
- musique, danse et théâtre ;
- visites.

## **DURÉE**

Un semestre : 45 heures, soit 3 heures par semaine pendant 15 semaines.

## **MOYENS D’EVALUATION**

- contrôle continu ;
- rapports ou mémoires de recherche ;
- visites ;
- examen final.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Les publications du COE, de Musa Dube et autres documents et documents pertinents.



## **ANNEXES**





# Discours d'accueil du Recteur de l'Université Protestante de l'Afrique de l'Ouest (UPAO)

Dr Marcellin DOSSOU

Monsieur le Président de l'EPMB,  
Mesdames Messieurs les autorités politico administratives,  
Monsieur le Gestionnaire du projet EHAIA du Conseil Œcuménique  
des Eglises (COE),  
Monsieur le Consultant du projet EHAIA pour les institutions théolo-  
giques d'Afrique,  
Chers invités,  
Chers collègues Professeurs,  
Chers participants au colloque,

Encore un colloque sur le VIH/SIDA co-organisé par l'Université  
Protestante de l'Afrique de l'Ouest et l'Initiative œcuménique pour  
la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. Aujourd'hui, nous nous réu-  
nissons entre Professeurs d'éthique des Facultés, Instituts universi-  
taires et Universités d'Afrique d'obédience chrétienne afin de réflé-  
chir sur le thème : *Quel paradigme pour une éthique chrétienne à  
l'ère du VIH/SIDA en contexte africain ?*

Le VIH/SIDA pose en lui-même un problème éthique de taille. Fal-  
lait-il que, en plus des fléaux habituels auxquels sont confrontés les  
pauvres de tous les continents et particulièrement ceux d'Afrique,  
une nouvelle catastrophe vienne fondre sur nous ? Le SIDA pose un  
problème éthique parce que ce sont les pauvres qui y sont le plus  
exposés et parmi les pauvres, les femmes et les enfants sont des  
cibles privilégiés.

Le SIDA pose un problème éthique parce qu'il nous amène, comme  
au temps biblique à accabler les Job d'aujourd'hui en les acculant à  
reconnaître que c'est par leur péché qu'ils souffrent. Au lieu de nous

unir pour le vaincre, nous préférons jeter la pierre à ceux qui aujourd'hui en sont victimes.

Il pose un problème éthique, le SIDA, lorsqu'il impose à toutes les cultures, à toutes les religions et à tous les individus le devoir de réévaluer leurs acquis, leurs enseignements, leurs pratiques, en un mot, de revisiter des millénaires d'existence au cours desquels l'édifice actuel a été bâti.

Le SIDA pose un problème éthique parce qu'il nous tient par la peur, la peur de mourir. Il pose un problème éthique lorsque nous voyons quel engouement il suscite, quel flux d'argent il draine. Il est tout à fait honnête de dire aujourd'hui qu'il y a des gens qui n'ont pas intérêt à ce que le SIDA soit vaincu, parce qu'ils en ont fait leur fond de commerce.

En choisissant pour thème de ce colloque *Quel paradigme pour une éthique chrétienne à l'ère du VIH/SIDA en contexte africain*, les organisateurs ont compris que, face à la désorganisation de nos cultures et de nos sociétés, nous n'avons pas d'autre choix que de nous remettre ensemble pour explorer les voies et moyens susceptibles de nous offrir de nouvelles perspectives. Il faut trouver de nouveaux modèles à l'aune desquels nous pouvons poursuivre notre marche en tant qu'humains, et surtout en tant que chrétiens au service d'une humanité qui a tant besoin de Dieu.

Mesdames et Messieurs les participants au colloque, vous êtes venus du Botswana, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Kenya, du Lesotho, de Madagascar, du Nigeria, de l'Ouganda, de la Zambie, de France, de la Suisse et du Bénin pour réfléchir au paradigme adéquat pour une éthique chrétienne à l'ère du VIH/SIDA. L'Université Protestante de l'Afrique de l'Ouest vous accueille avec joie. Au nom de ses professeurs, de son personnel administratif et de ses étudiants, je vous souhaite la bienvenue sur le campus de Porto-Novo. Le Bénin est une terre d'accueil, un pays de paix. Que le Seigneur qui vous a amené jusqu'à nous en paix veille sur vous durant votre séjour et vous assiste dans vos travaux.

Mesdames et Messieurs les autorités politico administratives, chers invités, en répondant positivement à notre invitation, vous avez manifesté le grand intérêt que vous portez à la question du SIDA, mais surtout votre attachement à toutes les réflexions qui pourraient contribuer à en atténuer les dégâts, en attendant de l'éradiquer. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

Au total, tant qu'il y a quelque part sur terre, un homme, une femme, un enfant qui souffre du Sida, nous n'aurons point de repos. Au travail donc, et que Dieu bénisse vos réflexions.

Je vous remercie.

Fait à Porto-Novo le 5 octobre 2004

## **INDICATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LES TRAVAUX DE GROUPES**

I – LA PROBLEMATIQUE : quels sont les principaux enjeux et leurs fondements?

II – QUELLE ETHIQUE ? : prenant en compte la multiplicité des modèles éthiques qui sont en compétition lequel est le plus approprié pour vaincre les problèmes mentionnés au point I et ainsi proposer un accompagnement de qualité ?

III – QUELLE METHODOLOGIE : comment s'assurer que le modèle éthique approprié prend racine dans nos Eglises de manière à ce que les communautés puissent en bénéficier ?

IV – QUELS RESULTATS ? : qu'est-ce qui montre que nous avons réussi dans le sens de la qualité et de la quantité de vie vécue en Afrique.

V – LA SUITE ? : qu'est-ce que les pasteurs et les communautés peuvent dire, faire et être à la lumière de tout ce qui précède.

**Chant enseigné  
par  
le Chamoine Gideon Byamughisha**

**UNITED AGAINST AIDS**

**UNITE AND BE SAFE**

**GET THE FACTS AND GET TO KNOW**

**WHAT AIDS IS ALL ABOUT**



## Publications de l'EHAIA

***Executive Committee Statement 1986*** Statement of the Executive Committee of the World Council of Churches, after having received a report on the consultation held in Geneva in June 1986 on «AIDS and the Church as a Healing Community».

***Central Committee Statement 1996*** A statement adopted by the WCC Central Committee on the basis of the WCC Consultative Group on AIDS study process, September 1996.

***Facing AIDS, the Challenge, the Churches' Response*** © The challenge of AIDS calls for forthright and faithful response from Christians and the churches. This book is an important resource for shaping that response.

***Mukono-Kampala Declaration 2001*** 83 representatives of Churches, Christian organizations from Northern, Eastern, and Southern Africa and partners from the North and South gathered together in Mukono – Kampala, Uganda, from January 15 – 17, 2001 for the Church Leaders' Consultation on the Approach to the HIV/AIDS Crisis under the auspices of the All Africa Conference of Churches (AACC) hosted by Uganda Joint Christian Council.

***Southern Africa Regional Consultation*** 36 delegates and representatives from 10 of the National Christian Councils in the region attended the Consultation workshop, organised by WCC and FOCCISA through South Africa Council of Churches (SACC) on HIV/AIDS, held in Johannesburg, South Africa, 26th and 27th March 2001.

***The Dakar Declaration 2001*** 82 participants from 16 countries from West and Central Africa, Madagascar and Djibouti, representing churches, national councils of churches and related NGOs, as well as mission partners meeting in Dakar, Senegal under the auspices of the All Africa Conference of Churches and hosted by the Protestant Church of Senegal from April 23 rd – 25 th 2001, have noted with concern the frightening spread of HIV/AIDS in Africa.

***Kenya : Plan of Action*** Church leaders of Africa, international and African ecumenical organisations developed a co-ordinated Plan of Action to respond to the AIDS epidemic in Africa, at a World Council of Churches (WCC) “Global Consultation on Ecumenical Responses to the Challenges of HIV/

AIDS in Africa”, Nairobi, Kenya, 25-28 November 2001. The meeting was a follow up of a series of meetings of African church leaders, ecumenical bodies, national councils of churches and related non-governmental organisations (NGOs) in Uganda, South Africa and Senegal since January 2001. In Nairobi, they shared the results of those discussions with international ecumenical partner agencies to develop a joint plan of action.

**Cameroon - AACC Covenant** Covenant adopted at the AACC 8th General Assembly Yaounde, Cameroon 22-27 November 2003.

**Responses of the faith-based organisations to HIV/AIDS in Sub Saharan Africa** This is an analysis by Dr. Sue Parry of FBOs in Sub Saharan countries.

**Western Africa** The Churches confronted with the problem of HIV/AIDS, analysis of the situation in ten countries of Western Africa.

**Central Africa** The Churches confronted with the problem of HIV/AIDS, analysis of the situation in five countries of Central Africa.

**Eastern Africa** The Churches confronted with the problem of HIV/AIDS, analysis of the situation in six countries of Eastern Africa.

**Southern Africa** Responses of the Churches to HIV/AIDS, analysis of the situation in three countries of Southern Africa.

**What is AIDS? A basic manual for health care workers to learn about AIDS.**

**Learning about AIDS. A manual for pastors and teachers A basic manual for pastors and teachers**

**HIV/AIDS Curriculum for Theological Institutions** This is a revised edition of a first version of a curriculum published by MAP International in 2001 which was the result of two workshops sponsored by UNAIDS, World Council of Churches and MAP International. The workshops were attended by academic deans, principals, theologians of various denominations from 20 theological institutions in 14 countries. It draws substantially on that publication but has additional paragraphs and points of focussing based on testing the original version in countries of Southern Africa.



***HIV/AIDS and the Curriculum:*** Methods of integrating HIV/AIDS in theological programmes, In response to HIV/AIDS and its consequences, this collection of essays by young African scholars proposes a pattern of Christian education designed to equip churches for ministry in a time of crisis. Experienced teachers and theologians describe ways to address HIV/AIDS through the academic disciplines of ministerial preparation as well as in continuing education opportunities, short courses for laity and training-of-trainers seminars for parish workers.

***Facing AIDS : Education in the Context of Vulnerability*** This Study Guide accompanies the WCC's Study Document on HIV/AIDS : "Facing AIDS - The Challenge, the Churches Response". It contains a structured framework for group learning sessions, designed to help and resource group leaders who intend to undertake HIV/AIDS awareness building.

**A Guide to HIV/AIDS Pastoral Counselling** This guidebook is about PASTORAL counselling. It means that the Christian perspective permeates its content.

***Africa Praying: A Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy*** How should the church and its leaders deal with the origin and meaning of HIV/AIDS, and with the stigma it engenders? How should they address the needs of those affected, and minister to the infected? This resource book is designed for all who have to handle situations created by this relatively new epidemic - church leaders/workers, Sunday school teachers, youth leaders, the laity. The five sections give sermon guidelines and worship outlines for services ranging from weddings to funerals; such key moments of the church's year as Christmas and Easter; attitudes of compassion or discrimination; congregations peopled by youth or grandparents; and social realities like poverty and gender inequality.

***Models of Sermons*** © This book is the result of consultations held by the Ecumenical HIV/AIDS Initiative in Africa in cooperation with persons involved in the struggle against HIV/AIDS. The book's aim is to suggest an appropriate language which churches can use in their own struggle against HIV/AIDS.

***Love in a Time of AIDS*** This book vividly recounts the stories of women in many countries. It shows how the AIDS crisis makes improving the status women not only a matter of theology and ethics but of health and survival.

That in turn challenges churches, which often justify and even collude with forces that subordinate women, to change attitudes and vision and to undertake creative new initiatives in their ministries of healing and hope.

***Statement by Faith Based Organisations at the UNGASS on HIV/AIDS, June 2001*** At this Special Session, the United Nations General Assembly dealt for the first time with the HIV/AIDS pandemic, and Faith-Based Organisations were asked to speak on this issue.

***Contact Magazine Nr 171*** Several articles from Contact primarily dedicated to the problem of HIV/AIDS.

***Churches and the HIV/AIDS pandemic: Analysis of the situation in 10 West/Central African countries***, published by the WCC and the World Alliance of YMCAs, March 2001. Click here to a summary of this report. The complete report is available from the Mission and Evangelism Team.

***Education chrétienne et VIH/SIDA***, oser en parler, manuel de formation à l'usage des responsables d'éducation chrétienne, Charles KLAGBA, Editions Haho, 2005.

***Accompagnement pastoral, contexte du VIH/SIDA***, guide pratique, Charles KLAGBA, Editions Haho, 2005.

***Into the Sunshine. Integrating HIV/AIDS into the Ethics curriculum.***  
Edited by Charles KLAGBA ; C. B. Peter

CONSEIL OECUMENIQUE DES EGLISES  
UNIVERSITE PROTESTANTE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

Séminaire Ethique et VIH/SIDA 04 au 08 octobre 2004  
à Porto-Novo

LISTE DES PARTICIPANTS

**KLAGBA Charles, Theology Consultant**

C/o CETA

B.P. 2268

Lome/TOGO

Tél.: +228 220 12 97 / 220 12 25

Fax: +228 220 12 99

Email : ehaia.tc@netcom.tg

**PETER C.B.**

P.O Box 4988, ELDORET, KENYA

Email : zapfchancerykenya@yahoo.co.uk

Mobile phone : + 254-733-915-814

+ 254-721-222-311-

**MUTEGI Patrick**

Presbyterian College, P.O. Box 387,

KIKUYU, KENYA,

Email : kangrici@hotmail.com

**ELOMNANGA Charles Marcel**

Faculté de Théologie Protestante de Yaoundé BP 4011.

Centre Inter disciplinaire et Interreligieux de Recherche en Ethique (CIIRE)

BP 6302 Yaoundé

Adresse personnelle : BP 15748 Yaoundé

Tél : +237 960 89 29

Email : elomnanga@hotmail.com

**ZOE OBIANGA Samuel**

Faculté de Théologie Protestante de Yaoundé BP 4011  
CIIRE BP 6302 Yaoundé  
Adresse personnelle : BP 352  
Tél : + 237 736 62 48 Yaoundé  
Email : zobianga@yahoo.fr

**NANDALA Flora**

Uganda Martyrs University UMU-  
Tél : 256-38-410-611  
Email : fnandala@umu.ac.ug

**RUGYENDOMedard**

UGANDA CHRISTIAN UNIVERSITY P.O. Box 4  
MUKONO-UGANDA  
Email : mrugyendo@yahoo.com

**NYOYOKO Vincent G.**

Dept. of Religious, and Cultural Studies, University of Port Harcourt, P.M .B.  
5323, Port Harcourt, Nigeria.  
Email : vinyoyoko@hotmail.com

**TATAGNAGNE Marcel**

04 BP 418 Abidjan 04  
Tel (00225)23573624 Domicile  
Cel : 23537083 ; Cel : 07980128  
Email : marcel.tata@Caramail.com  
istha\_formation@yahoo.fr

**RAJAONARIVONY Jean de Dieu**

Doyen de la Faculté de Théologie Protestante d'Antananarivo  
BP 642  
Tél. : + 22 21 214 - 033 11 39 737  
Email : ramex@dts.mg ; facamb@wanadoo.mg

**BWALYA Musonda**

United Church of Zambia theological College  
Box 20429 Tel: + 260 2 210 218; Cel + 260 2 95 88 11 26  
Kitwe, Zambia  
E-mail : m\_bwalya@yahoo.com

**GAIE Joseph**

University Botswana, P/Bag UB 00703, GABORONE, BOTSWANA

Email : gaiejbr@mopipi.ub.bw

**BYAMUGISHA Gideon**

World Vision International

Box 5319, KAMPALA

Tél : 25677710759

Gideon-byamugisha@wvi.org

Gideon-byamugisha@yahoo.co.uk

**MANN Christoph**

WCC-COE Rte de Ferney 150, P.O.B 2100

Genève2, Suisse

+41 22 791 6340

cwa@-coe.org.

**KINSOU José T. L.**

01 BP 34 Cotonou

229 31-11-42

empb@firstnet.bj

**DIKENOU Christophe K.**

[kdikenou@yahoo.fr](mailto:kdikenou@yahoo.fr)

**DJOMHOU KEMGNE Priscille**

BP 7983 Yaoundé

F.T.P. BP 4011 Yaoundé

Tél. : +237 997 89 39

Email : pdjomhou@yahoo.fr

**DJARRA Zabulon**

BP 713/00229 21 46 21

zdjarra@yahoo.fr

**DOSSOU Marcellin S.**

01 BP 176 Porto-Novo

Tél : 229 21-29-30

upaoben@intnet.bj

**KIKI Célestin Gb.**

01 BP 176 Porto-Novo

Tél : 229 21-29-30

upaoben@intnet.bj

**AVADEME Gaëtan-Pierre**

01 BP 176 Porto-Novo

Tél : 229 21-29-30

upaoben@intnet.bj

**ANTHERIEU Nathalie**

nathalie-antherieu@yahoo.fr

**APPOH Constance**

Methodist University College of Ghana

French Department Wesley Grammar Campus

Dansoman – Accra, Ghana

Email: capoh200@yahoo.com

**Raphaël HOUESSO**

01 BP 34 Cotonou



**EHAIA** Initiative Œcuménique  
de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

Achévé d'imprimer sur les presses offset CTCE  
1<sup>er</sup> Trimestre 2006  
B.P. 378 Lomé Tél. (228) 221 45 82 Tél./Fax : (228) 221 29 67  
E-mail: ctce@cafe.tg  
Dépôt légal N° 02/MATD/DDL du 6 Février 2006



