



Charles Klagba

EDUCATION CHRETIENNE ET VIH/SIDA

OSER EN PARLER

Manuel de formation
à l'usage des responsables
d'éducation chrétienne

EHAIA
INITATIVE OECUMENIQUE
DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA





ISBN 2-913746-49-7
EDITIONS HAHO 2005

L'impression partielle ou totale de cet ouvrage est encouragée à condition que la source soit citée et qu'une copie soit déposée auprès du Conseil Oecuménique des Eglises et qu'aucun profit financier ne soit tiré de cette reproduction.





TABLE DES MATIERES

Introduction	5
Informations factuelles	7
- Définition des concepts	8
- Caractéristiques ou signes:	8
- Epidémiologie du VIH	8
- Modes de transmission et déterminants	9
- Conditions de transmission	9
- Situations de non transmission	10
- Facteurs contribuant à la propagation de la pandémie	11
- Etre séropositif	11
- Conclusion	11
VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne, situation VIH dans le monde et en Afrique	13
-La féminisation de l'épidémie	13
- Impact du SIDA sur les personnes et les sociétés	14
Sur la population	14
Sur les femmes	15
Sur la pauvreté et la faim	15
Sur l'agriculture et le développement rural	16
Sur l'éducation	16
Sur le secteur santé	17
Sur les travailleurs	17
- Que nous reste-il à faire ?	17
Conception chrétienne de la maladie et de lutte contre la stigmatisation	21
- Dieu aime les malades	23
- Nos devoirs envers les malades	23
- La foi agissante par l'amour	24
- La problématique du genre ou le rapport de pouvoir homme/femme	25
- Conclusion	26
	3





Repères chrétiens pour éviter les comportements à risque	27
- Conclusion	28
Les pratiques culturelles qui favorisent la propagation de la pandémie et les valeurs chrétiennes qui contribuent à la promotion de la vie	29
- Conclusion	31
Accompagnement pastoral contexte du VIH/SIDA	33
- Introduction	33
- Accompagnement Pastoral dans le contexte du VIH/SIDA	34
- L'accompagnement pastoral	36
- Les modèles	36
- Culture et accompagnement pastoral	39
- Notre conviction	40
Bibliographie	41
Bureaux de l'EHAIA	53
Publications de l'EHAIA	55





Introduction

Sur l'ensemble du continent, les Eglises se sont engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cet engagement passe, entre autres, par la nécessité d'équiper l'ensemble du peuple de l'Eglise à travers un programme d'éducation chrétienne.

Dans cette perspective, nous avons organisé un atelier à l'attention des responsables des départements d'Education Chrétienne des Eglises francophones d'Afrique. L'objectif de cet atelier est de faire l'inventaire des publications existantes dans la lutte contre le VIH/SIDA et surtout de voir comment nous pouvons proposer des outils simples et pratiques et les mettre à la disposition des responsables impliqués dans la formation au niveau des communautés ecclésiales de base.

Ce manuel est le résultat de cet atelier organisé par EHAIA (Initiative Œcuménique pour la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique) à l'Université Protestante de l'Afrique de l'Ouest (UPAO) à Porto-Novo (Bénin) du 14 au 18 Mars 2005 autour du thème : **Education chrétienne et VIH/SIDA**

Les Eglises représentées à cet atelier ont toutes pris conscience de la réalité de la pandémie. Elles sont toutes, à divers niveaux, engagées dans des formes d'actions: séminaires de formation, campagnes d'information et de sensibilisation...etc. Elles ont détaché des personnes pour la gestion des programmes de lutte contre la pandémie.

En matière de publication, il existe une abondance de littératures produites par des Institutions Internationales, des ONGs pour la sensibilisation et la formation.



Certaines Eglises ont accès à cette documentation et en font usage. Cependant la plupart des Eglises ne disposent pas de littérature chrétienne contextuelle pour la sensibilisation et la formation.

Les départements d'éducation chrétienne ne disposent pas de moyens adéquats pour concevoir et produire des programmes et des outils de formation. Doter les départements d'éducation chrétienne d'outils pédagogiques de formation est donc un besoin réel.

Ce manuel se donne une quadruple ambition :

1 mettre en évidence la conception chrétienne de la maladie en intégrant l'idée de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

2 indiquer des repères chrétiens pour éviter les comportements à risque.

3 recenser les pratiques culturelles qui favorisent la propagation de la pandémie et les valeurs chrétiennes qui contribuent à la promotion de la vie.

4 donner quelques repères pour un accompagnement pastoral adapté et efficace.

Le manuel est conçu pour être un outil de travail pour les formateurs (pasteurs et laïcs) des adultes, des jeunes et des enfants dans les paroisses et dans les institutions d'Eglise en milieu rural comme dans les zones urbaines.

L'objectif pédagogique est d'aider le formateur à être capable de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et faire de l'Eglise une institution compétente dans le domaine de la lutte contre VIH/SIDA.





Informations factuelles

Définition des concepts ---

VIH : Virus d'Immuno-DéficiencE Humaine

VIH 1 et VIH 2: tous deux sont des rétrovirus qui ont plusieurs caractéristiques communes. Le VIH 2 est né d'une mutation du VIH 1

SIDA : Syndrome d'Immuno-DéficiencE AcquisE : 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

Le SIDA est donc une maladie virale. C'est à dire une maladie causée par un virus

Le VIH détruit le système de défense du corps humain. Parce que le corps ne peut plus se défendre, alors l'être humain développe beaucoup plus facilement des maladies que l'on appelle maladies opportunistes.

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

ARV : Anti RétroViraux. Il en existe de plusieurs groupes et ils agissent à différents niveaux du Cycle de vie du VIH

IST : Infections Sexuellement Transmises qui constituent les principales portes d'entrées du VIH dans l'organisme à cause des microlésions

Types d'IST courantes : Gonococcie, Chlamydia, Chancre mou, Syphilis, Condylomes acuminés etc.



Caractéristiques ou signes :

De façon générale, le SIDA se manifeste par une perte de poids, diarrhée chronique, fièvre persistante, boutons qui démangent, et le zona répété (maladie de la peau)...

Epidémiologie du VIH _____

Le VIH/SIDA est un problème majeur de santé publique de par le monde. Son début est situé dans les années 70 et 80. Les premières cibles atteintes sont homosexuels et bisexuels d'Amérique, d'Australie et d'Europe Occidentale. Les hommes et les femmes à partenaires multiples des Caraïbes, d'Afrique centrale et Orientale. Les cibles étaient les usagers des drogues intraveineuses et leurs partenaires sexuels.

Dans les années 90 l'on a assisté à une forte explosion de l'épidémie.

Actuellement, on assiste à la propagation de la maladie dans tous les pays avec de tragiques conséquences sociales et économiques notamment des effets dévastateurs sur les systèmes de santé et les structures de développement

Modes de transmission et déterminants _____

Le VIH est retrouvé dans :

- le sang et ses dérivés
- les sécrétions génitales : sperme et sécrétions vaginales
- autres liquides biologiques : salive, urines, larmes, lait maternel
- Organes : ganglions, etc...



Conditions de transmission _____

▫ De la mère infectée à l'enfant

Les 90% des enfants contaminés par le VIH le sont par la contamination maternelle 30 - 40% de bébés nés de mères porteuses de VIH sont infectés

Les périodes de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou pendant l'allaitement.

▫ Voie sexuelle

La fréquence de transmission par voie sexuelle est de 75 - 85%. Les facteurs à risque sont les rapports sexuels non protégés Un rapport suffit pour une transmission du VIH.

▫ Voie sanguine

Par la transfusion du sang infecté ou dérivés sanguins infectés et par des pratiques traditionnelles (scarifications, circoncisions à domicile, excision). Le VIH se transmet aussi par l'utilisation d'objets tranchants ou pointus contaminés tels que les seringues par les utilisateurs de la drogue.

Situations de non transmission _____

Le virus ne résistant pas à l'air libre, il ne se transmet pas dans les situations suivantes :

- la visite à un PVVIH,
- dormir dans le même lit,
- serrer la main,
- manger ensemble,
- jouer ensemble,
- embrasser sur la joue,
- emprunter les transports en commun,
 - s'asseoir côte à côte au travail, à l'Eglise, à l'école,

- par l'eau de bain ou de piscine,
- la vaisselle, les couverts,
- les outils de travail,
- les sièges de toilettes,
- les piqûres des moustiques.

Facteurs contribuant à la propagation de la pandémie

Il y a plusieurs facteurs qui contribuent la propagation de la pandémie. Ces facteurs peuvent être regroupés en deux catégories :

- les facteurs économiques
- les facteurs socio-culturels

▣ Facteurs économiques

- la pauvreté
- le statut socio – économique de la femme
- les migrations internes et internationales
- la prostitution importante et très mobile
- la prolifération des vidéo-club à caractère pornographique
- le phénomène de la dot pour fin d'apprentis sage pour les jeunes filles

▣ Facteurs socio-culturels

- le relâchement observance des valeurs sociales et morales
- la mauvaise perception du risque et déni de la réalité
- les pratiques socio-culturelles : lévirat, sororat, mariage forcé
- l'activité sexuelle précoce des jeunes filles avec des partenaires plus âgés
 - la prostitution importante et très mobile
 - l'analphabétisme élevé



- le nombre de partenaires sexuels et le taux élevé de changement de partenaires
- l'abus sexuel vis-à-vis des enfants en situation précaire
- la stigmatisation et la discrimination des PVVIH
- le non-respect des méthodes mécaniques de prévention telles que le refus des préservatifs et l'utilisation commune des outils (seringues, aiguilles, lames de rasoir, les outils de pédicure manucure, brosses à dents, tondeuses etc...).
- prendre des précautions en cas de manipulation de cadavres et de placenta.

Etre séropositif

On peut porter le virus du SIDA pendant longtemps sans être malade : c'est ce qu'on appelle être séropositif. Ce-

Conclusion L'épidémie du VIH/SIDA est devenue une menace sérieuse. La prévalence a augmenté rapidement sur tous les continents et particulièrement en Afrique

La surveillance épidémiologique VIH / SIDA permet la définition des priorités d'action, d'orientation, des stratégies Elle permet également de faire le suivi et l'évaluation des efforts accomplis afin de suggérer des pistes de recherches et de prendre des décisions.

Notre rôle en tant qu'éducateur est très important dans ce système et à tous les niveaux pour améliorer les conditions de vie des PVVIH et assurer un changement de comportement conséquent







pendant on peut le transmettre à d'autres personnes ou se réinfecter soi-même.

Le SIDA est un problème de santé publique. Il est une maladie d'origine comportementale. Il a des incidences sur le développement de nos sociétés (impacts sur tous secteurs). La lutte contre le VIH/SIDA est une affaire de tous et de toutes.

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





VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne Situation dans le monde et en Afrique

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH (23,4 - 28.4)

Les taux de prévalence du VIH semblent se stabiliser, mais cette impression est principalement due à une hausse des décès imputables au SIDA et à une augmentation continue des nouvelles infections.

La prévalence continue d'augmenter dans certains pays comme Madagascar et le Swaziland et recule à l'échelle nationale en Ouganda.

Les sept pays d'Afrique Australe connaissent tous des taux de prévalence supérieurs à 17%. Le Botswana et le Swaziland sont avec des taux de prévalence dépassant 35%.

En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH est beaucoup plus faible : aucun pays ne connaît une prévalence supérieure à 10% et la plupart d'entre eux se situent entre un et cinq pour cent.

La prévalence dans les pays d'Afrique centrale et orientale se situe entre ces deux groupes, de 4% à 13%.

La féminisation de l'épidémie _____

Les femmes africaines sont plus exposées au risque et l'infection survient chez elles à un âge plus jeune que chez les hommes. On compte en moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes infectés.

La différence est encore plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le ratio des jeunes femmes vivant avec le VIH



aux jeunes hommes vivant avec le VIH:

- 20 femmes pour 10 hommes en Afrique du Sud
- 45 femmes pour 10 hommes au Kenya et au Mali.

Impact du SIDA sur les personnes et les sociétés

Dans tous les pays (faible et forte prévalence du VIH) le SIDA freine le développement et fait payer aux individus et aux familles un tribut exorbitant.

Dans les pays les plus durement frappés, il efface des décennies de progrès social, économique et sanitaire, il ampute l'espérance de vie de plusieurs années, aggrave la pauvreté, contribue aux pénuries alimentaires ou les accentue.



➤ Sur la population

L'Afrique subsaharienne a la prévalence la plus élevée du monde et doit faire face à l'impact démographique le plus important.

Dans les pays les plus atteints d'Afrique orientale et australe, si les niveaux actuels d'infection se maintiennent et des programmes de traitement à grande échelle ne sont pas mis en place jusqu'à 60% des jeunes qui ont 15 ans aujourd'hui n'atteindront pas leur soixantième anniversaire.

Les différences flagrantes quant à l'accès aux traitements antirétroviraux se reflètent dans les taux de mortalité. Dans les pays à faible et moyen revenus, ce taux chez les 15-49 ans est aujourd'hui jusqu'à 20 fois plus élevé que le taux de mortalité des personnes vivant avec le VIH dans les pays industrialisés.

Dans sept pays africains où la prévalence de l'infection à VIH dépasse 20%, l'espérance de vie pour une personne



née entre 1995 et 2000 n'est plus que de 49 ans, soit 13 ans de moins qu'en l'absence de SIDA.

Au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, on estime que l'espérance de vie moyenne tombera à moins de 35 ans en l'absence de traitements antirétroviraux.

☛ Sur les femmes

Les jeunes filles quittent l'école pour s'occuper des parents malades ou des jeunes frères et soeurs.

Les femmes plus âgées assument souvent la prise en charge de leurs enfants adultes malades et, lorsqu'ils décèdent, elles remplaceront les parents des enfants orphelins.

Elles doivent souvent aussi gagner un revenu ou produire les cultures vivrières de la famille.

Les femmes plus âgées qui s'occupent d'orphelins ou d'enfants malades se trouvent parfois socialement isolées en raison des préjugés et de la discrimination liés au SIDA.

La stigmatisation signifie aussi que le soutien familial ne va pas nécessairement de soi lorsque les femmes se révèlent séropositives. Elles sont souvent rejetées et peuvent voir leur propriété saisie à la mort de leur mari.

☛ Sur la pauvreté et la faim

Dans certains pays plus affectés, avant même que l'impact de l'épidémie ne se fasse sentir, le niveau de vie de nombreux pauvres s'était déjà sérieusement dégradé.

Les ménages frappés par le SIDA ont plus de risques de tomber dans la misère que les ménages qui ne sont pas affectés ; ceci est vrai dans les pays à faible comme à forte prévalence.

Le SIDA entraîne la perte de revenu et de production des membres de la famille qui sont malades, tout en créant des



besoins de soins extraordinaires et en ajoutant aux dépenses du ménage les frais médicaux et autres – coûts des funérailles par exemple.

Les dépenses liées au SIDA peuvent absorber en moyenne un tiers du revenu mensuel d'un ménage.

Elles devront aussi réduire les dépenses consacrées au logement et à l'habillement. Une étude en Afrique du Sud et en Zambie a montré que la prise en charge des maladies liées au SIDA entraîne une chute du revenu mensuel de 66%-80%. Le SIDA intensifie les pénuries alimentaires chroniques dans de nombreux pays où un grand nombre de personnes sont déjà sous-alimentées. Le SIDA réduit considérablement la main d'œuvre agricole et le revenu des familles leur permettant d'acheter leur nourriture.

▸ Sur l'agriculture et le développement rural

Un secteur agricole sain est une priorité pour le bien-être et l'autosuffisance des pays à faible et moyen revenus. Ce secteur représente en Afrique 24% du produit intérieur brut, 40% des recettes en devises et 70% des emplois.

L'épidémie sape la base agricole ; on estime qu'en 2020 en Afrique australe, les pays auront perdu un cinquième au moins de leurs travailleurs agricoles à cause du SIDA.



▸ Sur l'éducation

A l'échelle mondiale, le SIDA constitue un obstacle important à la réalisation de l'accès universel des enfants à la scolarisation d'ici 2015 (ODM).

Par exemple au Kenya, en Ouganda, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe on craint que l'épidémie ne contribue à une nette raréfaction des enseignants du primaire.

Les enfants – et particulièrement les filles – des familles





touchées par le SIDA sont souvent retirés de l'école, afin de compenser les pertes de revenus dues à la maladie des parents et aux dépenses connexes, de prendre soin des membres de la famille qui sont malades et de s'occuper du ménage.

▫ **Sur le secteur santé**

Des études indiquent que le SIDA a causé entre 19% et 53% de l'ensemble des décès survenus dans le personnel gouvernemental de la santé. L'épidémie anéantit rapidement la croissance des effectifs du secteur santé.



▫ **Sur les travailleurs**

Le SIDA réduira vraisemblablement le taux de croissance de la force de travail. Selon le Bureau International du Travail, dans 38 pays (34 en Afrique), la force de travail sera en 2020 de 5% à 35% inférieure à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. Il y aura une augmentation des coûts dus à l'absentéisme, à la maladie, au recrutement, aux perturbations au sein de l'entreprise et à la perte des compétences, ainsi qu'en accroissant les dépenses consacrées à la santé et aux funérailles.

Que nous reste-il à faire ?

Il nous faut :

- **initier des recherches** sur l'impact socio-économique de l'épidémie et les déterminants socio-culturels dans les différentes régions voire pays
- **Evaluer l'impact** socio-économique de l'épidémie. Plus de 40% des pays connaissant des épidémies généralisées n'ont pas encore évalué cet impact.

- 
- 
- **Renforcer la capacité** des ménages touchés par le SIDA à faire face – en fournissant une assistance, des soins à domicile, un appui nutritionnel et en supprimant les frais de scolarité.
 - **Améliorer l'accès** à l'éducation (formelle et religieuse pour un changement de comportement
 - **Mettre au point** des stratégies qui prennent en compte le prix disproportionné que payent les femmes, les filles et les orphelins, notamment des programmes de micro-crédit et de production de revenus, de soutien à la scolarisation et d'aide alimentaire.
 - **Renforcer des systèmes** de santé perpétuellement affaiblis et garantir une meilleure protection de la sécurité des agents de santé – en leur fournissant des traitements antirétroviraux, en améliorant les salaires et les avantages afin de retenir les personnels ou de ramener ceux qui ont émigré vers des pays à revenu plus élevé.
 - **Soutenir des programmes** de prévention sur le lieu de travail, à l'intention des employés et de la direction, comprenant des soins de santé par exemple l'accès au conseil et au test volontaires et aux traitements antirétroviraux et l'adoption de politiques non discriminatoires à l'égard des employés vivant avec le VIH.
 - **Elaborer des politiques** qui contribuent à réduire



la vulnérabilité de nombreux individus – pour instaurer un contexte social, juridique et économique permettant la prévention. Ces mesures englobent l'accès à l'éducation, l'autonomisation de la femme et la coopération internationale pour prévenir le trafic d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

- **Comblent les lacunes** de la prévention – en 2004, moins de 20% des personnes qui en ont besoin ont accès à des services de prévention du VIH.
- **Éliminer la stigmatisation** et la discrimination liées au SIDA grâce à des cadres juridiques solides et à la protection des droits de tous les individus.





Conception chrétienne de la maladie et de lutte contre la stigmatisation

La société africaine se trouve être aujourd'hui une société hautement christianisée. Les interprétations chrétiennes influent sur nos vies. Il en est ainsi de la conception chrétienne de la maladie qui peut contribuer à exacerber la stigmatisation et la discrimination ou à lutter contre celles-ci.

Ce tableau explore les interprétations bibliques de la maladie et les conséquences qui peuvent en découler.

Châtiment	Epreuve	Naturelles
Lv 26 : 14-16 Dt 28 : 15 ,27,28,60 2Sam 12 : 15 2Chr 21 :6,15,18,19 2Chr 26:21 Nb 12 :10 2R 5 : 27 Gen 3 : 16-19, 23 Gen 4 : 11- 14 Ps 39 : 11- 12 Es 57 : 17 Act 13 : 10- 11 Rom 5 : 12 1Cor 11 : 27 - 30 1P 4 : 15 Gal 6 : 7,8	Job 1& 2 2R 20 : 1 ... 2Ch 32 : 24 - 26	Jean 9 :1 à 3

Certaines maladies apparaissent comme un châtimeut ou une épreuve ou naturelle. Dans tous les cas, il est toujours

demandé une intervention divine pour la guérison.
 La maladie est un état de déséquilibre physique, mental et biologique dû à des causes externes ou internes.
 Dieu créa toute chose bonne. Le VIH/SIDA (comme d'autres maladies) vient détruire cette harmonie et il nous faut le combattre (Genèse. 1 et 2).
 Le VIH/SIDA est semblable à d'autres maladies incurables telles que le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle.
 Le VIH/SIDA n'est pas une malédiction ni une punition venant de Dieu. Il est lié aux comportements (évitables) alors que la malédiction est imposée : l'exemple des dix plaies d'Égypte dans le livre de l'exode. (Exode 7 :1-18)

Discrimination et stigmatisation	Observations
l'homme paralysé Jn 5 les lépreux Lv 13 - 15 les 10 lépreux Jn 17 : 11...	Le malade est souvent abandonné par ses propres parents et amis (mise en quarantaine). L'entourage hésite à l'accueillir. Lc 10 : 31. Il n'est plus soutenu. A sa mort il est enterré nuitamment dans un cimetière abandonné. Or Jésus Christ en voulant guérir un malade ne s'est jamais intéressé à son péché. C'est après l'avoir guéri qu'il lui propose une autre alternative de vie. Il a donc révolutionné notre perception de la maladie dans le sens de l'acceptation du malade et de l'assistance à lui apporter quelle que soit l'origine de son mal. C'est dans ce sens que la femme qui souffrait de la perte de sang l'a touché. Mat9 : 18-26 Mc5 : 21 - 43. Lc8 : 40 - 56



En définitive, il faut noter que nous avons des devoirs envers les malades :

- la tolérance à l'endroit des PVVIH
- le témoignage d'affection, de soutien moral
- l'espoir renouvelé en la vie
- la sympathie Ps35 : 13 . 1Cor12 : 26
- la prière et l'onction Ps35 : 13 . Jc5 : 14
- les visites Mt25 : 36 ; Jc1 : 27

Le malade est celui qui est faible, qu'on doit secourir, assister, accompagner, soutenir Mat 25/35-36 ; Jc 1/ 27 ; 2 / 15-16

Le malade n'est pas différent des autres, il a les mêmes droits que les autres. C'est à ce titre que Jésus les accueille. La cause de la maladie importe peu Jn 9/ 1-11. Le chrétien doit toujours viser la guérison de son prochain Lc 5/ 17-19. Le malade doit contribuer à sa guérison par sa foi. Le chrétien malade doit éviter de se culpabiliser ou de culpabiliser les autres. Il doit lutter pour sa propre guérison (médicale et/ou spirituelle), aller à la recherche de Jésus qui est la vie Jn 14/6.

La maladie n'est pas une fin en soi. Au delà de la maladie, il y a la vie, la vie en abondance en Jésus-Christ. Jean 10/10 ; 2 Pierre 1/14



Dieu aime les malades _____

Dieu nous aime toujours malgré notre état et ne nous rejette pas.

Jn 3:16; Jn 10:10; Jn 6:37; Mt 11:28

Nos devoirs envers les malades _____

Dieu nous commande d'aimer et de venir en aide aux malades. Mt 25:34-36 : « *J'étais malade et vous ne m'avez pas*



visité ». Notre devoir de chrétiens est de visiter les veuves et les orphelins (Jaques 1:27), de prendre soin de ceux qui sont en danger comme le bon samaritain dans Luc 10:25-37. C'est notre réponse à la recommandation de Jésus : « Aime ton prochain comme toi-même » (Mt 22:39).

La foi agissante par l'amour _____

Dieu nous encourage à poser des actes concrets en faveur des personnes infectées ou affectées par le VIH (Galates 5:6 ; Jaques 2:26).

Il est du devoir de chaque chrétien de diffuser des messages de vie: l'amour, la compassion, l'indulgence, le pardon, la guérison, la solidarité, l'entraide en utilisant toutes les voies de communication:

- Culte du dimanche
- Enseignement habituel
- Dépliants etc..

Le plaidoyer auprès des autorités, la recherche de fonds, le combat pour l'accès aux ARV sont aussi des manières concrètes de faire vivre l'amour du Christ.

L'Eglise doit jouer son rôle prophétique et appliquer sa fonction proclamatrice. Elle a un devoir de service. Dans Marc 6 : 33-46, Jésus ne se contenta pas d'enseigner seulement, il eut pitié, prit compassion et donna du pain concrètement.

L'Eglise doit organiser l'action de prise en charge des PVVIH et encourager toute initiative de lutte contre le VIH/SIDA. L'Eglise a un devoir d'accueil et d'organisation.

Fort de ce qui précède, notre responsabilité sera de protéger et sauvegarder la vie sans discrimination de race, de pays, d'âge, d'ethnie, de religion, de sexe, avoir une ferme



volonté de faire face à la maladie et de compatir à la douleur, à la souffrance des infectés et des affectés par le VIH/SIDA. Cf. I Cor. 12/25-27, Es. 58/26, Mat. 25/31-46

L'Eglise doit encourager à sortir de la séro-ignorance par l'acceptation du test avant le mariage et accompagner les séropositifs

Les PVVIH ont droit à la vie et au respect conformément aux dispositions de la Déclaration Universelle des droits Humains.

L'Eglise donnera confiance et acquerra la confiance des PVVIH en affirmant ouvertement son opposition à la stigmatisation et à la discrimination des infectés et des affectés. Ce rôle doit s'étendre au sein de nos églises, de nos institutions, de nos administrations et de nos familles.

Dans ce cas, l'Eglise doit être un lieu d'accueil, une communauté de guérison.

Il doit s'opérer dans l'Eglise une mobilisation communautaire pour faire freiner et finalement arrêter la propagation.

La problématique du genre ou le rapport de pouvoir homme/femme : _____

Au niveau de l'approche du genre, le plan de Dieu dans la création est l'harmonie entre l'homme et la femme. Ils sont égaux et complémentaires. Tout déséquilibre entre les deux éléments de cette création déstabilise tout le plan de Dieu : c'est la crise ou la dés-harmonie.

Celui qui accepte toute domination, discrimination, stigmatisation, violence trafic et exploitation des jeunes filles et des enfants s'oppose au plan de Dieu (Gen.1 & 2). Cette éducation doit commencer dès le bas âge (Prov. 22/6).





Conclusion Au delà de toutes ces conceptions sur le VIH/SIDA, l'Eglise affirme la grâce surabondante de Dieu pour les personnes infectées et affectées (cf. Ephésiens.2 ; 8 - 9 / Matthieu. 7 ;1 / Luc 6 ; 31).

La Parole de Dieu doit être utilisée pour accueillir, libérer guérir et soutenir, non pour exclure, pour stigmatiser et discriminer.



Repères chrétiens pour éviter les comportements à risque

L'être humain est un être sociable et le changement de son comportement a lieu dans un environnement social. Lorsqu'un individu prend conscience du risque qu'il court et décide d'adopter un comportement plus sécuritaire, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans la réussite de son action.

Nous proposons ici quelques repères bibliques dans la vie du chrétien pour éviter les comportements à risque :

Comportements à risques

Ce sont les comportements qui favorisent la transmission de VIH/SIDA

Ils sont :

Les rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels ou prostitués.

Rapports sexuels non protégés avec individus infectés.

La prostitution

Les états et les situations où l'on perd toute maîtrise de soi : la toxicomanie, l'alcoolisme Gn 9/ 20-22 ; Pr 20/ 1 ; 23/ 20, 29-30

Utilisation de matériels communs pour des soins d'hygiène et esthétiques

Comportement à risque en milieu sanitaire

L'utilisation des objets souillés de sang infecté.

Repères chrétiens

Prostitution, infidélité (adultère) = Péchés cf. Eph.4/30 ; 1 Co. 3/16 ; Rom 6/23a ; Rom 3/23

Comportement insensé = Mépris de la sagesse et de l'instruction (Cf. Prov. 24/14

Perversion (Cf. Rom 1/18-32 ; 1 Co 6/12).

Eviter de vivre dans l'impudicité, l'impureté et la dissolution (Gal. 5/16ss).

Manque de sagesse.

Se sentir libéré et délivré : plus on peur de faire connaître son état sérologique plus on se renferme et on se consume, on tend vers la mort. Les affligés trouvent l'espérance et la consolation (Matth. 5/1-12).

Rapports oraux génitaux (toucher avec la langue ou la bouche le sexe d'un ou d'une partenaire).

Négligence de la maladie
L'automédication due à la honte et à la peur de faire découvrir sa séropositivité

V. 4 Souffrant et humilié il reçoit la vie en plénitude dans le Royaume de Dieu. Cf. (V. 3). Victimes des mécanismes injustes, ils ont besoin de commisération (V.7).

Outragé (stigmatisation), la récompense sera grande dans le ciel (V.11).

-Icor. 6 ; 19 : Notre corps est le temple du Saint Esprit

-Fidélité

-Abstinence

-Gal. 5 ; 22 & 23 : les fruits de l'esprit

-Bienséance

-Bon usage de la sexualité dans le mariage

-Lutte contre la dépravation des mœurs



Manipulation de cadavres, de sang Nb 19 : 11 ; Lv 7 : 26, Lv 17 : 10 - 15

L'être humain est créé à l'image de Dieu (Gen. 1 ; 26). Il y a donc une nécessité de préserver cette image de Dieu de toute souillure et de toute corruption.

Pour mieux vivre et vivre en harmonie avec Christ, il faut le suivre et vivre avec lui dans la sincérité et l'amour.

Conclusion : Jean 10/10

Le voleur ne vient que pour voler, car quand Dieu a créé le monde tout était bon. Le VIH/SIDA, considéré comme le voleur est venu tout détruire, mais Jésus nous donne la vie en abondance, notre espérance ne repose que sur lui Seul.



Les pratiques culturelles qui favorisent la propagation de la pandémie et les valeurs chrétiennes qui contribuent à la promotion de la vie

Certaines pratiques culturelles en Afrique sont des facteurs importants qui favorisent la propagation du VIH/SIDA. Dans ce chapitre nous voulons les énumérer tout en mettant en parallèle les valeurs d'inspiration chrétiennes qui aident à la promotion de la vie

Pratiques culturelles	Valeurs chrétiennes
La polygamie	La monogamie (la parole de Dieu dit que chaque homme ait sa femme et chaque femme son mari) Eph 5/31 : Ainsi les deux deviendront une seule chair. Gen. 2/24, Matth. 19/5 ; Marc 10/7-9.
Lévirat / Sororat	La veuve a la liberté de choix de se remarier. I Cor 8/9. Recommandation à l'exercice de piété pour les veuves (1 Tim. 5/2-10).
L'excision et la circoncision traditionnelles avec utilisation d'une même lame. Les tatouages et les scarifications. Les veufs et les veuves infectés.	Nous devons rendre un culte agréable à Dieu à travers l'entretien de notre corps en évitant la mutilation (1 Co. 6/15).
Le mariage forcé et précoce. Pactes de sang Discrimination liée au genre Alcoolisme, drogue	Les Hommes et les femmes sont créés libres à l'image de Dieu.

Prostitution
Pornographie, internet, vidéo
club, ...

La pauvreté de la femme due
à l'expropriation à la mort du
mari.

Non héritage à la mort du père.

L'initiation de la jeune fille à
la pratique sexuelle sans con-
trôle
L'initiation des jeunes gens par
la pratique de l'acte sexuel

Mariage monogamique
Ge 2:18
Fidélité dans le mariage
He 13:4
Respect du corps
1 Co 6:18-19
Abstinence
2 Ti 2:22 / 1 Co 9:25
Sobriété
Eph 5:18
Obéissance aux parents:
Eph 6:1-3
Education chrétienne
Pr 22:6
Amour, solidarité, fraternité
Maîtrise de soi

témoignage d'affection,
amour du prochain, soutien
moral, assistance
espoir renouvelé en la vie
fidélité conjugale Prov5 : 15 -
19
chasteté
respect des lois divines
tolérance à l'endroit des
PVVIH
incitation à la fréquentation
des structures médicales, au
suivi régulier des soins pres-
crits, à la mise en pratique
des conseils
garantie du droit au travail
aux PVVIH
jouissance du droit au travail
par les PVVIH
assistances matérielle et fi-
nancière aux PVVIH



Conclusion Dans le contexte du VIH-SIDA, les chrétiens ne sauraient se mettre en marge des questions relatives à la pandémie. Par conséquent ils doivent s'informer , se former, former, éduquer, et agir d'une manière concrète pour et avec les PVVIH ; ainsi, ils pourront être le « sel de la terre et la lumière du monde ».
Matth. 5/13-14.

Jn14 : 15 « **Si vous m'aimez, respectez mes commandements** ».... « Dieu ne veut pas la mort du pécheur mais qu'il se repente et qu'il vive ». Ez 33 :11







Accompagnement pastoral Contexte du VIH/SIDA

Introduction

Le terme “pastoral” vient du mot pasteur qui tient son origine du verbe latin *pascere*, qui veut dire **nourrir**.

Dans la Bible ce mot est utilisé pour désigner le berger: Dieu est le Berger du peuple d’Israël (Ps.23).

Dans le Nouveau Testament Jésus s’est nommé “le Bon Berger” (Jn.10:11).

En recommandant à Pierre de nourrir les brebis, Jésus le chargeait et peut-être les autres disciples de prendre soin et d’accompagner ses brebis. (Jn.21:15f). Cette recommandation est aussi celle de l’Eglise. Elle fonde notre engagement dans le ministère de l’accompagnement pastoral.

Traditionnellement le terme «pasteur» était réservé spécialement au clergé. Il était par conséquent plus facile de qualifier un accompagnement de “pastoral” parce qu’il est offert par un pasteur ou un prêtre. La réalité est qu’un accompagnement n’a pas besoin d’être fait par un pasteur pour être pastoral. Ce travail peut être accompli dans l’église par tout membre qui est formé et qui s’engage dans un ministère d’aide qui vise à reconstruire l’être humain dans sa globalité: physique, émotionnelle et spirituelle.

Mais la mission de l’Église n’est pas seulement dirigée vers ceux qui sont dans l’Eglise mais aussi vers l’extérieur. Dans le contexte du VIH/SIDA, l’Eglise à travers ses membres et son clergé est appelée à offrir l’accompagnement pastoral à ceux qui sont infectés et affectés par la pandémie du VIH/SIDA.



L'accompagnement pastoral est une approche particulière de l'accompagnement qui cherche à aider les personnes à aborder les dimensions spirituelles et religieuses de leurs problèmes.

Accompagnement Pastoral dans le contexte du VIH/SIDA



Les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA ont certes des besoins médicaux mais surtout ils ont des besoins spirituels. Elles se posent des questions sur Dieu, l'âme, la vie et la mort, la condamnation et le pardon, l'éternité et la transcendance, le pardon et le salut... A ces questions l'accompagnateur pastoral doit aider à trouver des solutions. Le soutien psychologique ne suffit pas.

Le VIH/SIDA est un enjeu très sensible et accompagner des personnes dans ce contexte, nécessite plus qu'un soutien psychologique. Il implique des aspects médicaux et psychologiques (pensées et sentiments), des aspects de comportements, des aspects relationnels... Il implique aussi des aspects religieux et spirituels: le péché, le pardon et la condamnation...

Les personnes réagissent de différentes manières à l'annonce d'un résultat positif. Cependant pour plusieurs, un test positif est reçu comme un grand choc suivi d'un certain nombre de réactions: la peur d'être rejeté et abandonné par la famille et les amis, le déni, l'angoisse, la dépression, le stress, attitude suicidaire.

La stigmatisation et la discrimination subies par les personnes infectées font qu'elles ont du mal à accepter l'évidence de la situation. Les personnes affectées ont aussi du





mal à prendre soin d'une personne infectée. A cause de cette réalité ces personnes ont besoin d'attention et d'accompagnement de façon très spéciale.

Qui a besoin de l'accompagnement?

- Ceux qui vont faire un test (pré-test)
- Ceux qui ont fait un test (post-test)
- Ceux qui sont infectés
- Ceux qui sont affectés

Un bon conseiller n'est pas forcément un bon accompagnateur du VIH/SIDA. L'accompagnateur doit se préparer de façon spéciale

Être un accompagnateur efficace

L'accompagnateur doit :

- avoir des notions de base sur le VIH/SIDA, les modes de transmission, les symptômes et les maladies associées, les mythes, la gestion de l'infection au VIH, les lieux de soutien psycho-social, les traitements ...
- avoir une attitude appropriée: il doit être impartial, ne pas juger, une ouverture d'esprit, capable de garder les confidences.
- avoir le désir d'apprendre plus par la pratique. Même si chaque individu est unique chaque rencontre donne l'occasion d'apprendre plus sur cet accompagnement tout spécial.
- créer une atmosphère de confiance et de confidentialité sans jugement.
- écouter pleinement et activement.
- apporter des informations justes consistantes dans un langage clair et simple.

- clarifier les informations erronées
- proposer des options et laisser le choix à l'accompagné
- explorer et identifier ensemble les barrières au changement de comportement.
développer ensemble une stratégie en lien avec
- les besoins en ressources.

L'accompagnement pastoral _____

L'accompagnement pastoral est **un processus** ou **un cheminement** qui implique l'accompagnant et l'accompagné. Le terme « processus » se réfère à la dynamique de la relation qui doit se créer entre les deux et comment cette relation doit se créer. Dire que l'accompagnement pastoral est un processus suppose un début, un mi chemin et une fin. Cela constitue aussi les différentes étapes qui aident l'accompagnant à évaluer l'avancement de son travail.



Les modèles : _____

Il y a différents modèles des étapes dans l'accompagnement pastoral. Dans cette présentation je fais le choix du modèle **des trois étapes**:

- 1- Identification du problème
- 2- le scénario préféré
- 3- la stratégie

➤ Étape 1 : La situation actuelle

Elle représente l'état dans lequel se trouve l'accompagné. Il vient consulter parce qu'il y a un problème. Ce problème peut être clairement identifié par l'accompagné ou encore confus. Le rôle de l'accompagnateur est d'aider son interlocuteur à identifier le problème tel qu'il se pose, de clarifier



les zones d'ombre, les distorsions dues aux émotions. C'est l'étape d'**identification du problème**.

Les objectifs de cette étape sont les suivants:

- Établir une relation entre l'accompagnant et l'accompagné.
- Écouter l'accompagné raconter son histoire.
- Aider l'accompagné à identifier et à comprendre le problème ou explorer différentes pistes du problème.



C'est important que l'accompagnant et l'accompagné développent une relation de travail basée sur la franchise, le respect et la confiance. Ce climat de respect et de confiance est construit en grande partie par la capacité d'attention et d'écoute de l'accompagnant. Lorsque cette capacité d'attention et d'écoute est bien exprimée, l'accompagné est plus disposé à raconter son histoire et à identifier soi-même le problème.

Étape 2 : Le scénario préféré

Lorsque le problème est clairement identifié, les zones d'ombre élucidées, alors des solutions sont envisageables. Le scénario préféré se réfère à la situation nouvelle que l'accompagné souhaite connaître qui soit différente de l'actuelle. C'est l'étape où l'on pourrait poser la question: **de quoi aurais-je besoin ? ou que puis-je faire** (le scénario préféré) **par rapport à ma situation actuelle ?**

Les buts de cette étape sont:

- Aider l'accompagné à gérer son problème en fixant des objectifs.
- Aider l'accompagné à explorer des options en vue d'améliorer son futur.

- 
- 
- Aider l'accompagné à choisir des options réalistes et à les transformer en objectifs viables.
 - Aider l'accompagné à s'engager ensemble avec l'accompagnant dans un plan de changement constructif.

Se basant sur la manière dont le problème est présenté et compris, l'accompagnant, à cette étape, concentre ses efforts à aider l'accompagné à formuler des stratégies permettant d'atteindre le scénario préféré.

Il est important de se rappeler que l'accompagné n'a pas toujours une perception claire du problème auquel il est confronté. Si c'est le cas, l'accompagnant a la responsabilité d'aider l'accompagné à avoir une perception juste et claire de la situation par la technique de reformulation. L'accompagnant doit aider l'accompagné à déterminer ses propres objectifs. Ces objectifs doivent être:

- clairs et spécifiques
- mesurables et vérifiables
- réalistes
- en lien avec les valeurs de l'accompagné
- avec une limite raisonnable dans le temps.

➤ **Étape trois : La stratégie**

Le problème est identifié, les objectifs sont fixés, alors le programme pour atteindre les objectifs de l'accompagné est à mettre en place. A cette étape intervient la stratégie. La stratégie, dans ce contexte, veut dire la procédure ou le moyen à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs fixés. C'est répondre à la question: **comment faire pour obtenir ce que je veux?**

La stratégie est le lien qui relie le problème identifié et le



scénario préféré. Cette étape du processus d'accompagnement cherche à identifier les voies par lesquelles les objectifs peuvent être atteints.

Les buts de cette étape sont:

- aider l'accompagné à identifier une série de stratégies pour atteindre les objectifs.
- aider l'accompagné à choisir une ou plusieurs stratégies qui soient réalistes et acceptables à intéressé.
- aider l'accompagné à avoir un plan d'action avec des priorités bien définies.

Une fois le plan d'action finalisé, alors commence la mise en oeuvre. Le rôle de l'accompagnant à ce stade est d'encourager, soutenir et de guider. L'accompagnant doit se préparer à aider l'accompagné à mesurer son progrès avec le souci de revoir ou d'améliorer les stratégies.

Culture et accompagnement pastoral _____

L'accompagnement pastoral est un service offert à des êtres humains en difficulté. Son but est d'aider des personnes à résoudre elles-mêmes leurs problèmes. Chaque individu est une combinaison à la fois d'universel et de traits particuliers. En tant qu'être humains, nous jouissons universellement des mêmes dons d'intelligence, du libre arbitre (traits universels). Mais l'exercice de ces dons est déterminé et limité par les facteurs socioculturels de même que par la façon dont chaque individu réagit à son environnement.

En tant qu'individus, nous sommes uniques tout en étant membres d'un clan, d'une tribu, d'un village, d'une culture et de la grande famille humaine. Chaque culture a ses valeurs, traditions et tabous sur la vie, la santé, la maladie, le sexe et la mort.





Un bon accompagnateur doit prendre en compte ces enjeux. Ignorer le background culturel de l'accompagné non seulement conduit à des malentendus mais pourrait être contre-productif et dommageable. Certaines croyances culturelles constituent un frein à la lutte contre le VIH/SIDA: la sorcellerie par exemple.

Notre conviction

Notre accompagnement pastoral est fondé sur la conviction suivante:

« ... Rien ne peut nous séparer de son amour: ni la mort, ni la vie, ni les anges, ni d'autres autorités ou puissances célestes, ni le présent, ni l'avenir, ni les forces d'en haut, ni celles d'en bas, ni aucune autre chose créée, rien ne pourra jamais nous séparer de l'amour que Dieu nous a manifesté en Jésus-Christ notre Seigneur » Romains 8: 38 - 39.





Bibliographie et documentation

ANONYME; **Facing aids: the challenge, the churches' response.** WCC Publications, Geneva.

AACC; **Lève-toi pour agir** (Matériel ressource sur la violence faite à la femme).

Adherence to Antiretroviral Therapy in Adults (A guide for Trainers). Population Council Inc, 2004.

AGENDA; **Empowering women for gender equity.** Agenda issue 61, 2004.

ANONYME; **Face au SIDA : l'action des Eglises.**

ANONYME; **Facing Aids: Education in the context of vulnerability HIV/AIDS.**

ANONYME; **Guide pour l'accompagnement pastoral des personnes touchées par le VIH/SIDA.**

ANONYME; **Le SIDA : S'informer, Informer** (Manuel à l'usage des pasteurs et enseignants).

ANONYME; **The Ecumenical HIV/AIDS initiative: responding to the HIV/AIDS in Africa.**

BUHLER Hans, DJOMAN A. Jean, SOVOESI Jacob, BEUGRE M. Marthe ; **Contre le SIDA.** CEDA, août 2003.

CARITAS; **Dutingo ti zo na sida na ya ti kodro.** Caritas Centrafrique, Bangui 2002.

CENTRAFRIQUE INFO SIDA; **Une cartographie pour mieux cerner l'infection au VIH/SIDA en République Centrafricaine .** N° 002 Octobre décembre 2002.





Come let us rebuild The Church is HIV+, Poverty destroys.... 2004.

Community-Based AIDS Prevention and Care in Africa (Building on Local Initiatives). Population Council Inc, 1998.

CONSEIL OECUMENIQUE DES EGLISES (COE) ; Guide pour l'accompagnement pastoral des personnes touchées par le VIH/SIDA

CONSEIL OECUMENIQUE DES EGLISES (COE), EGLISES ET FEDERATIONS D'EGLISES PROTESTANTES, ORTHODOXES ET EVANGELIQUES DU BENIN ; Séminaire de formation des formateurs sur l'Eglise face au VIH/SIDA.

CONSEIL OECUMENIQUE DES EGLISES (COE); Séminaire de formation des diacres et diaconesses.

CONSEIL OECUMENIQUE DES EGLISES (COE); Séminaire des formateurs sur l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement théologique.

DJERANDI Edith et NYANZIRIYE Léonidas; Les Représentants sociales du VIH/SIDA en milieu rural. Cas du village Borosse, 2001.

DOSSOU S. Marcellin et KIKI Gb. Célestin; Vaincre le VIH/SIDA: Jalons pour de nouvelles méthodologies de l'enseignement théologique en Afrique. Editions Haho

DOSSOU S. Marcellin; Essai d'anthropologie fondamentale du SIDA

DOSSOU S. Marcellin; Essai d'anthropologie fondamentale du sida.





ECA-WIDNET (Eastern and Central Africa Women-in-development Network); **Violence Against Women** (Trainers Manual). Paulines Publications Africa, 2003.

FISHER A. Andrew, James R. FOREIT; **Designing HIV/AIDS Intervention Studies**. Population Council Inc, May 2002.

FOLLOKETTE Marie Florence ; **La Prise en charge socio sanitaire des veuves et orphelins du SIDA au Centre « Solidarité Action Sociale »**. SAS à Bangui 2004.

FREI, Nicolas ; **Instants de vie : accompagner des malades du SIDA**.

FUCHS, Eric; **Le Désir et la tendresse : pour une éthique chrétienne de la sexualité**.

Guidelines for Conducting HIV Sentinel Serosurveys among Pregnant Women and Other Groups. December 2003.

HATCHER, Robert A.; **Elément de la technologie et de la contraception : manuel à l'intention du personnel clinique**.

HENDJE TOYA, Jean-Samuel ; **AIDS: African perspective**.

IHM Rakoczy Susan; **In Her Name** (Women Doing Theology). Cluster Publications, 2004.

Increasing Access to HIV Testing and Counselling. 2002.

IPTP ; **Religions et VIH/SIDA**





JARVIS, Debra ; **Séropositif!**

KA MANA, DOSSOU S. Marcellin, KENMOGNE, Jean-Blaise;
**Le Message du VIH-SIDA à l'Afrique : lettre ouverte aux
forces intellectuelles du continent africain.**

KA MANA, DOSSOU, Marcellin SETONDJI, KENMOGNE, Jean-
Blaise, **Changer ou périr: vision et principes pour vaincre
le VIH-SIDA en Afrique.**

KÄ, Mana, DOSSOU S. Marcellin, KENMOGNE, Jean-Blaise,
**Changer ou périr: visions et principes pour vaincre le
VIH-SIDA en Afrique.**

Le Conseil médical chrétien de Tanzanie, le Bureau médical
protestant d'Ouganda, l'Eglise du Christ au Zaïre, le Con-
seil Œcuménique des Eglises; **La Recherche Appliquée Fon-
dée Sur La Participation (sur le SIDA, et la communauté
lieu de santé et de guérison.** 1993.

LONGFIELD Kim, Anne GLICK, Margaret WAITHAKA, John
BERMAN; **Cross-Generational Relationships in Kenya:
Couple's Motivations, Risk Perception for STIs/HIV and
Condom Use.** 2003.

MAGESA, Laurenti, **Le Catholicisme africain en mutation:
des modèles d'Eglise pour un siècle nouveau.**

ONUSIDA; **Initiative des pays riverains des fleuves Congo
Oubangui-Chari, La réduction de la Vulnérabilité dans le
cadre de la mobilité et des situations en post-conflit.**

ONUSIDA; **Manuel de formation des formateurs des pairs
Educateurs jeunes pour la lutte contre le VIH/SIDA.** Ban-
gui août 2001.





Organisation Mondiale de la Santé ; **Accroître l'accès à la connaissance du statut VIH : conclusions d'une consultation OMS 3-4 décembre 2001**. Septembre 2002.

Organisation Mondiale de la Santé ; **La prévention de l'infection au VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants** (Données disponibles et activités de l'OMS). Août 2002.

Organisation Mondiale de la Santé ; **Le Droit de Savoir (Nouvelles approches pour le dépistage et le conseil en matière de VIH)**. August 2003.

Organisation Mondiale de la Santé ; **Prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA au Burkina Faso**. 2004.

Organisation Mondiale de la Santé ; **Une Stratégie Globale du Secteur de la Santé Contre le VIH/SIDA 2003 – 2007**. 2003.



Organisation Mondiale de la Santé ; **VIH/SIDA Surveillance Epidémiologique Mise à jour pour la Région Afrique de l'OMS 2002**. Septembre 2003.

Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA, UNICEF, **Family Health International, Measure Evaluation, USAID ; Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien liés au VIH/SIDA**. 2004.

Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA; **3 Millions de Personnes sous Traitement D'ici 2005 Comment y parvenir, La Stratégie de l'OMS**.

Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA; **Améliorer**





d'urgence l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations techniques et opérationnelles en vue de traiter trois millions de personnes d'ici 2005. 2004.

Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA; **Le point sur l'épidémie de SIDA.** Décembre 2004.

Organisation Mondiale de la Santé, ONUSIDA; **Recommandations pour les enquêtes sérologiques sentinelles concernant le VIH Femmes enceintes et autres groupes.** 2004.

Organisation Mondiale de la Santé; **Elargir l'accès au test et au conseil VIH (Rapport d'une consultation de l'OMS 19-21 novembre 2002.** Genève, 2004.

Organisation Mondiale de la Santé; **Sauver des Mères, Sauver des Familles: l'initiative PTME-PLUS.** 2004

Organisation Mondiale de la Santé; **Traitements Antirétroviraux: une approche de santé publique, surmonter les obstacles.** 2004.

Organisation Mondiale pour la Santé ; **Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limités : Recommandation pour une approche de santé publique.** 2003.

Organisation Mondiale pour la Santé ; **Le module Soins aigus** (Directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau). Janvier 2004.

Organisation Mondiale pour la Santé; **Principes généraux**



de bonnes pratiques pour les soins chroniques (Recommandations provisoires pour le personnel de santé de premier niveau). Janvier 2004.

Organisation Mondiale pour la Santé; **Soins chroniques du VIH par Traitement Antirétroviral** (Directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau). Janvier 2004.

Organisation Mondiale pour la Santé; **Soins Palliatifs: Gestion des symptômes et soins de fin de vie** (Directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau). Janvier 2004.

PHIRI A. Isabel, CHITANDO Ezra, MALULEKE S. Tinyiko, CHIRENDA Felicidade, BYAMUGISHA C. Gideon, JECO Gladies, DIBEELA M. Prince, MOYO L. Fulata, DUBE W. Musa, MUSOPOLE C. Augustine, DIBEELA Cheryl; **AfricaPraying: a Handbook on HIV/AIDS Sensitive Sermon Guidelines and Liturgy**. Edited by Musa W. Dube

SOBEL, Alain; **Ethique, sida et société : rapport d'activité du Conseil national du sida**.

Thandeki Umlilo; **Little Girl, Arise!** (New life after Incest and Abuse). Cluster Publications, 2002.

THOMAS, Louis-Vincent; **La Mort en question: traces de mort, mort des traces**.

TOITA GUY Eric; **Connaissance et perception des IST/SIDA en milieu rural, cas de la commune de Ngoumbélé**. Bangui 2004.

WEINREICH Sonja and BENN Christoph; **AIDS: meeting the Challenge – Data, Facts, Background**. WCC Publications, Geneva, 2004.

WEST O. Gerald; **Contextual Bible Study**. Cluster





Publications, 1993.

WEST O. Gerald; **The Academy of the Poor** (Towards a Dialogical Reading of the Bible). Cluster Publications, 2003.

World Health Organisation, The Global Fund, Médecins sans frontières, TNP, AIDS Access, European Commission ; **Involvement of People Living with HIV/AIDS In Treatment Preparedness in Thailand**. Geneva, 2004.

World Health Organisation, UNAIDS, International HIV/AIDS Alliance; **Handbook on access to HIV/AIDS-related treatment**. Geneva, Switzerland, May 2003.

World Health Organisation, UNAIDS, UNICEF, Family Health International, Measure Evaluation, USAIDS; **A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support**. 2004.

World Health Organisation, UNAIDS, UNICEF, UNFPA, USAIDS, UNESCO, The World Bank, Measure DHS, Family Health International; **National AIDS Programmes** (A Guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people). 2004.

World Health Organisation, UNAIDS, USAID, UNICEF, CDC, UNFPA; **National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children**. 2004.

World Health Organisation, UNAIDS; **Accelerating Access Initiative** (Widening access to care and support for people living with HIV/AIDS). 2002.





World Health Organisation, UNAIDS; **AIDS epidemic update.** December 2004.

World Health Organisation, UNAIDS; **Case study on estimating HIV infection in a concentrated epidemic: Lessons from Indonesia.** March 2004.

World Health Organisation, UNAIDS; **Consultation on ethics and equitable access to treatment and care for HIV/AIDS.** Geneva, 2004.

World Health Organisation, UNAIDS; **Guidance On Ethics And Equitable Access to HIV Treatment And Care.** 2004.

World Health Organisation, UNAIDS; **Treating 3 Million by 2005 Making it happen the WHO Strategy.** 2003.

World Health Organisation; **A Community Health Approach to Palliative Care for HIV/AIDS and Cancer Patients in Sub-Saharan Africa.** Geneva, 2004.



World Health Organisation; **A guide to monitoring and evaluation fro collaborative TB/HIV activities.** Geneva, 2004.

World Health Organisation; **Academic Institutions Linking Access To Treatment And Prevention.** Geneva, 2004.

World Health Organisation; **Acute Care** (Interim guidelines for first-level facility health workers at health centre or district out patient clinic); November 2004.

World Health Organisation; **Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women And Preventing HIV Infection in Infants.** 2004





World Health Organisation; **Chronic HIV Care with ARV Therapy** (Interim guidelines for first-level health workers). January 2004.

World Health Organisation; **Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users**. 2004.

World Health Organisation; **General Principles of Good Chronic care** (Interim guidelines for first-level facility health workers). August 2004.

World Health Organisation; **Global Health-Sector Strategy for HIV/AIDS 2003 – 2007**. 2003.

World Health Organisation; **Human capacity-building plan for scaling up HIV/AIDS treatment**. 2003.

World Health Organisation; **Investing in a comprehensive Health sector response to HIV/AIDS** (Scaling up treatment and accelerating prevention: WHO HIV/AIDS plan, January 2004 – December 2005). 2004.

World Health Organisation; Médecins sans frontières WES-KAAP; **Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa**. 2003.

World Health Organisation; **Nutrition Counselling, Care And Support for HIV-INFECTED Women**. 2004.

World Health Organisation; **Palliative Care: symptom management and end-of-life care** (Interim guidelines for first-level facility health workers). June 2004.



World Health Organisation; **Partnership work: the health service-community interface for the prevention, care and treatment of HIV/AIDS**. Geneva, 2003.

World Health Organisation; **Prevention of Mother-To Child Transmission of HIV**. 2002.

World Health Organisation; **Saving mothers, saving families: the MTCT-PLUS initiative**. 2003.

World Health Organisation; **Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings**: Treatment guidelines for a public health approach. 2003.

World Health Organisation; **Standards for quality HIV care : a tool for quality assessment, improvement, and accreditation**. 2004.

World Health Organisation; **Strategic Approaches to the Prevention of HIV Infection in Infants**. 2003.

World Health Organisation; UNAIDS; **Emergency scale-up of antiretroviral therapy in resource-limited settings: technical and operational recommendations to achieve 3 by 5**.

ZEMINGUI Gabriela; **Analyse des conditions socio-économiques des séropositives fréquentant l'ONG « Amis d'Afrique » de Boy arabe à Bangui**, Bangui 2004.





Ont contribué à la réalisation de ce manuel, les intervenants et les participants au Séminaire organisé par EHAIA (Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique) et accueilli par l'Université Protestante de l'Afrique de l'Ouest (UPAO) à Porto-Novo au Bénin, du 14 au 18 mars 2005





Bureaux de l'EHAIA

Dr Christoph Mann, **Directeur du projet**
Conseil Œcuménique des Eglises
Case postale 2100
1211 Genève 2, Suisse
Courriel : cma@wcc-coe.org

M. Hendrew Lusey Gekawaku (**Afrique Centrale**)
C/o Quartier Général de l'Armée du Salut
B.P. 8636
Kinshassa-Gombe, RDC
Tél. : +243 992 0108
Courriel : hendrewlusey@yahoo.fr

Mme Jacinta Maingi (**Afrique de l'Est**)
C/o Norwegian Church Aid
P.O. Box 52802
00200 Nairobi, Kenya
Tél. : +254 2 608 299
Fax : +254 2 608 511
Courriel : jmaingi@wcckenya.org

Dr Sue Parry (**Afrique Australe**)
Private Bag CH 7408
Harare, Zimbabwe
Tél.: +263 91 723 961
Courriel: sueparry@mweb.co.zw

Mme Ayoko Bahun-Wilson (Afrique de l'Ouest)
C/o FECCIWA
P.O. Box CT4317
Cantonment, Accra, Ghana
Tél.: +233 21 779 503
Fax. : +233 21 779 504 / 507194
Courriel : ayokowilson@yahoo.fr

Pasteur Charles Klagba, **Theology Consultant**
C/o CETA
B.P. 2268
Lome / TOGO
Tél.: +228 220 12 97 / 220 12 25
Fax: +228 220 12 99
Courriel : ehaia.tc@netcom.tg





Publications de 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.



Conseil Œcuménique des Eglises





Dépot légal : N° 11/MATD/DDL du 25 octobre 2005
Achévé d'imprimer à Lomé, Togo, dernier trimestre 2005

