Pastoral care and counselling to people affected by HIV/AIDS: A model of spiritual support to churches in Lubumbashi (DRC)

MM Mwenze

Orcid.org/0000-0003-1053-1190

Thesis submitted for the degree *Doctor of Philosophy* ***in*** *Pastoral Studies* **at the North-West University**

Supervisor: Prof PE Berthoud

Co-supervisor: Dr RA Denton

Graduation : May 2019

Student number : 26848368

DEDICACE

Ce travail est dédié à L'Eternel Dieu ; l'instigateur de mes études, qui m'a donné le souffle de vie, la force, la capacité et l'énergie de réaliser cette recherche. Que la gloire, l'honneur et la louange lui soient rendus, en Jésus-Christ notre Seigneur et Sauveur.

REMERCIEMENTS

Ma sincère gratitude est adressée à l'Université du Nord-Ouest (NWU) en Afrique du sud (RSA), et d'une manière particulière à la Faculté de Théologie de la NWU, pour l'opportunité qu'elles m'ont offerte de m'accepter dans cette grande Université de renommé internationale et de me permettre de faire cette étude dans la langue française, ainsi que pour leur soutien financier.

D'une manière spéciale, mes remerciements s'adressent au Professeur Henk Stoker, Directeur du département des diplômes supérieurs et au Professeur Raymond Potgieter, Chercheur Sénior à la faculté de Théologie et chargé du programme francophone de thèses; pour avoir contribué sensiblement à l'avancement de mon travail.

Aux personnels de la Bibliothèque en particulier Madame Hester Lombard pour sa disponibilité et sa serviabilité, aux personnels de l'Administration de l'Université, à l'éditrice de ma thèse Madame Carole Isaacs ainsi qu'aux Mesdames Petra Gainsford, Elsa Esterhuizen, Mariette Postma respectivement pour le formatage, la vérification-contrôle qualité de la bibliographie, l'édition du resumé en afrikaans de ma thèse; vous avez fait un excellent travail, je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à mon promoteur; professeur Pierre Berthoud en France (Aix-en-Provence) et mon Co-promoteur; Dr Rudy A. Denton, en République Sud-africaine (Potchefstroom); pour leurs disponibilité, remarques et différentes recommandations et orientations relatives à cette thèse. Leur discipline et rigueur qu'ils m'ont inculquées par rapport à la recherche scientifique et la rédaction d'une thèse doctorale ont été pour moi une grande source d'inspiration. Je ne passerais pas sous silence le Professeur Dickh Mwamba Kanonge en République Démocratique du Congo (Lubumbashi), qui m'a ouvert la porte de la North-West University.

Je suis également reconnaissant envers le Dr Matthieu Mufika Bukasa et Mademoiselle Consolate Ngoy Kibawa notre fille en RSA, pour tous leurs services à mon égard ; toute ma reconnaissance à leur égard.

Et à tous les collègues étudiants de la NWU pour leur soutien tant moral que spirituel à mon égard. Mes remerciements vont tout droit aux pasteurs des Eglises de Lubumbashi ayant répondu à cette étude et toutes les personnes qui se sont impliquées de loin ou de

près par amour pour m'aider dans mes recherches, j'ai cité Révérend Maxime Shimbi Kitwa Kabulo, Révérend Dr Sylvestre Banze Mulongo Ngoy et beaucoup d'autres, que le Seigneur les bénisse !

A toi, ma très chère épouse Céline Numbi Mwenze, merci pour ton soutien, ta confiance et ton amour en mon égard qui me permettent d'aller toujours de l'avant. Mes remerciements s'adressent enfin à mes très chers enfants ; Dr Pierre Ilunga Mwenze, Judith Mitonga Mwenze, Elie Makonga Mwenze, Daniel Bembeka Mwenze, Magloire Masengo Mwenze, Abner Mwenze wa Mwenze, Priscille Numbi Mwenze, et Eunice Consolate Mwenze ma cadette, pour leur soutien moral tout au long de mes études.

Je suis ravi d'avoir fait ces études post universitaires au niveau doctoral. Et c'était un séjour d'études merveilleux en République Sud-Africaine pendant cinq années.

RESUME

Mots clefs: Pastorale, Conseils, Personnes affectées, VIH/SIDA, Modèle, Soutien spirituel, Église, Lubumbashi.

Le but de cette étude est d'examiner l'attitude des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes affectées par le VIH/SIDA, afin de comprendre pourquoi ces Eglises n'ont pas été intéressées depuis longtemps, par l'encadrement spirituel de ces patients, et de concevoir un modèle pastorale basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi. Ce modèle leur permettra d'encadrer spirituellement les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, d'une manière éclairée par la Parole de Dieu, afin d'accomplir leur rôle pastoral efficacement.

Depuis l'émergence du VIH/SIDA en RDC et à Lubumbashi en particulier, les Eglises n'ont pas été suffisamment engagées dans l'encadrement spirituel des personnes touchées par le VIH/SIDA et leur rôle pastoral n'a pas encore été pleinement accompli. Elles auraient dû depuis longtemps profiter de l'occasion offerte par l'émergence de patients atteints du VIH/SIDA, pour leur assurer l'encadrement pastoral.

Ces Eglises n'ont donc pas été capables de répondre à ce défi pendant longtemps. Est-ce à cause de l'ignorance de ce virus et de cette maladie ? Le chercheur tentera de parler du VIH/SIDA pour les informer afin de les éclairer à ce sujet dans le développement de cette recherche.

Cette étude est menée dans le domaine de la théologie pratique et est basée sur la nécessité pour les Eglises de Lubumbashi de s'approprier un cadre pastoral offert par l'émergence des personnes affectées par le VIH/SIDA. Elle se concentre sur la question de l'orientation spirituelle et le rôle que les Eglises de Lubumbashi peuvent jouer pour accomplir leur rôle pastoral important.

ABSTRACT

Keywords: Pastoral care, People affected, HIV/AIDS, Model of spiritual support, church, Lubumbashi.

The aim of this study is to examine the attitude of the Lubumbashi churches towards people affected by HIV/AIDS, in order to understand why, for a long time, the churches have not been interested in the spiritual care of these patients and designed a model of pastoral care with a Biblical and theological foundation. The model will enable them to spiritually mentor people who are infected with HIV/AIDS, in a manner enlightened by the Word of God, in order to fulfil their role of pastoral effectiveness.

Since the emergence of HIV/AIDS in the DRC and Lubumbashi particularly, the churches have not been sufficiently committed to the spiritual guidance of people affected by HIV/AIDS and therefore their pastoral role has not yet been fully accomplished. They should have long taken advantage of the opportunity presented by the emergence of HIV/AIDS patients, to provide pastoral care to them.

These churches have therefore not been able to respond to this challenge for a long time. Could it be because of the ignorance of this virus? During this study, the researcher will attempt to talk about HIV/AIDS to inform them about it and provide guidance to them.

This study is in the field of practical theology and is based on the need for the churches of Lubumbashi to take ownership of a pastoral framework offered to address the emergence of people affected by HIV/AIDS. It focuses on the question of spiritual guidance and the role the churches of Lubumbashi can play to fulfil this important role.

OPSOMMING

Sleutelwoorde: Pastorale sorg, slagoffers van MIV/VIGS, Model vir geestelike ondersteuning, kerk, Lubumbashi.

Die doel van hierdie studie is om die houding te ondersoek van die Lubumbashi-kerke teenoor die slagoffers van MIV/VIGS, om te begryp waarom die kerke oor die jare heen nie in die geestelike versorging van hierdie pasiënte geïnteresseerd was nie. ‘n Model met ‘n Bybelse en teologiese grondslag is vir die pastorale versorging van hierdie pasiënte ontwerp. Dié model sal hulle bemagtig om slagoffers van MIV/VIGS geestelik te mentor, op ‘n wyse wat ingelig word deur die Woord van God, sodat hulle in staat gestel kan word om hulle rol van pastorale doeltreffendheid te verrig.

Sedert die uitbreek van MIV/VIGS in die DRK en spesifiek Lubumbashi, was die kerke nie voldoende begaan oor die geestelike leiding van slagoffers van MIV/VIGS nie, en daarom is hulle pastorale rol nog nie ten volle nagekom nie. Hulle moes lankal die geleentheid benut het wat hom voorgedoen het met die uitbreek van MIV/VIGS om pastorale versorging aan die slagoffers te voorsien.

Hierdie kerke was vir ‘n lang tyd nie in staat om hierdie uitdaging te aanvaar nie. Kan dit moontlik toegeskryf word aan onkunde oor die virus? In die loop van hierdie studie sal die navorser poog om oor MIV/VIGS te gesels om hulle daaroor in te lig en hulle van begeleiding te voorsien.

Hierdie studie val in die veld van praktiese teologie en is gebaseer op die nood van die Lubumbashi-kerke om eienaarskap te aanvaar van ‘n pastorale netwerk wat aangebied word om die verskyning van slagoffers van MIV/VIGS aan te spreek. Dit fokus op die kwessie van geestelike begeleiding en die bydrae wat die Lubumbashi-kerke kan lewer om hierdie belangrike rol te vervul.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique
AES : Accidents d'exposition au sang
ARN : Acide Ribonucléique
ARV : Antirétroviraux
AZT : Azido-thymidine
CDC : Centre de Control de maladies
CDV : Conseil et Dépistage Volontaire
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
CEM : Congo Evangelistic Mission
COE : Conférence Œcuménique des Eglises
CMS : Church Missionary Society
CV : Charge viral
CD4 : Lymphocyte T4
EIC : Eglise Indépendante du Congo
ERC : Eglise de Réveil au Congo
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
NWU : Noth-west University
NVP : Nevirapine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Organisation des nations unies pour la lutte contre le SIDA
PVV : Personnes vivant avec le VIH
PNMLS : Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA & IST
RDC : République Démocratique du Congo
RSA : République Sud-Africaine
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB : Virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquis
SK : Syndrome de kaposi

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1: PESPECTIVE INTRODUCTIVE DE LA RECHERCHE 1

1.1 Titre proposé et mots clés 1

1.2 Contexte et énoncé du problème 1

1.2.1 Contexte 1

1.2.2 Problème de recherche et déclaration de problème 2

1.3 Aperçu preliminaire de la litterature et contextualisation 4

1.4 Statut de la recherche 6

1.5 Contribution de l'étude.....6

1.6 Question de la recherche.....7

1.7 But et objectifs de la recherche.....7

1.7.1 But 7

1.7.2 Objectifs.....8

1.8 Argument theorique central.....8

1.9 Méthodologie de la recherche 8

1.9.1 La tâche descriptive empirique 9

1.9.2 La tâche d'interprétation 10

1.9.3 La tâche normative 10

1.9.4 La tâche pragmatique 10

1.10 Conception de la recherche.....11

1.10.1 Tâches de recherche (processus de recherche) 11

1.10.2 Contexte de la recherche 13

1.10.3 Méthode de collecte des données 13

1.10.4 Analyse des données 15

1.11 Methode d'analyse de données 20

1.11.1 Rôle de la recherche 21

1.12 Conception clarification / définition des termes 21

1.12.1 Pastorale et conseils 21

1.12.2 Personnes affectées 22

1.12.3 VIH/SIDA 23

1.12.4 Modèle de soutien spirituel 24

1.12.5 Église 24

1.12.6 Lubumbashi 25

1.13 Classification provisoire des chapitres 25

1.14 Présentation schématique proposée 26

1.15 Calendrier de recherche proposé / cadre de temps 28

1.16 Budget de recherche 28

CHAPITRE 2 : COMPORTEMENT DES EGLISES DE LUBUMBASHI FACE AUX PERSONNES AFFECTEES PAR LE VIH/SIDA 29

2.1 Introduction 29

2.2 Approche theologique 30

2.2.1 Approche théologique pratique 31

2.2.2 Approche théologique fondamentale 35

2.2.3 Approche théologique pratique post-fondamentaliste 36

2.2.4 Compréhension épistémologique de la recherche théologique pratique 39

2.3 Fondements theologiques du comportement de l'Eglise vis-a-vis de personnes affectees par le VIH/SIDA 41

2.3.1 Contexte du ministère pastoral du VIH/SIDA afin de surmonter les obstacles 41

2.3.2 Maladie et Péché 42

2.3.3 Les causes de la maladie 43

2.3.4 VIH/SIDA et péché personnel 45

2.3.5 HIV/SIDA et péché social 46

2.3.6 La voix de Dieu et le jugement 50

2.3.7 L'unité de vie 52

2.3.8 Le chemin de la croix 53

2.4 Du comportement de l'Eglise chretienne à l'égard du VIH/SIDA 54

2.4.1 L'exemple du comportement de l'Eglise catholique à l'égard de personnes affectées de VIH / SIDA 57

2.4.2 Pharisaïsme et laxisme chrétiens 59

2.4.3 L'exemple de Jésus-Christ 62

2.4.4 La compassion veux-t-il dire excuser le péché ? 67

2.4.5 Mises en garde contre l'attitude de jugement envers les personnes affectées par le VIH/SIDA 68

2.5 Etude du comportement des Eglises de lubumbashi vis-a-vis de personnes affectees par le VIH/SIDA 69

2.5.1 Considération générale 69

2.6 Approche methodologique de la recherche 71

2.6.1 Bref aperçu sur la méthode de recherche qualitative 71

2.6.2 Différence entre la méthode quantitative et la méthode qualitative 71

2.6.3 Description plus détaillée de comparaison entre les deux types de recherche 72

2.6.4 Préparation de la recherche qualitative 73

2.6.5 Choix de la méthodologie de recherche qualitative 75

2.6.6 De la collecte et analyse de données 76

2.6.7 Analysez vos données 78

2.6.8 Rédaction de votre recherche 79

2.6.9 Questions éthiques de la méthode qualitative 79

2.7 Modèle de recherche qualitative 80

2.7.1 Conception de la méthode qualitative 81

2.7.2 Avantages 81

2.7.3 Inconvénients 81

2.8 Modele methodologique d'interpretation theologique de richard osmer 82

2.8.1 De la nature du modèle d'interprétation de Richard Osmer 82

2.8.2 Les quatre tâches du modèle d'Osmer 82

2.9 La nature méthodologique de la présente étude 83

2.9.1 Des Eglises en RDC et dans la ville de Lubumbashi 88

2.9.2 Repères historiques 88

2.10 Collecte de donnees 91

2.10.1 Interview 91

2.10.2 Observation participante 92

2.11 L'echantillonnage 94

2.11.1 L'échantillonnage par rapport à la population 94

2.11.2 L'échantillonnage et la récolte des données sur terrain 96

2.12 Analyse des données de la recherche 97

2.13 Le resultat de la recherche empirique : comportement des eglises de lubumbashi face aux personnes affectees par le VIH/SIDA 99

2.13.1 Sélection et recrutement de participants 99

2.13.2 Raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi face aux personnes affectées par le VIH/SIDA. 101

CHAPITRE 3: LE VIH/SIDA 108

3.1 Introduction 108

3.2 Comprehension contextuelle africaine du VIH/SIDA 109

3.2.1 Une ressource pastorale pour l'Eglise en Afrique 109

3.2.2 HIV/SIDA dans le contexte du christianisme africain 109

3.2.3 Maladie dans la vision africaine du monde et perceptions du VIH/SIDA 110

3.3 Compréhension médicale du VIH/SIDA 119

3.3.1 Concept définitionnel et description du VIH/SIDA 119

3.3.2 Origine du VIH/SIDA. 131

3.3.3 Cause du VIH/SIDA 135

3.3.4 Epidémiologie du VIH/SIDA 142

3.3.5 Comment le VIH/SIDA se transmet-il ? (Les modes de transmission du VIH) 149

3.3.6 Le dépistage du VIH/SIDA 161

3.3.7 L'Evolution naturelle de l'infection à VIH 163

3.3.8 Manifestations cliniques du VIH/SIDA. 170

3.3.9 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV). 180

3.3.10 Prévention et contrôle du VIH/SIDA 194

3.3.11 Les autres maladies sexuellement transmissibles (MST)ou Infections sexuellement transmissibles (IST) 203

3.4 Résumé et conclusions. 213

CHAPITRE 4: PESPECTIVE BIBLIQUE ET THEOLOGIQUE DU VIH/SIDA 217

4.1 Approche biblique et theologique du VIH/SIDA 217

4.1.1 Le VIH/SIDA à la lumière de la théologie 219

4.2 Que dit la bible au sujet du VIH/SIDA ? 234

4.2.1 Homosexualité et christianisme 235

4.3 Le VIH/SIDA à la lumiere de l'Ancien Testament 245

4.3.1 Les maladies transmissibles dans l'ancien testament (AT) 246

4.4 Conclusion 254

CHAPITRE 5 : SOINS PASTORAUX ENVERS LES PERSONNES AFFECTEES PAR LE VIH/SIDA : UN MODELE D'ENCADREMENT SPIRITUEL 256

5.1 Introduction 256

5.2 Pastorale des personnes affectees par le VIH/SIDA dans un contexte africain 258

5.2.1 Historique de la consécration pastorale. 258

5.2.2 Soins pastoraux et conseil Pastoral 262

5.2.3 Approche interdisciplinaire de soins pastoraux et conseil pastoral 265

5.2.4 Terminologie comparative de soins pastoraux et de counseling 266

5.2.5 Questions théologiques connexes de soins pastoraux 273

5.3 Counseling médical VIH/SIDA 273

5.3.1 Origines de la notion de counseling 274

5.3.2 Définition du counseling VIH/SIDA 275

5.3.3 Raisons d'intervention du counseling 275

5.3.4 Les tâches du conseiller 276

5.3.5 A qui s'adresse le counseling VIH/SIDA ? 276

5.3.6 Qui peut faire le counseling VIH/SIDA ? 277

5.3.7 Où se fait le counseling VIH/SIDA 278

5.3.8 De quoi le counseling doit-il tenir compte ? 279

5.3.9 Les concepts du counseling VIH/SIDA 281

5.3.10 Les techniques de base du counseling 282

5.3.11 Le changement de comportement 286

5.3.12 Le déroulement du counseling 289

5.3.13 Les étapes du counseling 291

5.3.14 Les domaines de counseling 291

5.3.15 Le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA 309

5.3.16 Le burnout ou épuisement du conseiller 311

5.3.17 Ethique dans la pratique de prise en charge et du counseling 313

5.3.18 Les droits de la Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVV) 315

5.3.19 Les devoirs de la PVV 319

5.4 Modèle d'encadrement basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi 320

5.4.1 Définition du modèle 320

5.4.2 Modele d'encadrement pastoral base sur le soutien spirituel pour les eglises 320

CHAPITRE 6 : CONCLUSION, IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS 348

6.1 Introduction 348

6.2 Conclusion 349

6.3 Implication 351

6.4 Recommandations 352

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2-1: Raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi face aux personnes affectées par le VIH / SIDA.....104

Tableau 3-1: VIH/SIDA : Nombre de morts en Afrique par Pays 145

Tableau 3-2: Classification des signes cliniques du SIDA (critères de Bangui).....172

Tableau 3-3: 173

Tableau 3-4: Classification des signes cliniques selon CDC 1993 177

Tableau 3-5: Critères d'initiation du traitement ARV en RDC. 186

Tableau 3-6: Tableau syndromique de l'approche syndromique des IST en RDC .205

Tableau 5-1: Résumé de fonctions.....259

Tableau 5-2: Modèle BERCER selon l'OMS : Recommandé dans le cadre de la planification familiale. 283

LISTE DES FIGURES

Figure 1-1: Osmer's model 10

Figure 3-1: Schéma simplifié du VIH 119

Figure 3-2 : Un Ennemi commun 120

Figure 3-3: Destruction du Lymphocyte T4 dans le sang par le VIH. 129

Figure 3-4: Structure du VIH 132

Figure 3-5: Répartition de types de VIH dans le monde 144

Figure 3-6 : Schéma de l'évolution de l'infection à VIH/SIDA (Vhumani Magezi, 2007 :25). 168

Figure 3-7: Les étapes de la progression du VIH. (Vhumani Magezi, 2007 :26). 168

Figure 3-8: tableau sur l'évolution de l'infection à VIH/SIDA 169

Figure 5-1: Préservatif Masculin 294

Figure 5-2: Comment ouvrir l'emballage du préservatif masculin. 294

Figure 5-3: Comment enfiler le préservatif masculin 295

Figure 5-4: Préservatif féminin 297

Figure 5-5: Emballage du préservatif féminin 298

Figure 5-6 : Comment tenir le préservatif féminin de façon à le placer dans le vagin. 298

Figure 5-7 : Comment enrouler l'anneau pour éviter que le sperme ne coule après l'acte sexuel. 299

Figure 5-8 : Comment ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif féminin 299

CHAPITRE 1: PESPECTIVE INTRODUCTIVE DE LA RECHERCHE

1.1 Titre proposé et mots clés

Pastorale et conseils aux personnes affectées par le VIH/SIDA: Un modèle basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi (RDC)

Pastorale, Conseils, Personnes affectées, VIH/SIDA, Modèle, Soutien spirituel, Église, Lubumbashi.

1.2 Contexte et énoncé du problème

Ce fléau, qui n'épargne aucune couche de la société, a dépassé le domaine médical et intéresse désormais tous les secteurs de la société. Comme la pandémie virale n'a pas encore de traitement curatif, l'arme principale de la lutte, reste la prévention. Dans ce contexte, la connaissance du statut sérologique de chaque membre de la communauté est un atout majeur en vue d'adopter un comportement responsable pour limiter la propagation du virus (PNMLS[1], 2004a : 10).

1.2.1 Contexte

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est un grave problème de santé en République démocratique du Congo, comme dans la plupart des pays du monde et en particulier en Afrique subsaharienne.

La ville de Lubumbashi est l'une des villes les plus touchées par le VIH/SIDA en RDC. La situation épidémiologique actuelle et les tendances provinciales en RDC restent alarmantes malgré le déclin de la prévalence du VIH dans toutes les zones urbaines et rurales et, d'ici à 2019-2020. L'épidémie généralisée du pays peut cependant être réduite à une épidémie concentrée.

D'ici 2019-2020, le VIH/SIDA se manifestera beaucoup plus dans les grandes villes et dans certaines régions seulement et pas partout dans le pays. Le VIH/SIDA sera alors dirigé vers des populations à haut risque (PNMLS, 2014a : 6).

Il convient de noter qu'à l'ex Katanga en général et à la ville de Lubumbashi en particulier, le taux du VIH/SIDA augmente (1,3-1,5%). Par ailleurs, il est probable que la cause soit une faible couverture infrarégionale des soins aux personnes touchées par le VIH/SIDA.

De toutes ses victimes, seulement environ 27,5% de ces patients sont admissibles et ont accès à un traitement antirétroviral (PNMLS, 2014a : 10).

Ce rapport montre que ces victimes ont encore besoin d'une aide extérieure des organisations internationales, de l'État, de l'Église etc. Nous aborderons cet aspect en détail lors du développement de ce travail dans les chapitres suivants.

1.2.2 Problème de recherche et déclaration de problème

Des milliers de personnes à Lubumbashi sont victimes et ne reçoivent aucun soutien spirituel, psychologique, juridique, nutritionnel et social. Malheureusement, les Eglises de Lubumbashi n'ont pas encore profité de l'opportunité offerte par le soutien médical, psychologique et social aux personnes affectées par le VIH/SIDA pour assumer leurs responsabilités (Muteba, 2007 : 71). Certains dirigeants d'Eglises ont même affirmé que le SIDA était une punition divine (Bondo, Ngongo & Kasongo, 2015). En fait, on pense généralement que ce virus n'est contracté que par la voie du péché, de l'immoralité et, par conséquent, ces victimes seraient sous la malédiction divine. Une Eglise qui n'appelle pas le péché, péché ne peut pas rencontrer la foi quand il veut pardonner le péché (Bonhoeffer, 1978 : 220-221). D'autres ne s'intéressent même pas à la question du VIH/SIDA. Bien qu'il y ait des efforts louables fournis par les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA, il faut beaucoup pour changer cette attitude négative des Eglises de Lubumbashi. Ce travail les aidera à comprendre ce qu'est le VIH/SIDA et à mesurer l'ampleur du problème qu'il pose dans la société et dans l'Église. Ainsi, ils seront intéressés par l'orientation spirituelle des personnes touchées par cette maladie.

L'objectif de cette recherche est de faire en sorte que les Eglises comprennent que, grâce à leur engagement dans le domaine de la prise en charge spirituelle des personnes touchées par le VIH/SIDA, elles pourraient trouver l'occasion d'apporter des soins pastoraux à ce groupe de patients en difficulté et, par ricochet, à toute la population qui les entoure.

En effet, les besoins des personnes touchées par le VIH/SIDA ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux, psychologiques et sociaux. Ces patients ont également besoin d'un soutien spirituel, ce qui joue un rôle important dans leur réintégration réussie dans les Eglises et dans la société. Il peut sembler surprenant pour certaines personnes de comprendre pourquoi les Églises, lieu où la bonne nouvelle est

proclamée, se tournent contre le champ de bataille du VIH/SIDA et l'octroi de soins spirituels des personnes touchées par le virus. Notons que la mission du Christ et de l'Esprit Saint est accomplie dans le corps de l'Église et le temple du Saint-Esprit en raison de la compassion que Dieu manifeste envers les membres de l'Église. Dans l'Evangile de Matthieu 10.7, Christ a dit à ses apôtres : « Proclamez que le royaume des cieux est proche ; guérissez les malades ; ressuscitez les morts ; purifiez les lépreux ; chassez les démons ». L'Église a reçu une mission précise de Jésus-Christ pour proclamer la bonne nouvelle, enseigner les membres de l'Église et prendre soin d'eux. Par conséquent, prendre soin des personnes malades en leur fournissant une pastorale est une exigence de la mission de l'Église qui remplit ainsi sa vocation critique et libère le monde pour qu'il soit conforme à la volonté de Dieu (Casalis & Hollenweger, 1966 : 25).
C'est pourquoi, les Eglises de Lubumbashi doivent s'engager résolument et s'impliquer dans l'encadrement spirituel des patients atteints du VIH/SIDA. C'est l'un de leurs devoirs fondamentaux qui font partie de leur mission pastorale, car c'est le Christ qui les envoie dans cette mission. Au nom de sa mission, l'Église se doit de s'occuper de toutes les dimensions de la personne humaine et ce par respect de sa dignité (Evangile holistique).

L'Église accorde une attention particulière à sa vie spirituelle, mais aussi à tout son humanité, c'est-à-dire, le développement, la santé, les droits, l'habitat, etc. Sa vocation est de porter son attention à l'être humain. Par conséquent, l'Église a l'obligation d'intervenir dans la lutte contre le VIH/SIDA et d'apporter les soins aux personnes touchées par le VIH/SIDA, conformément à sa nature et à sa mission. La mission pastorale de l'Église est considérée comme un attribut lié à la vocation que Dieu lui adresse (Jones, 1972 : 40).

La parabole du bon Samaritain (Luc 10.29-37) sert de référence. Les activités pastorales de l'Eglise sont fondamentalement inspirées et soutenues par l'évangile de Jésus-Christ. La parole de Dieu appelle les chrétiens à témoigner de la compassion et de soins, de la charité, de la fraternité et de la générosité vis-à-vis des personnes touchées par le VIH/SIDA, qui ont besoin d'une aide comparable à celle que le Bon Samaritain a exprimé avec dévouement. La compassion doit être le fondement de la pastorale que les pasteurs doivent apporter à ces malades et à leurs familles.

Louw (2008 : 116) a déclaré : « *Lorsque l'illusion prend un virage brusque et se porte sur celui que nous aimons, les liens d'amour existants viennent au front, s'inquiètent du bien-être de la famille et de leurs proches* ».

C'est dans ce cadre que le chercheur a concentré sa réflexion sur le thème : La pastorale et le conseil des personnes touchées par le VIH/SIDA : un modèle basé sur le soutien spirituel fourni aux Eglises de Lubumbashi (RDC)

1.3 Aperçu preliminaire de la litterature et contextualisation

Dans le cadre de la conception de ce travail, le chercheur a consulté plusieurs auteurs qui ont examiné le même thème, sous différents aspects. Ceux-ci inclus :

Magezi (2007 : 1) parle du défi du VIH/SIDA, de la pauvreté et des soins de santé. Une approche ministérielle des soins à domicile et à la congrégation en Afrique.

Shomanah, (2003 : 45-46) évoque la prière en Afrique : un guide de la sémantique sensorielle. Et des lignes directrices sur le VIH/SIDA et la liturgie.

Muteba (1984 : 32) souligne l'importance de l'implication de l'Église dans la lutte contre le VIH/SIDA et la pastorale.

Muteba (2007 : 80-86) propose des méthodes de supervision psychosociale pour lutter efficacement contre le VIH/SIDA en Afrique noire.

Hoffman et Grenz, (1999 : 35-159) présentent une épidémie médicale précise et un regard historique sur l'épidémie de SIDA. Ils présentent également une perspective biblique et théologique sur cette maladie troublante. Ensemble, ils fournissent une éducation et une compréhension de la résurrection chrétienne aux victimes et à leurs familles.

Birgitta (1989 : 71) argumente que l'Église a l'obligation d'intervenir dans la lutte contre le VIH/SIDA, conformément à sa nature et à sa mission. Il recommande que l'Église soit là où les problèmes de santé humaine sont traités.

Ryrie (2005 : 99-101) parle de la théologie chrétienne, qui se doit d'appliquer un Évangile holistique, qui traite l'homme dans son intégralité.

Blyth et Garland (2011 : 11) déclarent que le SIDA c'est réel et c'est dans notre Eglise. Et le poids de la souffrance humaine due au SIDA en Afrique s'accroit chaque jour. La plupart d'entre les chrétiens se rendent compte à présent que le SIDA est réel, et qu'il est probable que nous connaissions des gens qui sont infectés dans nos Eglises. Ils

décrivent les principes essentiels qui président aux soins des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Erickson (1983 : 89) maintien que le fondement de la théologie chrétienne repose sur son amour et sa compassion envers les gens qui souffrent.

Mutomb (2009 : 45) propose des méthodes d'implication pastorale et de soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dixon (2010 : 112) déclare que le VIH continue de se répandre rapidement et que le sida provoque des tragédies, des misères et des souffrances ; cependant la plupart des infections pourraient être évitées et le traitement amélioré grâce à une lutte concrète et un bon encadrement. La recherche de Patrick Dixon montre comment agir au sein de ce cadre.

Simonis et Bosch (1988 : 7) disent que le VIH/SIDA a une dimension différente des autres maladies sexuellement transmissibles, car il a un caractère anthropologique, éthique, psychologique, philosophique et cela ne peut être ignoré, surtout si nous nous appelons chrétiens.

Berinyuu (1988) parle de la pastorale des malades en Afrique selon une approche théorique de la pratique pastorale.

Parmentier (2008 : 25) traite des analyses et des perspectives vues sous l'angle de la théologie pratique.

La pertinence de ce sujet réside dans le fait que des milliers de victimes du VIH/SIDA dans la ville de Lubumbashi n'ont pas d'encadrement efficace, spirituellement, psychologiquement, juridiquement, nutritionnellement et socialement. Les Eglises de Lubumbashi n'assument pas encore leur responsabilité, en profitant de l'opportunité offerte par l'émergence de patients atteints du VIH/SIDA pour mettre en pratique des soins pastoraux. En fait, les Eglises manquent d'un modèle d'orientation spirituelle, fondé sur les principes bibliques et théologiques applicables à cette catégorie de patients en particulier et tous les autres patients atteints d'une maladie chronique en général. C'est ce qui marque la differnce entre les recheches anterieures et celle que nous avons entrepris.

Le chercheur propose un modèle d'orientation spirituelle qui servira de base aux Eglises dans la pastorale des personnes touchées par le VIH/SIDA. C'est un système de mentorat plus efficace et plus accessible qui répond au besoin spirituel de ces patients, en fonction de la participation de la communauté, impliquant des pasteurs, des serviteurs de Dieu et des bénévoles.

1.4 Statut de la recherche

Depuis l'apparition du VIH/SIDA en RDC et à Lubumbashi, plusieurs études ont été menées sur le VIH/SIDA qui comprennent des soins psychosociaux et spirituels pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'exemple des recherches de Muteba (1984 et 2009) intitulées respectivement, *Comprendre l'engagement de l'Église dans la lutte contre le VIH/SIDA* et *La lutte contre le VIH/SIDA en Afrique noire* (cf. Mutomb, 2009) illustre ce point.

La pertinence du sujet de recherche est liée au fait que des milliers de victimes du VIH/SIDA dans la ville de Lubumbashi ne reçoivent aucune orientation spirituelle, psychologique, juridique, nutritionnelle ou sociale. Les Eglises de Lubumbashi n'ont pas profité de l'opportunité de la mise en place d'un tel soutien pour proclamer l'évangile de Jésus-Christ. Comme nous l'avons remarqué plus haut elles ne disposent pas d'un modèle de soutien biblique pour s'adresser à cette catégorie de patients.

Alors que des milliers de personnes restent clouées sous le poids de cette épidémie (Birgitta, 1989 : 102), l'Église de Lubumbashi, si elle avait mis en place une pastorale solide, aurait pu depuis longtemps bénéficier du soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA pour leur annoncer la Parole de Dieu. L'objectif de notre étude est d'examiner les attitudes des Eglises à Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA et de concevoir un modèle d'orientation spirituelle basé sur des principes bibliques qui peut les aider à soutenir efficacement les personnes affectées et à accomplir leurs soins pastoraux. C'est dans cette perspective que cette recherche peut résoudre les questions soulevées par cette étude.

1.5 Contribution de l'étude

Le chercheur veut proposer un modèle d'orientation spirituelle qui servira de base aux Eglises dans les soins pastoraux aux personnes touchées par le VIH/SIDA. C'est un système de mentorat qui répond aux besoins spirituels de ces patients, plus efficace, plus

accessible, en fonction de la participation de la communauté, impliquant des pasteurs, des serviteurs de Dieu et des bénévoles de la communauté.

1.6 Question de la recherche

Dans la recherche, on répondra à la question suivante :

- Quel modèle d'orientation spirituelle, fondé sur des principes bibliques, peut aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter avec efficacité de leurs responsabilités pastorales et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA ?

Voici d'autres questions qui découlent de cette première question :

- Dans quelle mesure la recherche empirique contribue-t-elle à la création d'une représentation claire de l'attitude actuelle des Eglises de Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA ?

- Quelles clarifications les autres sciences connexes fournissent-elles dans la compréhension et l'explication de la situation actuelle des personnes touchées par le VIH/SIDA ?

- Quelles sont les perspectives normatives et éthiques (bibliques et théologiques) pour une pastorale avec des conseils adaptés aux personnes touchées par le VIH/SIDA et pour le rôle de l’Eglise ?

- Quelles perspectives et lignes directrices peuvent être considérées comme des données qui permettent de concevoir un modèle d'orientation spirituel, qui s’articule sur les principes bibliques, et qui aident les Eglises de Lubumbashi à mettre en place une collaboration avec les patients touchés par le VIH/SIDA ?

1.7 But et objectifs de la recherche

1.7.1 But

Le but de cette étude est d'examiner l'attitude des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes affectées par le VIH/SIDA, afin de comprendre pourquoi ces Eglises n'ont pas été intéressées depuis longtemps par l’encadrement spirituel de ces patients,

L’objectif sera de concevoir un modèle d'orientation spirituelle, basé sur des principes bibliques, pour aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leur pastorale et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA.

1.7.2 Objectifs

Avant d'atteindre cet objectif, les objectifs subsidiaires suivants doivent être atteints :

- Obtenir, grâce à une recherche empirique, une description claire de l'attitude actuelle des Églises à Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA.
- Mener une étude de la littérature de diverses sciences connexes afin de fournir une compréhension et une explication de la situation actuelle des personnes touchées par le VIH/SIDA.
- Déterminer les perspectives normatives et éthiques (bibliques et théologiques). L'Écriture fondée sur la pastorale et le conseil des personnes touchées par le VIH/SIDA et le rôle de l'Église.
- Proposer des perspectives et des lignes directrices pour concevoir un modèle d'orientation spirituelle basé sur des principes bibliques, pour aider les Eglises de Lubumbashi à mettre en place une pastorale efficace qui soutient les personnes touchées par le VIH/SIDA.

1.8 Argument theorique central

L'argument théorique central de cette étude est qu'un modèle d'orientation spirituelle, fondé sur des principes bibliques, peut aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leurs soins pastoraux et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA.

1.9 Méthodologie de la recherche

Parmi les différentes phases de développement méthodologique de la recherche en théologie pratique, Ballard et Pritchard (2006), Browning (1996), Dingemans (2000), Heitink (1999), Osmer (2008) et Van der Ven (1998) présentent des modèles de recherche disponibles pour la recherche en théologique pratique. Dans cette étude de théologique pratique, le chercheur répond aux différents objectifs et à la recherche en utilisant le modèle méthodologique d'interprétation théologique proposé par Richard

Osmer (Osmer, 2008 :4-29). L'approche commence par la situation actuelle, qui fait l'objet d'une analyse pour révéler la réalité de ce qui se passe.

L'accent descriptif-empirique d'Osmer pourrait être considéré comme un point de départ approprié aux fins de cette étude (Osmer, 2008 :6-29). Osmer souligne le rôle important du discernement dans cette recherche. La méthode d'Osmer provient de la tradition réformée et s'appuie sur la Parole inspirée de Dieu en tant que principale source de direction et de fondement normatif (2 Timothée 3.16-17, Hébreux 1.1-2). Il offre un espace de recherche empirique descriptive et permet une interaction herméneutique entre les différentes phases (Osmer, 2008 :6-29). Osmer mentionne une réflexion équilibrée qui fournit une voie importante aux membres du même domaine particulier, de parler entre eux et d'accepter les autres au lieu de les vaincre ; de trouver ainsi les points de convergence dans leur travail (Osmer, 2008 : 241). Il soutient que de nombreuses théologies pratiques contemporaines utilisent quatre tâches dans le sens d'un cercle d'une spirale herméneutique. Osmer propose une pratique réfléchie en théologie pratique qui offre un espace de réflexion sur l'expérience, la pratique et le dialogue avec les sciences sociales qui tient compte des ressources normatives de la foi chrétienne (Osmer, 2008 : 8). De Klerk & Van Rensburg (2005 : 5) donnent un aperçu de la nécessité d'aborder la recherche en théologie pratique dans une perspective métathéorique. Osmer (2008 : 58) définit la métathéorie comme suit : "Une perspective composée d'hypothèses sur la réalité, la connaissance et la science qui transcendent la recherche".

Le modèle d'Osmer comprend quatre questions qui guident le chercheur, lui permettant de se concentrer sur quatre tâches intellectuelles interdépendantes de la recherche en théologie pratique (Osmer, 2008 :4).

Les quatre tâches principales de la pratique de la recherche théologique, guidées par quatre questions, seront étudiées dans cette recherche :

1.9.1 La tâche descriptive empirique

Examine la situation actuelle sur la question : qu'est-ce qui se passe ? / Qu'est-il arrivé ? La collecte d'informations aide le chercheur à discerner les modèles et la dynamique dans les épisodes, les situations ou les contextes.

1.9.2 La tâche d'interprétation

Cherche à comprendre à partir d'une étude de la littérature de diverses sciences apparentées ou les « causes » de la situation actuelle. La tâche d'interprétation pose la question suivante : Pourquoi a-t-elle évolué ? Décrire les théories des activités pour mieux comprendre et expliquer pourquoi ces modèles et ces dynamiques ont eu lieu.

1.9.3 La tâche normative

Consiste à des perspectives normatives et éthiques. La littérature biblique et théologique facilite la description de la situation désirée. Cela soulève la question : qu'est-ce qui devrait arriver ? / Qu'est-ce qui doit être fait ? En utilisant les concepts théologiques pour interpréter des événements, des situations ou des contextes, le chercheur établit des normes éthiques pour guider les réponses et ou « éclairer » les meilleures pratiques.

1.9.4 La tâche pragmatique

Implique la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie ou d'un plan d'action pour trouver la solution du problème formulé dans la tâche empirique. Cela soulève la question : comment allons-nous répondre ? / Comment devons-nous agir ? La tâche pragmatique détermine les stratégies et les actions qui influenceront les situations de manière souhaitable et possible pour mettre en place la solution du problème formulé dans la tâche empirique-descriptive.

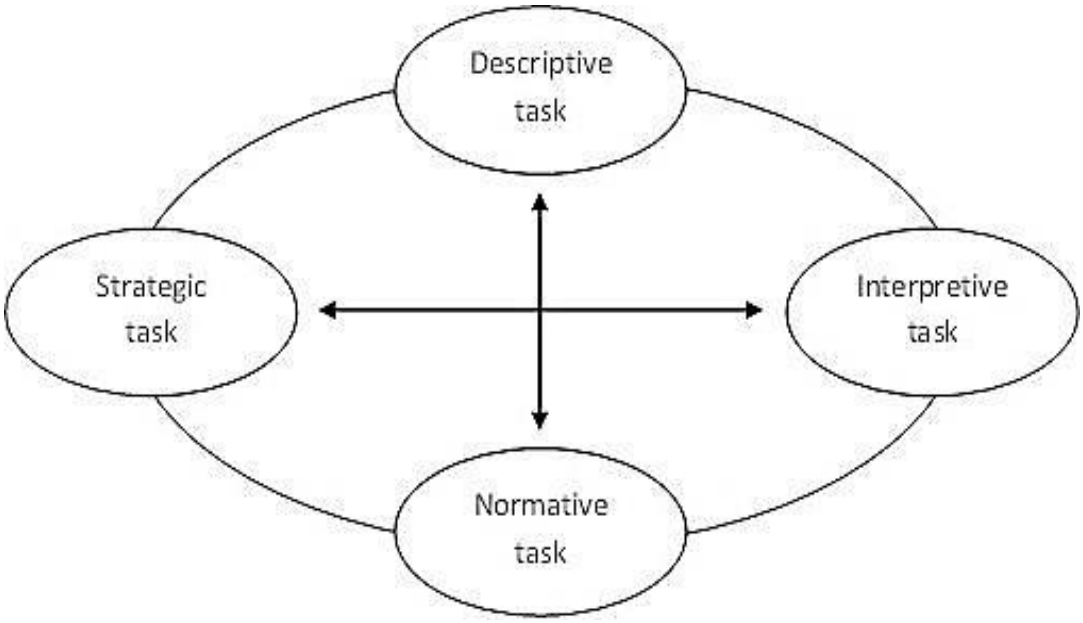


Figure 1-1: Osmer's model

(Osmer, 2008 : 11)

1.10 Conception de la recherche

La collecte de données dans cette recherche signifie des entrevues, des observations participatives dans l'enquête parmi les pasteurs et des études de cas qui seront appliquées en tant que méthode de recherche qualitative. La participation des Églises de Lubumbashi à la médiation sacerdotale, royale et prophétique du salut du Christ est facilitée par les pasteurs dans l'exécution de quatre tâches pratiques d'interprétation théologique (Osmer, 2008 : 28).

1.10.1 Tâches de recherche (processus de recherche)

1.10.1.1 Tâche empirique descriptive

Pour atteindre le premier objectif de cette étude, obtenir grâce à une recherche empirique une description claire de l'attitude actuelle des Eglises de Lubumbashi envers les personnes atteintes du VIH/SIDA, une étude empirique qualitative, fondée sur une spiritualité de présence et d'écoute sacerdotale, sera entreprise (Osmer, 2008 : 33-35). La collecte de données par des entretiens permettra de comprendre et d'expliquer l'attitude actuelle de l'Eglise de Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA. Les répondants (les pasteurs des églises de Lubumbashi) seront identifiés en fonction de leur contribution significative dans la réponse aux questions de recherche.

1.10.1.2 Tâche interprétative

Une étude de la littérature sur diverses sciences connexes sera menée afin d'atteindre le deuxième objectif de cette étude: mener une étude de la littérature de diverses sciences connexes afin de fournir une compréhension et une explication de la situation actuelle des personnes touchées par le VIH/SIDA . La tâche d'interprétation fournira des connaissances, une compréhension, une explication de la situation actuelle en ce qui concerne le VIH/SIDA des personnes touchées dans les Eglises de Lubumbashi. Pour établir la perspective interprétative, la revue/l'étude de la littérature tienda compte des théories/des approches de la médecine, de la psychologie et de la sociologie, dans la recherche de la perspicacité et de la sagesse, en ce qui concerne la situation actuelle du VIH/SIDA et l'orientation spirituelle de l'Eglise dans l'application de la pastorale (Osmer, 2008 : 85).

1.10.1.3 Tâche normative

La tâche normative sera appliquée pour atteindre le troisième objectif : « Déterminer les perspectives normatives et éthiques (bibliques et théologiques). L'Écriture offre la pastorale et le conseil aux personnes touchées par le VIH/SIDA et précise le rôle de l'Église ». Cette tâche sera centrée sur une spiritualité du discernement prophétique (Osmer, 2008 : 135). La tâche normative consiste à rechercher activement l'orientation de Dieu et à trier ce qu'il faut faire dans certains épisodes, situations et contextes (Osmer, 2008 : 138). Dans cette tâche, on notera des points de vue bibliques, théologiques et éthiques (Osmer, 2008 : 4-7). L'objectif sera de rechercher par la conduite d'études exégétiques de passages des Écritures applicables à la problématique envisagée. La méthode d'exégèse à suivre pour cette étude est l'approche historico-grammaticale recommandée par De Klerk et Van Rensburg (2005) et Hayes et Holladay (2007).

Les perspectives normatives dérivées de l'exégèse seront comparées aux perspectives d'interprétation, déterminant ainsi comment la sagesse du monde se rapporte de manière appropriée à la situation décrite dans l'interaction avec la sagesse de Dieu (Osmer, 2008 : 162). Cela signifie que la sagesse humaine ne doit pas être mise de côté, mais elle doit tenir compte de la sagesse de Dieu, qui doit éclairer la sagesse humaine pour la transformer et la régénérer afin qu'elle puisse rechercher activement la volonté de Dieu.

Une étude théologique pertinente basée sur l'analyse exégétique et le contexte socio-historique des textes bibliques choisis sera effectuée à partir des réponses des pasteurs sur leur comportement envers les personnes touchées par le VIH/SIDA. Les textes bibliques choisis font allusion à l'encadrement des personnes souffrantes. Ils incluent ; Matthieu, 10.7-8 ; Luc, 13.1-5 ; Jean, 9.1-3 ; Jean, 8.1-11. A l'exemple du texte de Matthieu, 10.7-8 qui dit : « Allez, prêchez et dites : Le royaume des cieux est proche. Guérissez les malades, ressuscitez les morts, purifiez les lépreux, chassez les démons. Vous avez reçu gratuitement, donnez gratuitement », qui souligne la motivation des pasteurs à travailler activement dans les soins spirituels et même sociaux des personnes touchées par le VIH/SIDA. C'est une recommandation du Christ à l'Eglise d'aller, de prêcher en disant que le royaume de Dieu est proche et de soigner les malades, de relever les morts, de purifier les lépreux, de chasser les démons. Et de le faire gratuitement. C'est pour cette raison que l'Église doit prendre en charge les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

1.10.1.4 Tâche pragmatique

La tâche pragmatique d'Osmer (2008 : 176) sera appliquée au quatrième objectif : « Proposer des perspectives et des lignes directrices pour concevoir un modèle d'orientation spirituelle basé sur des principes bibliques. Pour cette etude il s'agit d'aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leurs soins pastoraux et soutenir les personnes touchées par VIH/SIDA ». La tâche pragmatique implique les lignes directrices pour concevoir un modèle d'orientation spirituelle et l'application de la pastorale pour résoudre le problème formulé dans la tâche descriptive empirique. Cette tâche pragmatique implique également de se tourner vers les objectifs souhaités. Par conséquent, la synthèse établie par une interaction herméneutique entre les résultats de la recherche de tâches descriptives interprétatives et normatives sera utilisée afin de proposer des perspectives et des lignes directrices pour un modèle destiné aux pasteurs, dans la surveillance/accompagnement spirituel(le) des personnes touchées par le VIH/SIDA.

Le modèle proposé sera testé pour déterminer son efficacité dans la pastorale de l'orientation spirituelle des personnes touchées par le VIH/SIDA. Le chercheur envisage d'atteindre cet objectif en menant des entretiens de suivi avec les pasteurs interviewés (Cf. chapitre premier) et en discutant le modèle proposé. Le modèle d'intervention proposé devrait améliorer le fonctionnement et le bien-être des personnes touchées par le VIH/SIDA dans les Églises de Lubumbashi et enfin la communauté chrétienne (De Vos, 2011 : 394).

1.10.2 Contexte de la recherche

La collecte de données se fera parmi les pasteurs qui ont des membres de l'Église affectés par le VIH/SIDA dans leurs églises à Lubumbashi.

1.10.3 Méthode de collecte des données

La collecte des données sera fait à partir d'entretiens semi-structurés (technique d'enquête qualitative frequement utilisees dans les recherches en sciences humaines et sociales permettant d'orientés le discours des personnes interrogées autour de differents thèmes definis au préalable par les enquêteurs et consignées dans un guide d'entretien) et un questionnaire adressé aux pasteurs. L'étude de cas sera appliquée en tant que méthode de recherche qualitative, en posant des questions semi-structurées dans un

groupe de base de 5 à 10 pasteurs des Églises de Lubumbashi qui soutiennent les personnes touchées par le VIH/SIDA. La méthode de recherche qualitative sera menée afin de mieux connaître leurs connaissances, leurs attitudes, leurs expériences et leurs perceptions et d'établir les croyances et le niveau d'orientation spirituelle des personnes touchées par le VIH/SIDA dans leurs églises. Le chercheur espère également rechercher et établir, dans le cadre pastoral actuel, des solutions aux défis auxquels sont confrontés les orientations spirituelles des personnes touchées par le VIH/SIDA.

Les questions posées aux pasteurs des églises de Lubumbashi sont formulées comme suit:

- Qu'est-ce que le VIH/SIDA?
- Comment le VIH/SIDA affecte-t-il les personnes?
- D'où vient-il?
- Quel est votre expérience dans l'orientation spirituelle des personnes touchées par le VIH/SIDA?
- Comment les personnes touchées par le VIH/SIDA se comportent-elles lorsqu'elles viennent vous voir au sujet de leur maladie?
- Quelle est votre attitude envers les personnes touchées par le VIH/SIDA?
- Croyez-vous que les personnes touchées par ce virus hériteront du royaume des cieux s'ils croient en Jésus-Christ en tant que Seigneur et Sauveur?
- Avez-vous un service de mentorat pour les personnes touchées par le VIH/SIDA?
- Avez-vous un programme particulier d'orientation spirituelle dans votre Église, pour les personnes touchées par le VIH/SIDA?
- Avez-vous été formé aux soins des personnes touchées par le VIH/SIDA?
- Est-il important pour les Eglises d'avoir les services de mentorat des personnes touchées par le VIH/SIDA? Les réponses des pasteurs seront évaluées sur la manière dont les Eglises de Lubumbashi utilisent les soins pastoraux dans l'orientation spirituelle, pour remplir leur mission pastorale envers les personnes touchées par le

VIH/SIDA. La réponse à cette question pourrait avoir un impact positif sur les pasteurs, les Eglises et les communautés chrétiennes dans leur comportement envers les personnes touchées par le VIH/SIDA.

Les données des interviews seront analysées en examinant d'abord les données brutes et en marquant les différentes sections des données comme étant pertinentes pour un ou plusieurs thèmes (codage) afin d'identifier les relations entre les différents thèmes (Forman *et al.,* 2008 : 767), en respectant les normes éthiques prescrites, comme le prévoit l'Université du Nord-Ouest.

Le chercheur déterminera quel est le modèle-cadre qui permettra d'appliquer les soins pastoraux aux personnes touchées par le VIH/SIDA, à travers le résultat de l'analyse de l'Écriture (Bible), l'aspect théologique, les entretiens, les cas étudiés et l'argument documentaire , qui sera évalué et utilisé pour produire des conclusions appropriées.

1.10.4 Analyse des données

1.10.4.1 Analyse des données qualitatives

Tout d'abord, le chercheur prend des notes pendant les entretiens ; ainsi toutes les interviews des cas à étudier seront transcrites sur Microsoft. Tous les fichiers seront stockés sur l'ordinateur du chercheur qui est protégé par mot de passe. Le chercheur analysera les données en utilisant l'analyse thématique (Gibson & Brow, 2009 : 30 ; Saldana, 2012 : 3-4), afin d'examiner d'une manière générale la recherche de la vérité. Le chercheur effectuera cette recherche en utilisant un schéma dans les données recueillies.

1.10.4.2 Collecte de données (collecte) et éthique Considération / implication de la recherche

Le chercheur respectera les exigences éthiques spécifiques pour la recherche qualitative, comme l'a recommandé l'Université du Nord-Ouest. Les points suivants seront respectés au cours de la recherche. Le chercheur respectera les exigences éthiques spécifiques pour la recherche qualitative, selon l'exige l'Université du Nord-Ouest.

1.10.4.3 Niveau de risque estimé

Le chercheur estime que le niveau de risque est minime parce que les participants (pasteurs) ne sont pas directement touchés par le VIH/SIDA. La recherche qualitative sera appliquée aux pasteurs des églises de Lubumbashi qui soutiennent les personnes touchées par le VIH/SIDA.

1.10.4.4 Ce qui sera attendu des participants lors de la collecte de données ?

Le chercheur devra avoir la permission des représentants des communautés ecclésiales, pour obtenir le consentement des pasteurs. Les participants devront remplir et signer un formulaire de consentement éclairé, indiquant s'ils participeront ou non à la recherche. Le formulaire de consentement éclairé contiendra des informations sur le cours et la durée de l'entrevue. Dix à quinze minutes seront consacrées à chaque entretien avec les participants. Le formulaire d'entrevue structuré est également spécifiquement conçu pour refléter leurs opinions sur la recherche et prendra au moins 20 à 25 minutes de son temps à compléter.

1.10.4.5 Expérience probable des participants ?

Une atmosphère agréable et une sérénité seront créées pour éviter un climat de frustration autour de chaque entretien individuel, afin que les participants aient la confiance nécessaire pour participer à l'entrevue

1.10.4.6 Risques et précautions

Les risques reconnaissent la marginalisation envers les personnes touchées par le VIH / sida dans l'Église et la société. Les participants auront l'assurance de la confidentialité stricte de l'ensemble des informations fournies. Les participants seront traités avec respect et équité en tout temps. En outre, s'ils veulent se retirer de la recherche, leurs souhaits seront acceptés immédiatement. La règle éthique fondamentale de la recherche sociale est qu'elle ne devrait pas nuire aux participants (Babbie, 2015 : 27). Au cours du processus de recherche, l'identité et la confidentialité des propos des participants seront respectées. Des mesures seront prises pour s'assurer qu'aucune violation d'opinion ou de croyance ne peut être vécue par les participants.

Les participants obtiendront une compréhension et un comportement positif envers les personnes touchées par le VIH/SIDA en participant à cette étude. Les résultats de toutes

les données recueillies contribueront au soutien positif futur des personnes touchées par le VIH/SIDA par les Églises chrétiennes à Lubumbashi. Les églises peuvent bénéficier de cette recherche pour accomplir leurs soins pastoraux efficacement et soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA.

1.10.4.7 Analyse du risque / avantages

Dans cette étude, les risques sont inférieurs par rapport aux bénéfices. Le risque d'éthique estimé est faible parce que l'enquête du chercheur sera parmi les participants (les pasteurs) qui peuvent bénéficier de la recherche pour accomplir leurs soins pastoraux efficacement et soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA dans leurs églises. Cela profitera également à la société en général à Lubumbashi.

1.10.4.8 Expérience et compétences légales

Le chercheur est un médecin qualifié, professionnellement et juridiquement compétent par le code de déontologie et d'éthique médicale avec l'expertise nécessaire pour mettre en œuvre des techniques juridiques pour mener à bien ces enquêtes.

1.10.4.9 Installations

L'emplacement et les installations seront adéquats. Pour la mise en œuvre de cette étude, une grande salle de réunion sera disponible avec des portes et de grandes fenêtres, propre et aérée pour le bien-être des participants et le chercheur.

1.10.4.10L'autorité légale

L'autorisation légale pour cette recherche sera accordée respectivement par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé de la RDC avant l'étude. L'approbation conditionnelle sera accordée afin d'obtenir cette autorisation. Cependant, l'enquête ne commencera pas avant que le comité d'éthique de l'Université du Nord-Ouest ne reçoive les documents définitifs de cette autorisation.

1.10.4.11Autorisation de bonne volonté

La permission d'entreprendre l'enquête dans les Églises de Lubumbashi, avec des pasteurs qui soutiennent les personnes touchées par le VIH/SIDA, sera accordée par les autorités de contrôle, respectivement les ministres de la Justice chargés des confessions

religieuses et de la santé publique pour la santé et les affaires sociales. Le chercheur prend soin de voir personnellement ces autorités à Lubumbashi en RDC.

1.10.4.12Critères de sélection et de recrutement des participants

Les participants doivent être juridiquement et psychologiquement compétents pour donner leur consentement et ils doivent savoir qu'ils seront libres de se retirer de l'étude à tout moment s'ils le souhaitent (De Vos *et al*., 2011 : 117). Seuls les pasteurs ayant des Églises seront sélectionnés et recrutés pour donner leur consentement et leurs informations pour cette recherche. Les pasteurs qui n'ont pas d'églises ne seront pas sélectionnés ou recrutés parce qu'ils n'ont pas de membres.

1.10.4.13 Recrutement des participants

Le recrutement des participants débutera en mars 2017 et se terminera en mai 2017. Les participants seront sélectionnés indépendamment de la discrimination fondée sur le sexe. Le processus de sélection et de recrutement sera mené de manière juste et équitable et sera par invitation, annonces et utilisation d'interlocuteurs et médiateurs. Le choix sera celui des pasteurs qui ont réellement des églises, qui décident absolument et volontairement de participer à cette recherche. Aucun participant ne sera intimidé, ni influencé ou implicitement discriminé. Les pasteurs qui n'ont pas d'églises ne seront pas sélectionnés parce qu'ils n'ont pas les membres auxquels ils peuvent se référer pour donner au chercheur les informations nécessaires à cette recherche.

1.10.4.14Consentement éclairé (consentement, autorisation, consentement et dissidence)

L'obtention d'un consentement éclairé implique tous les processus de consentement possibles, adéquats et détaillés conformément à la loi sur le but de l'étude. La durée prévue de la participation du répondant, les procédures à suivre pendant la recherche, les avantages possibles, les inconvénients et les dangers auxquels les participants peuvent être exposés et la crédibilité du chercheur sont signalés aux participants potentiels ou à leurs représentants légaux avant le début du projet de recherche (De Vos, 2011 : 117).

Le chercheur transmettra toutes les informations possibles, de manière exhaustive et détaillée en français et un interprète aidera à les traduire en swahili, deux langues

officielles parlées couramment dans l'environnement de la recherche (dans ce cas, la ville de Lubumbashi) pour obtenir le consentement éclairé de participants.

1.10.4.15Incitatifs et / ou rémunération des participants

Le chercheur travaillera sur le principe du TIE (temps, inconvénients, transport, repas, frais) ; Il s'agit d'un principe d'agir rapidement, facilement et librement par rapport aux participants. Une bouteille de boissons fraîches et une collation seront offertes à chaque participant. Les coûts de transport équivalents de R30 seront également donnés à chaque participant en main, à la fin de la réunion.

1.10.4.16Annonce / Diffusion des résultats de l'étude aux participants

Les résultats de cette recherche seront formulés et présentés clairement, sans ambiguïté, aux participants à cette thèse de doctorat en études pastorales pour éviter d'être mal utilisés par eux, au grand public et même aux collègues de recherche (De Vos et *al.,* 2011 : 166). La thèse sera déposée dans la bibliothèque de l'Université Nord-Ouest et sera publiée sur Internet sur des sites comme www.academia.edu. Les participants auront le droit d'avoir une copie de la publication de ces sites de thèse de recherche. Les résultats de cette recherche seront également trouvés/divulgués dans une ou plusieurs conférences, séminaires locaux, dans des églises ou les représentations d'organisations et d'événements chrétiens. Les résultats de la recherche seront également disponibles sur un site Web dédié à la recherche future après achèvement.

1.10.4.17Confidentialité

La participation à la recherche sera anonyme. Lors de l'identification des participants et du processus de recherche, l'identité et la confidentialité des participants seront respectées ainsi que toute information fournie par le participant dans le cadre de cette étude.

1.10.4.18Gestion, stockage et destruction des données

Toutes les données générées au cours de la recherche, sous leurs différentes formes (questionnaires, interviews enregistrées) seront compilées et stockées, en tant que fichier protégé par un mot de passe secret sur l'ordinateur du chercheur. Seul le chercheur et le responsable du stockage de données auront accès à ces données.

1.10.4.19Suivi de la recherche

Le chercheur restera dans les délais du protocole pour prévenir les incidents et les risques pendant la phase de recherche. L'intervieweur conservera le questionnaire et sera sensible à la réaction du participant; il ne va pas au-delà des questions abordées dans l'interview. Tout incident pendant la recherche sera signalé au conseiller professionnel qui sera invité à participer à la résolution du problème.

1.11 Methode d'analyse de données

Après avoir collecté vos données, vous pouvez démarrer avec les analyses et le collectage des réponses et des théories pour votre question d'etude. Bien entendu il existe plusieurs manières d'analyser vos données, noter que tous les modes d'analyse disponibles dans la recherche qualitative sont basés sur l'analyse textuelle écrite ou orale (wiki How, 2011).

Le chercheur utilisera un résumé de codage descriptif, le contenu principal identifiera la partie du contenu qui aidera probablement à l'établissement de l'analyse de la recherche (Saldana, 2012 : 3-4). Le chercheur produira alors une interprétation du codage en interprétant la signification dans le cadre de la recherche et en identifiant le thème clé. (King & Harroks, 2010 : 152-158). Vous attribuer un mot avec le codage, un numero ou une expression à chaque catégorie. Démarrer avec une énumération préétablie de codes que vous avez obtenus de vos connaissances anterieures en la matière. Par exemple, « responsabilité communautaire » ou « problemes financiers » pourraient être deux codes que vous utiliserez après avoir terminé votre analyse verbale sur les pasteurs d'Eglises. Vous revoyez donc toutes vos données de manière systématique en assignant des idées de « code », de thèmes et concepts à des catégories concordantes. Vous créez aussi un autre ensemble de codes obtenus de la lecture et de l'analyse des données. Par exemple, vous pourrez observer en codant vos entretiens que le mot « ignorance » apparait fréquemment. Vous pouvez donc ajouter un code à cela. Le codage aide à arranger vos données et à reconnaitre les caracteristiques et leurs points communs de vos (wiki How, 2011).

Les différentes méthodes d'analyse de données sont les suivant :

L'analyse narrative : se concentre sur le contenu et la parole, comme la grammaire, l'utilisaton des mots, les symboles, les sujets d'histoire, l'apprehention des situations, la situation culturel, social et politique du récit (wiki How, 2011).

La statistique descriptive : il s'agit d'analyser les données en usant des dénombrements. Les statistiques descriptives servent à décrire, demontrer ou résumer les données dans les lignes principales.

L'analyse de contenu ou l'analyse sémiotique : passe en revue les textes ou les séries de textes et recherche des sujets et des eclaircissements à la fréquence des mots. Autrement dit, vous tenter d'identifier les structures et les régularités dans un texte verbal ou écrit et en vue de faire des déductions sur la base de ces régularités (wiki How, 2011).
L'herméneutique : se focalise sur la compréhension ou le sens d'un texte oral ou écrit. Essentiellement, vous essayez de donner un sens à l'objet de l'étude et faire la lumière sur une sorte de cohérence implicite (wiki How, 2011).

1.11.1 Rôle de la recherche

Le chercheur doit expliquer les points contenus dans le document de consentement, éclairer les participants et les collègues (médiateurs, enquêteurs et transcripteurs), rassurant les participants sur la confidentialité de leurs noms, l'anonymat externe en utilisant des codes ou des noms de code et le stockage des données sur l'ordinateur du chercheur protégé par mot de passe.

1.12 Conception clarification / définition des termes

1.12.1 Pastorale et conseils

La pastorale, également appelée « guérison des âmes », se réfère à la prestation de soins, y compris la guérison, le soutien, l'orientation et la réconciliation des personnes en difficulté ou en période de crise (Anderson, 2001 : 218, Collins, 2005 : 4).

Le counseling pastoral (conseils) est un aspect particulier de la pastorale et aide les gens à guérir et à apprendre à grandir et à lutter contre Dieu, le conseiller merveilleux (Benner, 2002 : 32, Collins, 2005 : 4).

La théologie pastorale fait référence à une réflexion critique sur la nature et l'activité de soins de Dieu et des personnes humaines devant Dieu, dans les contextes personnels, sociaux, communautaires et culturels du monde. Elle est décrite comme pastorale en raison de son attention aux soins des personnes et des communautés. C'est théologique parce qu'elle reflète la nature et l'activité de Dieu et de l'humanité par rapport à Dieu, tel que dépeint et compris à travers diverses pratiques et documents de foi (McFarland, 2011 : 371).

En utilisant la définition de la théologie pastorale fournie par la Société américaine pour la théologie pastorale, McFarland (2011 : 371) définit la théologie pastorale comme une entreprise théologique pratique constructive axée sur le soin religieux des personnes, des familles et des communautés, en soulignant sa nature constructive et pratique. Les théologiens de la pastorale engagent « Dieu » et « s'occupent » de manière critique à susciter des questions et explorer des concepts et des pratiques. Ils sont voués à la compréhension de la foi et à s'occuper efficacement des personnes, des familles et des communautés dans leurs contextes respectifs.

Cette compréhension du terme pastorale est clarifiée par Louw (2008 : 31) lorsqu'ils affirment que « la pastorale a lieu au sein de la vie quotidienne ». Ils mettent l'accent sur l'interconnexion dans le domaine des relations : « Les relations durables doivent aller au-delà des expériences psychologiques et émotionnelles momentanées pour embrasser un sentiment de connexion avec le temps, l'espace et les domaines spirituels qui relient les vies humaines aux environnements naturels et cosmiques ». C'est dans ce contexte que le rôle de l'orientation spirituelle pour les personnes touchées par le VIH/SIDA sera examiné.

1.12.2 Personnes affectées

Les personnes atteintes du VIH/SIDA sont-elles affectées tout au long de leur vie (Simonis & Bosch, 1988 : 97) ? Dans notre contexte, les personnes affectées ne concernent pas uniquement les personnes vivant avec le VIH/SIDA, mais toutes les personnes impliquées directement ou/et indirectement dans le soutien de ces patients. Ceux-ci incluent la famille, les amis et les connaissances, les soignants, les conseillers bénévoles et les conseillers en test de dépistage du VIH/SIDA, etc. Il est important de reconnaître que la participation de ces personnes au soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA entraîne du stress et de l'épuisement. Ils sont touchés par toutes ces

personnes qui vivent avec le VIH ; et ils donnent de leur temps, leur énergie et surtout de la compassion, de la compréhension et de l'espoir. En outre, les pasteurs de l'Église devraient également s'adresser à tous ceux qui les entourent.

1.12.3 VIH/SIDA

Le chercheur clarifiera ces deux abréviations séparément.

VIH ou virus de l'immunodéficience humaine. Le VIH est un virus qui cause le sida aux humains. À l'heure actuelle, on connaît deux types de VIH : l'agent primaire VIH-1 du VIH/SIDA identifié en 1985 et le VIH-2 identifié en 1986. Ces deux types de virus sont responsables des manifestations cliniques identiques d'infection simultanée.

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus. Ceux derniers sont des microorganismes vivants disposant de l'ARN (acide ribonucléique) dans leur génome (Patrimoine génétique). Ils ne peuvent pas se reproduire en dehors d'un être vivant, les animaux ou les humains qu'ils infectent servent d'hôte.

SIDA : l'acronyme SIDA ; signifie Syndrome de l'immunodéficience acquise.

Le syndrome : est un ensemble de symptômes et de signes.

L'immunité : est la capacité du corps à se défendre.

Déficit : Traduit par "système immunitaire affaibli".

Acquis : signifie que cette déficience n'est ni innée ni héréditaire, elle est acquise pendant la vie. C'est un point maximal, un développement avancé du sida, ou il existe une multiplication très significative du VIH dans le corps. Cette étape est caractérisée par une lymphadénopathie (infection des ganglions et de la lymphe), suivie d'une altération significative du système immunitaire ; causant des infections opportunistes et une évaluation biologique perturbée (PNMLS, 2004a : 17).

La différence entre le VIH/SIDA et le SIDA

VIH : pendant le stade de l'infection par le VIH (connu ou non, le transporteur du virus est apparemment en bonne santé et ne présente pas souvent de signes de maladie.

Le SIDA : est le stade tardif de l'infection par le VIH dans lequel la personne infectée a des infections opportunistes et a perturbé l'équilibre biologique.

1.12.4 Modèle de soutien spirituel

Modèle de soutien spirituel : Un modèle fait référence à la manière dont les attitudes et les objectifs sont atteints (Van Wyk, 1995 : 85-101). Le but principal du modèle pratique serait de fournir un moyen de s'assurer que les proclamations publiques et la pratique de l'Église dans le monde sont dans le domaine de la mission continue de Dieu dans le monde (Anderson, 2001 : 22, Fowler, 1999 : 75). Orientation spirituelle : Dans le contexte actuel du chercheur, c'est un soin qui se traduit par un accompagnement des personnes affectées par le VIH/SIDA. C'est une écoute attentive, un soutien et un accompagnement à la vie spirituelle et émotionnelle des personnes qui souffrent. Les pasteurs ont pour mission d'aider ces patients à se remettre du chaos de la vie en trouvant des solutions à la liberté, à la vérité et à la guérison par l'expression de l'amour de Jésus-Christ.

1.12.5 Église

Le chercheur considère les concepts clés de la Bible et les écrits de certains théologiens pour répondre à la définition de l'église. Le mot Eglise vient de l'adjectif grec, à kuriakon, qui signifie appelé. Il est utilisé pour désigner tout le peuple, le rassemblement de tous ceux que Dieu a choisi de communiquer dans sa vie divine (Maurice, 2007 : 85). - Le mot église se réfère d'abord à la maison du Seigneur, puis à son peuple (Clouse, 2001 : 246 ; Hill, 1988 : 185). Il est toujours utilisé dans la Bible pour traduire le mot grec ekklesia, mais il est important de souligner que l'ekklesia ne se réfère pas à un bâtiment mais à une assemblée de personnes (Hill 1988 : 186). L'Eglise, selon le dictionnaire français, Larousse, est le bâtiment où les chrétiens se réunissent pour célébrer leur culte ; une société religieuse fondée par Jésus-Christ ; une communauté chrétienne. L'Eglise Catholique a défini l'église comme ; « Pèlerins » de ceux qui croient, et non de ceux qui voient. L'Église est considérée comme ayant été préparée dans l'histoire (alliance et histoire d'Israël). En tant que tel, il est également composé de tous les justes d'Abraham jusqu'aux derniers élus (Luca & Lenoir, 1980 : 161). Pour l'Église protestante, l'Église visible du Christ est une véritable communauté humaine dans laquelle la Parole de Dieu est proclamée et les sacrements administrés selon les préceptes du Christ. La confession de foi de Westminster dit que l'Eglise est une compagnie de saints visibles, appelés et

séparés du monde par la Parole et l'Esprit de Dieu, profession de foi visible de l'Évangile et baptisés dans cette foi (Ryrie, 2005 : 454).

1.12.6 Lubumbashi

Lubumbashi, ancien nom Elisabethville, est la deuxième grande ville minière située dans le sud-est de la RDC. Lubumbashi est la capitale de la Province du Katanga et a été fondée en 1837 par l'Etat belgo-congolais (1908-1960). Il est très riche en ressources minérales : le cuivre, le cobalt et beaucoup d'autres. Il compte aussi environ six millions d'habitants (Anon, 2013 : 280).

1.13 Classification provisoire des chapitres

Les chapitres de cette recherche sont structurés sur quatre tâches fondamentales d'interprétation théologique pratique, comme l'ont souligné Osmer (2008 : 4).

Le schéma proposé par la thèse est présenté comme suit :

Chapitre 1 : Introduction, déclaration de problème et méthode de recherche.

Chapitre 2 : Tâche descriptive-empirique : comportement des Eglises Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA.

Chapitre 3 : Tâche interprétative : VIH/SIDA.

Chapitre 4 : Tâche normative : perspective biblique et théologique sur le VIH/SIDA et le rôle de l'Église.

Chapitre 5 : Tâche pragmatique : soins pastoraux et conseils aux personnes touchées par le VIH/SIDA : un modèle de soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi.

Chapitre 6 : Conclusion et recommandations

1.14 Présentation schématique proposée

Titre : pastorale et conseils aux personnes touchées par le VIH/SIDA : un modèle basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi (RDC)		
1.4 Question de recherché	1.5 But et objectifs	1.7. Méthodologie
Quel modèle d'orientation spirituelle, basé sur des principes bibliques, peut-il aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leurs soins pastoraux et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA ?	L'objectif de cette étude est de concevoir un modèle d'orientation spirituelle, basé sur des principes bibliques, pour aider les Eglises de Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leur pastorale, et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA.	La recherche utilisera le modèle d'Osmer (2008 : 4) avec les quatre tâches de théologies pratiques relatives au soutien des personnes touchées par le VIH/SIDA comme cadre pastoral pour les églises de Lubumbashi.
Autre question :1 À quelles perspectives/Dans quelle mesure la recherche empirique contribue-t-elle à la création d'une représentation claire de l'attitude actuelle des Églises à Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA ?	Objectif 1 : Obtenir à travers une recherche empirique une description claire de l'attitude actuelle des Églises à Lubumbashi envers les personnes atteintes du VIH/SIDA. Tâche empirique descriptive	Une étude empirique descriptive, qualitative, basée sur une spiritualité de présence et écoute sacerdotales. (Osmer, 2008 : 33-35) se lancera au moyen de la collecte de données avec des entretiens, l'analyse et les études de cas comme méthodes de recherche.
Autre question 2 : Quelles clarifications les autres sciences connexes fournissent-elles dans la compréhension et l'explication de la situation actuelle des personnes touchées par le VIH/SIDA ?	Objectif 2 : Mener une étude de la littérature de diverses sciences connexes afin de fournir une compréhension et une explication de la situation actuelle des personnes touchées par le VIH/SIDA. Tâche interpretative	Tâche interprétative Une étude de la littérature de diverses sciences apparentées qui sera menée pour atteindre le deuxième objectif de cette étude, afin de fournir une compréhension et une explication de la situation actuelle du soutien affecté/suscité par le VIH/SIDA, en définissant la perspective interprétative. Cette littérature tirée de l'étude s'appuiera sur les théories/approches de la médecine, de la psychologie, de la sociologie et de la philosophie, à la recherche

Titre : pastorale et conseils aux personnes touchées par le VIH/SIDA : un modèle basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi (RDC)		
		d'une perspicacité et d'une sagesse dans la situation actuelle de soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA.
Autre question 3 : Quelles sont les perspectives normatives et éthiques (bibliques et théologiques) que l'Écriture offre pour la pastorale et le conseil des personnes touchées par le VIH/SIDA et le rôle de l'Eglise ?	Objectif 3 : Déterminer les perspectives normatives et éthiques (bibliques et théologiques), l'Écriture éclaire la pastorale et le conseil des personnes touchées par le VIH/SIDA et le rôle de l'Eglise.	Tâche normative Cette tache se concentrera sur la détermination des perspectives normatives et éthiques que fournissent les Ecritures. La pratique des Eglises et le soutien aux personnes touchées par le VIH/SIDA, seront recherchés en menant une exégèse dans l'Écriture. Ces perspectives normatives seront comparées aux perspectives interprétatives, afin de déterminer comment la sagesse du monde se rattache et interagit de manière appropriée avec la sagesse de Dieu.
Autre question 4 : Quelles perspectives et lignes directrices peuvent être données pour concevoir un modèle d'orientation spirituelle, basé sur des principes bibliques, pour aider les Eglises de Lubumbashi à accomplir leurs soins pastoraux efficacement et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA ?	Objectif 4 : Proposer des perspectives et des lignes directrices pour concevoir un modèle d'orientation spirituelle basé sur des principes bibliques, pour aider les Églises à Lubumbashi à s'acquitter efficacement de leur pastorale et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA.	Tâche pragmatique La tâche pragmatique implique la formulation d'un modèle ou d'une stratégie pour résoudre le problème formulé dans la tâche descriptive-empirique (Osmer, 2008 : 176). La synthèse établie par une interaction herméneutique entre les résultats de recherche des trois tâches précédentes sera utilisée pour proposer des perspectives et des lignes directrices d'un modèle utile aux praticiens de la pastorale et du soutien des personnes affectées par le VIH/SIDA et l'évangélisation.

1.15 Calendrier de recherche proposé / cadre de temps

Objectifs principaux	Date d'achèvement / soumission au superviseur
Chapitre 1 : Introduction, déclaration de problème et méthode de recherche.	Août 2017
Chapitre 2 : tâche descriptive empirique : comportement des églises de Lubumbashi envers les personnes touchées par le VIH/SIDA.	Octobre 2017
Chapitre 3 : Tâche interprétative : VIH/SIDA.	Décembre 2017
Chapitre 4 : Tâche normative : perspective biblique et théologique sur le VIH/SIDA et rôle de l'église.	Janvier 2018
Chapitre 5 : tâche pragmatique : soins pastoraux et conseils aux personnes touchées par le VIH/SIDA : un modèle de soutien spirituel pour les églises de Lubumbashi.	Février 2018

1.16 Budget de recherche

ARTICLE	PRIX	MONTANT
Repas et transport pour les participants	R40 x 10	R400
Analyse des données	R4 500	R4 500
Assistance éditoriale	R30 per page x 300 pages	R10 000
Impression et reliure	300 pages' x 8 copies	R1 500
	TOTAL	R16 400

CHAPITRE 2 : COMPORTEMENT DES EGLISES DE LUBUMBASHI FACE AUX PERSONNES AFFECTEES PAR LE VIH/SIDA

2.1 Introduction

J'ai développé l'intérêt pour l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA en 2006 quand je travaillais comme médecin dans un hôpital d'une entreprise minière, tout en étant pasteur dans une Eglise de réveil pentecôtiste. J'ai dû suivre plusieurs programmes de formation sur la prévention du VIH/SIDA et la prise en charge médicale de personnes vivant avec le VIH (PVV). Étant donné que la transmission du virus de SIDA est principalement associée à la sexualité et la promiscuité, mon principal objectif, en tant que médecin et prédicateur de l'Evangile de Jésus-Christ était d'utiliser mes connaissances médicales et théologiques, ainsi que mon expérience acquise après de longues années dans le « traitement de malades » et la « prédication de l'Evangile aux gens », afin d'apporter les soins pastoraux et médicaux aux PVV, les amenant ainsi à mener une vie juste et saine, malgré leur état sérologique positif et de santé précaire.

Après plusieurs années de participation maximale aux débats liés au VIH/SIDA, et lorsque ma sœur est tombée malade et que la cause a été diagnostiquée comme étant une maladie liée au VIH/SIDA en 2011, j'ai décidé de m'impliquer activement dans la lutte contre le VIH/SIDA et dans l'encadrement médical et spirituel de victimes du VIH/SIDA. La contagion de ma sœur m'a poussé de travailler durement, pour aider plus efficacement les membres de ma communauté, chaque fois qu'un besoin se présentait. Fort malheureusement, je me suis buté contre une attitude hostile des certains serviteurs de Dieu à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA. Ce comportement négatif a motivé en moi un vif intérêt de diligenter une enquête autour de cette question pour connaître les raisons réelles de leur attitude.

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la théologie pratique, conformément à ce qui a été énoncé dans le chapitre précèdent. Dans ce chapitre, Il sera question d'aborder en premier lieu quelques approches théologiques pour une meilleure compréhension de différents concepts théologiques que nous aurons à décrire et exploiter tout au long de cette dissertation ; en deuxième position, de relater ce que doit être le comportement de l'Eglise de Jésus-Christ envers ces malades et enfin, de s'atteler à identifier la cause du

comportement négatif qui aurait conditionné le désintéressement depuis longtemps des Eglises de Lubumbashi envers les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Pour atteindre les deux premiers objectifs ; une étude littéraire a été effectuée et pour atteindre le troisième objectif ; la méthode qualitative a été utilisée pour élucider ce phénomène.

2.2 Approche theologique

L'étude de la théologie se rapporte à Dieu. Puisque Dieu ne peut être objectivé et transformé en un objet d'étude scientifique, la théologie peut tout au plus être l'étude des déclarations des gens à propos de Dieu et de la foi en Dieu (Heyns & Pieterse, 1990 : 3). L'objet de l'étude théologique est donc la foi humaine en Dieu et les déclarations religieuses humaines à son sujet (Heyns & Pieterse, 1990 : 4). Assmann (1975 : 3,5) ajoute que notre Dieu est le dieu vivant qui continue à parler dans l'histoire parce qu'il n'a pas cessé soudainement de parler après le dernier livre de la Bible. Ses actions et ses empreintes sont vues dans chaque histoire humaine. Le discours théologique concerne une vérité qui est situé au milieu de l'histoire. Selon Barth (1969 : 18), la théologie concerne Dieu comme le Dieu des êtres humains et des êtres humains comme peuple de Dieu. En ajoutant à cette définition, Assmann (1975 : 37) affirme que la théologie n'invente pas ses propres questions, mais des questions théologiques découlent de la contemplation religieuse des croyants. La théologie est donc une réflexion systématique sur la foi dans des conditions scientifiques rigoureuses. C'est dans cette « contemplation religieuse » qu'on peut se poser la question de la présence de Dieu au milieu du monde infecté et affecté par le VIH/SIDA. Parce que le VIH/SIDA sonde la parole normale sur Dieu, l’aperçu de l’être humain et de la maladie. Boesak (1977 : 11) pense que l’organisation de l’Eglise comme communauté de foi peut servir comme un point de réflexion pour toute théologie, et le Dieu de la Bible est un Dieu d’amour, qui libére, qui exerce la justice et qui donne la paix.

Je suis d’accord avec Assmann (1975 : 6) quand il dit ; qu'embrasser le pauvre dans notre vie, conduit à une solidarité active avec ses intérêts et ses luttes. Cet engagement est exprimé dans une tentative de transformer un ordre social qui engendre la marginalisation et l'oppression. La participation à l’encadrement spirituel de personnes souffrant, est finalement la pratique de l'amour du Christ envers son prochain et de la rencontre avec le Seigneur au milieu d'une pastorale chargée de conflits. Anderson (2001

: 24) définit cela mieux en disant que la pratique de la pastorale et son histoire changent de temps en temps et que la Parole de Dieu est prêchée tout au long de cette pratique et histoire changeantes. Mais ce qui ne change pas malgré tous ces changements, c'est le fait que Dieu agit à travers la pastorale et l'histoire. Il agit librement dans la pratique pastorale et l'histoire ; et ses actions ne sont pas toujours des répétitions d'actions passées. Souvent, ses actions sont radicalement nouvelles. C'est à partir de ces définitions que l'on tire la conclusion que la théologie est relative au peuple, au peuple de Dieu, partout dans le monde, dans la propagation de sa foi par des mots et des actions pour aider les autres êtres humains à devenir de meilleures personnes.

La théologie prend donc différentes formes selon l'expérience chrétienne et la prédication de l'évangile aux hommes à un moment donné du développement historique. La théologie n'est pas simplement quelque chose à connaître, mais c'est quelque chose de vécu et d'expérimentée par un individu dans une communauté particulière (Assmann, 1975 : 5 ; Anderson, 2001 : 22). Cela signifie que mon expérience de Dieu dans ma situation particulière sera, la plupart du temps, différente de l'expérience d'une autre personne dans un contexte différent et vice versa. Mon expérience en tant que médecin traitant des personnes atteintes par le VIH/SIDA, sera toujours différente de celle des gens qui ne soignent pas des personnes affectées par cette maladie. Mon expérience de traiter avec un membre de la famille d'une personne qui est morte du VIH/SIDA, sera différente la plupart du temps, de celle d'une personne qui n'a jamais connu cela et qui fait de la recherche sur le VIH/SIDA à des fins académiques. En resumé, il s'agit de la contextualisation.

Dieu se révèle à notre heure au milieu de ce grand besoin. C'est ce qu'a soutenu Anderson (2001 : 12) en disant que la théologie se présente comme un partenaire divin qui nous rejoint dans notre marche, stimulant notre réflexion et nous inspirant à reconnaître la parole vivante, comme cela est arrivé aux deux disciples marchant sur la route d'Emmaüs lors de la Première Pâques, comme relaté dans Luc 24.13-35.

2.2.1 Approche théologique pratique

La théologie pastorale provient d'une évolution des études pratiques. A partir des limites d'organisations religieuses, elle se différencie par la façon dont elle réfléchit théologiquement à partir de pratiques particulières. Si le lieu habituel de la théologie pratique est constitué des actes des croyants et du champ pastoral, elle s'intéresse

pareillement à toute pratique humaine susceptible de dissimuler des enjeux religieux ou spirituels. Son champ de recherche s'étend ainsi à des milieux aussi divers outre la santé, les services sociaux, l'éducation, les œuvres communautaires, les arts, la culture, les médias, les arts ou la défense (Hendriks, 2004 : 17-18). La theologie pratique étant focalisée sur la pratique du participant, sa démarche théologique pratique, associe une étude méthodique sur le champ et un travail de raisonnement individuel traités sur les trois plans du savoir : habiletés, connaissances, attitudes. Elle pointe l'analyse critique de la pratique considerée, l'élaboration de perspectives susceptibles de la faire avancer, le changement d'une communauté ou d'un terrain de travail, ainsi que l'examen sur le rôle et l'identité du participant.

La théologie pratique ou théologie pastorale est définie comme une préoccupation herméneutique continue de discernement de la façon dont le mot « écriture » doit être proclamé dans la parole et dans l'action à travers le monde (Hendriks, 2004 : 19).

La théologie pastorale fait partie intégrante de l'ensemble des aspects théologiques. Néanmoins, le fait qu'elle se place au confluent de deux mondes, la pratique et la théorie, lui donne une couleur particuliere. Parce que comprendre une pratique et faire un rapport d'une maniêre appropriée demande non seulement une bonne connaissance empirique du theme, mais une constante préparation pour l'interprétation des données (Louw, 1998 : 4).

La théologie pratique présente se montre donc, sous deux aspects additionnels : soit comme un domaine particulier de la théologie, orientée vers le champ des pratiques religieuses dans l'Eglise et dans la société, soit comme une approche théologique entière ordonnée par le renvoi à la praxis des croyants. Le point commun aux deux approches réside dans le fait d'être transdisciplinaire, c'est-à-dire en conversation avec les autres domaines de la théologie et avec les sciences humaines (Routhier & Viau, 2004 : 40).

La théologie pastorale indique une recherche contemporaine qui bâtit graduellement son concept en s'accoudant sur l'analyse critique des pratiques croyantes, déterminant ainsi un lieu épistémologique net : la communication du message évangélique par ses variées expressions et version dans l'univers aujourd'hui (Parmentier, 2008 : 74). Sur la base de la définition proposée ci-dessus, la théologie pratique signifie donc, « comment on met ses expériences de Dieu dans leur situation de la vie réelle ». Il est décrit plus loin, comme la théorie critique des actions religieuses dans la société, un cadre d'actions

communautaires au service de l'évangile (Heyns *et al.,* 1990 : 6). La théologie pratique se préoccupe donc d'un écoulement entre Dieu et l'humanité, l'interprétation des interactions entre Dieu et son peuple, et se préoccupe du dialogue et de la rencontre entre Dieu et les êtres humains (Louw, 1998 : 4).

L'interaction de la théorie et de la praxis joue un rôle prépondérant dans la théologie pratique. De cette façon, la théologie pratique s'intéresse aussi au changement significatif et à la transformation délibérée. Selon Muller (2005 : 73) la théologie pratique se produit chaque fois et partout où il y a une réflexion sur la praxis du point de vue de l'expérience de la présence de Dieu. La théologie pratique peut faire partie des activités ministérielles au niveau de la congrégation, ou elle peut être hautement académique au niveau universitaire. En tout cas, elle est toujours guidée par le moment de la praxis (toujours local, incarné, et situé). Anderson (2001 : 14) soutient cela en déclarant qu'au centre de la discussion de la nature de la théologie pratique se trouve la question du rapport de la théorie à la praxis. Si la théorie précède et détermine la pratique, alors la pratique tend à se préoccuper principalement des méthodes, des techniques et des stratégies de ministère, dépourvues de substance théologique. D'autre part, si la pratique précède la théorie, le ministère tend à être basé sur des résultats pragmatiques plutôt que sur la révélation prophétique.

La praxis et la pratique doivent s’incarner dans une perspective théologique pratique.

Simit (2003 : 66) dans l'article « Apprendre à voir » ; une perspective réformée sur l'Eglise et les pauvres, soutient que l'Eglise ne devrait pas être « dopé ». L'inquiétude et l'argumentation de Simit, partagée par Louw (1998 : 2), est que le christianisme ne doit pas être un objectivisme stérile, une dimension transcendée qui exclut les réalités de l'être humain. Il doit interpréter et comprendre la vérité chrétienne en termes d'expériences humaines dans le monde. Par conséquent, le défi de l'Église d'interpréter Dieu et le salut en termes de questions de vie contextuelle se rapporte à la théologie pratique.

L'approche moderne de la théologie pratique détermine que la vérité et l'interprétation forment le pont herméneutique par lequel la réalité informe la théorie et la théorie détermine la pratique (Browning, 1996 : 45). En explorant cela plus loin, le modèle de théologie pratique de Browning a tenté d'intégrer la théorie et la pratique dans un processus continu d'action et de réflexion (Anderson, 2001 : 26-27). Pour Browning, le

concept de raisonnement pratique place la tâche théologique au centre du contexte social, où le théologien se tient avec et à côté de l'Eglise, médiateur de l'évangile du Christ du centre. Comme Browning, Anderson (2001 : 32) souligne la dimension réflexive et constructive de la théologie pratique, mais il fait également remarquer que la pratique de l'Église et, implicitement, la théologie pratique se déroule dans le contexte global de la participation de l'Église à la mission permanente de Dieu dans le monde. Par conséquent, la théologie pratique développée à partir de l'expérience de l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA est en fait la particularité d'une théologie pratique qui lui donne vie. Cette théologie pratique développée à partir du VIH/SIDA concerne la vie et l'espoir. Il s'agit d'une prise en charge par des soins pastoraux adéquats, de personnes affectées par le VIH/SIDA, afin de donner un sens à chaque moment de la vie de ces malades. L'approche de la théologie pratique que je veux utiliser à cette fin est post fondationaliste. Nous développerons cette approche dans les pages suivantes.

La théologie pastorale se réfère donc, à une réflexion critique sur la nature et l'activité soignante de Dieu et des personnes humaines devant Dieu, dans le contexte personnel, social, communal et culturel du monde. Elle est décrite comme pastorale en raison de son accent sur les soins des personnes et des communautés. Elle est théologique parce qu'elle réfléchit sur la nature et l'activité de Dieu et de l'humanité par rapport à Dieu, tel que dépeint et compris à travers diverses pratiques et documents de foi.

McFarland (2011 : 371) définit la théologie pastorale comme une entreprise théologique pratique constructive axée sur le soin religieux des personnes, des familles et des communautés, en insistant sur sa nature constructive et pratique. Les théologiens de la pastorale engagent « Dieu » et « soignent » de manière critique, soulevant des questions et explorant des concepts et des pratiques pour leur dévouement à la compréhension de la foi et leur efficacité dans le soin des personnes, des familles et des communautés dans leurs contextes respectifs.

Cette compréhension du terme pastoral est précisée par Louw *et al*. (2012 : 1) quand ils déclarent que la pastorale a lieu dans les contextes de la vie quotidienne. Ils mettent l'accent sur l'interrelation dans le domaine des relations : « Les relations durables doivent aller au-delà des expériences psychologiques et émotionnelles momentanées pour englober un sentiment de connexion avec le temps, l'espace et les domaines spirituels qui relient la vie humaine à des environnement naturels et cosmiques ».

2.2.2 Approche théologique fondamentale

La théologie déchoit d'une manière consirable. La théologie étant "discours sur Dieu", la théologie fondamentale n'en est qu'une branche, avec des subdivisions bien sure variées, mais dont le but étant le meme : parler de la foi chrétienne en fonction des bravades de l'histoire. Qu'on se borne à un travail illimité d'intelligence de la foi, la theologie fondamentale manifeste son souci par rapport à sa traduction dans le langage de ses interlocuteurs. Tenant compte de la verite dont elle exprime, est le fait fondateur de la foi : Christ mort et ressuscité. L'immuabilite de cette vérité et sa vraisemblance sont dépendantes d'un certain nombre d'éléments, d'ordre culturel ou existentiel, qu'il est inexécutable de méconnaître. Formulé dans les termes de Paul Tillich, son but s'exprime ainsi : « La théologie, comme fonction de l'Eglise chrétienne, doit en servir les besoins. Elle oscille entre deux pôles : la vérité éternelle de son fondement et la situation temporelle dans laquelle la vérité éternelle doit être reçue. » (Tillich*,* 2000 : 21s*).* En n'omettant pas la "vérité éternelle", qu'elle se doit de redonner ; la théologie fondamentale a néanmoins son regard plus immobilisé sur la "situation temporelle" qu'il lui importe de justifier. En l'exprimant avec les termes de Maurice Blondel : « L'important est, non de parler pour des âmes qui croient, mais de dire quelque chose qui compte pour les esprits qui ne croient pas. » (Blondel, 1965 : 7,22).

Pour mieux énoncer les bordures de la théologie fondamentale, il est preferable d'approcher trois questions. En premiere position circonscrire son identité, en d'autres termes sa position dans l'ensemble des activités théologiques ; en deuxieme position énoncer sa méthode ou la dissemblance des voies qu'elle a embarrassées tout au long de l'histoire.

La théologie fondamentale est un domaine théologique evoluant parmi d'autres. Comme toute discipline théologique, elle prend naissance au cœur de la foi. Elle n'est nullement d'abord une contrainte imposée du dehors, raisons pour laquelle elle est agressée ou déconsidérée par les incroyants ; elle revendique la foi qui veut comprendre ce qu'elle croit. Saint Augustin parle bien de cette exigence : « J'ai désiré voir par l'intelligence ce que je croyais. » (Saint Augustin, 2015. La Trinité XV, 28, 51. BA 16, p. 564-565). Il parlait encore : « Si elle n'est pas pensée, la foi n'est rien. » Un texte cité par Jean-Paul II, dans l'encyclique La Foi et la raison (1998 § 79) : « Si la foi est d'abord une affaire existentielle, en ce qu'elle demande à être vécue, elle veut aussi être comprise. Elle n'a

jamais boudé l'intelligence ; Elle est scrutée par l'exégèse, la théologie systématique, la théologie pratique » (Resweber, 1988 : 79).

2.2.3 Approche théologique pratique post-fondamentaliste

Pour que ma recherche atteigne l'aperçu de l'encadrement pastoral de personnes affectées par le VIH/SIDA, j'ai utilisé l'approche de la théologie pratique post-fondationaliste comme évoqué précédemment. La raison en est que cette approche est contextuelle et pertinente pour la vie quotidienne des gens. Il n'est pas nécessaire d'importer des connaissances pour essayer de résoudre des problèmes émanant d'un contexte particulier, à l'exemple de malades affectées par le VIH/SIDA, mais il faut faire participer les gens du pays, de la communauté, de la congrégation et de cet engagement, ces gens commenceront à réfléchir positivement sur leurs problèmes. Les réflexions post-fondationalistes dans la théologie pratique demandent d'explorer les implications de cette théologie post-fondationaliste pour la discipline de la théologie pratique.

Tout en dépassant les débats modernistes et postmodernistes, elle trace un chemin pour une théologie qui ne dépend ni du relativisme ni de certitudes arrêtées. Elle croit que la théologie pratique est bien adaptée à cette tâche par sa nature et sa méthodologie (Macallan, 2014 : 25-26).

Dans un monde en mutation rapide, la description de ce domaine de la théologie pratique est en permanence « en construction » des anneaux fidèles émanant du travail de nombreux chercheurs. Macallan trouve dans une approche post- fondationnaliste, le vocabulaire pour prendre le contexte très au sérieux. En luttant avec l'épistémologie de l'enfant, il développe une grammaire pour la théologie pratique dans la conversation avec les autres personnes. En s'engageant avec ces autres personnes, il nous montre comment participer d'une manière constructive dans notre ère postmoderne à la praxis d'une foi vivante (Macallan, 2014 : 35).

Philosophiquement fondé, théologiquement astucieux et conscient de l'œcuménisme, les réflexions post-fondationnalistes de Brian Macallan dans la théologie pratique fournissent une analyse pénétrante de l'émergence de la discipline, les pièges et les possibilités. Ce commandement de la bourse historique et contemporaine est à couper le souffle, comme son engagement à élucider une théologie pratique qui est missionnaire, fondée sur la praxis, convaincante et humble, en adéquation avec le monde apostolique (Macallan,

2014 : 37). Le travail, à la fois équilibré et provocateur, mérite l'attention de tous les savants de la discipline.

Brian Macallan, invite les lecteurs à un voyage qu'il connaît bien, de l'infatigable affirmation fondamentaliste de la vérité biblique à l'affirmation affranchie et humble post-fondationnaliste de la foi chrétienne, tout en explorant le chemin de la théologie pratique qui intègre la connaissance locale comme une ressource fructueuse (Macallan, 2014 : 50-51).

Les réflexions de Macallan sont utiles pour moi, et surtout pour ma recherche et enfin, pour ceux qui sont pris dans des liaisons semblables et curieux de la théologie pratique comme un chemin vers l'avant.

Muller (2005 : 72) déclare dans son allocution d'ouverture présentée lors d'un atelier de la conférence biennale internationale de l'Académie internationale de théologie pratique : '' Le concept de théologie pratique post-fondamentaliste est en soi une redécouverte de la forme fondamentale de la théologie pratique et un effort pour dépasser les frontières modernistes de la théologie pratique comme une entreprise très formelle et rationaliste.

Une des caractéristiques de cette approche de la théologie pratique post-fondamentaliste est qu'elle est post fondamentale, ce qui signifie qu'elle n'est ni fondamentale ni non fondamentale. Mais cela signifie que ce concept a quitté les limites et la zone de confort du fondamentalisme théologique. Elle est aussi guidée par le moment de la praxis ; c'est-à-dire toujours local, incarné et situé. En expliquant ce point plus loin, Muller (2005 : 73) fait allusion à ce que la théologie pratique, qualifiée de théologie pratique, doit se produire chaque fois qu'il y a une réflexion sur la praxis, du point de vue de l'expérience de la présence de Dieu. Il peut faire partie des activités ministérielles au niveau de l'Eglise, ou il peut être très académique au niveau universitaire.

Van Huyssteen (1997:4) affirme que l'accent mis sur la théologie chrétienne post-fondationnaliste est un interrogatoire implacable de nos hypothèses crypto-fondamentalistes tenues sans critique. Cela permet une exploration libre et critique des racines expérientielles et interprétatives des croyances de tous, en reconnaissant que nous nous rapportons à notre monde à travers l'expérience interprétée en matière de foi, d'engagement religieux et de réflexion théologique. Par conséquent, pour la théologie

pratique post-fondamentaliste, elle doit être localement contextuelle, socialement construite, dirigée par la tradition, explorant le sens interdisciplinaire et pointant au-delà du local (Muller, 2005 : 78). Dans la théologie pratique post-fondationnaliste, le contexte joue un rôle très important. Les réponses à un problème particulier dans une situation particulière ne peuvent être traitées en important la solution à partir d'une autre situation qui n'a aucun rapport avec un contexte particulier. Chaque contexte se doit donc à sa façon unique d'apporter ses problèmes et sa solution. Cette manière d'apprendre de différentes situations et contextes, permet de souligner que chaque contexte est différent et doit être traitée comme telle ; par exemple le cas de l'encadrement des victimes du VIH/SIDA se distingue par rapport à la prise en charge des personnes souffrant d'autres maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, le cancer etc.

Selon Muller (2005:74-76) la théologie pratique post-fondationnaliste constitue une redécouverte des formes fondamentales de la théologie pratique et doit être considérée comme un moyen de compréhension au sein du paradigme de l'approche herméneutique. Et pourtant elle dépasse l'herméneutique comme métaphore de la théologie pratique. Cette approche nous oblige tout d'abord à n'encadrer que des personnes qui se débattent dans des situations réelles. Il ne s'agit pas seulement de décrire un contexte général, mais nous sommes confrontés à une situation spécifique et concrète. Muller (2005 : 73) affirme également que le concept de théologie pratique post-fondationnaliste est en soi une redécouverte de la forme fondamentale de la théologie pratique et constitue un effort pour faire une entreprise pratique et rationaliste. C'est aussi un effort pour éviter le relativisme des théories anti-fondamentalistes. Il est à espérer une terra incognito, très nécessaire pour la théologie pratique à explorer.

Rappelons que l'une des caractéristiques de ce discours théologique est qu'il n'est ni fondamental, ni non fondamental. Mais il est post-fondamental. Cette approche ne peut, ni être décrite avec la métaphore d'un fondement, ni avec la métaphore du non-fondement ou anti-fondation. Elle a dépassé les restrictions et le « confort insulaire » du fondamentalisme théologique, mais en même temps elle ne se trouve pas dans la sphère du relativisme et de l'arbitraire de l'anti-fondamentalisme (Van Huyssteen, 1997:43).

Ce concept est aussi guidé par le phénomène de la praxis (toujours local, incarné et situé). Par conséquent, pour que la théologie pratique puisse être qualifiée de théologie pratique post-fondationnaliste, elle doit être localement contextuelle, socialement

construite, dirigée par la tradition, explorer le sens interdisciplinaire et pointer au-dessus du local (Muller, 2005:79).

2.2.4 Compréhension épistémologique de la recherche théologique pratique

Parce que nous nous rapportons à notre monde épistémiquement à travers les expériences interprétées, cela signifie que la théologie et les diverses sciences offrent des interprétations alternatives de nos expériences (Van Huyssteen, 1997 : 15). Cela est possible lorsque les théologiens chrétiens localisent la théologie pratique dans le contexte interdisciplinaire. Dans la théologie pratique post-fondationnaliste, il y a donc un chevauchement évident entre les modes de connaissance théologique et scientifique. La théologie a besoin de la science pour interpréter les expériences religieuses dans notre monde. Un modèle post- fondationnaliste de la rationalité comprend une interprétation de l'expérience religieuse qui transcende les pièges comme celui du dualisme qui met en place le naturel contre le surnaturel.

Ce concept vient donc à cette conclusion comme l'a noté Van Huyssteen (1997 : 28) : « Le choix post-fondationnaliste pour la qualité relationnelle de l'expérience religieuse ouvre ainsi la possibilité d'interpréter religieusement la manière dont nous croyons que Dieu vient à nous dans et par nos multiples expériences de la nature, des personnes, des idées, des émotions, des lieux, des choses et des événements. »

2.2.5 Mon positionnement épistémologique en tant qu'encadreur spirituel

Mon positionnement épistémologique est donc orienté vers les termes du paradigme théologique pratique post-fondamentaliste. Ce paradigme m'aide à mettre ma foi et ma théologie dans mon contexte et à mettre en pratique les soins pastoraux envers les personnes réellement touchées dans leur véritable situation, telle que dans le cas de PVV.

Muller (2005 : 74) définit la théologie pratique comme la discipline de réflexion théologique qui ne peut jamais se permettre de se détacher des formes fondamentales de la réflexion théologique. Dans ce cas, le concept de théologie pratique post-fondationnaliste a une précieuse contribution à faire à la compréhension de la théologie pratique et constitue aussi une redécouverte des formes fondamentales de la théologie pratique.

Après avoir expliqué le passage du modernisme au post-modernisme, ou structuralisme (fondamentalisme) au post-structuralisme (post -fondationnalisme) en théologie pratique, et en tant que chercheur praticien et encadreur, je me place donc dans le paradigme post-fondationnel, socio-constructeur. Ce faisant, je tenterai d'équilibrer la théorie avec la praxis. Dans la théologie pratique post- fondationnaliste, ma théologie devient vivante dans cette praxis.

L'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA, amène à penser aux problèmes dans la vie de ces malades et à travailler avec eux pour expérimenter les souffrances de leur vie de manière significative et enrichissante. La métaphore du constructionniste social conduit, d'autre part, à considérer les façons dont la réalité sociale et interpersonnelle de chaque personne a été construite grâce à l'interaction avec d'autres êtres humains et à d'autres institutions et se concentre sur la façon dont les réalités sociales influencent l'une. La tâche de la pastorale est d'interpréter la parole de Dieu afin de donner un sens à la foi dans les contextes de la vie réelle et de comprendre et d'interpréter les êtres humains et leurs contextes de manière à donner un sens à leur foi (Louw, 1998 : 15). L'approche normative, apporte la fusion entre les connaissances au sujet de Dieu et de son peuple. Le rôle du pasteur dans cette approche est de clarifier, d'interpréter et de guider la compréhension et de construire des relations de guérison pastorale avec des personnes dans toutes les situations actuelles (Gerkin, 1986 : 101).

Dans ma recherche, l'importance de l'approche de soins pastoraux, est d'aider les personnes affectées par le VIH/SIDA, à être rassurées malgré le fait qu'elles soient affectées, Dieu les aime toujours et veut les guérir et les sauver. Cette rassurance est de nature thérapeutique. Bien que l'accent ici soit mis sur la recherche, les soins pastoraux sont en soi un outil utile dans le processus de guérison physique et spirituelle. En tant que tel, il est envisagé que l'encadrement spirituel par les soins pastoraux, permettra à ces malades d'émerger comme les héros et les champions de leur maladie, plutôt que comme les victimes. Au préalable, il est impérieux de vouloir chercher à connaitre et comprendre ce qui est à la base du problème ; notamment pour cette recherche ; il s'agira de répondre à la question principale : Pourquoi les Eglises de Lubumbashi ne s'intéressent-elles pas, depuis longtemps, à l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA ? Une étude empirique sur le comportement des Eglises sera menée par la méthode qualitative selon l'approche d'Osmer (2008 :4).

Afin de souligner l'importance de l'encadrement spirituel ; Louw (1998 : 16), souligne à juste titre qu'un tuteur pastoral ou conseiller n'a pas nécessairement besoin d'être un pasteur ou un ministre d'Eglise. Toute personne au sein de l'Eglise peut remplir ce rôle. En fait, c'est une fonction de la congrégation (koinonia). Crabb (1979) souligne également la même chose à ce sujet, il dit que la pastorale est la responsabilité de tous les croyants. Ainsi, tout chrétien est un protecteur pastoral à condition d'avoir l'équipement pour assumer cette tâche.

2.3 Fondements theologiques du comportement de l'Eglise vis-a-vis de personnes affectees par le VIH/SIDA

2.3.1 Contexte du ministère pastoral du VIH/SIDA afin de surmonter les obstacles

La perception de beaucoup de chrétiens en ce qui concerne le VIH/SIDA, est que cette dernière est une maladie du mauvais comportement, c'est à dire une « maladie des pécheurs », parce que, liée à la sexualité humaine immorale et la conséquence finale est l'infection par le VIH/SIDA (Hoffman & Grenz, 1990 : 159). Ceux qui chérissent ce point de vue, affirment que des actes tels que l'homosexualité, l'usage de drogues et la promiscuité, sont à la base de la propagation de l'infection par le VIH.

En raison de l'association étroite du VIH/SIDA avec l'immoralité, il semble être une punition de Dieu. Puisque le VIH/SIDA est considéré comme une punition de Dieu, la conclusion est donc évidente que les Eglises n'ont pas à s'immiscer dans la façon dont Dieu punit les pécheurs. Cette situation donne souvent lieu à ce qui peut sembler être des barrières insurmontables au ministère, au milieu de cette crise (Hoffman & Grenz, 1990 : 159).

Le contact avec les patients atteints du VIH/SIDA et les craintes humaines inhérentes à cette maladie sont authentiques et ne doivent pas être simplement rejetées. En même temps, l'épidémie de SIDA est un défi ministériel pour le peuple de Dieu. La première étape vers le développement d'un tel ministère peut être prise au fur et à mesure que nous en venons à considérer la maladie dans son contexte médical. A cette première étape majeure, doit être ajoutée une seconde étape ; la considération de l'épidémie du VIH/SIDA dans un contexte théologique. C'est-à-dire, nous devons la voir en fonction de certaines réalités spirituelles. A cet effet, cette partie de ce chapitre offre une compréhension théologique de la maladie en général et donc du VIH/SIDA en particulier,

qui est ensuite employée dans une tentative de voir cette épidémie comme une pièce maîtresse de la voix de Dieu qui cherche à parler à travers la crise du SIDA (Hoffman & Grenz, 1990 : 160).

L'exécutif de la majorité morale a critiqué le gouvernement fédéral des États-Unis d'avoir dépensé de l'argent, pour la recherche de vaccins contre le VIH, parce que cela encouragerait les homosexuels à retourner à leurs pratiques perverties sans aucune obligation de rendre compte (Nicolson, 1996 : 29). Pour ajouter plus de douleur aux personnes infectées, Crowther (1991 : 1) affirme que le VIH/SIDA n'est ni le problème ni la question centrale, mais un symptôme parmi les nombreuses conséquences déstabilisantes du comportement sexuel immoral. La promiscuité est la cause profonde de la pandémie actuelle. Elle a toujours été à la base du péché et elle devient rapidement suicidaire.

2.3.2 Maladie et Péché

Il est important pour la pastorale, au milieu de l'épidémie de SIDA, de connaitre et comprendre théologiquement la pensée de Dieu sur la maladie en général et sur la pandémie du VIH/SIDA en particulier. C'est important parce que les réponses aux questions auxquelles les luttes de l'Église sont liées par rapport à la relation entre la maladie et le péché ont un effet profond sur le comportement de l'Eglise vis-à-vis de la crise du VIH/SIDA. Il s'agit des questions telles que : la maladie est-elle la marque du déplaisir de Dieu envers le péché ? La maladie est-elle un produit du péché ? La maladie est-elle une occasion pour la pastorale chrétienne de manifester l'amour de Dieu ? De toute évidence, théologiquement, les réponses que nous apportons à des questions comme celles-ci, pourront éclairer la pastorale chrétienne afin de prendre une position positive à l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA dans la crise du SIDA.

La question de la maladie et du péché constituait une question importante à l'époque biblique. Peut-être nulle part dans l'Ancien Testament n'est-elle plus vivement présentée que dans le livre de Job. Bien que les amis de Job soient venus le consoler dans ses malheurs, ils ont résolument soutenu que les calamités de Job étaient dues à son propre péché ou à celle de sa famille. Cette opinion a été articulée par Bildad de Schuach, par exemple, qui a déclaré à Job : « Est-ce que Dieu pervertit le droit ? Est-ce que le Tout-Puissant pervertit ce qui est juste ? Si tes fils ont péché contre lui, il les a livrés à leur

péché (Job 8.3-4)[1]. Bildad a dit : « Mais si tu regardes à Dieu et que tu plaides avec le Tout-Puissant, si vous êtes purs et droits, maintenant, il se réveillera pour vous et restituera le bonheur à votre innocente demeure » (V. 5-6).

La compréhension de la relation entre la maladie, la calamité et le péché qui a été reflétée par les amis de Job constitue l'arrière-plan de la question embarrassante que les disciples de Jésus ont soulevée face à une situation qui ne correspondait pas à leur compréhension préconçue : « Rabbi, qui a péché, cet homme ou ses parents, pour qu'il soit né aveugle ? » (Jean 9.2). La question des disciples qui reflète le point de vue répandu parmi les Juifs de ce jour-là, peut également être exprimée aujourd'hui au milieu de l'épidémie du SIDA : « Qui a péché, pour que ces personnes aient le SIDA ? » Cette question n'est qu'une reformulation de l'autre : « Quelle est la relation entre la maladie et le péché » ? La réponse à cette question peut briser la compréhension préconçue de nombreux chrétiens, tout comme la réponse de Jésus à ses disciples a rompu avec la leur. « Ce n'est pas que lui ou ses parents aient « péché » ; mais c'est afin que les œuvres de Dieu soient manifestées en lui » (Jean 9.3).

2.3.3 Les causes de la maladie

La recherche d'une réponse à la question du comportement de l'Eglise à l'égard du VIH/SIDA et le péché commence par plusieurs considérations générales. La Bible indique que la cause ultime de toute maladie est en effet le péché, par consequent la mort, en ce que la maladie et la mort sont un effet mauvais, résultant de la chute de l'humanité. À cause de la chute, nous vivons dans un monde imparfait, caractérisé par la présence de nombreux maux, y compris les diverses maladies qui affligent les humains.

Beyong identifie cette cause générale, cependant, nous pouvons être un peu plus précis sur les causes des maladies qui nous assaillent. En fait, la plupart des maladies peuvent être considérées comme le produit d'une ou plusieurs des trois causes fondamentales.

Premièrement, la maladie est le résultat du contact avec un environnement déchu. Paul avance dans cette direction : « Car la création a été soumise à la frustration, non pas par son propre choix, mais par la volonté de celui qui l'a soumise, dans l'espoir que la création

[1] Dans ce travail, nous utiliserons régulièrement, les abréviations des livres bibliques communes à la NBS, Cf. La Nouvelle bible Second. Villiers-le-Bel, Société Biblique, Française 2002.

elle-même sera libérée de son asservissement à la décomposition et apporté dans la liberté glorieuse des enfants de Dieu » (Romains 8.20-21).

Selon Paul, la création ne représente pas encore l'ordre parfait que Dieu a prévu. Au contraire, notre monde réside dans l'esclavage, et cette servitude comprend les imperfections du présent. Même la nature attend la libération complète qui ne viendra que dans l'avenir. Cela signifie que vivre dans l'environnement actuellement imparfait apporte la maladie et finalement la mort. Nous sommes sensibles à la maladie en vertu de notre existence dans un univers qui n’est pas encore parfait et par conséquent anormal.

Une deuxième cause de la maladie est plus étroitement liée au péché, spécifiquement aux péchés de la société. Nous sommes enclins à certaines maladies en raison de notre appartenance à un peuple ou une nation. Ces maladies peuvent être liées au mode de vie caractéristique d'un ordre social spécifique ou aux structures qui y sont inhérentes. Ainsi, nous, qui vivons dans cette terre, sommes sensibles à certaines maladies qui résultent de la manière générale de vivre liée à la société occidentale, y compris le rythme effréné qui fait partie de notre culture. Parmi ces maladies on pourrait énumérer l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques de divers types, et certaines variétés de cancer. D'autres maladies sont le résultat des habitudes alimentaires de la société ou de la manière dont les aliments sont cultivés, transformés et préparés. Même l'approche dominante en matière de soins de santé présente dans une société donnée peut favoriser une susceptibilité à certaines maladies.

Une troisième cause de maladies réside dans les péchés personnels. Certaines maladies sont en partie liées à des modes de vie personnels nuisibles et se posent donc très facilement parmi les personnes qui pratiquent certaines activités. Par exemple, le tabagisme peut amener une personne au cancer du poumon, l'alcoolisme peut conduire à des problèmes de foie, et l'obésité peut contribuer à une multitude de conditions liées au cœur et le système circulatoire. Quelques maladies peuvent même être contractées par un acte isolé et spécifique qu'une personne choisit. Par exemple, un acte d'infidélité sexuelle peut être le canal d'une infection par une maladie sexuellement transmissible (MST) ou vénérienne. Les maladies telles que celles-ci sont en partie le résultat du mal que les gens font à leur propre corps. Dieu n’est pas responsable des mauvais choix de l’être humain.

Dans la Bible, des maladies spécifiques ont parfois été autorisées par Dieu comme une indication du déplaisir de Dieu concernant le péché présent dans la vie d'une personne et comme un avertissement dont la repentance est nécessaire. Un exemple frappant de ceci est illustré dans l'Eglise à Corinthe. Certains membres de la communauté se sont rendus coupables de déshonorer la Cène du Seigneur. En conséquence, la maladie, même la mort est venue sur eux. « Car celui qui mange et boit sans discerner le corps du Seigneur, mange et boit un jugement contre lui-même. C'est pour cela qu'il y a parmi vous beaucoup d'infirmes et de malades, et qu'un grand nombre sont morts » (1 Corinthiens 11.29-30). Cette réponse divine était à la fois un acte de jugement sur les auteurs et un appel au repentir dirigé vers la communauté dans son ensemble.

2.3.4 VIH/SIDA et péché personnel

Les considérations ci-dessus se rapportent à l'épidémie de SIDA, en ce qu'elles soulèvent les questions importantes concernant la relation entre le péché et le SIDA. A première vue, cette relation peut apparaitre tout à fait simple. En réalité, elle doit être considérée sous deux dimensions lorsque sa pleine signification est bien étalée à la surface. La relation entre le SIDA et le péché a des aspects personnels et sociaux.

Souvent, les auteurs qui suggèrent une relation directe entre le péché personnel et la maladie sont rudement critiqués par les auteurs qui ne partagent pas cet avis. Ces critiques sont parfois justes, car ces déclarations peuvent facilement être simplement condamnables, plutôt que d'être offertes dans un esprit de réconciliation et de guérison. Néanmoins, le chercheur honnête ne peut pas éviter la conclusion que certaines actions et styles de vie augmentent le risque de contracter le virus du SIDA. Les activités homosexuelles, la promiscuité hétérosexuelle et l'abus de drogues intraveineuses placent un individu dans une catégorie à haut risque, comme l'a démontré la recherche médicale (Hoffman & Grenz, 1990 : 160).

Dans les cas où les personnes vivant ces modes de vie ont été infectées, les chrétiens doivent déclarer sans hésiter qu'une relation peut effectivement exister entre cette maladie et les activités choisies de la victime.

Ces commentaires peuvent sembler à première vue quelque peu impétueux. Pourtant, il est instructif de noter que notre société est maintenant disposée à établir des connexions similaires entre d'autres maladies et les choix de style de vie. Par exemple, contrairement

au point de vue largement répandu des dernières décennies, un lien entre le tabagisme et le cancer du poumon est maintenant reconnu par presque tout le monde. En fait, beaucoup de gouvernements sont allés jusqu'à demander des mises en garde explicites sur les paquets de cigarettes. Il semble y avoir une seule raison pour ce changement radical d'attitude. Le tabagisme, semble-t-il, est tombé dans une désaffection sociétale suffisante, pour permettre la connexion entre ce mode de vie nuisible et la maladie spécifique qu'il cause d'être facilement admis.

On se demande cependant pourquoi les gens sont souvent réticents à établir des liens similaires entre le sida et les modes de vie qui propagent la maladie. Pourquoi certaines personnes sont-elles réticentes à émettre de faux avis contre ces modes de vie nuisibles ? Les histoires de la réaction du public à d'autres maux sociaux, tels que le tabagisme, suggèrent que les modes de vie qui augmentent le risque de SIDA doivent d'abord devenir l'objet d'un désavantage sociétal général si la pression publique doit être montée et la propagation de cette épidémie mortelle arrêtée.

Cependant, tout en admettant un lien inévitable entre certains modes de vie et la susceptibilité au SIDA, les chrétiens doivent éviter de généraliser. Il est évident que tous ceux qui suivent de tels modes de vie contractent la maladie. Pourquoi le sida frappe certains membres des groupes dits à haut risque (hommosexuels, toxicomanes) et pas d'autres, reste un mystère. Cet aspect de l'épidémie et des faits connexes, tels que la présence de la maladie chez les hommes homosexuels, mais son absence relative chez les femmes lesbiennes, fournissent une précaution nécessaire contre une simple équation de la contractation du SIDA et du péché personnel : oser déclarer que tous les incidents de la maladie du SIDA sont le résultat de la vie impie. Cette généralisation est réfutée par la réalité indéniable des victimes innocentes du sida.

2.3.5 HIV/SIDA et péché social

La question d'une possible relation entre le péché social et le SIDA est également significative. Ce lien est forgé de plusieurs façons :

Premièrement, elle découle de certaines orientations fondamentales de la société contemporaine. Par exemple, il est indéniable que notre société actuelle est une culture de folie sexuelle. La sexualité est glorifiée partout à travers le monde. Chaque jour, nous sommes bombardés d'un mensonge séduisant concernant la sexualité humaine. L’idée

que « tout ce dont vous avez besoin est de l'amour » nous est continuellement exhibée par les médias, les journaux, les films, et surtout les films à caractère pornographique. Mais cet « amour » se comprend principalement en termes sexuels et n'est souvent rien d'autre que la luxure pure. Un tel message est un facteur qui contribue à la montée de la promiscuité et au déshonneur de la perspective chrétienne donnée par Dieu, concernant les restrictions sexuelles et d'expression sexuelle.

L'accent mis sur le sexe s'accompagne d'un accent tout aussi puissant et dévastateur sur « l'expérience ». Nous sommes constamment bombardés par des allégations alléchantes concernant les expériences que l'on doit apprécier si la vie doit être pleine et porter un sens.

Le résultat est une glorification de la satisfaction de soi, conduisant à une recherche sans fin de nouveaux frissons, un moyen de satisfaire l'appétit insatiable de l'homme pour le plaisir. Parmi d'autres débouchés, cette orientation encourage l'utilisation de drogues à un niveau d'expérience de plus en plus " hauts ".

Compte tenu de ces emphases jumelles, la glorification du plaisir sexuel et la recherche de plus de sensations fortes en général, il n'est pas surprenant que le SIDA atteigne rapidement des proportions épidémiques en Afrique. En tant que société, nous récoltons maintenant les conséquences des attitudes que nous avons développées au cours des dernières décennies sociétales. Il existe un lien indéniable entre le péché social et la propagation du sida.

Cependant, un second aspect de la relation entre le sida et le péché social doit être mentionné. Cet aspect se concentre plus spécifiquement sur les victimes de la maladie. L'épidémie de sida nous oblige à poser des questions difficiles concernant les victimes dans notre société. Ces questions portent sur deux groupes différents de personnes atteintes du sida : ceux qui ont contracté la maladie par un mode de vie personnel nuisible et ceux qui ont été infectés en dehors de leurs propres actions.

D'une part, nous devons considérer dans quelle mesure les « pécheurs » du SIDA sont en même temps les « pécheurs contre Dieu ». À ce jour par exemple, le plus grand groupe de personnes qui contractent le sida aux États-Unis a été les personnes ayant une orientation homosexuelle. Bien que la plupart des chrétiens considèrent que les pratiques homosexuelles sont pécheresses, nous devons néanmoins considérer dans quelle

mesure les attitudes actuelles envers l'homosexualité dans la société et dans l'Eglise servent réellement à aggraver le problème et contribuer ainsi à la propagation de l'épidémie de SIDA. Dans quelle mesure les personnes orientées vers l'homosexualité sont-elles dirigées vers la communauté homosexuelle, voire vers les pratiques sexuelles impersonnelles et la promiscuité, parce qu'elles sont incapables de trouver une communauté au sein de la société en général et plus spécifiquement au sein de nos Eglises ? Dans quelle mesure avons-nous été, comme chrétiens, coupables de pécher contre des personnes ayant une orientation homosexuelle en raison de notre incapacité à montrer de l'amour et à leur offrir la vraie camaraderie qu'ils recherchent ?

L'Eglise est appelée à être une communauté dans laquelle les créatures déchues peuvent trouver la communion et la réconciliation avec Dieu et entre eux. Cependant, notre vocation est refusée lorsque nous excluons de nos rangs, volontairement ou simplement par la surveillance, des personnes qui sont différentes de nous ou qui sont pris dans des modes de vie déviants[2]. Si la porte de l'Eglise et la fraternité offerte sont fermées à ces gens, où peuvent-ils aller trouver l'expérience de la communauté dont toutes les personnes ont si désespérément besoin ? Nous devons soulever une question semblable à l'égard des toxicomanes.

L'Eglise doit condamner ces pratiques, bien sûr, en raison de l'effet destructeur qu'ils ont sur les personnes concernées et leurs relations avec les autres, y compris leurs familles et la société dans son ensemble. Pourtant, dans le même temps, nous devons soulever des questions difficiles concernant les causes de l'abus des drogues. Les rangs des toxicomanes sont remplis de gens des classes inférieures de la société ; des personnes qui subissent les effets néfastes de la pauvreté et du ghetto ; evoluant donc dans les bidonvilles où l’ensemble d’habitations sont de fortune, avec peu de moyens en marge de grandes agglomerations avec une forte concentration d’une minorité éthique, culturelle ou religieuse, par choix ou par contrainte, ayant une connotation de difficulté et de ségrégation sociale voire de réclusion dans un environnement urbain généralement dégradé. Leur nombre est gonflé par des personnes de tous les niveaux socio-économiques qui ne trouvent aucun but dans la vie et donc souffrent d'un sentiment d'ennui total. Comment proposons-nous des alternatives et des réponses pour ces

[2] Ce n'est pas pour nier que l'Eglise doit pratiquer sa tâche donnée par Dieu de discipliner ses memres. Néanmoins, même quand la discipline de l'Église est nécessaire, la réconciliation, et non l'exclusion, doit être l'objectif ultime.

situations ? Comment soucions-nous de ceux pris dans ce mauvais réseau ? La propagation du sida chez les personnes homosexuelles et les toxicomanes soulève des questions difficiles. Pécheurs et pratiquant le péché ils sont tributaires d'une société déraillée et d'une Eglise dont les portes ne leur apparaissent parfois que partiellement ouvertes ? Bien que l'analyse de telles questions n'excuse pas les choix que font les personnes, il sert néanmoins à indiquer que plus qu'un choix personnel est impliqué quand un individu suit un mode de vie pécheur.

Pour la plupart des chrétiens, les victimes innocentes de l'épidémie du sida sont une catégorie plus évidente de ceux qui ont été victimes de la maladie, des personnes qui ont contracté la maladie en dehors de toute participation à des modes de vie douteux. L'épidémie de SIDA oblige les chrétiens à poser des questions difficiles concernant ces personnes aussi. Pourquoi cette maladie s'est-elle propagée aux conjoints de partenaires infidèles, aux personnes qui ont contracté le sida par des relations conjugales normales ? Qu'en est-il des bébés qui sont nés avec cette maladie redoutée ? Qu'en est-il des hémophiles qui ont été infectés par le SIDA par transfusion sanguine ? La considération de ces victimes nous déplace au-delà de toute compréhension simple ou unilatérale de la relation entre la maladie et le péché, que ce soit de nature personnelle ou sociétale.

Il n'y a pas de réponse au problème des victimes innocentes de cette épidémie. Dans notre monde déchu, les innocents souffrent effectivement avec les coupables. Et les actions pécheresses de certains affectent les autres. Pour le chrétien, cela signifie que le SIDA ne peut être considéré comme un problème moral, comme une situation reflétant simplement la moralité des personnes infectées. En dernière analyse, le SIDA en soi n'est pas une question morale. C'est une maladie, un ennemi de l'humanité, et donc doit être combattu comme tous les autres ennemis. On ne peut pas non plus (comme nous l'avons vu) considérer le sida comme un « problème des homosexuels » ? C'est plutôt notre problème. Si cette compréhension est exacte, nous devons nous associer à un effort concerté pour attaquer et surmonter l'épidémie. Une victoire sur le SIDA n'est pas seulement une victoire pour certains, elle est aussi une victoire pour nous tous. Cela nous ramène encore une fois à l'histoire impliquant un homme aveugle de naissance, se trouvant en Jean 9. Il y a, bien sûr, une différence majeure entre cette histoire et l'épidémie actuelle de SIDA. La cécité de l'homme semble avoir été le résultat d'un défaut de naissance et donc apparemment sans rapport avec un péché personnel, parental ou sociétal. La contraction du sida, en revanche, n'est pas toujours « innocente ». Les actes

antérieurs du patient, du parent ou du conjoint peuvent constituer le point d'entrée du virus. Néanmoins, il y a des cas où des personnes innocentes sont infectées, et dans tous les cas il y a les facteurs additionnels mentionnés plus haut.

Pour cette raison, la réponse de Jésus aux disciples : « Cela est arrivé afin que l'œuvre de Dieu puisse se manifester dans sa vie » (Jean 9. 3), n'est pas sans application à l'épidémie du sida. Comme l'état de l'aveugle né dans l'Evangile de Jean, la crise actuelle offre une occasion à l'œuvre de Dieu d'être affichée. Mais, pour que cela se produise, l'Église doit relever le défi de voir l'épidémie du SIDA à travers les yeux du Christ. L'Eglise doit véritablement être son corps, répondre à la crise d'une manière conforme à son attitude et au rôle de l'Église comme instrument de son ministère. La base théologique de cette évolution est développée plus loin dans le chapitre quatre.

2.3.6 La voix de Dieu et le jugement

Une étape peut également être prise en compte pour surmonter les barrières qui entravent le ministère au milieu de l'épidémie du SIDA quand les chrétiens voient le SIDA, comme un véhicule pour transmettre la parole de Dieu à l'Eglise et au monde. Nous devons écouter la voix de Dieu. Qu'est-ce que Dieu essaie de nous dire ? Quel est le ton de l'énoncé divin ?

Pour comprendre pleinement la signification de la crise actuelle, nous devons nous rendre compte que la voix de Dieu dit, *un mot de jugement* par l'épidémie du sida. Ce thème, « le SIDA comme jugement de Dieu sur le péché humain, » a été répété par plusieurs chrétiens. D'autres s'opposent avec véhémence et rejettent catégoriquement cette aspect déclarant que considérer le sida comme un « jugement » reflète une crainte injuste de l'homosexualité et est contre-productif. Indépendamment des arguments à l'effet contraire, le mot de jugement est inévitable (Blyth & Garland, 2011 : 294-295).

Premièrement, le SIDA est un rappel vif de la relation entre les actes et leurs conséquences. Le principe selon lequel les actions entraînent des conséquences n'est pas populaire dans la société contemporaine. Au contraire, les gens aujourd'hui maintiennent souvent qu'ils peuvent vivre comme ils veulent sans subir aucun effet défavorable et négatif pour eux-mêmes ou pour les autres. L'épidémie de SIDA constitue un contre-exemple concluant à cette réflexion. Il est rappelé que les actions personnelles ont leurs implications et entraînent des conséquences. En ce sens, le SIDA est la voix du

jugement sur un comportement irresponsable. C'est une déclaration hardie selon laquelle l'âge de cette innocence naïve est terminé.

Deuxièmement, le SIDA est la voix du jugement sur la privatisation de la morale. Notre époque popularise l'idée que ce qui est fait entre adultes consentants à huis clos est uniquement une affaire privée. Cependant l'âge de l'innocence naïve présupposée par cette perspective est également terminé. L'épidémie du SIDA déclare qu'il existe une relation entre les actes « privés » et le bien public et entre les mœurs d'une société et sa santé. Aucun peuple ne peut permettre que les normes de Dieu soient ignorées ou érodées et s'attendent à ne pas subir de mauvaises conséquences. Au contraire, il existe une relation entre les lignes directrices pour la vie personnelle trouvées dans la Bible et une société saine. Parce que ces directives ont été données pour le bénéfice humain, elles sont ignorées seulement au péril des individus et aussi de la société dans son ensemble.

Le cardinal George Basil Hume, archevêque de Westminster, articule bien ce point : « La propagation du sida et le péril qu'il représente pour notre société illustrent de façon dramatique ce qui est arrivé aux attitudes et aux valeurs de la société et à quel prix elle doit maintenant payer son mépris antérieur des normes morales » (Woods, 1987 : 400).

Troisièmement, l'épidémie de sida doit être considérée comme la voix du jugement sur l'insensibilité du peuple de Dieu. Si, dans un certain sens, les victimes de la maladie ont aussi péché contre Dieu, le sida prononce une parole de condamnation sur notre complicité dans ce péché. Dans la mesure où notre refus de devenir " communauté " avec les personnes dont le mode de vie que nous considérons comme odieuse a contribué à leur fuite vers des communautés malsaines pour la communion, nous avons contribué à la propagation de l'épidémie. Le Sida nous appelle à rendre compte de tous les préjugés, l'apathie et l'inaction qui ont caractérisé l'Eglise dans le passé.

Entendre la voix du jugement divin à travers l'épidémie de SIDA exige que *l'appel à la repentance* de l'accompagnant soit aussi bien entendu par l'accompagné. Cet appel est adressé bien sûr, aux personnes qui pratiquent des modes de vie pécheur et nuisibles. A ces personnes, Dieu déclare : « *Repentez-vous, détournez-vous de vos voies pécheresses, car le salaire du péché c'est la mort* » (Matthieu 3.2 ; Romains 6.23). Mais l'appel à la repentance ne se limite pas aux personnes engagées dans des modes de vie pécheur. Il se déplace au-delà d'eux vers la société dans son ensemble et aux personnes

influentes dans notre monde. Le défi de Dieu pour nous est de nous détourner de ces attitudes et actions nuisibles qui ont ouvert la porte à cette épidémie et facilité sa propagation, que ce soit l'utilisation du sexe dans le marketing, la promotion de l'autosatisfaction ou l'érosion de la moralité en général.

À l'Église, Dieu lance aussi un appel au repentir. Nous sommes contraints de renoncer à notre complicité avec l'esprit du siècle, notre complaisance avec notre politique confortable et notre hésitation à accomplir notre mission qui consiste à atteindre au nom de Jésus les personnes qui ne respectent pas nos normes de justice.

2.3.7 L'unité de vie

Pour comprendre l'épidémie de SIDA, nous devons également écouter la voix de Dieu lorsqu'elle offre un rappel nécessaire de *l'unité de la vie*. Pendant un certain temps, beaucoup de personnes considéraient le sida comme une « maladie homosexuelle' » (Blyth & Garland, 2011 : 294-295). Mais nous commençons maintenant à voir que c'est une attitude fallacieuse et dangereuse. La propagation de la maladie du sida a offert une déclaration profonde sur la nature de la société. Les groupes n'ont pas le privilège de penser pouvoir se protéger de la société en tant que telle ou de tout sous-groupe de la société. Personne ne peut se retirer du monde dans une enclave sûre. La société est plutôt un tout organique, et nous en faisons partie intégrante. Ce que Paul a déclaré concernant l'Église est vrai pour toute société ou tout groupe de personnes, quand une partie souffre, finalement toutes les parties souffrent aussi (1 Corinthiens 12.26).

Cette réalité est confirmée par le fait affligeant que l'épidémie du sida ait rapidement sauté les bouderies de la communauté homosexuelle dans laquelle il s'est d'abord multiplié et a traversé le pont pour maintenant infecter tous les groupes de la population de la société africaine, congolaise et Lushoise[3]. Cela ne doit pas nous surprendre, étant donné la compréhension biblique de l'unité de l'humanité. La solidarité, cependant, ne se limite pas à la famille humaine à tout moment donné. Au contraire, elle transcende également toute génération. À l'heure actuelle, même les générations futures sont en jeu dans la controverse du sida. Cette sombre réalité est mise en évidence dans le fait que la maladie a déjà déménagé à la prochaine génération, des parents aux enfants. Nos décisions et notre réponse à la crise actuelle affecteront non seulement nous-mêmes,

[3] **Lushoise** ou **Lushoix** : habitante ou habitant de Lubumbashi.

mais aussi nos enfants et les enfants de nos enfants. Pour cette raison, ceux qui entendraient la voix de Dieu parler par l'épidémie de SIDA doivent écouter l'appel de Dieu à la responsabilité. Nous sommes en effet « le gardien de notre frère ». Nous devons assumer la responsabilité qui nous incombe en tant que membres de la société et comme faisant partie du lien actuel entre le passé et les générations futures.

2.3.8 Le chemin de la croix

Enfin, pour comprendre la crise du sida, nous devons entendre la voix de Dieu en prononçant un mot d'exhortation. La crise du sida nous rappelle que la voie du chrétien est le chemin de la croix. Dieu exige que l'Église de Jésus-Christ suive l'exemple du Seigneur en acceptant de prendre des risques pour le bien des autres. Jésus a parlé à plusieurs reprises du coût du discipulat.

Il a clairement affirmé qu'être son disciple impliquait des risques, des sacrifices et la volonté de payer un prix, c'est-à-dire la volonté de perdre sa vie pour l'amour de l'Évangile (Romains 12.1). La voix de Dieu lance un appel à souffrir avec les affligés, tout comme Christ a souffert et est mort pour nous. Pour cette raison, même si le sida présentait un risque médical sérieux, l'Évangile du Christ ne demanderait-il pas que nous mettions en danger notre vie et notre bien-être afin de servir ces personnes nécessiteuses ?

Comme nous l'avons vu, l'épidémie du sida peut facilement donner naissance à certains obstacles qui entravent la mise en œuvre du ministère au milieu de cette crise. Pourtant, ces obstacles peuvent être surmontés pour le bien du royaume de Dieu et pour le ministère du Christ dans le monde. La base pour surmonter les différentes barrières est posée à mesure que nous arrivons à une compréhension théologique des causes de la maladie en général et du SIDA en particulier et que nous sommes ouverts à entendre la voix de Dieu à travers cette terrible maladie. Ces considérations offrent un moyen de faire face aux obstacles. Si le ministère pastoral doit se produire, nous devons non seulement éliminer les obstacles qui entravent notre tâche, nous devons également les traverser et toucher les personnes nécessiteuses, celles atteintes par la maladie du SIDA. Pour que cela se produise, nous devons sentir une impérieuse envie de servir au milieu de l'épidémie de SIDA. Le développement d'une base théologique qui oblige un tel ministère est le sujet que nous allons maintenant étudier.

2.4 Du comportement de l'Eglise chretienne à l'égard du VIH/SIDA

L'Eglise chrétienne est dans une position unique pour faire face à la plupart des aspects de la pandémie du VIH/SIDA ; celle d'apporter un soutien spirituel par un message d'amour aux personnes affectées par le VIH/SIDA. Elle a une portée extensive et son influence se ressent à travers la plupart des communautés africaines. L'Eglise a un potentiel considérable, qui souvent n'est pas exploité, pour renverser avec succès le cours de la pandémie. Ses valeurs fondamentales d'amour, d'attention, de solidarité et de justice ont facilité le développement de programmes solides de prise en charge et de soutien de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV), lesquels sont gérés par l'Eglise dans plusieurs communautés. En même temps, le fait qu'elle préconise l'abstinence avant le mariage et la fidélité dans le mariage, lesquelles pourraient encore être renforcé, est une arme essentielle pour la réduction de la prévalence et de l'incidence du VIH/SIDA en Afrique. Malheureusement la stigmatisation et la discrimination abondent encore dans l'Eglise, ce qui freine sérieusement et quelquefois renverse le progrès dans le domaine de prévention et de l'encadrement des personnes affectées par le VIH/SIDA (Blyth & Garland, 2011 :311).

Le poids de la souffrance humaine due au SIDA s'accroit chaque jour. Mais le SIDA dans l'Eglise, est-ce possible ? Dans certains pays la réponse est d'autant plus évidente que nous voyons des frères et sœurs tomber malades et mourir. Ailleurs le fléau n'a pas encore atteint une telle ampleur. Mais le SIDA continue à traquer et tuer. Souvent nous ne voulons pas admettre que le SIDA est dans nos Eglises et ce mur du silence nous empêche de bien connaitre le tueur.

Le feu du SIDA qui embrase le monde, et l'Afrique en particulier, donne aux chrétiens de l'Eglise une occasion de rendre service au nom de Christ, en enseignant à ceux qui sont autour de nous que la vérité de Dieu est indispensable pour notre vie. C'est aussi une excellente occasion pour montrer l'amour de Christ à ceux qui n'ont pas d'espérance. Nous devons être les mains de Jésus. Lorsque nous servons ceux qui souffrent, c'est le Christ que nous servons (Matthieu 25.34-40).

Ce travail, tentera de donner aussi bien des informations concrètes sur la maladie que les instructions utiles pour y faire face. Les conseils bibliques permettront de formuler une réponse chrétienne mure à l'épidémie du VIH/SIDA.

Mais le SIDA dans l'Eglise, est-ce possible? Dans certains pays la réponse est d'autant plus évidente que nous voyons des frères et sœurs tomber malades et mourir. L'Eglise chrétienne dans son ensemble est unanime aujourd'hui, pour affirmer qu'elle a un rôle à jouer dans cette génération présente qui est en train de vivre des situations et évènements exceptionnels, notamment dans le domaine de la santé où l'expansion des maladies épidémiques, telles que le VIH/SIDA qui sévit ces trois dernières décennies. L'Eglise doit continuer de croire à sa vocation et à son appel, dont la nature est d'être missionnaire, sa raison d'être étant d'agir dans le monde (Blyth & Garland, 2011 : 310).

Malheureusement, les chretiens voient l'Eglise de Jésus-Christ comme un endroit où les pécheurs ne sont pas les bienvenus. Ils disent que l'Eglise est seulement pour « ceux qui sont bons ». C'est à tort qu'ils pensent et disent : « Ceux qui sont mauvais n'ont pas leur place à l'Eglise ».Les chretiens considérent même que ceux qui ont le VIH/SIDA sont les pires parmi ceux qui sont mauvais ! Depuis le début de l'épidémie du SIDA, il y a peu de péchés secrets qui aient des conséquences aussi visibles. Ainsi l'Eglise pense souvent qu'elle peut confortablement rejeter ceux qui souffrent du SIDA. « Ils ne reçoivent que ce qu'ils méritent en punition de leurs péchés », tel est le jugement prononcé, ou non prononcé. Nous pensons voir un phénomène de cause à effet qui devient aussitôt une affaire classée dans nos têtes (Blyth & Garland, 2011 : 312).

L'Eglise est confrontée aux questions et problèmes posés par le VIH/SIDA. Elle peut les éluder, jusqu'à ce qu'un nombre croissant de ses membres ne viennent plus à l'Eglise, parce qu'ils sont contaminés. Ils restent à la maison tout en étant malades par crainte d'être stigmatisés et discriminés. L'autre possibilité qui reste à l'Eglise est de réfléchir au sujet de ces questions et problèmes posés, et de s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA et d'encadrer, par les soins pastoraux, des personnes affectées par le VIH/SIDA. Quelle forme alors donner à la réflexion sur les soins pastoraux ? L'auteur de cette thèse est pleinement conscient du fait que l'Eglise, en tant que tout homogène, existe ici-bas, et qu'elle est composée, du moins pour ce qui est de son aile évangélique, d'un grand nombre des chrétiens individuels, très différents et dont les opinions sont parfois divergentes.

L'Eglise de Lubumbashi a ses raisons qui la poussent à ne pas s'engager effectivement dans la lutte contre le VIH/SIDA et la prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA.

En première lieu, L'Eglise a une grande peur du contact avec les classes les plus affectées : les drogués, les homosexuels. Les hommes de l'Eglise ont une grande difficulte de prendre une position trop visible au-devant de la lutte contre le VH/SIDA, celle-ci étant une maladie d'un mauvais comportement. Ensuite, parce qu'au début de cette maladie la presse avait d'abord présenté le VIH/SIDA comme maladie des homosexuels, des drogués et des prostitués (Simonis & Bosch, 1988 : 96). Comprenez que l'orsqu'on montre une maladie comme celle des homosexuels, l'Eglise evitera de s'engager puisqu'elle condamne l'homosexualité. Il était très difficile pour l'Eglise de comprendre quel levier il faut manier, pour se lancer dans la lutte contre le VIH/SIDA et l'encadrement des personnes affectées par cette maladie.

En second lieu, l'Eglise redoute les réactions de ses différents courants et les divergences qui pourraient se faire jour, sur les thèmes comme « l'homosexualité et l'Eglise ». Certains craignent sans doute qu'un débat trop vif au sujet des normes traditionnelles risque d'accélérer plutôt que de freiner le rejet de l'éthique chrétienne de l'Eglise (Simonis & Bosch, 1988 : 91-92). Une autre considération qui retient certains pasteurs et chrétiens de s'engager, c'est qu'ils pourraient facilement être suspectés d'avoir des raisons particulières de s'intéresser au VIH/SIDA (Simonis & Bosch, 1988 : 91-92).

L'auteur de ce travail est donc parmi les premiers à tenter de s'engager à appliquer les soins pastoraux aux personnes affectées par le VIH/SIDA dans la ville de Lubumbashi. Sa démarche a suscité des interprétations erronées, de plusieurs de ces collègues qui, heureusement aujourd'hui, ont compris l'importance de la lutte contre VIH/SIDA et les soins pastoraux à apporter aux personnes affectées par cette maladie.

Jésus-Christ n'avait peur d'aucun contact. Au contraire, il était connu et critiqué pour le bon accueil qu'il faisait aux « pécheurs » de tous genres. Il ne se demandait pas si cela pouvait nuire à sa réputation. « Les personnes en bonne santé n'ont pas besoin d'un docteur, ce sont les malades qui en ont besoin. Allez apprendre ce que signifie ces mots de l'écriture : ‘'je désire la bonté et non des sacrifices d'animaux.'' Car je ne suis pas venu appeler les personnes respectables, mais des gens de mauvaise réputation. » Telle fut la réponse de Jésus au reproche qu'on lui faisait de « manger avec les collecteurs d'impôts et les gens de mauvaises réputation » (Matthieu 9.11-13). Où est l'Eglise qui emboite le pas à Jésus-Christ dans ce domaine ?

L'Eglise a la vocation et le devoir de s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA et à dispenser les soins pastoraux, étant donné que le VIH/SIDA attaque l'être humain. En effet il détruit l'aspect moral, physique, psychique, économique de la personne et même spirituel.

Le pasteur H. Mittendorf, président des deux colloques sur le VIH/SIDA qui se sont tenus à Stuttgart en Juin 1986 et juin 1987, s'est prononcé contre toute mise en quarantaine des séropositifs et malades atteints du VIH/SIDA au niveau des Eglises. (Simonis & Bosch, 1988 : 92).

2.4.1 L'exemple du comportement de l'Eglise catholique à l'égard de personnes affectées de VIH / SIDA

Du côté catholique, l'Eglise est vraiment investie au service des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; elle est parmi l'une des grandes institutions religieuses qui prennent en charge ceux qui sont affectés par le VIH/SIDA dans le monde (Lesegretain, 2009). En effet, le VIH/SIDA touche chaque aspect de la vie d'une personne, l'Eglise opte pour une approche holistique[4] de la maladie qui se focalise sur les exigences physiques, intellectuelles et spirituelles de la personne. Le Pape Benoit XVI declarait en novembre 2007 : « *Je suis proche spirituellement de ceux qui souffrent de cette maladie comme de leurs familles* ». Il encourageait ainsi toutes les personnes de bonne volonté à multiplier les efforts pour stopper la propagation du virus HIV, à lutter contre les préjugés et à prendre soin des malades, particulièrement quand ils sont enfants (Lesegretain, 2009). C'est avant tout en termes de compassion pour les malades et leurs proches que l'Eglise catholique parle du SIDA. En attachement avec son action, plus du quart des malades du SIDA dans le monde sont soignés par des établissements de l'Eglise catholique (Lesegretain, 2009). Le prêtre américain Robert Vitillo, à la tête depuis 1987 de la lutte contre le SIDA au sein de Caritas Internationalis, affirme qu'il s'agit de campagnes d'information et de prévention, de mise à disposition d'antiviraux, de soin des malades, de lutte contre la stigmatisation, de prise en charge des orphelins, ou encore d'encadrement spirituel… Toutes ces activités sont harmonisées par une commission spéciale pour la lutte contre le SIDA, établie par le Saint-Siège.

---

[4] Approche holistique, c'est l'approche qui s'intéresse à tout l'homme dans ses trois composantes : corps, âme et esprit, cité dans 1Thessalonissien 5 :23.

L'Eglise catholique a un accès facile aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA, au niveau international et local. Elle dispose d'un réseau mondial d'écoles, d'Eglises, d'établissements de soins palliatifs, d'organisations comme Caritas, ainsi que de beaucoup de fidèles qui offrent leurs services. En dehors de soins de santé, elle propose une aide psychosociale et un accompagnement spirituel aux personnes qui ont été affectées par la maladie afin de les assister à resister à ce qui est vraisemblablement la plus grave bravade de leur vie.

L'Eglise donne aussi des nourritures nourrissantes qui sont indispensables pour garantir l'efficacité du traitement antirétroviral. Elle travaille aussi dans d'autres aspects ou domaines, notamment, l'éducation, l'information et la communication des personnes à risques d'être affectées par le VIH/SIDA et travaille dans la prévention. L'objectif de l'Eglise vise aussi à réduire la discrimination et la stigmatisation qui accompagnent souvent le VIH/SIDA.

La plaidoirie prend une partie considerable du travail de l'Eglise. Actuellement, l'Eglise incite les gouvernements et sociétés pharmaceutiques à fabriquer de médicaments contre le VIH et le SIDA pour enfants et à amender les tests, parce que plusieurs enfants meurent aujourd'hui à cause du manque de médicaments (Lesegretain, 2009). Pour tout dire, l'Eglise travaille directement pour aider les personnes ayant contracté le VIH/SIDA, à vivre dignement.

L'Eglise catholique, en RDC a déboursé plus de 144 millions de dollars pour assister les personnes touchées par le SIDA et pour lutter contre la propagation du virus (rapport de l'agence Vaticane Fides ROME, 18/mai/2009) (Lesegretain, 2009).

L'Eglise cesse d'être une Eglise, si elle arrête de proclamer la bonne nouvelle du salut dont elle-même est un signe et d'apporter secours à ceux qui sont dans le besoin. La proclamation de l'Evangile dans le monde, l'implantation des Eglises et le ministère pastoral, définissent la mission et la raison d'être de l'Eglise. L'Eglise existe par la mission. C'est seulement dans une dynamique pastorale que l'Eglise sait qui elle est effectivement, pourquoi elle existe et où est-ce qu'elle va (Simonis & Bosch, 1988 : 93-94).

En fait « l'Eglise n'a pas son fondement en elle-même. Elle n'est pas née de la volonté ou de la décision des êtres humains qui la composent, elle est *creatura verbi divini ;*

création de la parole de Dieu, de l'évangile » c'est-à-dire que finalement, l'Eglise étant créée par Dieu prend source en Dieu lui-même et accomplit l'objectif que son fondateur a fixé pour elle dans le monde. La proclamation de la parole de Dieu dans le monde, pour le salut des âmes, la manifestation de l'amour de Dieu pour les hommes et la prise en charge des nécessiteux est la mission de l'Eglise. Si l'Eglise cesse d'être en mission pastorale, cela signifie qu'elle est coupée de Dieu, ou plus encore, qu'elle a failli à sa vocation (Simonis & Bosch, 1988 : 93-94).

En dehors de ce cadre, elle perd son identité, elle perd sa propre essence. Bref, elle n'est plus crédible. L'Eglise a aussi vocation à adorer Dieu au travers du culte en tant que rassemblement des croyants, à contribuer à l'édification de ses membres et à avoir un ministère de compassion. L'Eglise est Eglise parce que le Christ la rend Eglise en ayant fait don de sa grâce à ceux qui la compose (Simonis & Bosch, 1988 : 93-94).

2.4.2 Pharisaïsme et laxisme chrétiens

Dans le jugement qu'ils portent sur le VIH/SIDA et les problèmes qu'ils soulèvent, les chrétiens doivent veiller à éviter deux pièges, auxquels on pourrait donner le nom de pharisaïsme et de grâce facile. A ce propos, je suis bien conscient que les réflexions que je vais faire n'intéresseront sans doute pas les non-chrétiens. Elles me semblent cependant extrêmement importantes, du fait qu'elles n'ont pas seulement trait au VIH/SIDA, mais à l'attitude fondamentale de chrétiens, que j'ai obervée lors de mes enquêtes à l'égard de son prochain.

Que faut-il entendre par « pharisaïsme » ? Un pharisien était, à l'époque de Jésus, un adepte d'une secte politico-religieuse juive réputée pour sa piété légaliste. Bien qu'il n'ait pas trouvé à redire à leur enseignement (Mt 23.2-3), Jésus est souvent entré en conflit avec les pharisiens, les qualifiant même de « conducteurs aveugles », de « serpents » et de « bande de vipères » (Mt 12.34; 15.14; 23.33), paroles sévères qu'il n'a sinon jamais employées. Quels étaient leurs travers ? Croyant incarner la perfection et la vérité, du moment qu'ils observaient strictement les préceptes et rites de la loi, ils jugeaient les autres sévèrement, condamnant leurs conduites sous prétexte de leur rendre service. Ils étaient généralement orgueilleux, autoritaires, superficiels et hypocrites.

Le même danger guette aujourd'hui certains chrétiens membres de l'Eglise « engagés », soucieux de fidélité Biblique, qui jugent sévèrement les homosexuels et avec eux en bloc,

tous les séropositifs et les malades du SIDA. Se sentant moralement supérieurs à eux, ils les méprisent et se réjouissent peut-être même secrètement de ce que ces « impies » aient été enfin atteints par le juste jugement de Dieu. Pourtant, la plupart d'entre eux n'ont jamais eu aucun contact avec un homosexuel ou un drogué, un séropositif ou un malade du VIH/SIDA. Ils ne lui ont jamais parlé d'homme à homme, de pécheur à pécheur. Sinon, ils ne prononceraient pas facilement, si facilement, un jugement aussi implacable et pharisaïque, mais reconnaîtraient plutôt leurs propres imperfections et leur besoin quotidien du pardon de Dieu. Leurs sujets de prédilection sont les péchés d'ordre sexuel et la colère de Dieu, sans doute par réaction contre le silence observé dans les Eglises sur ces thèmes-là. Ils condamnent cependant le pécheur au lieu du péché et se réjouissent de le voir marcher à sa ruine.

Comme le prophète Jonas qui, en ne voyant pas fondre sur Ninive le jugement divin qu'il avait annoncé, a déploré le fait que Dieu soit bienveillant et compatissant, patient et d'une immense bonté, ces chrétiens ont besoin d'être instruits par Dieu. « Ecoute, cette plante ne t'a donné aucun travail, ce n'est pas toi qui l'as fait pousser. Elle a grandi en une nuit et a disparu la nuit suivante. Pourtant tu en as pitié. Et tu voudrais que moi, je n'ai pas pitié de Ninive, la grande ville, où il y a plus de cent vingt mille êtres humains qui ignorent ce qui est bon pour eux, ainsi qu'un grand nombre d'animaux ?» (Jonas 4.10-11).

Dieu éprouve de la compassion même pour le bétail. A l'extrême opposé, il y a un danger tout aussi grave et qui menace sans doute davantage de chrétiens : celui de valoriser la grâce, d'en faire une grâce à bon marché. Qu'entend-on par grâce à bon marche ? J'ai emprunté l'expression au célèbre théologien allemand Dietrich Bonhoeffer, exécuté par les nazis le 9 avril 1945 au camp de concentration de Fossenburg. Il écrit à ce sujet dans son livre, *Le prix de la grâce,* paru en 1937 : La grâce à bon marché est l'adversaire destructrice de notre Eglise. Présentement, dans notre combat, il est de la grâce qui vaut. Nous considerons la grâce à bon marché, comme une marchandise à solder, l'indulgence à un pris reduit, le soulagement au rabais … La grâce à bon marché est une grâce aperçue…, en tant que principe, en tant que précepte ; c'est le pardon des péchés regardé comme une vérité planétaire, c'est l'amour de Dieu consideré comme une idée chrétienne de Dieu…La grâce à bon marché, C'est la décharge du péché et non point du pécheur… la grâce à bon marché, est pour une justification que nous avons par nous-mêmes *(Bonhoeffer, 1937 : 11-12).* Et Bonhoeffer d'ajouter : *« Cela veut dire que dans l'Eglise des saints, on ne peut prêcher le pardon qu'en prêchant également la repentance,*

en ne laissant pas l'Evangile dépourvu de la prédication de la loi, en ne pardonnant pas les péchés purement et simplement, inconditionnellement, mais en les gardant en mémoire…Une Eglise qui n'appelle pas le péché, péché ne peut non plus rencontrer la foi lorsqu'elle veut pardonner le péché. » (Bonhoeffer*, 1937 : 220-221).*

Les partisans de la grâce à bon marché vont bien sûr au-devant des souhaits des victimes du VIH/SIDA en les acceptant sans réserve, ainsi que leur homosexualité, leur toxicomanie ou leur prostitution, et en les défendant même contre autrui. Ils ignorent délibérément les affirmations catégoriques de la Bible à ce sujet. Certains pasteurs vont même jusqu'à marier des homosexuels et à leur confier certaines charges à l'Eglise. Pour eux, le mot péché est un terme démodé dont ils ne savent plus que faire. Si quelqu'un ose encore affirmer que l'homosexualité est un péché, on se moque de lui et le traite de vieux jeu, comme ce fut le cas d'un catholique pratiquant qui a timidement défendu ce point de vue lors d'un congrès sur le VIH/SIDA à Munich. Après son intervention une des participantes au congrès s'est levée et a dit : « Je ne peux plus supporter ces propos sur le péché. Ils sont tout à fait déplacés ici. » (Simonis & Bosch, 1988 : 109).

Nous connaissons de nombreux cas de malades du VIH/SIDA animés d'une détermination arrêtée à retrouver le chemin de l'Eglise et de la foi ; plusieurs homosexuels, qui avaient démissionné de l'Eglise, auraient voulu, après être tombés malades, se rapprocher à nouveau de l'Eglise et se seraient désespérément mis à la recherche d'un pasteur qui leur viendrait en aide dans la détresse, prierait avec eux, leur imposerait les mains, les bénirait et les exhorterait, sans qu'ils ne se repentent et abandonnent ce mauvais comportement. Mais le pasteur qui compterait s'assurer une forte affluence d'ouailles en le dispensant de la conversion exigée par Jésus rendrait un mauvais service à l'Eglise, aux malades eux-mêmes et à l'évangile en le dévalorisant et le rabaissant au niveau de la grâce à bonne marché.

A un extrême, le pharisaïsme et sa condamnation du pécheur au lieu du péché, à l'autre extrême, la grâce à bon marché et sa justification du péché au lieu du pécheur, où se situe l'entre les deux, le chemin étroit qui, de l'aveu des chrétiens, est bien plus difficile à emprunter que les deux voies d'égarement que nous venons de décrire ? La réponse se trouve dans la personne de Jésus-Christ, qui a exercé la miséricorde sans verser dans la grâce à bon marché, et la justice sans verser dans le pharisaïsme. Son secret était sans doute la distinction claire et nette qu'il faisait entre le péché condamné sans merci par Dieu et le pécheur aimé sans réserve par lui.

2.4.3 L'exemple de Jésus-Christ

Jésus agissait dans plusieurs domaines de la vie des gens afin d'y apporter la transformation. Il a restauré des vies par son enseignement mais aussi par son toucher lorsqu'il les guérissait (Escobar, 2003 : 179-193). « Ce ne sont pas ceux qui se portent bien qui ont besoin de médecin, mais les malades. Je ne suis pas venu appeler des justes, mais des pécheurs » (Marc 2.17).

Nous sommes souvent préoccupés par la question de la punition du péché. Ce n'est pas sur ça que Jésus a mis le plus d'accent. Quand on entend que quelqu'un souffre du SIDA on veut penser ou même poser les questions suivantes : « Ils ont le SIDA parce qu'ils ont commis l'adultère ou la fornication ? Sont-ils coupables ? Est-ce l'époux ou l'épouse qui est coupable ? Est-ce la raison pour laquelle ils souffrent ? » Cette manière de voir, nous aide à libérer notre conscience et nous sentir mieux dans notre autojustification.

S'agit-il vraiment de recevoir ce que nous méritons ? Que se passerait- il si nous recevions tous ce que nous méritons pour notre péché ? Nous irions tous en enfer. Pas un seul d'entre nous ne mérite le ciel. Dieu voit notre cœur et nos pensées, et il arrive à chacun de nous d'avoir en pensée des désirs sexuels illicites. Jésus a dit que ceux qui jettent un regard chargé de désir adultère sont également coupables du péché d'adultère (Matthieu 5.27-28). En plus, qu'en est-il de ceux qui commettent l'adultère ou la fornication sans attraper le SIDA ? Sont-ils moins coupables ? Qu'en est-il de ceux qui pèchent en trompant, en haïssant un frère, en étant ingrats ou en enviant les richesses du monde ? Sont-ils moins coupables ?

Dieu est saint et ne peut même pas porter ses regards sur le péché, Il est un Dieu juste qui punit toujours le péché. Si nous pensons que nous sommes bons et droits, nous manquons de voir qu'aux yeux de Dieu nous sommes tous des pécheurs et chacun de nous mérite l'enfer. Si nous pouvons espérer aller au ciel, c'est seulement parce que Dieu dans sa miséricorde et son amour nous a choisis pour être à lui. Nous pouvons espérer seulement parce qu'il nous a amenés à la foi en Jésus notre Sauveur et payé le prix de tous nos péchés quand il a rejeté la punition sur Jésus. Il était notre agneau de sacrifice quand le châtiment expiatoire de nos péchés est tombé sur lui (Esaïe 53).

Comprenons-nous vraiment la grâce ? Pensons-nous que c'est quelque chose de bon en nous qui nous sauve ? Nous méritons la mort et l'enfer comme toute autre personne avec ou sans le SIDA.

Avec une bonne compréhension de la grâce comme le fondement de notre pensée, nous pouvons servir Dieu dans le domaine du VIH/SIDA. Nous pouvons montrer un amour inconditionnel à ceux qui sont infectés sachant que nous ne sommes pas mieux qu'eux. Nous pouvons enseigner aux autres à ne pas pointer un doigt accusateur. Nous pouvons venir à Dieu pour notre propre pardon, et puis aller accorder ce pardon aux autres au nom de Jésus Christ.

Tout vrai chrétien s'efforce de suivre l'exemple de son maitre, de modeler sa vie sur la sienne. Ce qui me fascine chez Jésus, c'est qu'il a su être à la fois affectueux et très ferme dans ses propos, attirant une foule de gens et en particulier ceux qui, aux yeux des pharisiens ou de l'avis des autres, étaient des pécheurs et vivaient en parias. C'étaient eux qu'il encourageait à changer de comportement et à qui il redonnait l'espoir en leur disant clairement que Dieu allait les accueillir. Parmi eux, il y avait des païens, des samaritains, des femmes, des enfants, des collecteurs d'impôts, des soldats, mais aussi des prostituées et des lépreux. Donc les malades de VIH/SIDA de jadis. Contrairement aux mœurs et aux coutumes de son époque, Jésus apportait précisément aux lépreux, amour et chaleur humaine sans se soucier, comme c'était le cas de la plupart de ses contemporains, du risque de contagion.

Dans le livre de Matthieu 8.1- 4, nous le voyons rencontrer un de ces lépreux, le toucher et le guérir, bien qu'il aurait très bien pu lui faire recouvrer sa santé sans ce contact avec sa peau. Mais ce geste, cette approche humaine, était un témoignage d'acceptation beaucoup plus éloquent qu'un discours préparé selon toutes les règles de l'art homilétique. Dans Matthieu 26. 6, Jésus se trouve même à table dans la maison de Simon le lépreux. En effet nous savons que le repas en commun représentait à cette époque le contact social le plus étroit. Ce sont les deux attitudes dignes d'être imitées par nous chrétiens, face aux questions soulevées et aux défis lancés par le VIH/SIDA. « Que dit donc Jésus au sujet du VIH/SIDA ? », nous demanderons certains avec un sourire narquois. La réponse est la même qu'à la question « Que dit la Bible au sujet du VIH/SIDA ? » En ce temps-là, on ne parlait encore ni de voyages dans l'espace, ni d'ordinateurs, ni de recherche génétique, ni d'énergie atomique, ni de bien d'autres phénomènes propres à notre époque. Il ne faudrait pourtant pas en conclure que la Bible

n’a rien à dire au sujet du VIH/SIDA. On peut en effet dégager du comportement de Jésus certains principes qui nous permettent de dire comment il aurait réagi s’il s’était trouvé en présence de séropositifs ou de malades du SIDA. D’ailleurs, il y avait des parias à son époque et des péchés d’ordre sexuel, l’homosexualité comprise. Dans ce contexte, quatre épisodes de la vie de Jésus méritent d’être examinés de plus près. Ils sont rapportés dans Luc 13.1-5 ; Jean 9.1-3 et Jean 8.1-11 ; Matthieu 10.7-8.

• « En ce temps-là, quelques personnes vinrent parler à Jésus, des pèlerins galiléens que Pilate avait cruellement fait tuer au moment où ils offraient des sacrifices à Dieu. » La foule croyait que les victimes méritaient leur sort ; peut-être qu’ils avaient été méchants. Jésus corrigea avec fermeté leur erreur. « Jésus répondit : pensez-vous que si ces Galiléens ont été massacrés, cela signifie qu’ils étaient des plus grands pécheurs que les autres Galiléens, parce qu’ils ont souffert de la sorte ? Non, vous dis-je, mais si vous ne changez pas de comportement, vous mourrez tous comme eux. Et ces dix-huit personnes que la tour de Siloé a écrasées en s’écroulant, pensez-vous qu’elles étaient plus coupables que tous les autres habitants de Jérusalem ? Non, vous dis-je, mais si vous ne changez pas de comportement, vous mourrez tous comme eux ». Les personnes venues pour parler à Jésus de ces malheurs voulaient savoir de sa bouche pourquoi justement ces gens-là avaient été frappés. A vrai dire, ils avaient déjà échafaudé dans leur for intérieur leur propre hypothèse, celle à laquelle Jésus fait allusion dans sa réponse : « C’étaient des plus grands pécheurs que nous » (Luc 13.1-5).

Jésus la rejette toutefois énergiquement : « Si vous ne changez pas de comportement, leur dit-il, vous mourrez tous comme eux. » Entend-il par là qu’en punition de leurs péchés, ils seront assassinés par Pilate ou écrasés par la tour ? Certainement pas. Il veut leur faire comprendre qu’après, la mort, ils seront jugés par Dieu, ce qui mérite tout autant d’être pris au sérieux.

Il est aussi intéressant de noter qu’immédiatement après, il leur raconté la parabole du figuier stérile, auquel une chance est donnée de porter des fruits, mais qui sera abattu sans pitié si, en l’espace d’un an, il n’en aura pas porté. Ne pensez-vous pas qu’il voulait leur dire : « Portez vous-même des fruits et occupez-vous de vos propres affaires, plutôt que de vous mêler de celles des autres et de spéculer inutilement au sujet de leurs péchés » ? (Luc 13.6-9).

Toute la création expérimente le jugement de Dieu pour le péché. C'est la raison pour laquelle il y a la douleur et la maladie dans le monde. Certaines souffrances ont une cause et un effet direct. C'est souvent le cas pour le SIDA. Toutefois ce ne sont pas tous ceux qui ont le VIH/SIDA, qui ont mené une vie immorale, certains sont victimes à cause d'une vie immorale menée par quelqu'un d'autre ou même suite à un accident comme dans le cas d'une infection due à une injection ou à une transfusion sanguine. Leur souffrance fait partie du jugement pour le péché depuis la création et non pour le péché spécifique. Et comme les paroles de Jésus nous le rappellent, même ceux qui ont été infectés à cause du péché ne sont pas nécessairement plus pécheurs que les chretiens. Les résultats de leur péché peuvent être visibles mais pas moins mortels que le résultat final auquel nous faisons tous face.

- « En chemin, Jésus vit un homme qui était aveugle depuis sa naissance. Ses disciples lui demandèrent : Maitre, pourquoi cet homme est-il né aveugle : à cause de son propre péché ou à cause du péché de ses parents ? Ce n'est ni à cause de son péché, ni à cause du péché de ses parents, répondit Jésus. Il est aveugle pour que l'œuvre de Dieu puisse se manifester en lui. » Ici, comme pour le VIH/SIDA, nous avons affaire à une maladie grave. Et les disciples veulent, eux aussi, savoir pourquoi cet homme est aveugle : à cause de son propre péché ou à cause de celui de ses parents. Leur esprit ne peut envisager d'autre éventualité, tant il est imprégné par la notion d'une rétribution divine immédiate. Si l'hypothèse de certains commentateurs est exacte, et que la question des disciples au sujet du péché des parents soit une allusion à une maladie vénérienne qui serait à l'origine d'un certain type de cécité congénitale, l'analogie avec le VIH/SIDA, surtout les cas de nourrissons infectés, est plus frappante. Les disciples, qui se croient meilleurs que le malade (tel est leur point faible auquel Jésus s'achoppe), sont à tel points obnubilés par la discussion sur le péché supposé d'autrui, qu'ils ne perçoivent pas l'appel à la charité qui émane de cette détresse. Il n'en va pas de même pour Jésus qui, au lieu de s'engager dans une discussion longue et stérile, court au secours de l'aveugle-né et le guérit.

- « Jésus se rendit au mont des Oliviers. Tôt le lendemain matin, il retourna dans le temple et toute la foule s'approcha de lui. Il s'assit et se mit à les enseigner. Les maitres de la loi et les pharisiens lui amenèrent alors une femme effrayée qu'on avait surprise en train de commettre un adultère. Ils la forcèrent de se tenir devant tout le monde pendant qu'ils la condamnèrent en ses termes en disant à Jésus : « Maitre,

cette femme a été surprise au moment même où elle commettait un adultère. Moïse, nous a ordonné dans la loi de tuer de telles femmes à coups de pierres. Et qu'en dis-tu ? » Jésus garda le silence mais les responsables continuèrent à le questionner. Ils savaient qu'il avait de la compassion et était un « ami des pécheurs » mais que pouvait-t-il dire au sujet d'une aussi grande pècheresse ayant fait tant de choses honteuses ? « Ils le lui disaient pour lui tendre un piège, afin de pouvoir l'accuser. Mais Jésus se baissa et se mit à écrire avec le doigt sur le sol. « Comme ils continuaient à le questionner, Jésus se redressa et leur dit : Que celui d'entre vous qui n'a jamais péché, lui jette la première pierre. Puis il se baissa de nouveau et se remit à écrire sur le sol. Quand ils entendirent ces mots, ils partirent l'un après l'autre, les plus âgés d'abord. Alors, Jésus restant seul avec la femme, qui se tenait encore devant lui, ~~il~~ lui dit : 'eh bien, ou sont-ils ? Personne ne t'a condamnée ?' 'Personne, Maitre,' répondit-elle. 'Je ne te condamne pas non plus, dit Jésus. Tu peux aller, mais ne péché plus.' » (Jean 8.1-11)

Ce récit nous rapporte comment on amena à Jésus une femme adultère, qui avait commis un péché d'ordre sexuel passible, comme l'homosexualité, de la peine de mort. On n'attendait de lui qu'il condamne à mort cette femme surprise en flagrant délit d'adultère et trainée devant lui au vu et au su de tout le monde. Les maîtres de la loi et les pharisiens savouraient à l'avance le spectacle de sa lapidation, certains avait probablement déjà une pierre à la main. Mais quand Jésus attira leur attention sur leur propre péché, les mettant peut-être sur la voie par ce qu'il avait écrit sur le sol, tous reconnurent leur culpabilité et comprirent qu'ils n'avaient aucun droit de juger et de condamner quelqu'un qui était pécheur au même titre qu'eux.

Il est vrai que Jésus n'a ni minimisé ni approuvé le péché de cette femme, il ne l'a ni caché, ni nié, ni non plus ignoré. Ce que réclament aujourd'hui à cor et à cri bon nombre d'homosexuels et ce que font, hélas, aussi certains pasteurs. Sinon, il lui aurait dit ; « Ce n'est pas grave. Tout est en ordre. Tu n'as qu'à continuer. Je t'accepte comme tu es, sans restriction ». Toutefois il refusa aussi de la condamner. En plus, il a rappelé aux accusateurs qu'ils étaient aussi coupables de péché. Qu'en est-il de nous ? Sommes-nous prêts à jeter la pierre ? Ou allons-nous, avec Jésus, aider les pécheurs à venir à la repentance ?

En effet, Jésus l'a appelé à la repentance, mais en lui disant juste le contraire : « Va et ne pêche plus. » Cet exemple, et bien d'autres encore, nous montrent que Jésus faisait

une distinction très nette entre le péché, qui est condamnable, et le pécheur, qu'il convient d'aimer et de traiter avec miséricorde. Telle est la conduite que nous devons aussi adopter à l'égard des séropositifs et des malades du VIH/SIDA, qui ont contracté l'infection ou la maladie par la mauvaise conduite : condamnation sans équivoque du péché parce que Dieu le condamne dans sa parole, mais en même temps acceptation et amour du malade parce que Dieu l'a aimé au point de livrer son Fils à la mort pour lui.

- Quand Jésus vit les foules de gens perdus, opprimés par le péché et le mal, il ressentit de la compassion. Sa réaction n'était pas de les condamner mais de les guérir, de les délivrer et de leur pardonner. En plus, Il fut si touché par leurs besoins, qu'il dit à ses disciples de prier pour plus d'ouvrier pour rentrer dans la moisson des pécheurs pardonnés et rachetés (Matthieu 9.35-38). Jésus avait la compassion pour les malades, quelle que soit l'origine de la maladie. Il est notre exemple.

Notre manière de prendre soin de ceux qui ont le SIDA doit être une image radicale de l'amour chrétien suivant l'exemple de Jésus Christ notre Sauveur. Si nous comprenons vraiment ce que nous sommes, c'est à dire des pécheurs pardonnés et rachetés par le sang du Christ, nous n'allons pas trébucher dans notre détermination à prendre soin des sidéens.

2.4.4 La compassion veux-t-il dire excuser le péché ?

Quelquefois nous avons peur que, si l'Eglise montre de la compassion envers ceux qui ont le VIH/SIDA, les gens vont penser que nous négligeons le péché sexuel. Ce n'est pas ce que nous voulons dire. Dieu nous commande tous de nous repentir du péché sexuel. Quand les gens, avec ou sans le VIH/SIDA continuent à vivre dans le péché sexuel, ils ne suivent pas le sentier de Dieu. L'Eglise a besoin d'exercer la discipline dans de telles situations. Dieu nous commande tous de nous détourner de nos péchés et de retourner à l'obéissance. Mais Dieu nous commande aussi de montrer de la compassion envers ceux qui souffrent et d'accepter le pécheur repentant dans la communion avec d'autres pécheurs repentants (Psaumes 103.13 ; Luc 17.3; Galates 6.1).

Paul a montré aux Eglises de la Galatie comment s'y prendre avec un membre pécheur. « Frère, si un homme vient à être surpris en quelque faute, vous qui êtes spirituels, redressez-le avec un esprit de douceur. Prends garde à toi-même, de peur que tu ne sois aussi tenté. Portez les fardeaux les uns des autres, et vous accomplirez ainsi la loi de

Christ. » (Galates 6.1-2). Notez l'équilibre : les membres spirituels de l'Eglise doivent redresser le pécheur, mais avec douceur, dans l'amour. La compassion est l'expression de l'amour et fait partie du fruit de l'esprit (Galates 5.22). Manquer de compassion et d'amour pour ceux qui souffrent est l'opposé de l'enseignement biblique et est un sérieux péché en soi.

L'enseignement de Paul dans le livre de 2 Corinthiens 2.5-11, est très utile et nous aide à voir la relation entre la discipline et le rétablissement.

Il y a plusieurs points importants à retenir dans ce passage :

- Le pécheur était un membre de l'Eglise qui avait péché et qui ne se repentait pas. Pour cela, il fut placé sous discipline.
- Il a par la suite répondu à la discipline par la repentance.
- Comme le pécheur a été pardonné, par Jésus et par Paul, l'Eglise doit aussi lui pardonner.

Paul donne à l'Eglise l'instruction de « lui pardonner et de le consoler », et non de continuer à le rejeter ou à lui demander de s'en aller. Les raisons que Paul donne pour pardonner l'homme, le consoler et le ramener dans la communion sont : « de peur qu'il ne soit accablé par une tristesse excessive » et « afin de ne pas laisser à Satan l'avantage sur nous ». Paul dit que ce frère est au point d'être écrasé par la tristesse et le découragement. Si cela arrive, ce n'est pas une victoire pour l'Eglise, mais c'est donner un avantage direct à Satan. Satan aimerait voir le frère abandonné, se noyer seul dans le désespoir, plutôt que de le voir connaître le pardon et rentrer de nouveau dans la bataille spirituelle.

2.4.5 Mises en garde contre l'attitude de jugement envers les personnes affectées par le VIH/SIDA

La bible enseigne clairement que notre désir pour le pécheur, doit être de le rapprocher du pardon en Christ. S'il est vrai que nous devons reconnaitre le péché, avertir les pécheurs et même mettre sous discipline les pécheurs non repentants dans l'Eglise, nous ne devons jamais passer une sentence de jugement et de condamnation. Seul Dieu a le droit de faire cela. Nos avertissements et notre discipline ont pour but de rapprocher le pécheur du corps de Christ, et non de l'en exclure.

L'Eglise peut faire beaucoup pour changer les attitudes que les gens ont envers les malades du VIH/SIDA. Ceci diminuera la stigmatisation de la maladie. Jésus dit : « Ne jugez point, afin que vous ne soyez pas juges. Car on vous jugera du jugement dont vous jugez, et l'on vous mesurera avec la mesure dont vous mesurez. » (Matthieu 7.1-2). Jacques 2.12-13 dit : « Parlez et agissez comme devant être jugés par une loi de liberté, car le jugement est sans miséricorde pour qui n'a pas fait miséricorde. La miséricorde triomphe du jugement. »

Romains 2.1 ; nous dit que nous n'avons aucune excuse pour condamner les autres quand nous-mêmes nous sommes aussi des pécheurs. « O homme, qui que tu sois, toi qui juges, tu es donc inexcusable ; car, en jugeant les autres, tu te condamnes toi-même, puisque toi qui juge, tu fais les mêmes choses. »

Reconnaissant ceci, le réseau panafricain chrétien du SIDA a déclaré : « En tant qu'Eglise du Christ nous devons condamner la stigmatisation et la discrimination en des termes fermes. Nous prenons la résolution d'interpeller l'Eglise à devenir un asile où les gens trouvent la grâce et l'amour inconditionnel au lieu du jugement et du rejet (Blyth & Garland, 2011 : 319).

2.5 Etude du comportement des Eglises de lubumbashi vis-a-vis de personnes affectees par le VIH/SIDA

2.5.1 Considération générale

Le VIH/SIDA, aux yeux de beaucoup de leaders d'Eglises de Lubumbashi est mal perçu. Comme beaucoup d'autres maladies liées aux habitudes sexuelles illicites, le VIH/SIDA engendre la peur et entraine la honte. Les leaders des Eglises en RDC en général, et ceux de la ville de Lubumbashi en particulier, déjouent dans leur prêche ce sujet parce que l'infection à VIH/SIDA fait penser au mauvais comportement sexuel et forcement au péché. Pour ne pas frustrer les fidèles, souvent ils le contournent malignement parce qu'ils refusent de toucher aux aspects sensibles considérés comme tabou. Le VIH/SIDA passe pour une maladie de pécheurs. Les personnes qui en sont affectees, sont accusées et regardées, à tort ou à raison, comme des grands pécheurs, des grands coureurs de jupons, des dons Juans, des monomanes sexuels. De ce fait, ils sont généralement marginalisés et stigmatisés, méprisés et ainsi privés de la communion fraternelle chrétienne de leur communauté dont ils ont normalement droit. Les Eglises de

Lubumbashi sont confrontées à beaucoup de problèmes d'ordre d'encadrement spirituel de malades infectés et affectés par le VIH/SIDA.

Or la réponse de Dieu à l'égard de ces malades est clairement définie dans sa parole. Jéhovah notre créateur est un Dieu d'amour. Il aime tous les humains ; les hommes, les femmes, les enfants, malades ou sains (Jean 3.16). Jesuc-Christ lui-même promoteur de l'Eglise a souligné sur l'amour disant : « tous connaîtront que vous êtes mes disciples, si vous avez l'amour les uns et les autres » (Jean 13.35). Sa rejouissance est de voir tous les hommes revenir à lui pour l'adorer et le louer, lui l'unique vrai Dieu. Il est capable de guérir la personne affectée du SIDA ou la laisser mourir dans son état selon son autorité. Personne ne peut forcer la main de Dieu. La mort est une étape de la vie que le corps subit en tant qu'être humain et vivant, lorsqu'il est agressé par de variées maladies. La volonte de Dieu est que tous les hommes restent dans l'état de pureté de corps et d'esprit en prohibant tout rapport sexuel hors mariage. Dieu connait que la débauche libere la voie à la contamination, pas seulement du VIH/SIDA, mais aussi à des maladies sexuellement transmissibles.

La personne atteinte de VIH/SIDA doit avoir l'assurance en elle-même se disant que sa famille, la société et l'Eglise ont encore besoin de lui, et qu'elle peut encore rendre service. Ainsi, elle peut vivre positivement malgré son statut du VIH/SIDA en l'admettant avec une conscience tranquille, sans inquiétude. L'aptitude qu'elle a, l'amenera à s'imprégner aisément dans n'importe quel milieu pour démontrer son existence. Jesus-Christ sollicitation à l'Eglise la compassion vis à vis des personnes atteintes du VIH/SIDA. Le mot compassion vient du verbe « compatir » qui signifie : sentir en soi l'amertume ou la douleur ou le chagrin ou la peine qu'une autre personne a dans son plus profond de son cœur. Une personne affectée par le VIH/SIDA garde des regrets persistants, des jugements internes infondés qui s'expriment très souvent par un comportement d'irritation. Cette personne souffre dans son cœur, Voilà pourquoi elle a besoin d'un soutien. La personne qui compatit est celle qui encourage avec des conseils, concours soit financièrement ou matériellement, soit spirituellement. Et c'est la coutume des hommes. Conside sous cet aspect, la marginalisation de la personne affectee par le VIH/SIDA sera écartée. A vrai dire, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont plus besoin de soutien physique et spirituel. La présence constante d'autres personnes à leur côté les conforte et donne un sens à leur vie en dialoguant et en divertissant ensemble.

En plus, le soutien spirituel les amene à l'union fraternelle dans la prière ou dans le partage de la parole de Dieu à laquelle il y a aussi l'échange de pratiques vécues. Bien attendu, le soutien physique ou spirituelle des Pasteurs et autres membres de l'Eglise ne comble pas à elle seule, car la prise en charge complète, nécessite aussi une contribution en biens matériels pour répondre aux besoins elementaires tels que l'habillement, la nourriture, le logement et les soins. Nous aborderons dans le point suivant l'approche méthodologique qui nous permettra de mener cette étude afin de comprendre le comportement des églises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

2.6 Approche methodologique de la recherche

2.6.1 Bref aperçu sur la méthode de recherche qualitative

La recherche qualitative est un large domaine d'étude qui use diverses techniques de collectage de données non organisées comme, l'observation, les entrevues, les enquêtes, et les écrits afin de trouver des éclaircissements et des sujets qui permettent une compréhension de la communauté ou du monde. La recherche qualitative tente de dégager le voile sur les motifs expliquant les agissements, les attitudes, les intentions et les motivations, plutôt que de se satisfaire des détails basés sur le fondement du quoi, quand et où. Cette sorte de recherche peut s'appliquer dans nombreux domaines tels que ; la science sociale, la santé et les affaires (activité commerciale ou financière). C'est encore un point collectif à presque tous les secteurs de travail, les milieux sociaux et scolaires (Crahay, 2006 : 33-52).

2.6.2 Différence entre la méthode quantitative et la méthode qualitative

Quelle est la différence entre la recherche quantitative et la recherche qualitative ? En un mot, la recherche quantitative engendre des données quantitatives (numeriques) ou des renseignements qui peuvent être convertis en chiffres. La recherche qualitative, d'autre part produit des données non quantitatives c'est-a-dire non numeriques. Seulement les données mesurables sont récoltées et analysées dans la recherche quantitative. La recherche qualitative met l'accent sur la collecte de données surtout verbales plutôt que des données qui peuvent être mesurées. Les informations récoltées sont ensuite analysées d'une manière interprétative, subjective, impressionniste ou même diagnostic (Deslauriers, 1988 : 39-46).

2.6.3 Description plus détaillée de comparaison entre les deux types de recherche

- But de la recherche

Le but principal d'une recherche qualitative est de produire une description accomplie et détaillée du sujet de recherche. En général la recherche qualitatve est de nature plus exploratoire. Tandis que, la recherche quantitative, se focalise plus dans les relevés et les classifications des spécificités et la construction de prototypes statistiques et des figures pour développer ce qui est observé (Deslauriers, 1988 : 39-46).

- Usage

La recherche qualitative est parfaite pour les etapes initiales etapes de recherche alors que pour la partie finale du projet de recherche, la recherche quantitative est fermement recommandée. La recherche quantitative produit au chercheur une représentation plus distincte de ce à quoi espérer dans sa recherche par rapport à la recherche qualitative (Deslauriers, 1988 : 39-46).

- Instrument de collection des données

Le chercheur est instrument initial de récolte de données dans la recherche qualitative. Ici, le chercheur emploie des stratégies variées de collecte de données, selon l'orientation ou de l'aspect de sa recherche. Les types de collecte de données emploiyés dans les stratégies de recherche qualitative sont des entrevues individuelles approfondies, des entretiens structurés et non structurés, des groupes de débat, des contes ou recits, l'analyse de contenu ou l’analyse documentaire, l'examen ou observation participante et la recherche archivistique.En outre, la recherche quantitative emploie des moyens tels que les enquêtes, les questionnaires, mesures et autres instuments pour collecter des données numériques ou attractifs (Deslauriers, 1988 : 39-46).

- Type de données

L’exposition des données dans une recherche qualitative comme de mots (à partir d'entretiens) et des dessins (vidéo) ou des objets (les artifices). En effectuant une recheche qualitative, ce qui paraitra éventuellement dans votre débat sont des chiffres en forme de graphiques. Pourtant, En effectuant une recherche quantitative, ce qui apparaîtra possiblement dans votre débat sont des tableaux contenant des données de types chiffres et de statistiques (Creswell, 2013 : 30-40).

- Approche

La recherche qualitative est principalement de particularité subjective, cela sgnifie qu'elle cherche veut comprendre le comportement des gens et les motifs qui est à la base de ce type d'attitude. Naturellement les chercheurs ont l'aptitude à devenir subjectivement noyé dans le thème de ce genre de méthode de recherche. En fait dans la recherche quantitative, les chercheurs ont un penchant à rester objectivement séparé de l'objet. Car la recherche quantitative a une approche objective dans la perception où il ne recherche que des mesures précises et des analyses de conceptions cibles pour répliquer à sa sollicitation (Creswell, 2013 : 30-40).

- Déterminer quelle méthode doit être utilisée

Lorsque les discussions sont en cours, en combant pour determiner quel type de méthode est préférable que l'autre. Le motif pour lequel ce n'est pas déterminé encore jusqu'à alors, cela signifie que chacune a ses propres forces et faiblesses qui souvent changent en fonction du theme que veut discuter le chercheur. Ceci nous conduit à nous questionner de la manière suivante : « Quelle méthode allons-nous employer à un certain moment ? »

Lorsque votre recherche poursuit une réponse à une question par l'exactitude numérique, dans ce cas vous devriez utiliser la recherche quantitative. Cependant, Lorsque dans votre recherche vous voulez expliquer dans l'avenir la raison pour laquelle cet événement spécifique s'est produit, ou pourquoi ce phénomène particulier est le cas, dans ce cas vous devez utiliser de la recherche qualitative.

Certaines recherches emploient, en même temps, la recherche quantitative et qualitative, de telle sorte que les deux se compléter dans les points forts de l'une ou de l'autre. Lorsque votre étude poursuit, par exemple, que le comportement humain est orientê vers un objet ou un phénomène particulier et au même moment, vise à examiner pourquoi c'est le cas, cette recheche est alors idéale pour utiliser les deux méthodes (Creswell, 2013 : 30-40).

2.6.4 Préparation de la recherche qualitative

Lorsque vous voulez appliquer une bonne recherche qualitative, vous devez d'abord arrêter clairement un sujet de votre étude. Un bon sujet de recherche doit être clair,

spécifique et raisonnable. Pour faire une recherche de qualité, le sujet doit parcourir les raisons pour lesquelles les gens se comportent ou croient en quelque chose. Les questions de recherche constituent l'une des plus importantes parties du plan de recherche. C'est qui arrête en realité ce que vous voulez comprendre ou appréhender et cela aide aussi à concentrer la recheche sur un point précis. En realite, Il est difficile de d'entreprendre des investigations sur tout en même temps. Votre question de recherche indiquera pareillement « comment » vous avez traité votre recheche, car chaque preoccupation ou question demande une méthode de recherche spécifique. L'équilibre sera trouvé entre une question brûlante (clé) et une question discutable. La question brûlante est un theme que vous voulez vraiment connaitre et est habituellement très large. La question contestable ou discutable est pourtant un sujet sur lequel vous pouvez immédiatement enquêter en emploiyant les méthodes de recherche et outils ou moyens disponibles (Creswell, 2013 : 30-40).

Démmarrer par une question principale et la simplifier ensuite pour la rendre plus significatif par des questions auxiliaires, afin d'entreprendre des recherches plus efficaces. Réaliser une analyse documentaire qui est un processus solide à expliquer ce que d'autres personnes ont rédigé sur votre question de recherche et sur votre theme spécifique. Prendre soins de lire dans un contexte plus vaste et interroger les recherches relatives à votre sujet. Ensuite, vous dressez un rapport d'analyse qui va résumer et assimiler la recherche existante (au lieu de simplement présenter un court récapitulatif de chaque résumé dans un ordre chronologique). En d'autres termes, vous devez « prospecter la recherche » (Creswell, 2013 : 30-40).

Tous les ouvrages scientifiques disponibles sur votre sujet doivent être analysés. En consultant et en parcourant des documents existants, vous aidera à redéfinir votre sujet et à acquerir une base dont vous aurez besoin pour vos propres recherches. Cet aspect, vous concèdera également un sens des variables qui influencera votre étude dont vous tiendrez compte dans votre propre recherche. L'analyse documentaire vous permettra de confirmer si la recherche vous intéresse vraiment et vous concerne par le thème et la question principale de la recherche. Cela permettra aussi de vous apercevoir qu'il y a un écart qui sera couvert ou comblé dans la recherche actuelle en usant votre propre investigation (Creswell, 2013 : 30-40).

Apprecier si la recherche qualitative est une option préférable pour votre sujet de recherche. Les méthodes du genre qualitatif sont nécessaires lorsqu'une question n'a pas besoin d'être résolue par un simple « oui » ou avec un simple « non ».

Fréquemment, les recherches qualitatives sont singulièrement indispensables pour répondre aux questions de types « comment » ou « qu'est-ce que. La methode qualitative est importante lorsque des décisions d'ordres financiers doivent etre considerer (Creswell, 2013 : 30-40).

Votre volume d'échantillon idéal doit être déterminé. Les méthodes qu'ils faut suivre ne résultent pas du volume d'échantillons à explorer, comme c'est dans le cas des méthodes quantitatives, néanmoins elles peuvent tout de même apporter de meuilleurs résultats et des bonnes idées par exemple, étant donné qu'il n'est pas sûr que vous disposiez des moyens financiers nécessaires pour étudier votre question de recherche dans une situation globale, vous pouvez cependant envisager les résultats réalisables. Realisant que les méthodologies qualitatives sont habituellement très larges, il est toujours faisable que des données nécessaires résultent de la recherche elle-même. Cela est contraire au processus quantitatif dans lequel une hypothèse non examinée peut carrément vous prendre suffisamment de temps. Votre budget de recherche et vos moyens financiers disponibles doivent également être pris en compte. La recherche qualitative est généralement plus ou moins coûteuse et plus facile à organiser et à mettre en application que la recherche quantitative. Par exemple, il est généralement plus aisé et avantageux de rassembler une petite communauté de personnes pour des entretiens que de se procurer un programme informatique qui peut faire des analyses statistiques et d'enrôler des statisticiens compétents (Creswell, 2013 : 30-40).

2.6.5 Choix de la méthodologie de recherche qualitative

L'organisation d'une recherche qualitative est la plus souple de toutes les méthodes empiriques (Modeste, 2011 : 40-48). Vous avez donc droit à un nombre de méthodologies bien évidentes comme suit :

L'étude de cas : Il s'agit d'une méthode de recherche qualitative, consiatnt en une étude fouillée ou appronfondie d'un individu spécifique ou d'un fait ou phenomene dans son contexte courant.

L'ethnographie : Il s'agit de l'étude des rapports humains et des communautés à travers une association et un examen direct de la communauté que vous vous préparez à entreprendre par rapport à l'étude. La recherche ethnographique provient de l'anthropologie sociale ou culturelle, on l'emploie maintenant fréquenment.

La recherche orientée vers l'action : Elle comporte à dénouer un problème inhérent ou à travailler avec d'autres personnes pour résoudre un problème ou aborder des situations spécifiques.

La phénoménologie : Il s'agit d'une étude des pratiques subjectives des autres. Elle comporte d'apprendre sur le monde a travers les yeux d'une autre personne en découvrant la manière dont cette dernière exégète ses expériences.

La théorie ancrée : Elle s'attache à une information typique pour en retenir les théories et les raisons du phénomène. Le but de la théorie ancrée est de développer ou etendre une théorie en se basant sur des données collectées et analysées méthodiquement.

2.6.6 De la collecte et analyse de données

Pour le collectage des données concrètes, chaque type des méthodes de recherche doit user une ou plusieurs techniques telles que les observations de participants, les entretiens, le travail sur le terrain, la documentation, la recherche d'archives, etc. L'aspect du collectage des données dépendra de la méthodologie de recherche. Pour l'étude de cas, par exemple, elle se base généralement sur des documents et des entretiens, alors que l'ethnographie demande un authentique travail sur le terrain (Crahay, 2006 : 33-52).

L'observation directe. Il s'agit de l'observation directe d'une situation ou des questions de recherche qui peut se faire à travers le visionnage d'une cassette vidéo ou à travers une réelle observation. En usant l'observation directe, vous étudiez d'une manière spécifique une situation sans la persuader ou n'y collaborer d'aucune manière. Par exemple, vous cherchez à savoir pourquoi les Pasteurs des Eglises ne s'intéressent pas à l'encadrement de PVV. Vous prenez la decision pour les observer pendant quelques mois ou quelques années tout en vous assurant de recevoir l'autorisation de responsables des congrégations et en prenant des notes au fur et à mesure.

L'observation des participants. Il s'agit de l'intégration du chercheur dans la communauté ou de la situation qui est en train d'être étudiée. Cette maniere de collecter des données

paraît consommer plus de temps, car vous avez besoin d'être présent à temps plein aux activités de la communauté pour s'acquerir si toutes vos differentes observations sont valables.

Les entretiens qualitatifs comportent habituellement la collecte des informations en questionant le public. Les entretiens peuvent avoir plusieurs aspects ; en tête à tête, par téléphone ou sur Internet ou encore dans de petits groupements appelés, groupes de débat ou discussion » (Barbour, 2008 : 151-168).

Il existe pareillement différentes sortes d'entretiens. Les entretiens structurés utilisent des questions préconçues, tandis les entretiens non-structurés sont des discussions plus claires au cours desquelles l'intervieweur peut examiner et sonder les sujets au fur et à mesure qu'ils surviennent. Les entrevues sont essentiellement nécessaires quand vous voulez connaitre comment les gens se sentent ou réagissent par rapport à un thème. Par exemple, il serait fort nécessaire de vous asseoir avec des pasteurs au cours d'un entretien structuré ou non pour recueillir des informations sur l'idée qu'ils se font et comment ils considèrent leurs pastorales. Les enquêtes rédigées et les enquêtes à visée non limitée sur les perceptions, les idées et les pensées, constituent un autre moyen par lequel vous pouvez collecter des données pour mener votre recherche qualitative. À titre d'exemple, dans notre étude sur les pasteurs d'Eglises, J'ai décidé de faire une enquête anonyme sur 75 pasteurs dans la ville de Lubumbashi, car je me suis dit qu'ils seront moins sincères au cours d'un entretien que dans une enquête où leur identité était secrète

L'analyse des documents : consiste à interroger les documents visibles, rédigés et audio qui existent sans que celui qui mène la recherche puisse aucunement s'y impliquer ou prendre l'initiative. Noter, qu'il existe un nombre important de differents types de documents que vous pouvez examiner, entre autres les documents « officiels » produits par des institutions, les documents individuels sous forme des lettres, des thèses, des mémoires, des journaux, ainsi que les comptes de réseau social et les blogs en ligne du 21e siècle. L'analyse des documents peut quelquefois s'avérer indispensable lorsqu'elle est utilisée ensemble avec une autre méthode, telle que l'entretien (Barbour, 2008 : 151-168).

2.6.7 Analysez vos données

Après avoir collecté vos données, vous démarrer les analyses et la collecte des réponses ainsi que des hypothèses qui motivent votre question de recherche. Comme il y a suffisament nombreuses manieres d'analyser les données, tous les modes d'analyse disponibles dans la recherche quantitative sont reposés sur l'analyse textuelle écrite ou verbale (Crahay, 2006 : 33-52).

La statistique descriptive : L'analyse de vos données peut se faire en usant des statistiques. Les statistiques descriptives vous permettent de décrire, de démontrer ou résumer les données dans les grandes etapes. Par exemple, si vous avez 100 principales estimations de pasteurs, vous pouvez être intéressé par l'exploit global des chretiens. Les statistiques descriptives aident à faire cela. Sachez toutefois que ce mode ne permet pas de fixer des conclusions et d'attester ou de rejeter des hypothèses (Ayache & Dumez, 2011 : 33-46).

Le codage : l'analyse de données peut se faire par la technique de codage, vous assignez un terme, une expression ou un chiffre à chaque catégorie. Débutez avec une liste préconçue de codes que vous avez obtenus de vos idées anteriéures en la matière. Par exemple, « problèmes budgétaires » ou « implication de la collectivité » sauraient être deux codes que vous emploiyerez dès que votre analyse documentaire sur les pasteurs d'Eglises est terminée. Vous revoiyez toutes vos données de manière méthodique et assignez des connaissances de « code », de sujets et de concepts à des catégories concordantes. A partir de cela, vous développerez également un autre groupe de codes provenant de déchiffrage et de l'analyse des données. Par exemple, vous pourrez remarquer en codant vos entretiens que le mot « Ignorance » paraît souvent. Ajoutez-y donc un code pour cela. Le système de codage permet d'organiser vos données et à reconnaître les spcificités et les points qui se ressemblent de vos résultats (Ayache & Dumez, 2011 : 33-46).

L'analyse narrative : L'analyse narrative se concentre sur le contenu et la parole, telle que grammaire, l'utilisation des mots, l'analogie, les sujets d'histoire, la perception des situations, la situation culturel, social et politique de l'histoire (Modeste, 2011 : 40-48).

L'analyse de contenu ou l'analyse sémiotique : L'analyse de contenu ou sémiotique inventorie les textes ou les séries de textes et recherche des sujets et des commentaires

lies à la repetition des mots. Autrement dit, vous tenteez de reconnaître les structures et les conformités dans un texte verbal ou écrit et ensuite de faire des retranchements sur la base de ces conformités. Par exemple, en trouvant le même mot ou les mêmes expressions comme « manque d'instruction » ou « VIHSIDA la maladie du péché » dans divers entretiens avec des pasteurs d'Eglises et décidez de comprendre ce que cette fréquence pourrait signifier (Ayache & Dumez, 2011 : 33-46).

L'herméneutique : L'herméneutique se concentre sur le sens d'un texte verbal ou écrit. Particulièrement, vous tentez de donner un sens au problème de la recherche et donner des explications sur une sorte de cohérence sous-entendue (Modeste, 2011 : 40-48).

2.6.8 Rédaction de votre recherche

Quand vous dressez le rapport de votre recherche qualitative, Restez concentrer sur le public pour lequel vous êtes en train d'écrire et pareillement sur les points importants de la revue de recherche que vous souhaitez également introduire dans recherches. Vous devrez être rassuré que le but de votre recherche est convaincant et les explications sur votre méthodologie de recherche et d'analyse approfondie sont également convaicantes. Il est à noter que les recherches qualitatives sont souvent cosideres comme des annonciateurs des recherches quantitatives qui sont plus logiques et basées sur des données avec des techniques statistiques, mathématiques ou informatiques. La recherche qualitative est souvent utilisée pour produire des pistes possibles et énoncer une hypothèse viable qui est ensuite éprouvée avec des méthodes quantitatives (Modeste, 2011 : 40-48).

2.6.9 Questions éthiques de la méthode qualitative

Selon Modeste (2011 : 45) les principes communs de la construction d'enquêtes sont les suivants :

• Reduire le fardeau ou la charge du participant lié à l'enquête, à la dimension tribale des questions et à la demande. Diminuer l'ennui, la tension et l'effort que le participant doit fournir pour répondre aux questions. Le participant doit être satisfait quand la charge n'est pas élevée à la fin de l'entrevue, par exemple. On se rassure que les questions qui doivent être posées dans l'interview et les solutions de remplacement proposées sont compréhensives, claires et sans ambiguité pour tous les répondants à l'enquête.

Cela veut dire faire l'usage d'un français standard, laissez tomber les doubles négatifs et les questions équivoquées, et savoir que le concept est souvent difficile à comprendre pour plusieurs répondants. Si Je veux avoir des réponses claires, je veille à l'explication du but de chaque question. J'aurai ainsi des informations sur le statut social, les ressources disponibles ou le rapport personnel.

2.7 Modèle de recherche qualitative

Le modèle de la recherche qualitative est une méthode de recherche beaucoup emploiyé par les scientifiques et les chercheurs qui font une étude sur le comportement humain et les habitudes. Ce modèle est encore très important pour les stylistes concepteurs qui veulent produire un article qui se vendra bien. Par exemple, un styliste ou designer qui a des idées pour une nouvelle marque d'un produit pourrait vouloir sonder les habitudes, les considérations, et les préférences du public afin de s'assurer que le produit sera commercialement constant et viable. On utilise ensuite La recherche quantitative est ensuite emploiyee pour évaluer si la conception finie est appréciée ou non (Modeste, 2011 : 40-48).

La recherche qualitative est d'habitude montrée comme un avant-coureur de la recherche quantitative, en ce qu'elle est souvent employée pour produire des pistes et des idées utilisées pour énoncer une hypothèse mesurable et réaliste. Cette hypothèse peut ensuite être testée en détail et analysée mathématiquement avec des méthodes traditionnelles de recherche quantitative. A causes de ces raisons, ces méthodes qualitatives sont souvent intimement liées à des entretiens, à des techniques de conception d'enquête et à des études de cas individuelles afin de consolider et apprécier les résultats sur une échelle plus étendue. Une étude achevée avant que l'expérience ne soit accomplie révèle, quelle marque, parmi beaucoup de marques, est la plus répandue. L'expérience quantitative peut alors être bâtie seulement autour de ces marques, ce qui fait gagner suffisamment d'argent, de temps et de revenus (Modeste, 2011 : 40-48).

Les méthodes qualitatives sont vraisemblablement les plus anciennes de toutes les techniques scientifiques, leur provenance étant les anciens philosophes grecs qui examinaient le monde autour d'eux de manière qualitative avec à l'intention de trouver des réponses (Creswell, 2013 : 30-40).

2.7.1 Conception de la méthode qualitative

La conception de recherche qualitative est possiblement la plus flexible des différentes techniques expérimentales. Elle contient un type de méthodes et de structures reconnues. Ce type d'étude doit encore être bâtit et conçu méticuleusement qu'il s'agisse d'un travail d'étude de cas individuel ou d'un entretien approfondi, mais il n'existe pas de structure normalisée. Les études de cas, les interviews et les conceptions d'enquête sont les méthodes les plus fréquemment emploiyées (Modeste, 2011 : 50).

2.7.2 Avantages

Les techniques qualitatives sont exceptionnellement nécessaires lorsqu'un thème est trop compliqué pour que la reponse à l'hypothèse soit 'oui ou non'.

Ces genres de modèles sont plus faciles à organiser et à mettre en pratique et ils sont aussi importants quand des décisions financieres nécessitent une prise en compte.

Le champ est davantage vaste permet par ces conceptions et garantissant quelques données qui sont toujours générées, tandis qu'une hypothèse non démontrée dans une expérience quantitative peut annoncer que beaucoup de temps a été perdu.

Les méthodes qualitatives ne resultent pas autant de la dimension des échantillons que des méthodes quantitatives. Par exemple, une étude de cas peut engendrer des résultats démonstratifs avec un petit groupement d'échantillons (Modeste, 2011 : 40-48).

2.7.3 Inconvénients

Les techniques qualitatives même si elles ne prennent pas beaucoup de temps ou de revenus que les expériences quantitatives, elles ont toujours beaucoup de réflexion et demande une planification pour être sûre que les résultats obtenus soient aussi exacts que possible. Les données qualitatives ne peuvent pas être analysées mathématiquement de la même manière complète que les résultats quantitatifs, elles peuvent simplement amener sur des tendances globales. Elles sont suffisamment plus ouvertes à l'avis et au jugement individuel et peuvent uniquement donner des observations préférables que des résultats. Chaque conception de recherche qualitative est habituellement unique et ne peut pas être reconstitué nettement, ce qui explique qu'elles ne peuvent pas être dupliquées (Modeste, 2011 : 40-48).

2.8 Modele methodologique d'interpretation theologique de richard osmer

2.8.1 De la nature du modèle d'interprétation de Richard Osmer

Le modèle méthodologique d'interprétation théologique proposé par Richard Osmer, (Osmer, 2008 : 4-29) en théologie pratique a été utilisé. Ce modèle, relève le rôle de discernement qui est applicable pour cette recherche. Il provient de la tradition reformée, incluant la parole inspirée de Dieu, comme source principale pour la direction et le fondement normatif (2 Timothée 3.16-17 ; Hébreux 1.1-2). Ce modèle offre un espace pour la recherche empirique descriptive et permet une herméneutique entre les différentes phases (Osmer, 2008 : 6-29). Osmer mentionne une réflexion équilibrée qui fournit une voie importante, pour les membres d'un même domaine particulier ; pouvant parler entre eux et s'accorder, au lieu de prendre le dessus sur les autres ; trouvant ainsi les points de convergences dans leur travail (Osmer, 2008 : 241). Il fait valoir que beaucoup de théologies pratiques contemporaines emploient quatre tâches le long des lignes d'un cercle ou une spirale herméneutique. Osmer propose une pratique réflexive en théologie pratique qui fait place à la réflexion sur l'expérience, la pratique et le dialogue avec les sciences sociales engageant les ressources normatives de la foi chrétienne (Osmer, 2008 : 8).

2.8.2 Les quatre tâches du modèle d'Osmer

Le modèle d'Osmer comprend quatre questions qui guident le chercheur à se concentrer sur les quatre tâches intellectuelles interdépendantes de la recherche théologique pratique. (Osmer, 2008 : 4). Ces quatre tâches principales de la recherche théologique pratique, guidée par les quatre questions sont les suivants :

La tâche descriptive empirique : examine la situation actuelle. On se pose la question ; Qu'est ce qui se passe ? / Qu'est-il arrivé ? Rassemblant l'information qui nous aide à discerner les modèles et les dynamiques dans les épisodes, situations ou contextes.

La tâche d'interprétation : essaie de comprendre à partir d'une étude de la littérature de diverses sciences connexes ce qui est à la base de la situation actuelle. On se pose la question de savoir pourquoi est-ce que cela a évolué ? Décrivant les théories des activités pour mieux comprendre et expliquer, pourquoi ces modèles et ses dynamiques sont survenus.

La tâche normative : consiste en perspectives normatives et éthiques. La littérature facilite la description de la situation souhaitée. On se pose la question : Qu'est-ce qui devrait se passer/Qu'est- ce qu'il faut ? Il s'agit d'utiliser les concepts théologiques pour interpréter les épisodes, situations ou contextes particuliers, et de construire les normes éthiques pour guider nos réponses et apprendre de bonnes pratiques.

La tâche pragmatique : implique la formulation et la mise en œuvre d'un plan de stratégie ou d'action pour la solution du problème formulé dans la tâche empirique. On se pose la question : Comment pourrions-nous répondre ? Comment devons-nous agir ? Déterminant les stratégies d'action qui influencerons les situations dans les voies qui sont désirables et permettent d'entrer dans une situation de conversation réflexive à partir de ce qui a émergé et ce qui a été adopté, lors de l'entretien antérieur.

La participation des Eglises de Lubumbashi à la médiation sacerdotale, royale et prophétique du salut du Christ est facilitée par les pasteurs dans l'exécution des quatre tâches d'interprétation théologique pratique (Osmer, 2008 : 28).

2.9 La nature méthodologique de la présente étude

Cette thèse est un produit d'une étude empirique et littéraire. Pour entreprendre les enquêtes, la méthode qualitative a été appliquée, par les interviews et l'observation participante du comportement des Eglises de Lubumbashi, envers les personnes affectées par le VIH/SIDA et par l'entremise des pasteurs des Eglises et leaders de confessions religieuses, afin de comprendre pourquoi ces Eglises n'ont pas été intéressées depuis longtemps, par l'encadrement spirituel des personnes touchées par VIH/SIDA. Ainsi, à l'issu de cette préoccupation, un modèle d'orientation spirituelle basé sur les principes bibliques été proposé pour aider les Eglises de Lubumbashi à accomplir leur pastorale efficacement et à soutenir ces patients.

La partie théorique de ce chapitre a traité de l'approche théologique dans le but d'élucider quelques concepts théologiques liés à l'étude du comportement de l'Eglise vis-à-vis de personnes affectées par le VIH/SIDA et le fondement théologique du comportement de l'Eglise à l'égard de ces personnes. Après ces considérations et cette démarche, il est nécessaire de rediriger l'orientation vers la recherche empirique grâce à la collecte de données au moyen d'instruments sélectionnés pertinents pour cette étude. L'accent sera mis sur la méthode utilisée pour extraire l'information par un sondage de tous les

participants qui ont été sélectionnés pour l'étude du comportement de l'Eglises de Lubumbashi.

Cette recherche suivra une approche qualitative, bien qu'elle ne soit pas la seule méthode légitime d'étude des problèmes sociaux. Modeste donne une définition simple de la recherche qualitative comme « enquêtes systématiques qui incluent une analyse statistique descriptive ou différentielle. Des exemples sont des expériences, des recherches d'enquêtes et des enquêtes. Ce qui fait appel à des comparaisons numériques » (Modeste, 2011 : 40-48)

Selon Modeste, la recherche par sondage couvre un spectre plus large que les sondages d'opinion seulement. Ce type de recherche traite de l'examen des relations, qui se produisent entre deux ou plusieurs variables sans aucune intervention planifiée. Les participants sont déjà membres des niveaux de variables telles que le statut socioéconomique, l'intelligence, etc., et il est généralement impossible de les assigner au hasard à ces niveaux. En outre, il existe souvent une foule de variables qui influencent mutuellement et se mesurent mutuellement, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de parler d'une seule variable dépendante (Modeste, 2011 : 40-48).

Cette recherche traitera de la conception longitudinale. Selon Modeste les conceptions longitudinales sont pertinentes lorsque l'on souhaite enquêter sur les changements dues au passage du temps, qui peut s'étendre de semaines à années, et les événements, représentent donc la variable indépendante. Par exemple, « L'impact du VIH/SIDA sur les variables, décrit les relations et contribue à mieux comprendre la question posée. Les impacts d'un phénomène ou d'une intervention ne sont pas étudiés. Par conséquent, les études descriptives n'expliquent pas ou ne confirment pas la relation entre les variables indépendantes et dépendantes ». La recherche sera sous forme d'enquête. Un sondage est une méthode consistant à poser systématiquement des questions aux personnes et à enregistrer leurs réponses pour produire des informations difficiles ou impossibles à obtenir par observation (Modeste, 2011 : 40-48).

Les données fournies sont descriptives. Il a été question de recourir à leur diversité et non au nombre de personnes à interviewer. Tenant compte de ce que dit Alvaro Pires (1997 : 9), il y a deux grandes manières de produire des données empiriques : le qualitatif (lettres) et le quantitatif (chiffres). Mais en théologie pratique, la recherche descriptive sert à présenter des modèles de ce qui a été décrit et à développer la théorie liée à une

étude (Elliston, 2011 : 8,69). Or, selon Elliston, (2011 : 8,69), la recherche descriptive est généralement qualitative et une fois appliquée dans la recherche de la Théologie pratique, elle sert à expliquer les phénomènes sous étude. Parlant de la méthode qualitative, Pelletier & Demers (1994 : 757-771), soulignent que celle-ci se définit par l'analyse des éléments et s'exprime sous la forme de substantif ou de code numérique ou alphabétique. Si l'observation consiste à regarder ce qui se passe, en ne se guidant qu'avec un schéma général et si le résultat de cette observation consiste en notes descriptives, cette recherche est qualitative. Contrairement à la pratique de la méthode quantitative, les systèmes d'encodage, de calcul ou des échelles de classement sont des instruments formels utilisés pour l'observation. Ce qui fait que les produits de l'observation sont donnés en nombres.

La méthode qualitative dans cette étude a servi à observer des faits et des notes descriptives ont été produites. Selon Gérard & Michel (1988 :22), l'étude qualitative est l'analyse des doctrines des populations. Il a donc été question, dans ce travail, de décrire ou d'énoncer la manière dont les Eglises de Lubumbashi se comportent à l'égard de personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'effort était de décrire les raisons, les faits, les circonstances, les caractéristiques communes et les résultats de l'action des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis de ces malades. Une telle approche rejoint ce que suggère Fenneteau (2015 : 8), qui voit en l'étude qualitative la description des phénomènes de la manière la plus riche possible, en cherchant à comprendre la signification des phénomènes. De même, Huff (2009 : 184), estime que le qualitatif est l'explication des choses qui se produisent. C'est une méthode qui donne les détails et la profondeur à l'explication d'une théorie abstraite, qui cherche à interpréter les idées abstraites en les ralliant à une expérience humaine. Ainsi le chercheur explore des antécédents inavoués ou des conséquences imprévues. Pires Alvaro (1997 : 10) suggère que l'accent soit mis sur les rapports entre l'échantillon et l'objet plus que sur les règles techniques. Selon lui, la recherche qualitative s'avère être indépendante vis-à-vis de la théorie statistique, mais c'est le rapport entre l'objet d'étude et le corpus empirique qui compte le plus. Il souligne toutefois que le chercheur doit en compensation faire preuve d'une vigilance accrue à l'égard des rapports entre l'objet et le corpus empirique.

Pour y parvenir, les données ont été collectées au moyen des interviews et aussi des observations participantes. S'agissant d'une étude des cas, rappelons qu'Edgard Elliston (2011 : 68) suggère que les études des cas puissent recourir aux multiples méthodes

pour une meilleure description d'une situation. Il propose donc que l'observation participante soit combinée avec l'interview pour fournir une base servant à la compréhension d'une situation locale. Propos qui corroborent ceux de Pelletier & Marthe Demers (1994 : 3), qui précisent que la démarche qualitative utilise des formes de cueillette des données telles que des entrevues, des observations, plutôt que des mesures quantitatives ou des analyses statistiques. Il était ainsi question d'interviewer les pasteurs dans l'exercice pastoral, selon le principe d'Hervé Fenneteau (2015 : 7) qui soutient qu'il est indispensable d'interroger directement les consommateurs en réalisant des enquêtes par entretien ou questionnaire, pour recueillir les informations. C'est ce qui permet, selon Hervé Fenneteau (2015 : 7), d'étudier les comportements, les états mentaux tels que les opinions, les représentations et les attentes dans différents domaines de recherche.

C'est pourquoi les interviews de cette étude ont été faites avec les pasteurs des Eglises de Lubumbashi afin de recueillir auprès d'eux les informations nécessaires sur leur attitude à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA.

Pour ce qui est de l'observation participante ou l'observation des pratiques, les auteurs suggèrent que le chercheur se rende sur place, qu'il soit physiquement présent, afin d'observer comment se déroule une situation pour en rendre compte (Arborio & Fournier, 2015 : 7-8). Selon Déreze (2009 : 74), le chercheur peut ainsi parvenir à une description plus naturelle de la situation. Pour ce faire, il doit intervenir le moins possible dans la situation étudiée. Sa participation ne devrait pas gêner ni transformer ce qu'il observe. Dans le cadre de cette étude, il a été question d'observer directement le comportement de pasteurs dans les Eglises de Lubumbashi, pour déceler les raisons de leur attitude négative dans leur engagement, et ce, en vue de tirer quelques conclusions.

Il était question de vérifier pourquoi l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA n'a pas intéressé depuis longtemps les Eglises de Lubumbashi. Pourtant cet encadrement constituait une opportunité pour l'engagement des pasteurs dans les soins pastoraux auprès des PVV au sein de leurs Eglises. Et selon la question subsidiaire relative à ce chapitre, il s'agissait premièrement d'exposer de quelle manière la recherche empirique contribue à donner une représentation claire de l'attitude actuelle des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes atteintes du VIH/SIDA par l'apport des pasteurs. C'est ce qui a été traité dans ce chapitre, en vue de la discussion.

Le sondage par des interviews semi-directs a été effectué pour faire des enquêtes sur le comportement des pasteurs ayant des Eglises et des leaders de confessions religieuses vis-à-vis des personnes atteintes de VIH/SIDA, afin de connaitre la cause de leur désintéressement depuis longtemps pour l'encadrement spirituel de ces malades.

Septante-cinq pasteurs d'Eglises ont été sélectionnés comme échantillon d'étude. Les questions subsidiaires lors des entrevues avec des pasteurs ont été posées afin d'avoir un aperçu de leurs connaissances, attitudes, expériences, perceptions et d'établir quelles sont les croyances et le niveau de l'encadrement social et spirituel concernant les personnes affectées par le VIH/SIDA, dans les Eglises qu'ils dirigent. Les réponses ont été données sur place, lors de ces interviews. Le chercheur a également sondé et établi si le cadre missionnaire actuel fait face à l'encadrement des personnes affectées par le VIH/SIDA. Les données ont été collectées à partir de septante pasteurs seulement, cinq ayant désistés.

L'analyse des réponses audio touchant à la position des pasteurs sur le comportement des Eglises à l'égard des personnes affectées par le VIH/SIDA, et une étude théologique pertinente fondée sur l'analyse exégétique, du contexte socio-historique des textes bibliques choisis (Pontifca biblical commission, 1994 : 40), ont été entreprises. Les textes bibliques choisis comprennent Matthieu 10.7-8 et Luc 10.29-37, qui ont rappelé et souligné la motivation de l'Eglise et des leaders des communautés, de voir quelle est la mission de Dieu et qu'ils doivent travailler activement dans l'encadrement spirituel et même social des personnes affectées par le VIH/SIDA.

L'étude littéraire, par un nombre suffisant de sources qui a été trouvé sur la question du VIH/SIDA et son lien avec les soins pastoraux à l'Eglise par une approche fondée sur la littérature. La méthode de la réflexion critique ainsi que l'analyse et les arguments logiques ont été appliqués afin d'essayer de comprendre la pandémie et argumenter l'hypothèse.

Une approche herméneutique a été suivie afin de clarifier le lien entre la pandémie du VIH/SIDA et la réflexion théologique. Ainsi la méthode d'interaction entre la théorie et la praxis a été appliquée. Indirectement, la recherche a fait appel à la méthode d'observation participative du fait que son contexte se reflétait dans mon propre esprit subjectif, étant originaire du Congo(RDC) et vivant à Lubumbashi pendant plusieurs

années, où le contexte immédiat de la pandémie de VIH/SIDA a un impact sur mon attitude et mes aptitudes.

2.9.1 Des Eglises en RDC et dans la ville de Lubumbashi

Il s'agira ici d'une brève présentation de la ville de Lubumbashi qui sert de contexte au présent travail, le cadre géographique où sont menées ces recherches. La ville de Lubumbashi est le chef-lieu de la province du Haut Katanga, en République Démocratique du Congo (RDC). Selon les recherches récentes faites par le centre de recherche et de diffusion des langues et de littératures africaines (CREDILLAF, 2013 : 31,41), la province du Haut Katanga est constituée de six territoires, avec une superficie de 131,443 km^2. Tandis que la ville de Lubumbashi a une superficie de l7470 km^2. La ville compte sept communes, à savoir : Kenya, Kampemba, Katuba, Kamalondo, Ruashi, Lubumbashi et la commune annexe. (Cf. Kanange et Mbayo, 2015 :342).

Makungu Kanange et Tshesu Mbayo (2015 : 347-349), présentent les recensements opérés par la mairie de la ville de Lubumbashi au mois de février 2014. Il se pourrait que : La commune Kampemba compte à elle seule 800 églises de réveil pour une superficie de 47 Km2 ou soit 800 églises pour 4700 hectares, soit 58 églises par ha. Quant à la commune de Kenya, constituée de trois quartiers, le quartier Luapula à lui seul compte 153 églises pour une superficie de 7 Km2 ou soit 153 églises pour 7.000 ha, soit 57 églises par ha.

La ville de Lubumbashi en 2015 aurait une population qui s'élève à 1796252 (Mulamba, 4/10/2016)[5]. Il a été question de rencontrer les pasteurs ayant des églises dans les différentes communes de la ville de Lubumbashi pour récolter les données nécessaires à notre étude.

2.9.2 Repères historiques

Comme signalé dans l'introduction, la plupart d'églises de la ville de Lubumbashi sont issues du mouvement missionnaire pentecôtiste et charismatique qui a été introduit en Afrique vers les années 1910 dans un souci de revivre l'expérience de la Pentecôte biblique (Demort, 2008 : 2 ; Kapuku, 2015 : 47,89).

---

[5] Les statistiques annuelles de la population congolaise et étrangère faites par la mairie de la ville de Lubumbashi pour l'année 2015.

Le mouvement pentecôtiste est apparu au début du XX^{e} siècle en Amérique (Mattern, 2014 : 57). McGee (1988 : 893) identifie quatre mouvements comme socle du pentecôtisme. Le premier, au 19^{e} siècle avec le Mouvement de la Sainteté (Holiness Movement) et celui de la guérison (Healing Movement) comme étant les précurseurs du pentecôtisme. Dans ces deux mouvements, les femmes étaient des personnages importants dans leur développement. Phoebe Palmer, pour le Mouvement de la Sainteté et Lucy Drake, pour le mouvement de guérison. Le deuxième, au 20^{e} siècle, il s'agit du premier Pentecôtisme qui commence avec Charles F. Parham associé dans son mouvement à des femmes. Agnès N. Ozman fut la première personne à recevoir le baptême du Saint-Esprit avec le don des langues. Puis viendra le mouvement de William J. Seymour Ministries, avec Lucy Farrow, personnage clé dans l'effusion du Saint-Esprit à Azusa Street (Laurent et Plaideau (2010 : 211-212). Le troisième mouvement intervient en 1906 avec les émissaires d'Azusa Street, ayant comme pionnière Florence L. Crawford, qui aurait répandu le Pentecôtisme dans de nombreuses villes de Californie, avec de nombreuses et spectaculaires conversions au Christ. Enfin, le quatrième mouvement a eu lieu en 1907 avec les autres pionniers pentecôtistes aux Etats-Unis : le mouvement de pentecôte qui est un courant chrétien évangélique issu d'un réveil démarré par les pasteurs américains Charles Fox Parham et William Joseph Seymour aux États-Unis en 1906, les Eglises indépendantes, les congrégationalistes, les Eglises de noirs etc. (Wikipédia, 2018b).

Le pentecôtisme a été répandu en Amérique latine aussi bien qu'en Afrique grâce aux Eglises des assemblées de Dieu (Laurent et Plaideau, 2010 : 212). L'extension du mouvement s'est produite aisément étant donné que les missionnaires croient que l'Esprit qui a été donné doit les amener à toucher les extrémités de la terre avec l'évangile (Anderson, 2004 : 190).

Cette expansion se fait tellement vite que le pionnier des études pentecôtistes Walther Hollenweger (Plaideau, 2010 : 168) souligne que le pentecôtisme serait le seul mouvement dans toute l'histoire des communautés religieuses qui, en moins d'un siècle, aurait atteint cent millions de membres, disséminés en Amérique du Sud, en Afrique et en Asie. La présence du pentecôtisme en Afrique via la communauté des assemblées de Dieu n'atteindra la République Démocratique du Congo que vers les années 1970 (Demort, 2008 : 2). Cependant, ce mouvement est aujourd'hui répandu sur toute l'étendue du pays.

Le pentecôtisme a pénétré le Congo à partir de quatre grands foyers selon le groupement systématique du pentecôtisme (au Sud, au Nord, à l'Est et à l'Ouest). Et l'entrée du Pentecôtisme au sud, dans la province du Katanga, se fera par le Congo Evangelistic Mission (C.E.M) qui fut le premier porteur du Pentecôtisme au Congo déjà en 1915 sous la direction de William Burton (Kalombo, 2015 : 173 et 188). Mais le réveil spirituel en RDC se fera d'une part avec les assemblées de Dieu et avec le mouvement Charismatique d'autre part (Kalombo, 2015 : 199). Sébastien Kalombo (2015 : 203-204) présente les Eglises de réveil comme étant des Eglises non traditionnelles issues du réveil qui aurait touché la ville de Kinshasa vers les années 1970. Ces Eglises se regroupent en plusieurs plates-formes, mais le gouvernement congolais n'en reconnait que deux en tant qu'entité de représentation, l'Église Indépendante du Congo (E.I.C) et Église du Réveil au Congo (E.R.C).

Pascal Kakudji Yumba (2015 : 269) soutient que c'est grâce aux assemblées de Dieu que les Eglises de réveil ont vu le jour vers les années 1970 au Congo et dans la ville de Lubumbashi. Tandis que Makungu Kanange et Tshesu Mbayo (2015 : 341) datent le début des Eglises de réveil entre deux temps forts : l'arrivée des missionnaires américains vers les années 1980 et l'ouverture politique décrétée en 1990 au Zaïre qui proclamait la liberté d'association. Ils voient dans cette liberté de culte la cause de la prolifération des Eglises de réveil sur tout le territoire national en général et dans la ville de Lubumbashi en particulier. Soulignant ainsi que les Eglises de réveil sont repérables tous les cinq cents mètres, ce qui fait qu'il est difficile aujourd'hui de donner un chiffre exact du nombre des Eglises de réveil implanté dans la ville de Lubumbashi.

Il importe de souligner que la création des Eglises de réveil a été progressive d'après le responsable provincial de l'Église du Réveil au Congo (E.R.C) Ernesto Mij (21/ 07/2016). Leur formation a commencé vers les années 1970 sous la forme de groupes de prière qui évoluaient en dehors des Eglises traditionnelles établies (Catholique, Protestante). À la longue, elles sont devenues des centres évangéliques, puis des assemblées, ensuite des ministères et ces ministères sont aujourd'hui devenus des Eglises. E. Mij soutient qu'il est difficile de connaître le nombre de ces Eglises dans la ville de Lubumbashi aujourd'hui. Il précise (21/ 07/ 2016) cependant qu'il y a environ 5000 Eglises qui figurent sur la liste de membres de la plate-forme qu'il dirige et qui sont des succursales des 570 communautés (350 sont affiliées et 220 en voie d'affiliation). Par contre il y aurait, en dehors de cette entité de représentation, plus des 10.000 Eglises seulement dans la ville

de Lubumbashi. S'agissant de l'Église Indépendante du Congo (E.I.C), selon son représentant provincial, il y a 133 communautés affiliées à cette plate-forme dans la ville de Lubumbashi (Ngoy, 1/11/2016).

Le caractère indépendant des Eglises dans l'exercice de la mission et le fait que, dans le Pentecôtisme, celui qui reçoit le Saint-Esprit devient, à cause des dons reçus, capable de servir, a été la cause de la création de plusieurs Eglises de réveil. P-G. Laurent et C. Plaideau (2010 : 214) présentent l'exercice des dons du Saint-Esprit, spécialement celui de guérison, comme l'une des raisons principales de la multiplication des Eglises de réveil. Celui qui avait le don de guérison allait créer un groupe de prière en dehors de la hiérarchie traditionnelle ; et à la longue, ce groupe devenait une Eglise.

Selon l'avis de certains observateurs, la multiplication des Eglises de réveil dans la ville de Lubumbashi prend une allure de plus en plus inquiétante. Ils pensent que c'est devenu un véritable phénomène de société. Les Eglises pullulent partout sans se conformer à la réglementation sur les associations sans but lucratif et sans aucune connaissance de la Parole. C'est ainsi que, sur base d'une parole inspirée, de la verve oratoire, des tambours et quelques chantres, les Eglises voient le jour. Tout cela sans tenir compte de l'endroit où elles sont implantées (Kanange & Mbayo, 2015 : 46). Ce qui amène à réfléchir sur la manière dont les Eglises de réveil perçoivent la mission dont elles sont chargées.

2.10 Collecte de donnees

2.10.1 Interview

Etant donné que l'identification et la présentation des facteurs qui auraient conditionné l'engagement des pasteurs d'Eglises de Lubumbashi étaient notre cheval de bataille, la récolte des données s'est faite par interview et observation des faits. Il était question de faire des récits de vie qui est une technique de données dans la méthode qualitative (Huff, 2009 :184). Les récits de vie ont servi à déceler les raisons du comportement négatif des pasteurs et les facteurs déterminants de chaque pasteur sélectionné et interviewé sur son engagement dans les soins pastoraux aux personnes affectées par le VIH/SIDA. Au travers de ces récits, il s'agissait de relever les caractéristiques individuelles des pasteurs engagés ou non dans l'encadrement spirituel de ces malades. Selon Alami Sophie *et* al (2009 : 89), pour comprendre comment se sont construites les pratiques, on peut faire l'histoire d'une vie. Il est ainsi question d'évoquer la situation actuelle, puis de remonter

dans le passé, pour comprendre ce qui se fait aujourd'hui, ou à l'inverse, l'entretien commence en évoquant la période de vie la plus ancienne, puis on parcourt les autres périodes importantes tout en épinglant les différents thèmes identifiés, pour comprendre les pratiques actuelles. Dans ce travail, la deuxième option fut retenue et la récolte des données de ces récits de vie a été faite au moyen des interviews non structurées à composition non limitée, en prenant des notes et en utilisant un enregistreur (Creswell, 2013:160).Il a été question de comprendre les circonstances qui entourent la pratique pastorale passée des pasteurs, leurs profils théologiques, leurs connaissances sur le VIH/SIDA, leurs niveaux d'études, les dons qu'ils ont reçus, la formation reçue~~s~~ et l'expérience acquise~~s~~ dans la prise en charge de PVV, ainsi que les obstacles rencontrés dans l'exercice~~s~~ de leurs pratiques pastorales d'aujourd'hui, et de relever les différentes opinions de ces pasteurs par rapport à l'engagement du pasteur dans l'encadrement des PVV.

En faisant le récit, seules les raisons de leur comportement ont été recherchées dans les différentes étapes de la pratique pastorale de ces pasteurs. Il s'agissait des récits de la pratique centrée, sur des entretiens particuliers construits autour de la trajectoire de soins pastoraux du pasteur rencontré. Mais le chercheur le fait tout en restant centré sur le sujet d'enquête, pour cueillir les pratiques, les représentations, ou ce qui permet de comprendre une histoire, les différentes étapes de la pastorale, s'agissant de son évolution et de ses ruptures (Alami *et al*., 2009 : 57). C'est seulement le comportement dans la pratique pastorale de ces pasteurs qui a fait objet de ce travail. L'attention a porté~~e~~ sur leurs réalisations dans la pastorale au sein des Eglises de Lubumbashi, toutes les circonstances qui entourent leur engagement et les différentes raisons qui ont conditionné leurs comportements. Enfin nous avons souligné les circonstances qui ont occasionné certaines ruptures dans l'encadrement des PVV.

2.10.2 Observation participante

Par rapport à l'observation des pratiques, en tant que pasteur dans une Eglise à Lubumbashi, cela a été un privilège d'observer les comportements réels du groupe de pasteurs auxquels nous appartenons. Ce qui implique d'être impartiale en faisant « observation Participante ». Mais, il y a un danger ou risque de se retrouver comme juge et partie à la fois. Le sociologue et anthropologue De Sardan (2008 :190) souligne qu'il importe de savoir le rapport qu'un chercheur entretient avec les acteurs du groupe qui fait l'objet de son enquête, comment il s'insère dans ce groupe, quel type de participation

il fait. Pour lui, il y a deux dimensions complémentaires de l'insertion du chercheur sur son terrain : l'implication forte et l'extériorité forte. Ce qui l'amène à dire qu'un chercheur doit être capable de s'impliquer pour rendre compte de sa propre forme de participation, tout en veillant à ce qu'il puisse se démarquer de son histoire personnelle. En parlant de l'observation, Déreze Gérard (2009 :84) précise L'observation doit être dirigé par la problématique et que celui qui observe doit être préparé à cette tâche, être en mesure de produire des données qui peuvent l'obliger à modifier ses propres hypothèses, développer son aptitude à la découverte. Il donne trois qualités que doivent remplir les données de l'observation : la validité, la fidélité et la systématicité.

Pour y parvenir, citons les cinq façons de recueillir les données d'observation dans la méthode qualitative de John W. Creswell (2013 : 160) qui ont été d'une importance capitale :

- Recueillir des notes de terrain en réalisant une observation en tant que participant ;
- Recueillir des notes de terrain en réalisant une observation en qualité d'observateur ;
- Recueillir des notes de terrain en passant plus de temps en tant que participant à titre d'observateur ;
- Recueillir des notes de terrain en passant plus de temps en qualité d'observateur à titre de participant ;
- Recueillir tout d'abord des notes de terrain en observant comme un « non initié », puis en se déplaçant dans la mise en observation comme un « initié ».

De ce fait, il a été question d'observer ces pasteurs dans la pratique de leurs tâches en tant que leaders, tâches accomplies par amour de Dieu, telles que la prise en charge de PVV, la prédication, l'évangélisation, l'administration de l'Eglise et bien d'autres activités. Il a été aussi question de vérifier si la notion de la marginalisation dans l'exercice de la pastorale à l'égard de PVV, pouvait être confirmée au sein de ces Eglises. L'observation a permis de comprendre les raisons d'agir de ces pasteurs et le sens qu'ils donnent à ce qu'ils font, mais aussi de relever les problèmes qu'ils endurent. En accord avec Pires Alvaro (1997 : 19), il est important de souligner qu'une observation systématique et pertinente se fait autour d'une ou plusieurs questions, et vise à fonder ou à éclaircir certains aspects de la réalité qui sont susceptibles de se déplacer à leur tour. Pour Alami

Sophie et *al.* (2009 : 96), la grille d'observation permet de recenser les éléments factuels importants pour le sujet traité : lieu de pratique, personnes présentes, interactions, gestes effectués, etc.

2.11 L'echantillonnage

2.11.1 L'échantillonnage par rapport à la population

Etant donné qu'il était difficile d'étudier le comportement de tous les pasteurs et d'en savoir les raisons par rapport à l'encadrement de PVV dans l'exercice de leur pastorale au sein des Eglises de la ville de Lubumbashi, il était indispensable de procéder par échantillonnage. Beaud (cité dans Pires, 1997 : 20) donne le principe du sondage et des techniques de l'échantillonnage comme le fait de recueillir l'information sur une fraction de l'ensemble de la population à étudier. Pour lui, c'est comme goûter à un plat pour arriver à l'observation ou à la généralisation de tous les mets se trouvant dans la casserole. Ce qui amène à dire que l'échantillon permet de parler de la population qu'il représente. Guéguen Nicolas (1998 : 7) présente l'échantillon comme un sous-ensemble d'une population choisie pour réaliser un certain nombre de mesures qui seront utilisées pour tirer des conclusions qui correspondent à la totalité de cette population. La population qui a été sélectionnée dans ce travail était les pasteurs ayant des Eglises et engagés dans la pastorale à Lubumbashi.

L'échantillon était donc constitué de quelques pasteurs responsables des Eglises (un sous-ensemble), œuvrant spécialement dans le ministère pastoral et choisi parmi l'ensemble de tous les autres pasteurs de la ville de Lubumbashi.

Selon Pires Alvaro (1997 : 12), les échantillons qualitatifs sont subdivisés en deux grands groupes : l'échantillonnage par cas unique et par cas multiples (ou multi-cas). Il fait référence à cinq types d'échantillonnages par cas multiples : l'échantillon par contraste, par homogénéisation, par contraste-approfondissement, par contraste-saturation et enfin par quête du cas négatif. Dans ce travail, étant donné qu'il était question de plusieurs pasteurs responsables au sein des Eglises à Lubumbashi, il s'agissait d'une étude de cas multiples. L'échantillonnage s'est fait par homogénéisation. Car selon Pires Alvaro (1997 : 71), l'homogénéisation est utilisée lorsque l'analyse se fait sur un groupe relativement homogène ou un milieu organisé par le même ensemble de rapports socio-structurels.

Ici le nombre d'échantillons n'est pas ce qui compte le plus, mais plutôt la diversité des faits, les différentes expériences, les témoignages de ces pasteurs concernés par cette étude, pour arriver à une compréhension générale du comportement négatif des pasteurs à l'égard des PVV. Selon Elliston Edgard (2011 : 89), dans une recherche pastorale ou missiologique, on peut utiliser un petit échantillon ou des études de cas pour obtenir une vue plus approfondie de la question sous étude ou pour construire une théorie. Ceci s'accorde avec la position de Pires Alvaro (1997 : 64) qui prétend qu'il existe deux critères clés pour orienter le chercheur dans les recherches qualitatives : la diversification et la saturation. Il soutient que d'une certaine manière, ces deux critères sont liés parce qu'il existe deux formes de diversification : externe et interne, or, la diversification interne relève du processus de saturation[6]. La diversification dans les recherches obligera le chercheur à présenter le panorama le plus complet possible des problèmes ou des situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche. Il est question d'inclure la plus grande variété possible, indépendamment de leur fréquence statistique. C'est dans ce même ordre d'idée que Alami Sophie et al., (2009 : 4) précisent que les recherches qualitatives, spécialement dans l'étude du comportement, doivent se contenter uniquement de la diversité des faits et non de la représentativité.

C'est ainsi qu'un échantillon de plus ou moins septante pasteurs responsables des Eglises a été considéré. Ces pasteurs furent sélectionnés à raison de sept à dix pasteurs par commune (7 communes), dans la ville de Lubumbashi afin d'être sûre de parcourir toute la ville bien que la motivation ne soit pas d'atteindre la représentativité, mais d'avoir des arguments diversifiés selon les réalités de chaque commune. Relevons aussi que ces pasteurs sont aussi rares et mal connus et, pour la plupart, engagés dans beaucoup d'activités à la fois et difficiles à repérer. Ce qui fait que les propos de Michelat (cité dans Pires, 1997 : 69) ont été pris en compte car, selon lui, dans le domaine de la recherche sur les attitudes, l'expérience montre qu'après une trentaine ou une quarantaine d'entrevues, le chercheur a assez de matériel et peut stopper la collecte des données,

[6] *Saturation empirique* : Il y a saturation empirique désignée lorsque le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations, n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique. Pour y arriver, le chercheur doit faire l'analyse à mesure que la collecte des données progresse (Pires, 1997 :67).

parce que l'information supplémentaire ne pourra plus ajouter grand-chose concernant la diversité.

2.11.2 L'échantillonnage et la récolte des données sur terrain

La récolte des données s'est faite selon le principe de la diversification interne, comme souligné dans la section précédente. Selon ce principe, il s'est agi de prendre les informateurs les plus divers possibles afin de revoir les raisons du comportement négatif des pasteurs engagés dans l'encadrement spirituel ou non, au sein des Eglises de Lubumbashi. Pour y arriver, comme nous l'avons dit plus haut, quatre variables ont été prises en compte : - les pasteurs responsables d'Eglises appartenant à l'Eglise du Christ au Congo (ECC), - les pasteurs leaders de communautés non dénominationelle, - les Pasteurs d'Eglises de Réveil du Congo (ERC), - les pasteurs d'Eglises indépendantes du Congo (EIC).

Un nom anonyme a été attribué à tous ces pasteurs, selon leur groupe :

- Les Pasteurs responsables d'Eglises appartenant à l'Eglise du Christ au Congo (ECC) : Dirigeant
- Les pasteurs leaders de communautés : Patriarche
- Les pasteurs d'Eglises de réveil au Congo (ERC) : Dépendant
- Les pasteurs d'Eglises indépendantes du Congo (EIC) : Indépendant

Les facteurs tels que le profil théologique, le niveau d'études, la connaissance sur le VIH /SIDA, la formation reçue et l'expérience acquise dans la prise en charge des PVV, la personnalité de chacun, le niveau d'instruction, ont été considérés. Ce qui a permis une description interne et diversifiée du comportement dans la pastorale de ces pasteurs engagés dans l'encadrement spirituel en tant que pasteurs. En raison du problème de la dispersion de ces pasteurs et le fait qu'ils sont rares et mal connus, le prélèvement de l'échantillon dans le cadre de ce travail a été par filière, ou en cascade ou encore par boule de neige (Snowball sample). Selon Pires Alvaro (1997 : 72), grâce à un premier informateur ou à une personne-ressource, le chercheur trouve l'accès au prochain. Le prélèvement de l'échantillon se fait ainsi par contacts successifs. Il dit que cette technique est très utile lorsque l'accès aux données est difficile ou si le matériel concerne des données cachées. On recourt aussi à cette technique lorsqu'il y a un problème de

mobilité, de dispersion qui caractérise certains groupes ou encore lorsqu'on fait face à la nature intimiste et délicate de certaines questions ou à des attitudes d'autodéfense du groupe, etc. C'est ainsi qu'en partant de deux pasteurs indiqués par le représentant provincial des Eglises du Réveil au Congo (ERC), on a pu avoir accès aux autres pasteurs de façon successive. Il était question de prendre sept à dix pasteurs par commune, quatre à sept pasteurs par variantes citées ci-dessus, ce qui permettait d'aboutir à un échantillon de plus ou moins septante pasteurs leaders œuvrant dans les églises. Malgré la rareté, la dispersion de ces pasteurs et le grand nombre des Eglises de la ville de Lubumbashi, ces pasteurs furent cherchés dans toutes les communes.

La sélection s'est faite dans les différentes Eglises notamment : les Eglises du réveil au Congo (ERC), les Eglises indépendantes du Congo (EIC), les Eglises membres de l'Eglise du Christ au Congo (ECC), et auprès des pasteurs leaders (Bishop) de communautés. Il s'agissait surtout de choisir des individus selon la diversité des mécanismes cités ci-dessus. La récolte des données a été faite par prise de note et l'enregistrement sonore des interviews pour plus d'assurance, afin que l'analyse de données se fasse par la suite.

2.12 Analyse des données de la recherche

L'analyse des données tenait compte de la force des approches qualitatives qui ont le pouvoir de montrer l'ambivalence des différentes réalités sociales. La méthode qualitative cherche à dénoncer avant d'être critique, ou à comprendre la logique sociale des acteurs pour faire ressortir les différentes caractéristiques que possèdent les groupes sociaux. Ceci mène parfois à la régulation de cette ambivalence (Alami & *al.*, 2009 : 20). Pour arriver à une analyse des données, la généralisation des résultats à l'intérieur du niveau empirique lui-même a été faite, étant donné qu'en général les recherches qui recourent à l'échantillon par homogénéisation permettent de décrire la diversité interne d'un groupe et autorisent la généralisation empirique par saturation (Pires, 1997 : 72).

A partir des cas des pasteurs étudiés et analysés nous sommes passés à l'ensemble des pasteurs dans les Eglises de la ville de Lubumbashi, pour ensuite produire un éclairage théorique plus général et global sur la perception du comportement et l'engagement des pasteurs dans l'encadrement spirituel des PVV. La généralisation en question se fait selon le modèle de Alami *et al.* (2009 : 17-19), qui soutient que la diversité des occurrences et de leur existence est généralisable. Pour eux, le principe de généralisation

des résultats d'une enquête qualitative n'est pas fondé sur la preuve des fréquences comme dans une approche quantitative. Cependant il tient compte de la preuve par occurrence, c'est à dire que le chercheur fera le constat de l'existence d'une pratique ou d'un sens en mettant l'accent sur la diversité des événements que renferme un fait social. Dans ce cas précis, les éléments qui seront recherchés dans la pastorale de ces pasteurs doivent non seulement prouver l'existence de ces pasteurs engagés dans l'encadrement spirituel des PVV en tant que leaders au sein des Eglises, mais aussi démontrer la diversité des faits dans la manière dont la pastorale se manifeste dans leur engagement. Ce qui permettra une généralisation des mécanismes sociaux dépendants des réalités de l'engagement du pasteur dans la pastorale.

L'analyse des données s'est faite par induction, « induction analytique ». Alami *et al*. (2009 : 26) présentent les démarches inductive et compréhensive comme étant les deux impératifs de l'analyse qualitative. Dans cette démarche, le réel est considéré comme étant opaque. Cela sous-entend que les faits ne parlent pas d'eux-mêmes. Il faut donc premièrement les explorer, les analyser et s'imprégner d'eux pour ensuite prendre de la distance afin de les comprendre. En second lieu, le chercheur doit passer de la représentation à la pratique et ainsi présenter la voie de sortie par rapport au problème sous étude. C'est ainsi qu'un lien a été fait entre le comportement et l'encadrement des pasteurs, ce qui a permis de mettre à jour les possibilités et les contraintes et de dévoiler la signification des faits, les caractéristiques communes de ces pasteurs.

L'analyse des faits s'est faite en trois temps car, toujours selon Alami *et al.* (2009 : 107-108), l'étape de l'analyse des données conduit l'enquêteur à faire face à la masse des données collectées. Ils soutiennent que cette étape de la production d'une recherche s'organise selon le schéma en trois temps : - l'analyse thématique des données ; - l'analyse descriptive qui marque le début de la rédaction ; et enfin - l'analyse explicative ou modélisation. L'analyse thématique se fait sur la base d'une grille des thèmes communs à tous les éléments. Elle permet de les coder et par la suite de classer les données recueillies conformément aux différentes pratiques et représentations. Ce classement se fait transversalement et non plus selon les entretiens. Tandis que les analyses descriptives et explicatives se rejoignent dans la mesure où une analyse aboutie décrit un système.

Les analyses ont été faites de manière rigoureuse pour éviter de donner des résultats tronqués en restant dans les limites qui sont acceptables scientifiquement. En effet, selon

Saldana (2012 : 271), tout chercheur devrait échapper à ses propres préconceptions, afin de ne pas prendre ses propres désirs scientifiques pour des réalités. Pour Mucchielli et Paillée (2008 : 150-151), pour ne pas aller au-delà des objectifs généraux d'exploitation et de compréhension des phénomènes dans l'analyse des données, il faut construire un canevas d'investigation afin de permettre une analyse par questionnement. Dans ce cas, le chercheur est guidé par des questions bien déterminées (d'ordre théorique ou pratique) et pourra ainsi répondre uniquement à ces questions. Mucchielli propose ainsi pour l'analyse des croyances des questions telles que : « quels sont les référents communs, les croyances auxquelles on peut rapporter les éléments saillants du récit ou du témoignage livré ?» Inspirée par ce que proposent ces auteurs, l'analyse des données dans ce travail s'est faite par regroupement des éléments communs qui caractérisent le comportement de ces pasteurs engagés dans l'encadrement spirituel des PVV ou non.

Cette analyse permet de relever les considérations qui ont entouré leur profil théologique, leur niveau d'instruction, leur connaissance du VIH/SIDA, leur formation reçue et l'expérience acquise dans la prise en charge des PVV, la personnalité de chacun dans la réalisation de l'encadrement spirituel et holistique, ainsi que les facteurs déterminant leur engagement dans cet encadrement. Ceci nous amène à une généralisation et à l'établissement des théories à appliquer à tous les pasteurs dans la pastorale.

2.13 Le resultat de la recherche empirique : comportement des eglises de lubumbashi face aux personnes affectees par le VIH/SIDA

2.13.1 Sélection et recrutement de participants

Dans ma recherche, l'interview a tourné autour d'une série de 13 questions adressées aux pasteurs. Seuls les pasteurs disposant d'Eglises, ont été sélectionnés comme participants à l'enquête, après leur consentement éclairé. La raison de notre choix par rapport aux pasteurs ayant les Eglises est qu'ils sont actifs et encadrent directement les chrétiens. Au total, 75 pasteurs ont été sélectionnés pour le sondage, mais, 70 seulement ont été interviewés. Nous avons eu donc à faire nos analyses à partir de 70 participants dans notre enquête.

L'interview des pasteurs a tourné autour des questions suivantes :

Avez-vous des personnes affectées par le VIH/SIDA dans votre Eglise ?

Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?

Comment le VIH/SIDA affecte-t-il les gens ?

D'où vient le VIH/SIDA ?

Le VIH/SIDA est-elle une punition de Dieu ? Est-elle une maladie Satanique ? Est-elle une maladie infectieuse ?

Comment considérez-vous les personnes affectées par le VIH/SIDA ?

Comment les personnes affectées par le VIH/SIDA se comportent-elles, lorsqu'elles viennent vous voir à propos de leur maladie ?

Comment vous comportez-vous à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA ?

Quel regard portez-vous au VIH/SIDA et aux personnes qui en sont affectées ?

Les personnes affectées par le VIH/SIDA peuvent-elles hériter le royaume de Dieu ?

Avez-vous un service d'encadrement des personnes affectées de VIH/SIDA ? Si oui, comment les encadrez-vous dans votre Eglise ? Si non, pourquoi n'en avez-vous pas un.

Avez-vous un programme particulier d'évangélisation dans votre Eglise, pour les personnes affectées par le VIH/SIDA ? Oui □ Non □

Est-il important que l'Eglise puisse encadrer spirituellement les personnes affectées par le VIH/SIDA ? Si oui □, pourquoi ? Si non □, pourquoi ?

Cette section présente le résultat de la recherche faite sur le terrain avec les répondants. Pour rappel, la récolte des données a été faite par des interviews et observations participantes, la saturation empirique étant atteinte. Il est vrai qu'il n'a pas été facile de rencontrer ces pasteurs, vu leur désintéressement au problème touchant le VIH/SIDA, particulièrement la tendance de certains d'entre eux à marginaliser[7] ces malades et à cause de leurs multiples occupations.

[7] La marginalisation : est l'action de s'écarter de la norme, prendre à la légère, limitée, notamment d'un groupe, d'une société (Pearsall, 2002 : 871). L'utilisation de ce mot s'applique aussi à l'église, en cas

Après avoir obtenu les informations diversifiées et nécessaires en rapport avec cette étude, la récolte des données a été interrompue. Rappelons qu'il s'agissait d'étudier le comportement des Eglises de Lubumbashi à travers les pasteurs, pour déceler les raisons de leur désintéressement à l'encadrement spirituel de personnes affectées par le VIH/SIDA. Selon les exigences universitaires et pour répondre aux normes éthiques, la présentation des interviews s'est faite sur la base du principe de l'anonymat. Ainsi, lorsqu'il faudra citer les propos des personnes répondantes, les noms ont été évoqués par rapport à leurs catégories d'organisation religieuse. Comme indiqué plus haut il s'agit de pasteurs : Les pasteurs responsables d'églises appartenant à l'Eglise du Christ au Congo ou le Dirigeant (1 à 20), de pasteurs leaders d'Eglises de communautés ou de patriarches (1 à 15), de pasteurs d'églises de Réveil au Congo ou de dépendants (1 à 20), de pasteurs d'églises indépendantes du Congo ou d'indépendants (1 à 15). Soit un total de septante pasteurs engagés et ayant des églises dans la ville de Lubumbashi.

2.13.2 Raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi face aux personnes affectées par le VIH/SIDA.

Dans cette étude qualitative la question principale de la recherche est la suivante : Quel modèle d'orientation spirituelle, basé sur les principes bibliques, faut-il mettre en place pour aider les Eglises de Lubumbashi à accomplir leur pastorale efficacement et ainsi soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA ? La réponse à cette question sera présentée au chapitre quatre. Avant d'y répondre nous traiterons la question subsidiaire de la recherche qui est l'objet d'étude de ce deuxième chapitre, à savoir quelle est la perspective de la recherche empirique qui contribue à donner une représentation claire de l'attitude actuelle des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes atteintes du VIH/SIDA ? Cette dernière question a pour but de déceler la cause du désintéressement des Eglises de Lubumbashi à l'égard des PVV. La conclusion qui en découlera, présentera les raisons réelles après l'analyse des données.

2.13.2.1 Conception du péché

La conception du pêché de la plupart de ces pasteurs par rapport au VIH/SIDA est à la base du désintéressement à l'encadrement spirituel des personnes affectées par le

---

d'une personne surprise en flagrance délit d'un péché sexuel et surtout lorsqu'elle affectée par une maladie sexuellement transmissible, notamment ; le VIH/SIDA.

VIH/SIDA. Toutes les catégories : Dirigeant, Patriarche, Dépendant et Indépendant ont évoqué cet aspect. Le lien Péché-VIH/SIDA avec sa notion de punition divine a été perceptible surtout lors de notre observation participante et a été perçu souvent au moment des prédications. Ces pasteurs pensent que ce virus est contracté par la voie de l'immoralité et que ces malades sont sous la malédiction divine. En conclusion : 18 sur 20 Dirigeants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché et par conséquent une punition divine ; tous les 15 Patriarches ont fait la même déclaration ; tous les 20 Dépendants sont arrivés à la même conclusion ; 14 sur 15 indépendants ont également affirmé le même point de vue. L'ensemble de toutes les catégories évoquent la manière dont les relations illicites interviennent dans la contamination de ces malades. La plupart d'entre eux confirment qu'ils ont échappé à la contamination lorsqu'ils ont couché avec des femmes prostituées affectées par le VIH, tandis qu'un grand nombre de leurs amis a été contaminé et certains parmi eux en sont déjà morts. Sur les septante pasteurs interviewés vingt-cinq étaient au départ infidèles à leurs femmes bien qu'étant chrétiens, et ont pris conscience à un certain moment de leur vie chrétienne qu'il fallait s'engager totalement envers le Christ et arrêter l'infidélité conjugale, trente-deux mènent une vie intègre surtout chez le Patriarche. Ces pasteurs reconnaissent que le VIH se contracte effectivement par la voie du péché.

2.13.2.2 Information sur le VIH/SIDA

Il est déplorable que les gens de l'Eglise et les dirigeants ignorent le contexte du VIH/SIDA. Un exemple de cette ignorance déplorable a été dévoilé par les statistiques de Forester (Brown, 2004 : 59) au Malawi : cette étude a trouvé que les ministres de la religion étaient considérés non seulement parmi les moins fiables en tant que sources d'information sur le VIH/SIDA, mais n'étaient pas perçus comme étant particulièrement crédibles ni dignes de confiance en termes de messages sur le sida.

La nécessité pour les encadreurs pastoraux, membres de l'Eglise ou Congrégation, de se familiariser avec l'information sur le VIH/SIDA est sans aucun doute d'une importance stratégique et primordiale pour l'accompagnent des personnes affectées par le VIH/SIDA.

Le fait que les gens de différentes localités convergent aux réunions de l'Eglise et au culte en particulier a son importance. Selon la première recherche compréhensive menée en Afrique du Sud par Nelson Mandela HSRC sur le VIH/SIDA (NMH, 2000 : 96), on a découvert que « les organisations confessionnelles étaient une source importante

d'informations sur le VIH/SIDA, pour les groupes de jeunes et les clubs sportifs ». C'est pourquoi l'Eglise devrait exploiter cet avantage pour inculquer davantage de connaissances qui pourraient conduire, espérons-le à un changement de comportement. En outre, Mwaura (2000 : 96), dans son article intitulé « La guérison comme préoccupation pastorale », ajoute que « le pasteur chargé de la pastorale a aussi le devoir d'être bien informé de la maladie. Par sa peur irrationnelle du VIH/SIDA, il peut causer des douleurs et des dommages supplémentaires aux victimes et à ceux qui tentent de s'occuper d'eux ».

Le rapport de recherche (Shisana, 2002 : 15) a également souligné la valeur de l'information, en disant : « Une meilleure connaissance de la transmission du VIH a été montrée pour avoir une relation positive à la fois avec les comportements de prévention et les attitudes positives envers les personnes atteintes du VIH/SIDA. Cela n'implique pas que la connaissance soit une condition suffisante du changement de comportement et des attitudes positives, mais est une condition nécessaire ».

Dans notre étude, nous avons constaté que l'ensemble de toutes les variables considérées et identifiées par un nom anonyme, n'a pas une connaissance exacte sur le VIH/SIDA. Concernant le Dirigeant : 17 sur 20 ignorent la définition et les autres voies de transmission ; touchant le Patriarche, 12 sur 15 ignorent la définition ainsi que les autres voies de transmission ; parmi le Dépendant, 14 sur 20 ignorent la définition du VIH et du SIDA et les autres voies de sa transmission. Dans le groupe d'Indépendant, 10 sur 15 ignorent également la définition et les autres moyens de transmission

2.13.2.3 Profil théologique

La grande majorité des répondants n'ont pas de profil théologique. Ceux qui en ont, disposent soit d'une attestation de l'école biblique, soit d'un diplôme de gradué en théologie soit encore d'un diplôme de licence en théologie. Nous avons rencontré quelques très rares pasteurs ayant une maîtrise ou un doctorat en théologie.

Dans la variable du Dirigeant, nous avons rencontré 10 pasteurs sans profil théologique ; 4 disposant d'attestations d'écoles bibliques, 3 diplômés en théologie, 2 licenciés en théologie et 1 docteur en théologie sur 20 Dirigeants.

Dans la variable du Patriarche, nous avons trouvé 5 pasteurs sans profil théologique, 3 avec des attestations d'écoles bibliques, 2 gradués en théologie, 3 licenciés en théologie et 2 docteurs en théologie sur 15 Patriarches.

Dans le groupe de la variable du Dépendant, on y a trouvé 13 pasteurs sans profil théologique, 2 avec des attestations d'écoles bibliques, 2 gradués en théologie, 2 licenciés en théologie, 1 docteur en théologie sur 20 Dépendants.

Dans la variable d'Indépendant, nous avons trouvé 10 pasteurs sans profil théologique, 1 avec une attestation d'école biblique, 1 gradué en théologique, 3 licenciés en théologie, 0 docteur en théologie sur 15 Indépendants.

2.13.2.4 Comportement négatif

La plupart des répondants ont été influencé négativement dans leurs ministères par d'autres pasteurs et sont incertains sur leur position de condamnation des malades atteints du VIH/SIDA. Au moins 13 pasteurs sur septante ont une attitude positive envers les PVV, un grand nombre chez l'Indépendant et Dépendant. L'encadrement spirituel se voit dans leurs soins.

Dans la variable de Dirigeant ; 18 répondants sur 20 ont un comportement négatif envers les PVV ; 2 répondants sont favorables à leur égard. Chez le Patriarche, 10 répondants ont présenté et affiché un comportement négatif sur 15 ; 5 répondants ont présenté une attitude négative. Dans le groupe Dépendant, 10 répondants ont manifesté une attitude positive sur 20, et 10 ont affiché une attitude négative. Dans la variable Indépendant, 11 répondants ont affiché une attitude négative, et 4 ont manifesté un comportement positif.

Tableau 2-1: Raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi face aux personnes affectées par le VIH / SIDA.

Variables	Dirigeant	Patriarche	Dépendant	Indépendant
Conception du péché	18 sur 20 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.	15 sur 15 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.	20 sur 20 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.	14 sur 15 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.

Variables	Dirigeant	Patriarche	Dépendant	Indépendant
Information sur le VIH / SIDA	17 sur 20 répondants ignorent la définition et les autres voies de transmission	12 sur 15 répondants ignorent la définition ainsi que les autres voies de transmission	20 sur 20 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.	14 sur 15 répondants ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine.
Profile théologique	10 répondants sans profil théologique, 4 disposant des attestations d'écoles bibliques, 3 gradués en théologie, 2 licenciés en théologie et 1 docteur en théologie sur 20 Dirigeants	5 répondants sans profil théologique, 3 avec attestations d'écoles bibliques, 2 gradués en théologie, 3 licenciés en théologie et 2 docteurs en théologie sur 15 Patriarches.	13 répondants sans profil théologique, 2 avec attestations d'écoles bibliques, 2 gradués en théologie, 2 licenciés en théologie, 1 docteur en théologie sur 20 Dépendants.	10 répondants sans profil théologique, 1 avec attestation d'école biblique, 1 gradué en théologique, 3 licenciés en théologie, 0 docteur en théologie sur 15 Indépendants.
Attitude négative	18 répondants sur 20 ont un comportement négatif envers les PVV ; 2 répondants sur 20 sont favorables à leur égard.	10 répondants ont présenté affiche un comportement négatif sur 15 ; 5 répondants sur 15 ont présenté une attitude négative.	10 répondants ont manifesté une attitude positive sur 20, et 10 répondants sur 20 ont affiché une attitude négative.	11 répondants ont affiché une attitude négative, et 4 répondants sur 20 ont manifesté un comportement positif.

Source : L'auteur de cette thèse

A la lumière de ce tableau, il se dégage ce qui suit :

- Touchant la conception du pêché par rapport à la relation péché-VIH/SIDA : sur l'ensemble de tous les répondants : 67 répondants sur 70 soit 96% ont déclaré que le VIH/SIDA est une maladie du péché par conséquent, une punition divine. 3 répondants seulement soit 4% réfutent cette thèse.

- Concernant l'information sur le VIH/SIDA : la majorité des répondantes, 53 sur 70, soit 76% ignorent la définition et les autres voies de transmission du VIH/SIDA.

- Concernant le profil théologique de répondants : 38 répondants sur 70 sont sans profil théologique, soit 54% ; 10 répondants sur 70, soit 14% ont des attestations d'écoles bibliques ; 8 répondants sur 70, soit 11% disposent un diplôme d'études supérieure théologie, 10 répondants sur 70, soit 14% ont chacun un diplôme de licencié en théologie ; 4 répondants sur 70 soit 6% sont docteurs en théologie.

- Touchant l'attitude négatif de répondants : 49 sur 70 répondants ont présenté une attitude négative, soit 70 % ; 21 répondants, soit 30% ont affiché une attitude positive à l'égard de PVV.

2.13.2.5 Résumé des résultats

Après l'exposé des résultats de cette recherche sur le comportement des Eglises de Lubumbashi à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA, les raisons du comportement négatif des personnes répondantes est une réalité perceptible. L'aspect du péché par rapport au VIH/SIDA, a été très remarquable dans leurs propos lors des interviews et dans leurs prédications pendant notre observation participante. Ils sont restés depuis longtemps dans l'ignorance de la pensée de Dieu concernant la relation maladie-péché en générale et péché-VIH/SIDA en particulier. Leur manque de connaissance exacte sur le sujet du VIH/SIDA est aussi à la base de ce comportement négatif. Le profil théologique et le niveau d'instruction de répondants relativement insuffisant pour la plupart d'entre eux, jouent un rôle important dans le comportement négatif envers les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Il y a plusieurs facteurs qui entrent en compte dans le comportement négatif de répondants, étant donné que certains répondants sont influencés par leurs leaders hiérarchiques dans leurs ministères. Ainsi les pasteurs qui sont engagées dans l'encadrement spirituel de PVV, connaissent certaines influences qui sont liées à la conception erronée des autres répondants. Ce qui fait que leurs comportements sont affectés.

La suite de l'analyse étudiera les résultats des différents thèmes de la recherche empirique pour arriver à une généralisation ou encore à une application sur le comportement des pasteurs.

CHAPITRE 3: LE VIH/SIDA

3.1 Introduction

L'objectif de ce chapitre est de présenter à l'Eglise en générale et aux Eglises de Lubumbashi en particulier, qui s'intéressent peu ou pas du tout au VIH/SIDA, une connaissance claire et exacte de ce fléau, ainsi que ses conséquences et de les sensibiliser sur le danger majeur qu'il présente à l'égard de la santé de leurs fidèles, afin de prendre conscience d'un encadrement spirituel adéquat des personnes affectées par le VIH/SIDA.

Bien entendu, nous présenterons le VIH/SIDA dans ce chapitre sous les trois aspects suivants : Premièrement : Nous étudierons le VIH/SIDA dans le contexte du christianisme (africain). Deuxièmement : Nous aborderons le VIH/SIDA dans le scenario africain cherchant à comprendre la maladie et le VIH/SIDA dans la vision du monde et les perceptions africaines. Troisièmement enfin : Nous étudierons les perspectives médicales du VIH/SIDA dans le cadre d'une approche théologique. Nous décrirons ses différents aspects médicaux, d'une manière détaillée et systématique, comme prévu dans l'étude des maladies en médecine, et nous procéderons ainsi progressivement en répondant aux différentes questions fréquemment posées par la population, afin de permettre une bonne compréhension de cette maladie.

La perspective interprétative d'Osmer (2008 : 8) sera appliquée dans ce chapitre ; par une étude bibliographique des diverses sciences connexes à la théologie, afin de fournir des connaissances et une compréhension ainsi qu'une explication de la situation actuelle des personnes affectées par le VIH/SIDA aux Eglises de Lubumbashi, et atteindre ainsi, le deuxième objectif de cette étude.

En mettant en œuvre la perspective interprétative, la revue de la littérature sera basée sur les perspectives offertes par la médecine, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et l'éthique afin de rechercher la perspicacité et la sagesse, dans la compréhension de la situation actuelle du VIH/SIDA (Osmer, 2008 : 85).

3.2 Comprehension contextuelle africaine du VIH/SIDA

3.2.1 Une ressource pastorale pour l'Eglise en Afrique

L'information doit être diffusée à tous les membres de l'Eglise afin qu'ils soient au courant des faits cruciaux. Louw (2012 : 32-33), dans son article, « La pastorale pour la personne atteinte du SIDA en Afrique », affirme à juste titre que «la sobriété et le réalisme ont prévalu » en ce qui concerne le VIH/SIDA en Afrique. L'accent mis sur les soins pastoraux (c'est-à-dire fournis par l'Eglise) est maintenant double : l'information, l'éducation et la création de services d'urgence, de soins et de soutien adéquats au sein des communautés locales (Louw, 2012 : 33). Mais, quelles sont les informations sur le VIH/SIDA que les encadreurs pastoraux sont censés connaître en Afrique ?

Ackerman (2001 : 5), se référant à la situation du VIH/SIDA, soutient que nous sommes tous des personnes atteintes du VIH/SIDA parce que beaucoup d'entre nous sont infectés. Ainsi, le VIH/SIDA est devenu intimement enchevêtré avec notre être. Par conséquent, les questions complexes liées à l'épidémie en Afrique sont étroitement liées à certaines questions culturelles africaines et à une vision du monde. Il est donc intéressant de donner un aperçu de l'information sur le VIH/SIDA à la lumière de la vision du monde africaine.

3.2.2 HIV/SIDA dans le contexte du christianisme africain

Le christianisme doit être contextuel et pertinent pour être efficace. Hendricks (2001 : 76) souligne cette idée dans son article « Faire la théologie pratique dans un contexte africain », dans lequel il affirme que « faire de la théologie et être une Eglise est un processus où nous acceptons que toutes les formulations théologiques et les conceptions institutionnelles sont influencées par le contexte. Couture (2003 : xii), soutenant le même raisonnement que Hendricks, déclare que : « Les différentes parties du monde doivent développer des méthodes théologiques pratiques qui sont les plus sensibles à la critique, aux questions qui sont soulevées dans des endroits particuliers. » Il est donc important pour nous de réfléchir sur le contexte et le scénario africain de la maladie en générale et du VIH/SIDA en particulier, ce qui nous donnera une compréhension contextuelle africaine de ces deux facettes de la maladie (générale et particulière).

Ce chapitre part de l'hypothèse que la compréhension de la vision personnaliste de la maladie par le peuple africain, à savoir que la cause en est un être surnaturel et la façon

dont le VIH/SIDA s'insère dans ce cadre est cruciale pour une pastorale efficace. Ainsi, bien que les Africains puissent embrasser des explications naturalistes du VIH/SIDA, à savoir que les maladies sont provoquées par des causes naturelles, il est interprété généralement dans un cadre personnaliste. Par conséquent, les faits et les informations sur le VIH/SIDA, sont essentiels pour bien comprendre la vision africaine du monde

Deuxièmement, le chapitre part du principe que la mise en évidence d'importants faits et informations sur le VIH/SIDA et la façon dont ils s'inscrivent dans la vision du monde africaine fournit l'information de base pour que l'Eglise puisse apporter un soutien pastoral efficace. Mais quelles sont les informations sur le VIH /SIDA qu'un conseiller et un encadreur pastoral devraient connaître pour conseiller efficacement en Afrique ? Quel est le rôle de l'Église africaine concernant l'information sur le VIH/SIDA ? Ce qui est important, c'est de connaitre quelle est la vision africaine de la maladie et comment le VIH/SIDA s'inscrit-il dans ce cadre.

3.2.3 Maladie dans la vision africaine du monde et perceptions du VIH/SIDA

3.2.3.1 Culture et vision du monde de la maladie et du VIH/SIDA en Afrique

La culture est la « super colle » qui lie les gens et leur donne un sentiment d'identité et de continuité, laquelle est presque impénétrable (Kwast, 1981 : 362). EIle peut être représentée comme un cercle concentrique avec le comportement sur la couche extérieure et la vision du monde au centre. Hesselgrave (1991 : 197) a comparé la vision du monde aux verres colorés par lesquels les gens se voient et voient l'univers qui les entoure. Tout est donné par la « teinte » ou « couleur » de lunettes de vue de la vision du monde particulier que la personne porte. De plus, comme la grande majorité des gens ne sont habitués qu'avec une seule paire de lunettes à partir de leurs premières utilisations, ils ne sont pas prédisposés, même s'ils étaient capables de les mettre de côté (même temporellement) pour regarder le monde par une autre paire de lunettes. Une vision du monde, par conséquent, est la façon dont les gens voient ou perçoivent le monde, la façon dont ils le savent être. C'est l'idée personnelle que l'on a de l'univers. La définition de Michael Kearney (Hesselgrave, 1991 : 198) résume bien le sens de la vision du monde : « La vision du monde des gens est leur manière de voir la réalité. Il se compose d'hypothèses de base et d'images qui fournissent une façon plus ou moins opportune, mais pas nécessairement exacte, de penser le monde ». Comprendre la vision du monde comme le noyau de chaque culture explique la confusion que certaines

personnes ont au niveau des croyances. La vision du monde fournit un système de croyances qui se reflètent dans les valeurs et le comportement actuels. Parfois, un système de croyances nouveau ou concurrent est introduit, comme le christianisme (à la culture africaine), mais la vision du monde reste incontestée et inchangée, de sorte que la valeur et le comportement reflètent l'ancien système de croyances. Ce scénario a causé beaucoup de déception à bien des missionnaires et des chrétiens en Afrique. Ils ne parviennent pas à percer les racines des valeurs et des croyances africaines, par exemple, leur perception de la maladie et de la souffrance, y compris le VIH/SIDA. La vision du monde des gens éclaire la raison, l'interprétation, la signification, les explications, les relations avec les autres, l'adaptation ou la prise de décisions en ce qui concerne les questions de maladie, de VIH/SIDA, de nature, de mort ou de Dieu. Par conséquent, nous pouvons poser les questions suivantes : Comment les africains perçoivent-ils la maladie? Comment le VIH/SIDA s'intègre-t-il dans ce cadre conceptuel?

3.2.3.2 Vue africaine de la maladie et du VIH/SIDA

Berinyuu (1988 : 49-50) dans la pastorale des malades en Afrique s'accorde avec l'analyse de Forester sur la notion africaine de maladie, à savoir qu'elle est personnaliste. Un système médical personnaliste, comme mentionné précédemment, est celui dans lequel la maladie est expliquée comme étant due à l'intervention active délibérée d'un agent, qui peut être humain (une sorcière ou un sorcier), non humain (un fantôme, un ancêtre, un mauvais esprit) ou surnaturel (une divinité ou un autre être très puissant). Le malade est considéré comme une victime, l'objet d'une agression ou d'une punition dirigée spécifiquement contre lui. Cette vision de la maladie est en contraste avec le système naturaliste occidental qui explique la maladie en termes impersonnels, en termes systémiques. La maladie est pourtant due non aux machinations d'un être en colère, mais plutôt à des forces naturelles ou à des conditions telles que le froid, ou un bouleversement dans l'équilibre des éléments de base du corps. Ainsi, les causes surnaturelles sont perçues comme les causes de la maladie en Afrique.

L'article de Mwaura (2000 : 72-119) sur le soin pastoral en Afrique argumente que : « la maladie en Afrique, est souvent attribuée à la rupture des tabous, à l'offense de Dieu et/ou des esprits ancestraux, à la sorcellerie, à la mauvaise passion des yeux, à un esprit mauvais et à une malédiction de la part des parents ou d'un voisin offensé » (Mwaura, 2000 : 79). Ncube (2003 : 108) a souligné, lui, que cette pensée a une importance dans la vie des gens qu'il ne serait pas sage de l'ignorer. La manière traditionnelle des Zoulous

(Afrique du Sud) de soigner et de traiter les Ukugula (maladies) peut être représentative de la réaction de nombreux peuples subsahariens et de l'Afrique centrale : Beaucoup de maladies parmi des Zoulous sont volontairement causées par les ennemis (izitha) ou la colère ancestrale (ulaka lwabaphasi / abadala) à cause de la jalousie (umona) ou de la négligence (ubudedengu) des membres de la famille. Par conséquent, l'efficacité de la médecine est possible en étudiant correctement son environnement et en prenant les précautions appropriées.

3.2.3.3 Forces surnaturelles à la base de la maladie

Comment les forces surnaturelles provoquent-ils la maladie ?

Magie et sorcellerie : Les sorciers/sorcières sont des êtres humains normaux qui sont toujours vivants et qui possèdent des substances magiques et peuvent émettre des malédictions contre leurs ennemis. Ils sont également considérés comme des véhicules de puissances mystiques dangereuses et de la pratique de la magie antisociale. Par conséquent, ils jettent des mauvais esprits ou des mauvais sorts sur d'autres personnes (Van Dyk, 2001 : 111).

Ancêtres : Les ancêtres sont des esprits bienveillants qui préservent l'honneur et les traditions d'une tribu et/ou d'un peuple, la famille et/ou l'individu contre les forces mauvaises et destructrices. Les ancêtres peuvent punir les gens en envoyant la maladie et le malheur, si les gens n'écoutent pas leurs conseils sages, si certaines normes sociales et les tabous sont violés, et si les pratiques et les rites culturellement prescrits sont négligés ou mal exécutés (Van Dyk, 2001 : 112). Deuxièmement, les ancêtres ne peuvent pas nécessairement causer la maladie mais, comme ils ont une fonction protectrice, s'ils sont en colère, ils peuvent retirer la protection, laissant la personne exposée à l'attaque par des sorciers/sorcières ou des agents pathogènes.

Malédictions : Dans de nombreux cas, une malédiction qui provient des parents et la désobéissance aux parents causent le malheur et la vulnérabilité. Les parents doivent toujours être consultés pour l'orientation, la sagesse et la bénédiction (Van Dyk, 2001 : 113).

Esprits de la nature : Lorsque les esprits du sanctuaire ne reçoivent pas de sacrifices, ils peuvent aussi causer des maladies, ou envoyer des ravageurs et des maladies peu communes, comme le SIDA, aux gens (Magezi, 2007 : 33).

Mwaura (2000 : 78), Berinyuu (1988 : 6), Kasambala (2004 : 97), Mbiti (1975) et beaucoup d'autres auteurs africains s'accordent à dire que la santé (absence de maladie) en Afrique produit l'équilibre. Les Africains croient généralement que les êtres humains sont dans un état de dépendance totale des puissances et les êtres invisibles. La santé est un signe d'une relation correcte entre la personne et le monde surnaturel et la rupture de l'équilibre délicat peut causer le malheur et la maladie.

Kasambala (2004 : 97) le résume ainsi : « *On ne pourrait pas tomber malade à moins qu'il y ait une perturbation dans le rythme systémique de la vie, qui comprend : la rupture de l'harmonie dans les relations personnelles et communautaires, le manque de respect pour l'existence cosmique dans la cosmologie d'une spiritualité africaine et valeurs traditionnelles de la santé* ».

Cependant, à part le sorcier et la sorcière, qui ont des associations essentiellement négatives, toutes les autres causes de maladie résultent de la rupture de l'équilibre, ce qui signifie qu'on apporte sur soi-même la maladie en brisant l'équilibre. Par conséquent, quand les gens sont malades, ils consultent les devins et guérisseurs (Nganga), qui à leur tour les conseillent sur les sacrifices et les initiations à pratiquer pour apaiser les ancêtres ou les esprits, et rétablir ainsi l'équilibre.

La vision personnaliste de la maladie et de la souffrance ne nie pas ou ne diminue pas les causes naturalistes de la maladie, comme les germes, les virus ou les bactéries. Mwaura (2000 : 70) commente : « Bien que la plupart des Africains sont conscients qu'une maladie a des causes naturelles ou organiques, il existe encore une croyance primordiale dans la causalité surnaturelle ou spirituelle de la maladie. » Donc en cherchant une guérison, on ne se contente pas de médicaments (herbes, injections et comprimés), mais on se procure aussi des remèdes mystiques et spirituels. Comment le VIH/SIDA s'intègre-t-il dans ce cadre surnaturel ?

Le VIH est le virus responsable du SIDA. Cette explication est naturellement correcte. Comment, alors est-il perçu personnellement et surnaturellement ? Van Dyk (2001 : 114) cite le rapport d'étude de 1997 de Yamba sur le VIH/SIDA dans les pays africains qui ont révélé que la transmission du VIH, le sida et les décès sont causés par la sorcellerie, en particulier parmi les ruraux pauvres ou les moins scolarisés. Cependant, avec la croissance de la sensibilisation au VIH/SIDA, beaucoup de gens commencent à embrasser l'explication naturaliste (bien que dans un cadre personnaliste) (voir Nelson

Mandela / Rapport HSRC (2002). Beaucoup de gens africains conviennent que la sorcellerie ou les ancêtres ne cause pas directement le VIH, mais ils sont toujours associés.

Un parent jaloux peut jeter un mauvais sort sur un jeune professionnel prospère en le rendant aveugle, afin de l'amener à faire des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté par le VIH. Les ancêtres peuvent aussi être en colère contre un jeune professionnel qui les a abandonnés et qui a brisé les tabous. Par conséquent, ils ont retiré la protection, le laissant vulnérable pour avoir des rapports sexuels avec un partenaire infecté par le VIH. En outre, ils peuvent également le diriger pour avoir des rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH afin qu'il ou qu'elle puisse apprendre à se conformer à l'équilibre.

Par conséquent, même si le VIH peut être, à l'origine, responsable du SIDA, il existe toujours un lien surnaturel. Plus de 25% des personnes interrogées dans l'étude de Yamba en Zambie ont posé une question qui reflète clairement cette pensée : « Pourquoi un homme devient-il infecté et l'autre reste-t-il non infecté lorsque les deux hommes ont eu des relations sexuelles avec les mêmes femmes ?» (Van Dyk, 2001 : 114).

L'association du VIH/SIDA avec les causes surnaturelles, a une forte fonction psychologique. Si l'on accuse les facteurs externes tels que les sorcières ou sorciers par rapport au SIDA, il supprime la responsabilité de la victime du VIH, la famille et la société. En outre, cette hypothèse correspond bien à une explication compréhensive liée à la vision africane du monde de la maladie, ce qui élimine les sentiments de culpabilité et d'anxiété. Les croyances de la sorcellerie résolvent également le besoin de la communauté d'expliquer pourquoi certaines personnes qui sont à risque ne contractent pas le VIH/SIDA. De plus, en raison de la stigmatisation associée au VIH, attribuer le VIH/SIDA à la sorcellerie aide la famille à ne pas être stigmatisée par la communauté. Aylward cité par Ncube (2003 : 103) résume bien ceci en disant que l'accusation d'une sorcière « fournit un moyen d'expliquer de graves malheurs et de rendre ceux qui souffrent de ces malheurs irréprochables aux yeux de la société. De l'exculpation[8] de soi ».

[8] Exculper ; c'est de libérer quelqu'un d'un blâmer ou d'être libéré d'un blâmé.

Cependant, attribuer le VIH à des causes surnaturelles a des implications négatives. La croyance que tout est causé par des êtres extérieurs, surnaturels implique que les individus ne peuvent pas être tenus responsables de leur propre comportement. Le VIH appelle à une sexualité responsable. En outre, cette attitude doit être changée dans le cas du VIH/SIDA, puisque ce sont les membres de la famille (étendue) qui sont le plus souvent accusés d'être sorcières et sorciers. Beaucoup d'écrivains africains en générale partagent l'idée que la vision africaine du monde doit être prise au sérieux si l'on veut servir la population avec succès (c'est-à-dire fournir des soins pastoraux adéquats). L'argument est que la perception que la maladie est causée ou toujours liée à des causes surnaturelles doit être considérée comme centrale. L'affirmation de Mbiti (1975 : 3) est perspicace : « à moins que le christianisme n'occupe entièrement la personne tout entière, sinon plus que les religions traditionnelles, la plupart des convertis vont revenir à leurs vieilles croyances et pratiques pendant peut-être six jours par semaine et certainement en temps de crise et d'urgence et venir à l'Eglise le dimanche ».

C'est souvent le cas indépendamment de l'éducation et de l'instruction, mais cela varie. La recherche de Hammond-Tooke (1989 : 23) sur les perceptions des causes de la maladie dans un contexte africain a révélé que 8% des ruraux et 7% des citadins pensaient que la maladie était causée par la sorcellerie. Cela montre qu'il y a peu de différence de perception entre les Africains urbains et ruraux. Il est donc crucial de souligner que la vision du monde des gens, même si elle peut sembler primitive et irrationnelle, est la clé de leur compréhension et de leur interprétation du monde et ne peut facilement être abandonnée. Ainsi pour les Africains, toute maladie, le VIH/SIDA ou une crise quelconque, est toujours liée à des causes surnaturelles.

La compréhension africaine du VIH/SIDA et d'autres maladies doit être traitée avec beaucoup de soin et de précision pour bien comprendre les valeurs et les croyances qui la sous-tendent. Brown (2004 : 108), qui est un Américain, a déclaré après sa recherche empirique doctorale sur les questions de VIH/SIDA au Malawi ; ce qui suit : « *Il est souvent difficile de bien comprendre la profondeur de ces coutumes et cultures au sein des peuples tribaux d'Afrique. Bien qu'ils diminuent leur emprise sur les individus qui se sont libérés du cadre traditionnel du village et se sont déplacés dans les zones urbaines où de nombreuses personnes de pratiques différentes, vivent à proximité les unes des autres, même dans ces milieux citadins, la culture affecte la fibre de leur être. Les coutumes et les traditions africaines jouent non seulement un rôle majeur dans la*

formation et le développement d'un enfant au fur et à mesure qu'il grandit depuis son enfance, mais elles constituent aussi le caractère même de la vision du monde que l'individu développera. Les coutumes et traditions ont un impact important sur les différents aspects de la vie. Une personne ne peut pas se séparer du patrimoine culturel sans détruire une grande partie de son identité en tant qu'individu ».

Cette compréhension, qui pourrait s'appliquer généralement en Afrique subsaharienne, peut facilement être perçue quand on parle pendant longtemps aux chrétiens africains en général. Il y a souvent des nuances de culture africaine et de mélange chrétien dans les questions existentielles fondamentales sur la souffrance, comme dans celui associé au VIH/SIDA. L'Afrique connaît une grave crise. Jackson (2002) a intitulé à juste titre son livre ‘’AIDS Africa Continent in crisis’’. Le VIH/SIDA affecte à la fois les zones urbaines et rurales, et le lien étroit entre les villes et les villages ruraux favorise la propagation de la maladie. De nombreux Africains qui ont deux maisons ne font qu’exacerber cette situation. La maison de la ville est l'endroit où ils vivent tout en travaillant, et à la fin du mois ou lors des vacances, ils retournent au village. L'article de Joda Mbewe dans ‘’Studying Congregation in Africa’’ (Hendricks, 2004 : 121) a précisé ce point. En ce qui concerne le Malawi, il écrit : « *Les Africains urbains ont des liens très forts avec leur culture rurale traditionnelle. Les Malawiens, qui vivent dans des centres urbains, se rendent à leurs maisons rurales pour se marier, planter et récolter des cultures, construire des maisons* ».

En plus de favoriser la propagation du SIDA, ce lien crée des gens qui sont dans « deux mondes semi-encapsulés », comme Mbewe les a décrits. Mais ce chercheur fait appel à la confusion culturelle. Dans les villes, ils acceptent les idées et les normes étrangères, tandis que dans les villages ils adhèrent à leurs valeurs traditionnelles. Par conséquent, ils perdent leurs racines africaines et en même temps ils sont loin d'être occidentalisés. Ils vivent dans la « confusion culturelle ». En d’autres termes « entre deux mondes »

Les pratiques culturelles africaines doivent être bien comprises afin de permettre une intervention significative. Brown (2004 : 113-135), se concentrant sur la culture chewa malawienne, et Jackson (2002 : 134-138), sur le contexte zimbabwéen, considèrent que certaines pratiques africaines subsahariennes sont en général les mêmes : les danses de nuit du village, les mariages et les funérailles, les pratiques d'initiation appelées *gowelo (*le moment de l'adolescence de partager la maison avec les parents dans leurs chambres individuelles, considération des cousins descendants des parents comme

époux, séance de stimulation sexuelle quand le mari est impuissant), la polygamie, le *Chokolo* (jeune frère reprenant l'épouse du défunt), les questions de genre (femmes serviles), la pauvreté (contraindre les femmes à la prostitution) et le déni.

Cependant, bien que les pratiques identifiées par Brown et Jackson puissent être appuyées et justifiées par la recherche (Brown) et l'expérience (Jackson), elles indiquent probablement des pratiques périmées qui ne prévalent plus chez la majorité africaine. Avec l'influence du christianisme dans de nombreuses régions rurales, la plupart de ces pratiques ont disparu. En outre, les taux de VIH/SIDA sont plus élevés dans les centres urbains, où ces pratiques sont négligeables en raison de l'éducation et de l'exposition à la culture occidentale (NMH, 2000 : 21). Par conséquent, attribuer le scénario africain VIH/SIDA à ces facteurs peut ne pas être justifié. En outre, la recherche empirique de Brown est imparfaite. Brown ne contrôle pas adéquatement la validité de la recherche, et il s'ensuit que les résultats ne sont pas très crédibles. En tant que chercheuse et conférencière, elle doit savoir que les répondants (et surtout les étudiants) donnent des réponses qu'ils pensent que vous recherchez. Cela, compte tenu de mon expérience antérieure par rapport aux études que j'ai entreprises en utilisant les étudiants comme répondants potentiels, il s'est avéré que certaines réponses obtenues de leur part étaient complaisantes et j'étais obligé de les disqualifié et reprendre ces études. Elle exprime sa prétention à l'exactitude factuelle en disant : « *L'intégrité de ces étudiants au moment où ils ont présenté ce matériel (c.-à-d. la rétroaction de la recherche) n'est pas sous suspense car ils n'étaient pas sous pression pour fournir des informations, ce qui aurait pu les amener à embellir ou exagérer les revendications dans leurs rapports (en d'autres termes, n'était pas promis ou insinué que leur grade ou leur acceptation seraient affectés de quelque façon que ce soit par le contenu des traditions décrites) »* (Brown, 2004:110).

Cela montre ses limites dans la compréhension des étudiants africains. Ils ont lu des livres sur le VIH/SIDA et ils savaient ce qu'elle cherchait probablement. Il est normal et poli pour les étudiants africains de fournir les bonnes réponses. Il est très peu probable qu'ils fournissent des réponses différentes à ce qui est largement accepté (c'est-à-dire ce qu'ils lisent dans les livres). Souvent ce qui est écrit (surtout en provenance de l'ouest) est la vérité qu'ils suivront. Quoi qu'il en soit, elle s'associe à ce raisonnement, comme elle le remarque à juste titre dans l'une de ses conclusions : « Beaucoup *de coutumes décrites dans ce chapitre diminuent ; certaines au point où elles sont pratiquées seulement dans les régions les plus reculées où les influences chrétiennes et*

occidentales ont eu le moins d'impact. D'autres pratiques sont réévaluées et, si elles ne sont pas complètement abandonnées, elles sont réaménagées et restructurées de manière à conserver les riches aspects culturels et les objectifs, avec des révisions destinées à éliminer les pratiques dangereuses qui leur ont été associées » (Brown, 2004 : 134).

Un exemple de réorganisation et de restructuration est cité, celui de l'initiation féminine. Les Eglises ont alors entrepris de chercher des moyens de conserver, après une évaluation critique, les messages fondateurs de cette pratique culturelle importante. Les femmes leaders dans l'Eglise peuvent désormais assumer ce rôle plutôt que les femmes non-chrétiennes originales.

Un autre exemple typique de restructuration en Afrique du Sud, concerne la circoncision masculine. En raison du danger et de la vulnérabilité au VIH/SIDA, le gouvernement est intervenu en fournissant des moyens sûrs de faire la chirurgie.

Cependant, parmi les pratiques mentionnées par Brown, le déni représente une énorme menace pour la réussite des incursions vers la création de soins et de sensibilisation au VIH/SIDA. Ce chercheur et Sean Kampondeni (participants à la recherche de Brown) sont d'accord. Beaucoup de gens croient que le sida n'est pas réel. Ils disent cela du fait que leurs ancêtres et leurs grands parents l'ont toujours ignoré. Ils croient qu'il doit s'agir d'une certaine forme d'infection qui est entrée en vigueur parce qu'il y a décomposition morale et que les gens ont abandonné le culte des ancêtres. Certains ont affirmé hardiment que ces maladies n'existent pas (Brown, 2004 : 129).

Cette compréhension de la vision du monde peut avoir de sérieuses implications négatives quand il s'agit de changement d'attitude. L'idée d'attribuer le VIH/SIDA à la sorcellerie conduisant à un tel déni peut conduire à un refus de prendre des mesures préventives et de protection, infectant ainsi beaucoup d'autres personnes. Cependant, il est essentiel de réaliser que si l'on veut travailler avec un peuple particulier, la compréhension de leur vision du monde n'est pas une option, mais une nécessité. L'éducation et le conseil en matière de VIH/SIDA doivent prendre en compte la culture africaine. Par exemple, le diagnostic et l'analyse devraient explorer la force des croyances, des influences et des pratiques traditionnelles africaines afin d'appliquer une thérapie efficace. Mais, certainement, des aspects négatifs comme le déni doivent être supprimés au profit de la compréhension médicale du VIH/SIDA.

3.3 Compréhension médicale du VIH/SIDA

3.3.1 Concept définitionnel et description du VIH/SIDA

3.3.1.1 Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?

Nous clarifierons ces deux abréviations séparément, pour permettre une meilleure compréhension.

3.3.1.1.1 Le VIH

Le virus de l'immunodéficience humain, en abrégé « VIH » qui cause le SIDA, est un microbe qui est trop petit pour être vu à l'aide d'un microscope ordinaire. Il faut un microscope électronique puissant pour voir le VIH. Il est si petit qu'il pourrait y en avoir 230.000 sur la pointe d'un stylo ou sur un point à la fin d'une phrase. Le VIH est le nom scientifique désignant le virus responsable du sida chez l'être humain (Blyth & Garland, 2011 : 19).

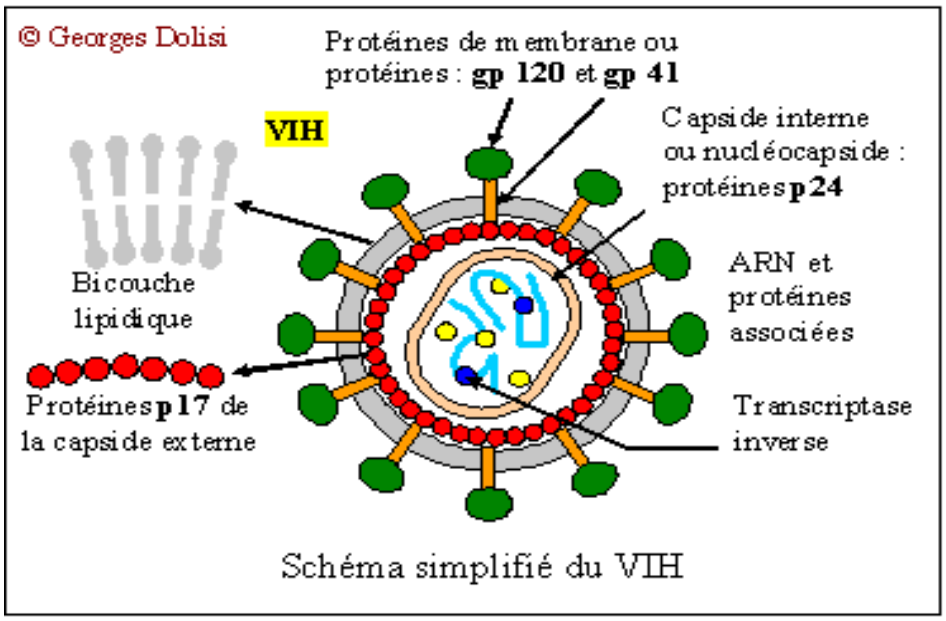


Figure 3-1: **Schéma simplifié du VIH :** coupe horizontale montrant ses elements constitutifs.

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 3-2 : Un Ennemi commun : VIH tel que vu au microscope electronique**.**

Source : https://images.search.yahoo.com

3.3.1.1.2 Bref aperçu descriptif des Virus et le VIH

Les virus peuvent être généralement divisés en deux groupes principaux, ceux contenant de l'ADN (acide désoxyribonucléique) dans leur génome[9], comme leur principale information génétique et ceux qui contiennent de l'ARN (acide ribonucléique) dans leur génome. Les exemples de virus d'ADN comprennent les virus de l'herpès-groupe, tels que l'herpès simplex, le varicella zona (l'agent causal de la varicelle et du zona) et le virus Epstein-Barr, qui est la principale cause de la mononucléose infectieuse (Blyth & Garland, 2011 : 19).

Les représentants du groupe de virus de l'ARN comprennent le fameux virus de la polio et les virus qui causent la rougeole, la grippe d'oreillons et le rhume. Le VIH est un virus à ARN qui appartient à un groupe connu sous le nom de rétrovirus (Blyth & Garland, 2011 : 20).

Les virus peuvent être véritablement appelés parasites en ce sens qu'ils nécessitent la cellule d'un organisme pour vivre et se reproduire. Comme noté ci-dessus, ils existent

[9] Génome : Patrimoine génétique

soit sous forme d'ADN ou d'ARN entouré par une couche de protéine. Typiquement, les virus ADN se fixent à l'extérieur d'une cellule hôte, libérant leur ADN à l'intérieur de la cellule, suivi de l'incorporation de l'ADN viral dans l'ADN de l'hôte. Après ce processus, des copies de l'ADN viral sont faites, ainsi que de la côte de protéine, créant ainsi un nouveau virus qui peut encore invalider d'autres cellules hôtes. Ce processus est connu sous le nom de réplication virale. D'autre part, la plupart des virus à ARN, après être entrés dans la cellule hôte, contrôlent directement leur propre réplication sans incorporation dans l'ADN de la cellule hôte (Blyth & Garland, 2011 : 19).

Actuellement deux types de virus du VIH sont connus : VIH-1 agent principal du VIH / SIDA, identifié en 1985 et VIH-2 agent secondaire du VIH/SIDA, identifié en 1986. Ces deux types de VIH sont responsables de manifestations cliniques identiques. L'infection concomitante par les deux types de virus est possible (Blyth & Garland, 2011 : 19).

Le VIH appartient à la famille des rétrovirus comme évoqué ci-dessus. Les rétrovirus sont de micro-organismes vivants, contenant de l'ARN dans leur génome (Patrimoine génétique). Ces virus ne peuvent pas se reproduire d'eux-mêmes. L'animal ou l'être humain qu'ils infectent leur sert d'hôte. Le VIH infecte et se reproduit principalement dans certaines cellules du sang humain appelées cellules hôtes qui se caractérisent par la présence à leur surface de récepteurs CD4. Il s'agit d'une catégorie de globules blancs constituée par les cellules CD4 et qui jouent un rôle fondamental dans le système de défense du corps humain. Ces cellules constituent une cible privilégiée du VIH. Ainsi, une fois la cellule humaine infectée, l'ARN viral se transforme en ADN grâce à une enzyme appelée la reverse transcriptase et s'incorpore au génome de la cellule hôte. Le VIH peut rester latent à l'intérieur de la cellule hôte pendant une période plus ou moins longue, rendant ainsi l'infection permanente. Période pendant laquelle la personne semble être en bonne santé, mais contagieuse. C'est-à-dire, plusieurs années peuvent s'écouler entre l'infection par le VIH, et l'apparition des premiers symptômes du SIDA et enfin l'évolution vers une maladie plus grave ou la mort. Les apparences ne permettent absolument pas de savoir qui est porteur du VIH. Un traitement antirétroviral peut ralentir chaque étape du processus et prolonger la vie de nombreuses années (Blyth & Garland, 2011 : 20).

En tant que rétrovirus, le VIH se comporte différemment d'autres virus à ARN. Le terme « rétrovirus » désigne un processus unique de ce qu'on appelle le « virus d'écriture inverse ». À cet égard, le VIH pénètre dans la cellule hôte en tant qu'ARN puis, par l'action de la transcriptase inverse, littéralement une copie d'ADN se forme du même virus. Ensuite, comme tout autre virus ADN, on observe une incorporation dans l'ADN de la cellule hôte, suivie de la conversion en la forme ARN et traitement ultérieur en un virus mature. Ce virus est ensuite libéré de la cellule et est capable d'infecter de nouvelles cellules (Haasse, 1986 : 322,128).

Les rétrovirus sont en outre divisés en deux groupes : le premier contient des membres qui sont associés à la transformation de cellules normales en cellules malignes, les soi-disant transformateurs de rétrovirus. Le deuxième groupe, auquel appartient le VIH, se caractérise par des virus qui infectent les cellules et, au lieu de les transformer en cellules malignes, provoquent directement la mort cellulaire. Ces « rétrovirus cytopathiques » ont également été appelés lentivirus et sont connus depuis de nombreuses années pour provoquer une infection chez un certain nombre d'espèces animales différentes. Des exemples de lentivirus comprennent le virus visna, qui provoque à la fois des maladies pulmonaires et neurologiques chez les moutons, le virus de l'anémie infectieuse équine (EIAV), qui provoque à la fois la fièvre et l'anémie chez les chevaux et le virus de l'arthrite encéphalite caprine (CAEV), qui provoque l'arthrite, la pneumonie et l'encéphalite chez les chèvres et les moutons. Tous ces virus, y compris le VIH, causent une maladie lente et progressivement mortelle chez leurs hôtes (Haasse, 1986 : 322,130-36).

Outre sa similitude avec les virus susmentionnés, on a aussi démontré que le VIH était lié à des rétrovirus qui ont été isolés à partir de divers primates. En 1985, le virus lymphotrope[10] des cellules T simien de type III (STLV III) a été retrouvé chez le singe vert africain dont la zone comprend une grande partie de l'Afrique équatoriale. On a découvert que ce virus provoquait une forme de SIDA chez ces animaux (SIDA semien) (Letvin et *al.,* 1983 : 80, 2718). Sur la base de sa structure génétique semblable au STLV-III et à d'autres lentivirus, on a émis l'hypothèse que le VIH pouvait se développer à la suite d'une mutation quelque part dans le passé, avec un « saut d'espèces » ultérieur pour infecter l'homme, bien que quand et où cela aurait pu se produire n'est pas clair.

---

[10] Lymphotrope : Attirance aux lymphocytes ; cellules mononuclées de petite taille, à cytoplasme très réduit, présentes dans le sang, la moelle et les tissus lymphoïdes, et jouant un rôle très important dans l'élaboration de la réponse immunitaire.

Les preuves les plus solides de l'origine du VIH semblent pointer vers l'Afrique centrale, puisque le premier anticorps reconnu pour le VIH dans le monde a été identifié à partir de sérum stocké obtenu en 1959 au Zaïre (Nahamias et *al.*, 1986 : 1, 1278). Le virus va sans doute se répandre dans le reste de l'Afrique centrale au début des années 70 et s'est ensuite propagé aux Caraïbes, aux États-Unis et en Europe vers le milieu et la fin de 1970 (Devita et *al.*, 1988 : 3-10). Le point sur l'origine du VIH sera traité largement dans les pages suivantes.

La structure du VIH a été complètement élaborée, tout comme son contenu génétique. Le VIH a un noyau cylindrique dense qui est entouré par une enveloppe lipidique. L'information génétique est constituée de huit gènes, qui régulent la production de protéines importantes nécessaires à la fonction du virus. Les trois gènes les plus importants sont les gènes gag, pol et env, qui codent respectivement les protéines de noyau (P18, P24), l'enzyme de transcriptase inverse et les protéines d'enveloppe (gP41, gP120).

La caractéristique de l'immunodéficience observée dans le SIDA est un appauvrissement d'un type particulier de lymphocyte. Il existe deux types de base de lymphocytes, les lymphocytes B et les lymphocytes T. Le lymphocyte B fournit la base de ce qu'on appelle le système immunitaire humoral. Les lymphocytes B protègent l'organisme par la production d'anticorps contre les envahisseurs étrangers. Les lymphocytes T, d'autre part, forment la base de ce que l'on appelle le système immunitaire cellulaire, qui procure une immunité grâce à la participation d'un certain nombre de cellules importantes qui impliquent directement les envahisseurs étrangers.

C'est le système immunitaire cellulaire qui est le plus profondément affecté par le SIDA, et cela peut être facilement compris puisque l'un des principaux conducteurs de ce bras du système immunitaire, le lymphocyte T-helper, est progressivement détruit par le VIH. Le VIH s'attache sélectivement, incorpore et tue la cellule auxiliaire T. C'est l'appauvrissement progressif des cellules T-helper qui a été reconnu dès le début de l'épidémie de SIDA et continue d'être l'un des principaux défauts trouvés chez les patients atteints du SIDA. La cellule T-helper est d'une importance vitale en raison de ses nombreuses fonctions d'aide. La perte de cette cellule est si importante que le système immunitaire tout entier est affecté, résultant en soi-disant défaut immunitaire global. Avec la perte progressive de la fonction immunitaire, le patient devient vulnérable à une grande variété de ce que l'on appelle les « maladies opportunistes ». Ces maladies peuvent être

regroupées en deux catégories, la première comprenant divers types d'infection et la seconde incluant diverses tumeurs malignes.

Les infections opportunistes sont causées par des représentants de toutes les classes de micro-organismes connus (virus, bactéries, parasites et champignons). Beaucoup de ces infections sont en fait une réactivation d'un organisme latent ou incubateur qui est normalement supprimé par un système immunitaire cellulaire intact. Un exemple de ceci serait le cytomégalovirus (CMV), qui est présent dans jusqu'à 60 pour cent de la population normale. Lorsque le CMV est réactivé, comme cela peut se produire dans le SIDA, il peut provoquer une inflammation dans les poumons (pneumonie), les yeux (cécité), le foie (hépatite) et l'intestin (colite).

L'infection opportuniste la plus fréquente chez les patients atteints du SIDA est Pneumocystis cariini, un parasite qui cause la pneumonie et qui a été la première maladie opportuniste identifiée quand l'épidémie du VIH a commencé (MMWR, 1981 : 30,250-52).

Puisque le système immunitaire cellulaire fonctionne également comme le système de surveillance des tumeurs du corps, il n'est pas surprenant que la perte de l'immunité cellulaire puisse prédisposer au développement de tumeurs malignes. Le cancer le plus fréquent chez le malade du SIDA est le sarcome de Kaposi. Historiquement, le sarcome de Kaposi a été considéré comme une forme très bénigne de cancer se produisant principalement chez les personnes âgées aux États-Unis. Avec la perte progressive de l'immunité cellulaire, comme dans le SIDA, cette tumeur devient extraordinairement « maligne », avec la propagation à de nombreux sites autre que la peau où il commence habituellement. Le scénario ci-dessus de l'épuisement immunitaire progressif, avec le développement résultant de maladies opportunistes, constitue la première voie mortelle du VIH par un effet indirecte.

L'autre voie que le VIH emprunte pour tuer, est par un effet direct sur le système nerveux central. Les anomalies neurologiques sont assez courantes dans le SIDA et se produisent cliniquement dans jusqu'à 60 pour cent des patients, et même dans 80 à 90 pour cent des cas on a observé des anomalies neurologiques au moment de l'autopsie. Le VIH semble être transmis au système nerveux central par l'intermédiaire de certains globules blancs connus sous le nom de monocytes et de macrophages (MMWR, 1981 : 30,250-52).

Les monocytes ont la capacité d'englober le VIH et, contrairement aux cellules T-helper, ne sont pas tués par le virus. En effet, le monocyte peut fonctionner comme un réservoir pour l'incubation du virus, permettant au VIH de se reproduire à l'intérieur de la cellule et de survivre pendant de nombreuses années avant de provoquer des symptômes observables. Comme le monocyte infecté entre dans le système nerveux central, il semble entraîner la perte (atrophie) des cellules du cerveau. Cela peut être dû à une lésion directe des cellules nerveuses par le VIH lui-même ou par le blocage des facteurs hormonaux importants dans le cerveau qui sont nécessaires à la survie des cellules nerveuses. L'un de ces facteurs hormonaux, la neuroleukine, s'est révélé être bloqué par la liaison normale des cellules nerveuses par le VIH. (Gurney et *al*., 1986 : 234-566).

Que ce soit indirectement par l'immunosuppression et l'invasion opportuniste ultérieure ou par une invasion directe du système nerveux central, le virus de l'immunodéficience humaine a posé des défis incroyables pour la communauté médicale. Outre la complexité de l'interaction du virus avec le système immunitaire du corps et le système nerveux central, il a également la capacité de changer sa propre information génétique. La variabilité génétique du VIH a été reconnue depuis un certain temps, avec peut-être jusqu'à une différence de 40 pour cent entre les différents isolats (Gurney et *al*., 1986 : 234-566).

Non seulement les virus du VIH diffèrent génétiquement selon les malades du SIDA, mais le virus peut changer considérablement avec le temps chez le même patient. Les différences d'information génétique résultent d'altérations mutationnelles et constituent le principal obstacle au développement d'un vaccin comme nous l'avons évoqué plus haut. Le mécanisme moteur de la variabilité génétique du VIH peut se produire dans la transcriptase inverse de l'enzyme, qui convertit la forme d'ARN du VIH en une forme d'ADN. Cette enzyme semble causer des défauts. Cette enzyme semble provoquer un transfert de genre défectueux pendant la réplication virale à l'intérieur de la cellule hôte. (Roberts et *al.*, 1985 : 242,1171-73).

Bien que le VIH change dans la variation de l'information génétique, ces changements n'améliorent pas sa capacité à se propager par d'autres moyens que les expositions à haut risque telles que le contact sexuel, l'exposition au sang par les aiguilles infectées, etc.

Le VIH est un virus fragile à l'extérieur de la cellule hôte (en dehors de l'organisme humain). Le VIH est inactivé par une variété d'agents physiques et chimiques, tels que l'eau de Javel commune, diverses préparations d'alcool, acétone, phénol, Lysol, le formol, l'eau Oxygénée, des préparations d'iode (Bétadine) et de la chaleur (60 degrés centigrades) etc. (Martin, 1985 : 152,400-3). Plusieurs études ont montré que le virus est capable de vivre jusqu'à 7-10 jours à l'extérieur du corps. Puisque la quantité de virus utilisée dans ces études était approximativement 100 000 fois supérieure à celle qui existerait dans le sang d'un malade du SIDA, les conclusions concernant la capacité du VIH à vivre en dehors du corps doivent être soigneusement faites.

Bien qu'il soit vrai que le VIH peut vivre pendant de courtes périodes sur des objets inanimés (par exemple, dessus de table, poignée de porte, siège de toilette, etc.), rien ne prouve qu'il puisse être transmis à partir de tels objets. Le virus de l'immunodéficience humaine a été isolé du sang, du sperme, de la moelle osseuse, des larmes, de la salive, des sécrétions cervicales, du lait maternel, du liquide céphalo*-rachidien, du tissu cérébral, des tissus des ganglions lymphatiques, de l'urine et des selles.

Bien qu'isolé de ces nombreux fluides corporels et tissus, il a été démontré que le virus ne peut être transmis que par les moyens suivants : 1. Le contact sexuel ; 2. le partage des aiguilles contaminées ; 3. le sang ou les produits sanguins infectés ; 4. la transplantation d'organes ou de tissus infectés ; 5. la mère à l'enfant pendant la grossesse ou éventuellement au moment de l'accouchement ; 6. l'allaitement. Il n'y a que des rapports épars de transmission possible du VIH par le sexe oral ou mordant. Le VIH ne se transmet pas par l'air ou par l'eau, la nourriture, les objets inanimés ou l'exposition aux insectes (Friedland & Klein, 1987 : 317,1125-35).

3.3.1.1.3 Le SIDA

L'acronyme « SIDA » signifie : Syndrome de l'immunodéficience Acquise. Ce mot embrouille certaines personnes. Il y a des gens qui l'appellent « la maladie positive », « la maladie moderne », « la maladie des singes », « pas besoin d'attendre demain », « la maladie des morts vivants », « Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux » (Blyth & Garland, 2011 : 22).

Un syndrome : est un ensemble de symptômes et signes. « Un syndrome se réfère donc à un ensemble de signes et de symptômes spécifiques qui se produisent ensemble et qui sont caractéristiques d'une condition pathologique particulière » (Van Dyk, 2001 : 4).

L'Immunité : est la capacité de l'organisme à se défendre.

Déficitaire : traduit l'affaiblissement du système immunitaire.

Acquise : signifie que cette déficience n'est ni innée, ni héréditaire, elle s'acquiert au cours de la vie.

Il s'agit d'un stade maximum, avancé de développement du SIDA, où il y a multiplication très importante du VIH, dans l'organisme. Ce stade est caractérisé par une lymphadenopathie (affection de ganglions et de la lymphe), suivie d'une importante altération du système immunitaire ; entrainant l'émergence des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé. Le SIDA est une maladie qui n'est causée ni par la sorcellerie, ni directement par Dieu, ni par l'eau polluée, ni par les moustiques, mais par un virus, le VIH (Blyth & Garland, 2011 : 22).

3.3.1.2 Quelle est la différence entre l'infection à VIH et le SIDA ?

L'infection à VIH : durant le stade de l'infection à VIH (connu ou non), le porteur du virus est en bonne santé apparente et ne fait le plus souvent aucune maladie, alors que le SIDA : est le stade avancé de l'infection à VIH au cours duquel la personne infectée présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé (Blyth & Garland, 2011 : 22).

Il est donc plus exact de définir le SIDA comme un symptôme des maladies opportunistes, des infections et de certains cancers, dont chacun a la capacité de tuer la personne infectée dans les stades finaux (Van Dyk, 2001 : 5).

Cependant, pour une définition technique de travail générale, il vaut la peine d'adopter la définition ci-dessous proposée par Avert, 2017(en ligne). Actuellement, le Centre de contrôle des maladies (CDC) définit le sida chez un adulte ou un adolescent âgé de 13 ans ou plus comme étant la présence d'une des 26 conditions (affections) indicatives d'une immunosuppression sévère associée à une infection par le VIH, comme pneumocystis cariini pneumonia (PCP) rares chez les personnes sans infection par le VIH. La plupart des autres maladies définissant le SIDA sont également des « infections

opportunistes » qui causent rarement des dommages chez les personnes en bonne santé. Un diagnostic de sida est également donné aux individus infectés par le VIH dont le nombre de lymphocytes T CD4 + est inférieur à 200 cellules par millimètre cube (mm3) de sang. Chez une personne en bonne santé est entre 650 et 1250 cellules par millimètre cube de sang. Les médecins ne commencent la thérapie des médicaments antirétroviraux que lorsque le nombre de CD4 baisse jusqu'à 350 au moins (Blyth & Garland, 2011 : 21).

Bien qu'il soit nécessaire d'étoffer cette définition, nous nous concentrerons sur des faits moins techniques, facilement digestibles et pertinents pour la discussion et pour la connaissance limitée des techniques par le chercheur théologien avisé. Ce qui est crucial, cependant, est que les encadreurs pastoraux fassent la distinction entre le SIDA et le VIH.

Le SIDA est la phase finale de l'épuisement de l'immunité par le VIH, tandis que le VIH est un virus qui cause l'état du SIDA. (Le VIH n'est pas égal au SIDA). Le SIDA est un état qui rend le corps vulnérable et exposé à tout type d'invasion (pathogène), parce que le VIH a érodé le système de défense du corps. Cependant, la difficulté de distinguer le VIH et SIDA dans la discussion soulève la question suivante : pourquoi est-il important de différencier le VIH du SIDA.

La réponse à la question susmentionnée a des implications pour les soignants, les encadreurs, les conseillers et les personnes infectées par le VIH / SIDA. Ils sensibilisent les personnes touchées au fait que le diagnostic de VIH positif n'est pas la peine de mort. Il y a encore beaucoup plus d'années à vivre, à condition que la personne adopte la bonne attitude et le bon comportement. Quant au conseiller, il lui permet d'offrir des conseils précis et constructifs aux personnes affectées par le VIH / SIDA.

3.3.1.3 Comment le VIH affecte-il le système immunitaire ?

Le système de défense naturelle du corps humain est appelé système immunitaire. Il peut être comparé à l'armée d'un pays. Cette armée surveille les frontières de l'état contre les invasions étrangères. Tant que l'armée reste forte, le pays n'a rien à craindre. Mais, si elle s'affaiblit ou rencontre un adversaire plus fort, le pays devient vulnérable et ne peut plus se défendre contre les pays voisins en cas d'agression.

Le système immunitaire est composé de lymphocytes T et des lymphocytes B qui jouent le rôle d'armée. Les lymphocytes T, porteurs de récepteurs CD4 sont dénommés lymphocytes T4 ou cellules CD4 et sont la cible privilégiée du virus. Chez le sujet infecté par le VIH, les cellules CD4 sont progressivement détruites. Toute autre infection qui stimule le système immunitaire est susceptible d'accélérer cette destruction. Lorsque le taux de cellules CD4 détruit est élevé, l'organisme perd sa capacité à lutter efficacement contre les infections. Cette personne devient plus vulnérable aux infections opportunistes (la tuberculose, la toxoplasmose, la cryptococcose, la candidose, etc.) et développe facilement certains types de cancers (Lymphome, Sarcome de kaposi etc.) favorisant ainsi l'infection à VIH vers le stade du SIDA (Blyth & Garland, 2011 : 1).

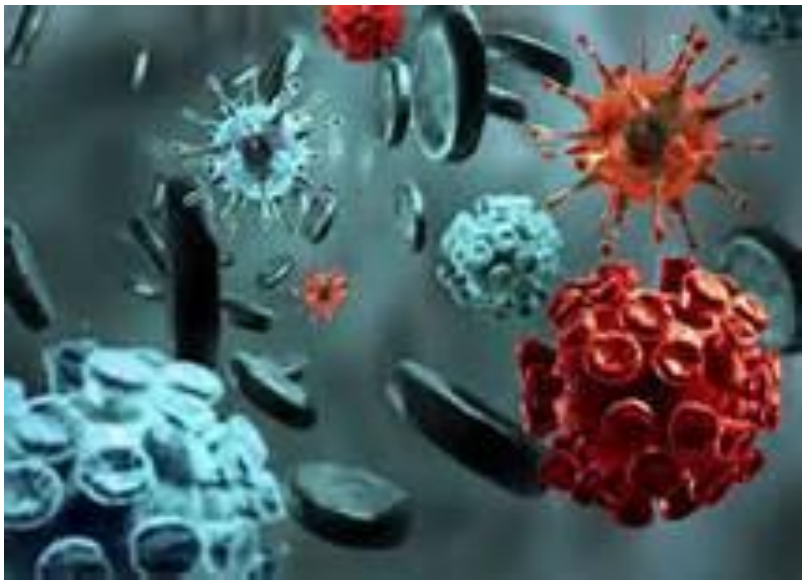


Figure 3-3: Destruction du Lymphocyte T4 dans le sang par le VIH.

Source : https://images.search.yahoo.com

Le corps humain se montre généralement très efficace pour détruire les germes : bactéries, virus, mycose, ou parasites. Ses défenses naturelles sont assurées par son système immunitaire. Or, le VIH affaiblit le système immunitaire de sorte que d'autres microbes peuvent en profiter pour infecter et tuer le corps. Rebirth Art africain, 2004 (en ligne) a simplement déclaré : le VIH / SIDA cause une panne du système immunitaire plutôt qu'une maladie spécifique, de telle sorte que les gens peuvent mourir de l'une des dizaines de maladies qui ont été ici en Afrique depuis des décennies.

Lorsque les défenses immunitaires sont gravement endommagées, le corps souffre d'une déficience du système immunitaire ou « immunodéficience ». Certaines personnes

naissent avec un système immunitaire défaillant et d'autres acquièrent cette déficience, à cause d'une maladie qui, comme le VIH/SIDA, est « acquis » par l'infection. Nous l'appelons Syndrome d'Immunodéficience Acquise ; en Abrégé SIDA (Van Dyk, 2001 : 4).

Bien que le SIDA soit appelé une maladie, il est important de souligner que ce n'est pas une maladie spécifique, mais une collection de nombreuses conditions différentes qui se manifestent dans le corps parce que le virus a affaibli le système immunitaire. Le corps ne peut plus combattre les agents pathogènes qui envahissent le corps.

Le système immunitaire a plusieurs méthodes différentes de lutte contre les infections, dont certaines sont les globules blancs, c'est-à-dire les phagocytes et les lymphocytes (cellules T et cellules B). Les cellules T4 ou CD4 activent d'autres cellules pour lutter contre l'infection de différentes manières. Ils détruisent également les cellules infectées par les virus. Et ce sont ces cellules (T4 ou CD4) qui sont affectées par le VIH, ce qui les rend inefficaces. En outre, le VIH envahit les cellules dendritiques qui avertissent les cellules CD4 de la présence des corps étrangers (c'est-à-dire des infections). Lorsqu'ils sont détruits, la réponse des cellules CD4 sera très faible. La destruction du système immunitaire signifie que les infections peuvent se produire incontestablement et se multiplier pour causer des maladies graves Van Dyk, 2001 : 5).

La complexité et le défi unique du VIH découlent de sa capacité à muter ou à changer rapidement. Le VIH se mute ou se transforme en couche extérieure si rapidement qu'il est extrêmement difficile de détecter une quelconque similitude entre les couches externes d'un VIH et l'autre. En raison de cette mutation rapide, le corps ne peut pas se défendre contre l'ennemi, parce que son ennemi change constamment d'identité. Le virus change fréquemment et a la capacité de s'adapter. Sa plasticité génétique crée une épreuve très fluide et rend difficile la recherche médicale ; particulièrement dans le domaine vaccinogène (Shelp & Sunderland, 1987 : 11, Grenz & Hoffman, 1990 : 63-74, Van Dyk, 2001 : 4). Mais quelle est l'origine du VIH ? Nous examinerons cela dans les pages qui suivent.

3.3.2 Origine du VIH/SIDA.

3.3.2.1 Théories sur l'origine du VIH

Dans le passé, les gens appelaient le SIDA une maladie des homosexuelles, tant en Afrique qu'en Occident. Mais la plupart des gens ne voient pas le VIH comme un micro-organisme qui peut infecter n'importe quelle personne. Il y a consensus sur le fait que le VIH est la cause du SIDA et que la seule façon de connaitre l'origine du SIDA est de retracer le parcours du VIH.

Cependant, les chercheurs sur l'origine du SIDA et le groupe du VIH (en ligne) ont averti qu'en essayant d'identifier l'origine du sida, il y a danger que les gens tentent d'attribuer le blâme de la maladie à un groupe particulier de personnes ou à certains modes de vie. Pour dévoiler les racines du VIH/SIDA, on devrait s'abstenir de stigmatiser et d'ostraciser des personnes particulières. Blyth et Garland (2011 : 116) disent que les gens posent souvent la question de savoir ; « D'où vient le SIDA ? »

Il existe de nombreuses théories infondées et spéculatives sur l'origine du VIH. Par exemple, certains disent que le VIH a été développé comme un instrument de guerre biologique, il a été utilisé par des extraterrestres de l'espace extra-atmosphérique pour tuer des hommes sur la terre (Shelp & Sunderland, 1987 : 7, Grenz & Hoffman, 1990 : 35 ; Van Dyk, 2001 : 6-8). D'autres personnes disent c'est le châtiment de Dieu, d'autres encore déclarent qu'il résulte des vaccins antipoliomyélitiques en Afrique centrale (Jackson, 2002 : 3-6). Bref, de nombreuses autres causes sont avancées. Comme toutes ces théories sont suspectes, il est par conséquent, insensé de s'attarder sur elles. La question demeure : quelle est l'origine probable du VIH ? En ce qui concerne l'origine du virus VIH, il a été scientifiquement établi que le VIH, appartient à un groupe de virus appelés lentivirus. Des lentivirus autres que le VIH, ont été trouvés chez des primates non humains (comme les chimpanzés et les singes verts africains). Ces autres lentivirus sont connus sous le nom de « virus du singe simien », c'est-à-dire le virus de l'immunodéficience simienne (SIV). Kober affirme que le lien entre le SIV et le VIH est généralement accepté par les scientifiques, c'est-à-dire que les espèces de VIH des primates ont été transmises aux humains à un moment donné au cours du XXIe siècle (Van Dyk, 2001 : 3-6). La transmission s'est produite parce que certains virus peuvent passer d'animaux aux humains, ce sont des zoonoses. On croit donc que le VIH aurait pu passer des chimpanzés aux humains pendant leur mis à mort pour obtenir de la

nourriture ou fabriquer un vaccin (mais les preuves manquent). Il n'existe donc pas de faits concluants sur la façon dont le virus s'est propagé d'une espèce à l'autre. Mais les premiers cas d'infection par le VIH proviennent d'un homme de la République démocratique du Congo en 1959. Le « marin britannique de Manchester est mort d'une maladie liée au SIDA en 1959 » (Van Dyk, 2001 : 3-6). Le VIH a aussi été retrouvé chez un adolescent afro-américain décédé à Saint-Louis en 1969. Et le VIH a été trouvé dans des échantillons de tissu d'un marin norvégien qui est mort en 1976 (Avert, 2017).

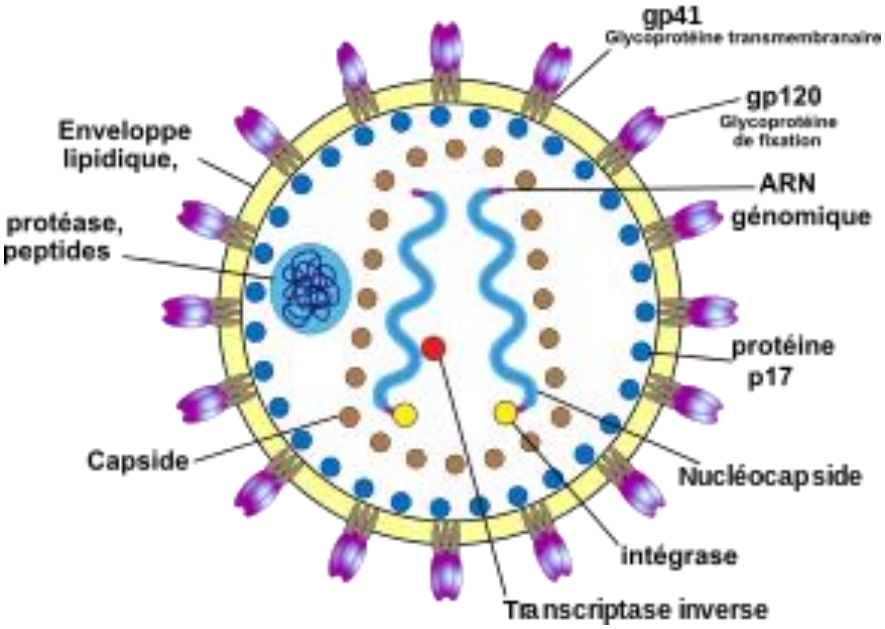


Figure 3-4: Structure du VIH : coupe schématique du VIH

Source : www.avert.org/virus.htm

Avec une telle avalanche de données spéculatives, il est sage d'accepter le commentaire suivant sur l'origine du SIDA et du VIH (Avert, 2017).

''On ne saura probablement jamais exactement quand et comment le virus a émergé, mais il est clair qu'au milieu du vingtième siècle, l'infection par le VIH chez les humains s'est développée lors de l'épidémie de la maladie dans le mode que nous appelons maintenant le SIDA.''

L'origine du sida et du VIH peut ne pas être ce qu'on a appris, a examiné les données scientifiques disponibles et a conclu avec les mots de scientifiques éminents. Ils ont écrit : *''Myers et ses collègues ont offert la meilleure explication suivante pour l'origine du VIH : « Il n'est pas besoin d'aller chercher loin », écrivaient-ils, « pour imaginer les dix clades provenant d'un seul animal (peut-être immunodéprimé et possédant un essaim de*

variantes, comme cela aurait pu être le cas avec les chimpanzés utilisés dans le processus de la manifestation vaccinale) ou chez quelques animaux qui auraient pu appartenir à un seul troupeau ou auraient pu être pris en cage ensemble. Le nombre d'animaux requis est secondaire à l'ampleur de la variation de la source au moment de l'événement zoonotique ou iatrogénique. L'hypothèse (vaccinale) justifie une telle origine ponctuée" (Greying & Murray, 2004 : 54).

Néanmoins, le fait décisif appuyé par la recherche scientifique est l'existence de deux souches de VIH : le VIH-1 et le VIH-2.

Le VIH-1, le plus virulent et qui s'est propagé dans le monde entier, est né dans la sous-espèce chimpanzé. Un type particulier de chimpanzé est connu pour porter un virus assez semblable dans sa structure au VIH. Le VIH-2, qui est moins virulent, se trouve en Afrique de l'Ouest et provient du singe mangabey fuligineux (Greying & Murray, 2004 : 55).

Une fois que le VIH présent dans le sang, la propagation rapide et soudaine du VIH est en grande partie due aux déplacements internationaux, à l'industrie du sang et à la consommation de drogues. Le VIH-1 est considéré comme la cause des infections en Afrique centrale, orientale et australe, en Amérique du Nord et du Sud, en Europe et dans le reste du monde. Le VIH-2 a été découvert en Afrique de l'Ouest (îles du Cap-Vert, Guinée-Bissau et Sénégal) en 1986 et il est principalement limité à l'Afrique de l'Ouest. Les deux virus causent le sida, mais la différence est que le VIH-2 fonctionne lentement sur la victime, ce qui prend beaucoup de temps pour la victime de développer des symptômes du SIDA (Jackson, 2002 : 145 et Van Dyk, 2001 : 5).

Greying & Murray (2004 : 56 pensent aussi que le VIH provient de l'Afrique, où l'homme chassait des Chimpanzés et autres singes. Le virus qui affecte les singes est très semblable au VIH et s'appelle VIS cpz (Virus de l'immunodéficience Samienne). Ce virus se transmet à l'homme après contact avec le sang de Chimpanzés. Pendant de nombreuses années le type humain du VIH a été limité à une région isolée d'Afrique. Avec les connexions améliorées, le virus commença à se répandre dans le monde entier.

Il est évident que la pandémie humaine de sida aurait débuté à Léopoldville (Kinshasa), capitale du Congo Belge (République Démocratique du Congo), dans les années 1920,

avant de se propager dans le monde en pleine mutation. Ce sont là, les conclusions de chercheurs qui ont déterminé le cheminement de cette infection responsable de 36 millions de mort. Cette équipe internationale de recherche a reconstitué l'histoire génétique du rétrovirus VIH (virus de l'immunodéficience humaine), l'auteur du sida, en se concentrant sur la souche du groupe M, la plus fréquente. Les résultats de ces travaux ont paru le jeudi 2 octobre 2014 dans la revue américaine, Science, suggérant que l'ancêtre commun du VIH est très probablement apparu à Kinshasa vers les années 1920. Les virologues savaient déjà que ce rétrovirus a été transmis des singes à l'homme au moins à treize reprises, mais qu'une seule de ces transmissions est responsable de la pandémie humaine. C'est seulement cette transmission spécifique qui a abouti à l'émergence du VIH-1, à l'origine de la pandémie qui a entrainé près de 75 millions d'infections à ce jour ; la plus grande partie en Afrique subsaharienne. Les analyses du groupe de chercheurs des universités d'Oxford et de Louvain, laissent penser qu'entre les années 1920-1950, une combinaison de facteurs dont l'urbanisation rapide, la construction des chemins de fer au Congo belge, ainsi que des changements dans le commerce du sexe, a favorisé l'émergence et la propagation du sida à partir de Léopolville (Kinshasa). Le professeur Oliver Pubus du département de zoologie d'Oxford, l'un des principaux auteurs de l'étude a dit : *« Pour la première fois, nous avons analysé toutes les données génétiques disponibles en recourant aux dernières techniques phytogéographiques pour estimer statistiquement l'origine du virus, nous pouvons ainsi dire avec un degré élevé de certitude d'où et quand la pandémie est partie ».* Toutefois, le VIH a été identifié pour la première fois seulement en 1981 (Avert, 2017).

Pour clore le débat sur l'origine du VIH, il est sage de noter que perdre du temps à discuter la cause de l'incendie pendant que la maison brûle est une folie. Bien que la connaissance de l'auteur puisse être nécessaire, cela n'éteindra pas l'incendie. Le plus sage est d'appeler la brigade Anti-incendie. Il en va de même pour essayer de connaître l'origine du VIH/SIDA pendant que les gens sont dans une situation difficile. Il faudrait mieux envisager des façons d'adapter l'encadrement de personnes affectées par le VIH/SIDA qui ont besoin de soins.

3.3.2.2 Historique du VIH/SIDA en RDC.

La date de l'apparition des premiers cas du SIDA en RDC est extrêmement difficile à préciser. Vers la fin des années 70, on avait constaté une augmentation de la fréquence

des maladies comme la cryptococcose méningée et le sarcome de kaposi généralisé, maintenant reconnues comme complications du SIDA. Ceci suggère que l'épidémie actuelle d'infection à VIH serait apparue en RDC au début des années 70, en même temps qu'en Amérique du Nord.

Toutefois les premiers cas ont été notifiés en 1983 à l'Hôpital General de Reference Provincial de Kinshasa (ex Mama Yemo), à la Clinique Ngaliema et aux Cliniques universitaires à Kinshasa (PNMLS, 2016).

En fait, personne ne sait avec certitude d'où vient le VIH en RDC. Beaucoup de scientifiques pensent que le VIH existe depuis plusieurs décennies et pourrait s'être développé à partir de virus similaires chez les animaux. Il est vain de vouloir déterminer des responsabilités. L'infection par le VIH chez les humains, a commencé quelque part, et ce n'est la faute de personne. Trop des gens gaspillent du temps et des efforts à débattre de sujets comme l'origine du VIH, alors qu'ils devraient être en train de sauver des vies par la prévention et une bonne prise en charge holistique : physique, spirituelle, sociale, psychologique etc.

3.3.3 Cause du VIH/SIDA

3.3.3.1 Le rôle causal du VIH/SIDA (Le VIH cause-t-il le SIDA ?)

La maladie et ses causes ont fascinées et/ou epouvé les médecins depuis l'aube de la médecine moderne, et le syndrome d'immunodéficience acquise n'a certainement pas été une exception. Avec l'identification des patients atteints du SIDA en 1981, l'approche globale de cette nouvelle maladie a radicalement changé.

De plus en plus de preuves ont établi que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est à l'origine du SIDA. Les preuves les plus solides à cet égard proviennent de nombreuses études qui documentent l'exigence d'infection par le VIH pour le développement du SIDA, (Jackson, 2002 : 145 et Van Dyk, 2001 : 5). Cela a été démontré dans chaque groupe de population à risque élevé qui a vu l'introduction du virus suivi par le développement de symptômes cliniques du SIDA sur plusieurs années. Les données montrent que le SIDA et le VIH ne sont pas liés dans les mêmes groupes de population, mais aussi dans des endroits ainsi que des périodes de temps précis.

En fait, dans les pays où la prévalence des anticorps anti-VIH est faible, on observe une très faible incidence du SIDA. D'autres preuves solides qui étayent le rôle causal du VIH sont liées à la transfusion sanguine. En outre, les femmes enceintes qui sont séropositives pour le VIH transmettent le virus environ 50 pour cent du temps à leurs nouveau-nés, dont l'écrasante majorité développe le SIDA avant l'âge de six ans. (Novick & Rubinstein, 1987 : vol.1 : 3). Les enfants qui ne développent pas d'infection à VIH par la suite ne développent pas le SIDA.

Le rôle causal du VIH est encore soutenu lorsque l'interruption du virus a empêché l'apparition ultérieure du SIDA chez des individus sensibles. C'est ce que l'on peut démontrer de nouveau dans le domaine du SIDA transfusionnel aux États-Unis, où, après la mise en œuvre de la lutte anti-sida en mars 1985, la transmission a chuté dans les mêmes régions (Ward, 1988 : 318-473). L'association cohérente du VIH avec le SIDA ainsi que l'élimination virtuelle du SIDA dans certains groupes en bloquant la transmission du VIH sont les plus grands éléments de preuve qui prouvent la causalité du VIH. (Blattner el *al.,* 1986 : 241- 515).

3.3.3.2 VIH-2

Pendant trois ans, le VIH-1 était considéré comme le seul virus responsable du sida. Cependant, en 1986, un autre virus a été isolé chez des patients d'Afrique de l'Ouest. Ce virus, maintenant appelé VIH-2, est similaire au VIH-1 en ce qui concerne sa transmission et sa participation aux groupes à risque. Bien que très proche du VIH-1, le VIH-2 diffère suffisamment du VIH-1 qu'il ne peut pas être détecté de manière fiable par les mêmes méthodes de détection d'anticorps spécifiques semblables utilisées pour détecter le VIH-1. (Friedland & Klein, 1987 : 317 : 1125-35).

Bien que très peu d'isolats de VIH-2 aient été trouvés, il apparaît que le nouveau virus est le plus répandu en Guinée-Bissau, au Sénégal, aux îles du Cap-Vert et en Gambie. Des personnes infectées par le VIH-2 ont été signalées en Europe occidentale, au Canada, au Brésil et aux États-Unis. Pratiquement tous ces patients ont apparemment été infectés par contact hétérosexuel avec des Africains occidentaux infectés. Bien que le VIH-2 provoque une maladie semblable au SIDA, il semble être un virus moins dangereux que son cousin, le VIH-1.

3.3.3.3 Facteurs influant sur la propagation du VIH/SIDA en Afrique

Les raisons pour lesquelles les taux de VIH/SIDA sont les plus élevés en Afrique subsaharienne ne sont pas absolument claires. Mais Jackson (2002 : 8) et d'autres (Shelp & Sunderland, 1987 : 14 ; Hoffman & Grenz, 1999 : 75-76) ont identifié neuf principaux facteurs de risque qui sont à la base de taux élevés de transmission du VIH en Afrique australe. Ces facteurs sont généralement les mêmes dans les pays d'Afrique centrale et subsaharienne. Elle les a énumérés comme suit :

- Le mouvement de population, y compris les mouvements militaires.
- Le développement des routes commerciales et de transport.
- L'inégalité entre les sexes.
- La pauvreté et la répartition inégale de la richesse.
- Le manque de cohésion sociale dans certains domaines.
- Les partenaires multiples, y compris le trafic sexuel.
- Divers facteurs culturels (par exemple, faibles taux de circoncision masculine).
- Un taux élevé d'infections sexuellement transmissibles non traitées et d'infections du tractus génital et
- L'utilisation relativement faible du préservatif.

Jackson (Jackson, 2002 : 8) a ajouté à juste titre que ces facteurs permettent d'identifier les environnements à risque élevé, et donc les groupes de population susceptibles d'être à risque élevé, et suggère également des questions qui doivent être abordées pour réduire les environnements à risque et les rendre plus sûrs. Les deux derniers points indiquent des interventions ciblées spécifiques pour réduire les taux de transmission.

Louw (2012 : 32), dans son article « Pastoral Care for the Person with AIDS in an African context », souligne des facteurs similaires à ceux de Greyling (2004). Il déclare que les raisons les plus courantes des taux élevés de VIH / SIDA en Afrique sont les suivantes :

- Les hommes africains sont traditionnellement polygames, ont plusieurs épouses ou partenaires sexuels. En outre, malgré l'effet de la vie moderne sur les coutumes tribales, la polygamie et le concubinage sont encore tacitement acceptés comme des pratiques culturelles normales chez les Africains. Même si elle est liée à la menace du SIDA, la promiscuité sexuelle ne risque pas d'être stigmatisée.

- Le travail migratoire et le mouvement continu entre les zones rurales et les villes augmentent le risque de propagation du SIDA. Le manque de statut des femmes leur confère très peu de pouvoir de négociation dans les relations sexuelles. Ils ont très peu de chances d'insister pour que leurs maris utilisent des préservatifs. Beaucoup de noirs perçoivent les conseils contraceptifs comme une manœuvre politique soutenant les intentions des blancs.

- Le manque de pouvoir économique des femmes contribue à accroître la prostitution.

Ainsi, par exemple, le deuxième virus, connu sous le nom de VIH-2, a été découvert en 1985 parmi les prostituées au Sénégal. Le virus est transmis principalement par des activités hétérosexuelles. En conséquence, la recherche de Hoffman et Grenz (1990 : 93-94), aboutit à la conclusion suivante : « Le VIH en Afrique est essentiellement une maladie hétérosexuelle, la principale cause étant le degré de promiscuité sexuelle plutôt que l'orientation sexuelle (comme aux États-Unis) ». La fécondité de certains groupes conduit à la procréation continue chez les parents infectés par le SIDA. L'incidence élevée des maladies sexuelles augmente la propagation du SIDA,

Les programmes de lutte contre le SIDA qui fournissent de l'information, y compris sur la prévention, n'atteignent souvent pas ces groupes dont le facteur de risque est le plus élevé. Beaucoup de gens sont analphabètes, alors que l'ignorance et l'insouciance jouent également un rôle important (Louw, 2012 : 32).

3.3.3.4 Méthodes de dépistage du HIV

La capacité de détection du virus de l'immunodéficience humaine sur une base généralisée existait depuis 1985, lorsque le Food and Drug Administration a autorisé le premier test de dépistage pour détecter les anticorps contre le VIH. Grâce à ces techniques d'essai, on a obtenu beaucoup d'informations sur l'étendue de la prévalence du virus dans divers groupes de la population et les stratégies d'intervention et de prévention ont été améliorées. La plus grande application a été dans le domaine du

criblage[11] de l'approvisionnement en sang, assurant ainsi sa sécurité (Hoffman & Grenz, 1999 : 71). Le dépistage du VIH peut être divisé en trois grands domaines :

Le premier concerne la culture directe du virus dans différents types de cellules en laboratoire. Les techniques de culture du VIH, cependant, sont un peu lourdes, coûteuses et longues. Un tel test est également assez médiocre pour détecter la présence du virus. Les techniques de culture du VIH sont donc utilisées dans les établissements de recherche (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

Un deuxième type de test implique des techniques qui détectent directement des antigènes (c'est-à-dire des protéines) soit à la surface du VIH, soit à l'intérieur du virus. Ils sont devenus plus largement utilisés, puisqu'ils peuvent potentiellement détecter la présence du virus avant la formation d'anticorps. Certains laboratoires offrent des techniques d'antigène direct (le test d'antigène P24) actuellement (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

Le troisième domaine de tests pour le VIH implique des méthodes utilisées pour détecter les anticorps contre le VIH. Le test des anticorps est la méthode courante de choix pour détecter le VIH chez les individus potentiellement sensibles (Gregg & Igraham et *al.,* 1988 : 36 ; 833-40,845).

Il existe deux types de tests d'anticorps. La première catégorie de tests est utilisée comme méthode de dépistage pour détecter le VIH. La deuxième catégorie de tests sont appelés tests de confirmation, qui sont appliqués lorsque les tests de dépistage du VIH sont positifs. Les tests de dépistage et de confirmation sont tous deux très précis, et les deux doivent être positifs pour qu'un individu soit étiqueté comme ayant le VIH dans son système.

La méthode de dépistage du VIH utilisée dans le monde entier est appelée le test ELISA. C'est le test qui est utilisé par le médecin lors de l'essai des patients pour la présence du VIH. Le test ELISA est également la méthode utilisée dans le système de banques de sang pour exclure des unités de donneurs potentiellement infectées (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

---

[11] Opération en génétique d'identification et de tri de clones.

Le test ELISA est à la fois très sensible et spécifique. La capacité d'un test à identifier ceux qui sont infectés est appelée *sensibilité,* et indique la probabilité que le résultat d'un test sera positif si l'infection est présente. La spécificité est la capacité d'un test à exclure ceux qui ne sont pas infectés. Ceci est également exprimé sous la forme d'une probabilité ou d'un pourcentage indiquant qu'un résultat du test sera négatif si l'infection n'est pas présente. Prises ensemble, la sensibilité et la spécificité d'un test décrivent la capacité du test à séparer les populations infectées et unifiées (Devita et *al.*, 1988 : 423-25).

Le test ELISA est non seulement très précis, mais aussi rapide, économique et peut être utilisé par les laboratoires de la communauté. Si un individu est positif par le test de dépistage ELISA, l'échantillon est généralement répété à nouveau, en utilisant la même méthode ; S'il est positif une deuxième fois, il est envoyé pour des tests de confirmation. Il existe une variété de tests d'anticorps du VIH qui sont utilisés pour confirmer la présence du VIH après l'utilisation de techniques de dépistage d'anticorps. Le test de confirmation le plus courant utilisé est le test Western Blot. Il s'agit d'une méthode qui détecte les anticorps dirigés contre les protéines individuelles du VIH. Il s'agit d'un test plus spécifique que l'ELISA, mais il est beaucoup plus complexe d'effectuer, interpréter et standardiser. (Gregg & Igraham et *al.*, 1988 : 38, #S-7 : 1-7). En raison de ces difficultés, seuls certains laboratoires qui fonctionnent comme centres de référence offrent le test Western Blot. Un test sanguin positif à la fois par ELISA et Western blot est appelé un véritable positif. Il existe des situations où les personnes peuvent être positives par la méthode de criblage ELISA mais négatives par l'analyse de Western Blot. Ces personnes sont qualifiées de faux positifs et ne sont pas réellement infectées par le VIH. Rarement le test Western Blot donne des résultats inséminant et, dans ces situations, d'autres méthodes sont disponibles pour confirmer la présence ou l'absence du VIH.

Un de ces tests de confirmation est appelé le test d'immunofluorescence indirecte (IFA). L'IFA est un test de confirmation efficace et, si jamais automatisé, peut être le meilleur test unique disponible. Un autre test de confirmation est le test de radioimmuno précipitation (RIPA). RIPA est une méthode de recherche qui exige beaucoup de main-d'œuvre et qui exige la plus grande compétence des technologues formés. Son utilisation n'est cependant pas généralisée. Un nouveau test qui se révèle très prometteur en tant que test de confirmation est la réaction en chaîne par polymérase, qui utilise une technologie qui peut identifier les séquences d'ADN réelles du VIH dans les échantillons de sang soumis. Le test d'activation de la chaîne de polymérase n'est disponible que

dans un petit nombre de laboratoires. Il convient de souligner que le processus de développement des tests utilisés pour détecter la présence du VIH est très dynamique, en cours de réévaluation constante tout en essayant d'appliquer les meilleurs tests disponibles. À partir d'une discussion sur le VIH, nous allons maintenant examiner les populations à risque ou non du sida (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

3.3.3.5 Stratégie Nationale de dépistage du VIH en RDC

En RDC comme généralement en Afrique, le diagnostic biologique de l'infection à HIV repose essentiellement sur le test sérologique qui est un diagnostic indirect mettant en évidence des anticorps anti-VIH dans le sérum des patients. Les méthodes immunologiques de type ELISA ou de tests « rapides » qui font appel à une agglutination /absorption du complexe sur une membrane, puis une coloration visible à l'œil. Des circonstances particulières (primo-infection récente, enfant né de mère VIH positive) nécessitent le recours à des méthodes diagnostiques directes mais celles-ci sont encore peu réalisées en pratique courante en RDC.

Tout sérum est testé dans un premier temps par la méthode validée par le laboratoire national de référence du PNMLS, considérée comme la plus sensible (pour le test rapide : Détermine, et pour les ELISA : vironostika). Un résultat négatif est interprété comme non réactif et suppose un statut VIH négatif de la personne. Le résultat sera donc annonce à la personne.

Un résultat positif par la première méthode est ensuite testé par la deuxième méthode validée par le laboratoire national de référence (LNR/PNMLS) du PNMLS. Cette méthode est beaucoup plus spécifique que la première (pour le test rapide : Unigold et pour les ELISA : Enzygnost). Un résultat positif, pour cette deuxième méthode, détermine un statut VIH positif de la personne symptomatique ou provenant d'une population avec prévalence plus ou moins 10%. Le résultat sera donc annoncé à la personne. En cas de discordance, il est recommandé de répéter le test 14 jours après le dernier test. Si toujours discordance, il est recommandé de référer l'échantillon au (LNRS/PNMLS) pour confirmation. Pour des cas asymptomatiques, provenant d'une population à prévalence inférieure à 10%, il est recommandé de faire trois tests et de notifier en cas de concordance de résultats (PNMLS, 2004a : 69-73).

3.3.4 Epidémiologie du VIH/SIDA

3.3.4.1 Aspect historique de l’épidémiologie du VIH/SIDA dans le monde

L’épidémiologie est une science qui étudie des facteurs influençant la santé et les maladies des populations, il s’agit d’un domaine qui se ramène à la répartition, à la fréquence et la gravite des états morbides. L’étude de la répartition et de déterminants des phénomènes de santé aident de fondement à la cohérence des interventions faites dans l’intérêt de la santé publique et de la médecine préventive. (Rumeau-Rouquette *al*., 1993 : 20-22).

L’Épidémiologie selon Hoffman et Grenz (1999 : 75-76), est La science de l'étude de l'apparition de la maladie au sein des groupes de population. Elle sert à identifier les facteurs qui placent les personnes ou les populations à risque pour le développement d'une maladie particulière. Dans le cas du SIDA, certains groupes de personnes ont été jugés à risque élevé, avec d'autres en dehors de ces groupes considérés comme négligeables ou sans aucun risque. Ces données ont été confirmées dans le temps et sont vraies partout dans le monde là où le SIDA a été trouvé. Le but de l’épidémiologie dans ce chapitre est d'explorer qui est à risque et qui ne l'est pas pour le sida.

Il est essentiel de souligner que le SIDA n'est pas seulement un problème d'un pays, mais qu'il a des implications internationales et a pris une dimension globale. A partir du 1er juillet 1989, 149 pays avaient signalé au moins un cas de sida à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Bien que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) semble agir d'une manière similaire à travers le monde dans la maniere dont il attaque le corps, il existe clairement des différences géographiques dans la façon dont les populations sont touchées ainsi que des variations dans la façon dont la maladie se manifeste. On a identifié trois types globaux de SIDA dans tout le monde (Hoffman & Grenz, 1999 : 75-76). (Voir Fig. 6).

Le type1 est celui qui caractérise l'Afrique du Nord et certaines régions d'Amérique du Sud, de’Europe occidentale, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Les principaux groupes touchés dans le type1 sont les hommes homosexuels et bisexuels et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Jusqu'à présent, la transmission hétérosexuelle a été quelque peu limitée, mais elle est en augmentation. Une autre caractéristique de type1 est que la transmission du VIH à partir de sang ou de produits sanguins contaminés serait

considérée comme une chose du passé, étant donné que les tests de dépistage du VIH sont maintenant pratiqués dans le système de banques de sang. Le type 1 semble refléter le fait que le VIH a été introduit dans ces régions au milieu ou à la fin des années 1970 ou peut-être au début des années 1980 (Hoffman & Grenz, 1999 : 76).

Le type 2 a une distribution comprenant l'Afrique, les Caraïbes, et quelques régions supplémentaires de l'Amérique du Sud. Dans le type 2, les hétérosexuels sont le principal groupe impliqué, avec jusqu'à cinq pour cent de la population adulte jeune dans certaines zones urbaines touchées. La transmission homosexuelle et la consommation de drogues par voie I.V ne sont pas des facteurs importants dans la propagation du VIH dans ce type. Cependant, la transfusion de produits sanguins infectés par le VIH demeure un problème majeur de santé. En raison de la prévalence élevée de femmes enceintes infectées (c'est-à-dire de 5 à 15% dans certaines régions), on peut s'attendre à ce que le nombre de cas de sida chez les enfants soit proportionnellement élevé. Le type 2 reflète probablement une introduction du virus dans ces régions au début et au milieu des années 70 (un peu plus tôt que le type 1) (Hoffman & Grenz, 1999 : 77).

Le type 3 comprendrait essentiellement le reste du monde et spécifiquement l'Asie, le Moyen-Orient, l'Europe de l'Est, etc. Dans ces régions, le taux de prévalence du VIH reste très faible ; Par rapport aux schémas type 1 et 2, le sida ne semble pas être un problème significatif à l'heure actuelle. Le type 3 serait caractérisé par l'introduction du VIH au début du milieu des années 1980 (Hoffman & Grenz, 1999 : 76-77).

L'implication de ces types dans une perspective historique a été commentée dans l’historique du VIH/SIDA. Les données disponibles suggèrent que le VIH peut avoir commencé à se répandre dans les zones urbaines de l'Afrique centrale à la fin des années 1970, avec une propagation ultérieure à d'autres parties du monde telles que Les États-Unis et l'Europe occidentale par la suite. L'Organisation mondiale de la santé a estimé qu'environ 500 000 cas de sida sont survenus dans le monde au milieu de 1989, avec 5 à 10 millions de personnes infectées par le VIH. Le nombre réel de cas de sida déclarés est beaucoup plus bas que le nombre estimé en raison de la sous-déclaration généralisée (estimation de 20 %, dans de rares cas, de sous-déclaration, par conséquent seulement 80% de cas sont signalés).

Parmi les cas signalés dans le monde, environ 70% l’ont été aux États-Unis. Le signalement des cas de SIDA sur le continent africain a sans doute été incomplet et en

général retardé. Il est important de comprendre les différences épidémiologiques entre les États-Unis et l'Afrique en prenant en considération par exemple les types 1 et 2.

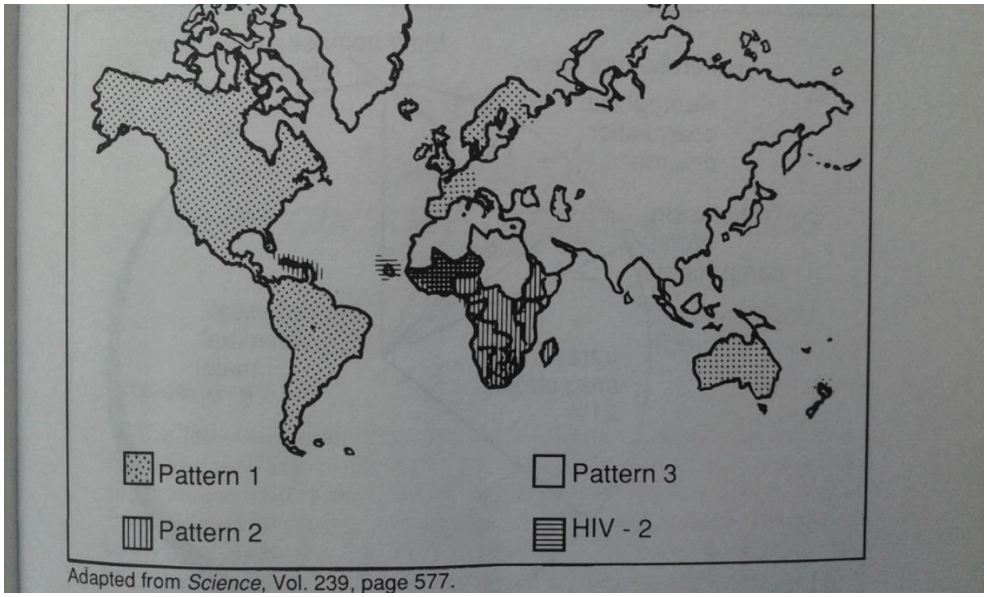


Figure 3-5: Répartition de types de VIH dans le monde

Source : Hoffman & Grenz, 1999 : 265.

3.3.4.2 Situation épidémiologique actuelle du VIH/SIDA dans le monde

La fiche d'information fournie par l'ONUSIDA 2016, Montre les statistiques mondiales suivantes : 17 millions de gens ont eu accès au traitement antirétroviral. 36,9 millions de personnes {34 millons-39,8millions} ont le VIH en 2014. 2,1 millions de personnes {1,1million -2,4millions} ont contracté une nouvelle infection par le VIH. 1,1 million de personnes {940000-1,1million} ont perdu la vie suite a la au SIDA. 78 millions de personnes {69,5-87,6million} ont été contaminées par le VIH à partir du début de la pandémie. 35 millions des personnes {29,6-40,8millions} sont mort de maladies relatives au SIDA depuis le début de la pandémie. 36,7 millions de personnes {34 millions-39,8millions}, avaient le VIH en 2015. 17 millions de personnes ayant le VIH suivaient le traitement antirétroviral, en revanche 15,8millions en juin 2015 et 7,5 millions en 2016 et 7,5 millions et 7,5 millions en 2010 ; en décembre 2015. 6 % {43-50%} de l'ensemble des enfants affectés par le VIH suivaient le traitement en 2015 contre 23% {21-2%} en 2010. 49% {42%-55%} de tous les enfants vivant avec le VIH etaient soumis au traitement en 2015, contre 21% {18-23%} en 2010. 77% {69-86%} des femmes dans un etat gravide qui etaient affectees par le VIH avaient accès aux antirétroviraux pour la prévention de la transmission du VIH à leurs bébés. Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 6%

depuis 2010. Dans le monde, 2,1 millions de personnes {1,8million-2,4 millions} ont attrape une nouvellement infection par le VIH en 2015, par contre 2,2 millions {2 millions-2,5 millions} en 2010. Les nouvelles infections à VIH parmi les enfants ont réduit de 50% depuis 2010. Dans le monde 150.000 enfants {110.000-190.000} ont été nouvellement reinfectés par le VIH en 2015, contre 290.000{250-350.000} en 2010. La morbidité liée au sida a chuté de 45% depuis le pic de 2005. En 2015 : 1,1 million des personnes {940.000-1,3 million} sont morts de causes liées au sida dans le monde, contre 2 millions {1,7 million-2,2 millions} en 2005. Le nombre de décès lié à la tuberculose chez les personnes atteintes du VIH a chuté de 32% à partir de 2004. La tuberculose reste la première cause de décès parmi les personnes affectées par le VIH qui avaient entrepris ou poursuivi un traitement antirétroviral. Fin 2010 : USD 19 milliards ont été investis dans la réplique au sida dans des pays pauvres ou intermédiaire (les pays récemment passés dans la catégorie des pays à revenu élevé ne sont pas pris en compte. En 2015, les ressources familiales indiquaient 57% du total des ressources disponibles pour lutter contre le VIH dans les pays pauvres ou intermédiaire. Selon les évaluations de l'ONUSIDA dernièrement ajustées, US 26 milliards seront essentiels pour la riposte au sida d'ici 2020, et US 23 milliards d'ici 2030 (ONUSIDA, 2015a).

3.3.4.3 Situation épidémiologique du VIH/SIDA en Afrique

Tableau 3-1: VIH/SIDA : Nombre de morts en Afrique par Pays

Pays	VIH/SIDA - nombre de morts	Année
Nigeria	160,000	2016
Afrique du Sud	110,000	2016
Mozambique	62,000	2016
Kenya	36,000	2016
Tanzanie	33,000	2016
Zimbabwe	30,000	2016
Cameroun	29,000	2016
Ouganda	28,000	2016

Pays	VIH/SIDA - nombre de morts	Année
Côte d'Ivoire	25,000	2016
Malawi	24,000	2016
Zambie	21,000	2016
Éthiopie	20,000	2016
République démocratique du Congo	19,000	2016
Ghana	15,000	2016
Angola	11,000	2016
Lesotho	9,900	2016
République centrafricaine	7,300	2016
Mali	6,100	2016
Guinée	5,800	2016
Togo	5,100	2016
Namibie	4,300	2016
Swaziland	3,900	2016
Botswana	3,900	2016
Congo	3,800	2016
Niger	3,400	2016
Rwanda	3,300	2016
Burkina Faso	3,100	2016
Soudan	3,000	2016
Burundi	2,900	2016
Tchad	2,800	2016
Liberia	2,800	2016

Pays	VIH/SIDA - nombre de morts	Année
Sierra Leone	2,800	2016
Bénin	2,400	2016
Guinée-Bissao	2,000	2016
Sénégal	1,900	2016
Somalie	1,700	2016
Madagascar	1,600	2016
Gabon	1,500	2016
Gambie	1,100	2016
Guinée équatoriale	1,000	2016
Érythrée	1,000	2016
Djibouti	1,000	2016
Maroc	1,000	2016
Mauritanie	1,000	2016
Égypte	500	2016
Algérie	200	2016
Comores	100	2016
Cap-Vert	100	2016
Tunisie	100	2016

SOURCE : https://www.indexmundi.com/map/?v=37&r=af&l=fr

3.3.4.4 Situation épidémiologique actuelle en RDC

En République Démocratique du Congo, le rapport de prévalence du VIH-sida dans la population totale en 2015 est de 1,1%, tandis qu'il est de 3,5 chez les femmes portant une grossesse. Les évaluations ONUSIDA VIH et SIDA 2015 (PNMLS, 2015b) sont les suivantes :

- Le rapport de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans : 0,8%-1,1%.
- Le nombre de personnes affectées par le VIH : 37.000 {290.000-460.000}.
- Les adultes âgés de 15 ans et plus, ayant le VIH : 330.000 {260.000-410.000}.
- Les femmes âgées de 15 ans et plus ayant le VIH : 200.000 {160.000-250.000}
- Les enfants âgés de 0 à 14 ans ayant le VIH : 42.000 {34.000-51.000}.
- Les décès liés au sida : 22.000 {16.000-28.000}.
- Les orphelins de sida, âgés de 0 à 17 ans : 330.000 {360.000-400.000}.

Notons toutefois que les changements sociaux tels que l'abandon du style de vie traditionnelle, la guerre, la multiplicité des partenaires sexuels et la prostitution consécutifs à l'urbanisation galopante peuvent influencer cette séroprévalence.

3.3.4.5 Situation épidémiologique au Katanga et à Lubumbashi.

Selon les chiffres de l'ONUSIDA 2015 ; La prévalence du sida collectée depuis le système national de socio-surveillance du VIH, s'élève à environ 4% en RDC. Par contre, la prévalence du sida dans la province de l' (ex)Katanga est évaluée à environ 4,8% pour la population de15-49 ans. Certainement, cette prévalence semble être faible par rapport à la situation de nombreuses autres provinces.

Cependant avec la densité démographique, ce rapport donne en nombre effectif absolu avoisinant 185.000 séropositif (Universud- ASBL- RDC, 2016).

Eu égard a cette situation dramatique, il est donc indispensable d'agir à partir de maintenant pour éviter un nouvel éclatement de la pandémie. L'Etat et l'Eglise, doivent préconiser de prendre en charge d'une manière très active des personnes affectées par le VIH/SIDA (PVV), en mettant à leur disposition, gracieusement bien entendu et à un coût reduit des antirétroviraux dont le prix s'élève actuellement à environ 100 $ par mois. (Universud- ASBL- RDC, 2016).

Les antiretroviraux étant donc inaccessibles à la grande majorité des PVV, les dispositions prises devraient être effectivement consolidées, spécialement l'information de la population sur le VIH/SIDA, la prévention de la transmission, par voie sexuelle et

sanguine du VIH, le test de depistage volontaire pour la connaissance de l'état sérologique, la surveillance épidémiologique et le contrôle sérologique systématique des dons de sang.

3.3.5 Comment le VIH/SIDA se transmet-il ? (Les modes de transmission du VIH)

Des quantités abondantes du VIH se trouvent dans certains fluides de l'organisme des personnes infectées. Mais il y a cinq fluides qui contiennent des concentrations plus élevées du VIH chez une personne infectée et qui peuvent assurer sa transmission : le sang, le sperme, les secrétions vaginales, le lait maternel et le liquide céphalo-rachidien. Noter donc que c'est à partir de ces fluides biologiques que se transmet l'infection à VIH. Mais, la salive, les larmes, la transpiration et l'urine ont de faibles concentrations de VIH et il n'y a aucune attestation de transmission au travers de ces liquides biologiques (Blyth & Garland, 2011 : 57).

En fait, pour que le VIH soit transmis par ces derniers fluides, ils doivent être présents en grandes quantité, par exemple ; sept gallons[12] de salive. Par conséquent, la transmission se concentre sur les premiers cinq fluides hautement concentrés qui peuvent être transmis de la personne infectée à une autre, principalement le sperme à travers les rapports sexuels, le sang par la transfusion sanguine, et par la voie maternelle à enfant (Blyth & Garland, 2011 : 57).

Une personne infectée par le VIH, le reste à vie. Un nombre important de ces personnes restent asymptomatiques pendant des périodes de durées variables. Dans la plupart des cas, ces personnes ne connaissent même pas qu'elles sont contaminées.

3.3.5.1 La transmission par voie sexuelle : Les rapports sexuels.

La transmission par voie sexuelle est le mode primordial de transmission et la voie principale dans le monde. En Afrique, on estime qu'environ 80 à 90% de la transmission se fait lors des rapports sexuels non protégés d'une personne infectée à son/sa partenaire sexuel(le). Ces rapports peuvent être hétérosexuels (plus fréquents en RDC) ou homosexuels. Il y a relativement très peu de cas de relations homosexuelles en Afrique comparativement à l'Europe et l'Amérique du Nord (Blyth & Garland, 2011 : 58).

---

[12] Mesure britannique de capacité, pour les liquides, valant litres. Le gallon vaut à peu près quatre litres et demi.

Mais à en croire les témoignages des écoles de garçons, il semble que la pratique de l'homosexualité devient très courante. Dans certains pays occidentaux, plus de la moitié des infections du VIH se fait par l'activité homosexuelle (Blyth & Garland, 2011 : 58). L'homosexualité est interdite par Dieu dans l'Ecriture (lévitique 18.22 ; Romains 1.21-32), de même l'activité hétérosexuelle avant et hors mariage.

L'infection par le VIH est principalement transmise sexuellement par des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées (sans condom) et peut-être, mais très rarement, par contact sexuel oral (Hoffman & Grenz 1999 : 72).

En République Démocratique du Congo (RDC), la transmission par voie sexuelle est le mode prépondérant (Muteba, 2007 : 31).

En Afrique du Sud, ce qui pourrait également être le cas dans d'autres pays africains, la transmission sexuelle du VIH est responsable de 86% des cas (dont 79% hétéro-sexuellement et 7% homosexuellement). Ainsi, le VIH en Afrique est principalement transmis hétéro-sexuellement (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

Le VIH est transmis lorsque le virus pénètre dans le flux sanguin via les fluides corporels et se connecte aux cellules CD4. Les femmes sont plus vulnérables à être infectées par le virus en raison des facteurs physiologiques, anatomiques et socio-économiques, et l'âge[13]. Statistiquement, une seule rencontre sexuelle non protégée avec une personne infectée suffit pour qu'une infection se produise (Blyth & Garland, 2011 : 58).

Les relations sexuelles avec pénétration vaginale, anale, ou même orale non protégée entre les deux individus, qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles, peuvent

---

[13] **Physiologiquement :** La muqueuse du vagin se renforce à l'âge de 15-16 ans au stade où le corps produit des hormones pour préparer le corps d'une fille pour le sexe. Par conséquent, si une fille a des rapports sexuels avant cela, il y a de fortes chances de lésions, ce qui augmente le risque d'infection. De plus, le bilan PH et les différentes bactéries dans la région vaginale, si elles sont modifiées, fournissent un environnement approprié pour le VIH. En outre, en raison de décharges périodiques, elle peut ne pas savoir quand elle a une IST, augmentant ainsi le risque d'infection.
Anatomiquement : Les femmes sont des récepteurs de sperme ; elles éprouvent plus de traumatisme à leur organe sexuel, ce qui conduit à des lésions, surtout lors de sécheresse sexuelle ; Et les organes génitaux des femmes sont principalement internes et ils ne remarqueront aucune lésion ou décharge.
Socio-économique : Souvent, dans de nombreuses cultures, les femmes sont économiquement défavorisées et ont peu de pouvoir pour négocier les contraceptifs. Elles sont souvent sujets d'abus et, dans les zones rurales, il n'existe pas d'accès aux services de santé pour le traitement des IST qui réduisent la transmission du VIH.
Âge : Les femmes sont plus sensibles à l'infection à un âge plus jeune parce que leurs corps ne sont pas prêts pour le sexe et pourtant ils deviennent sexuellement actifs tôt ; et les jeunes filles préfèrent aussi avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qui leur donnent des cadeaux, et les hommes plus âgés préfèrent les jeunes filles aussi.

transmettre le VIH. Le virus se transmet lors d'un rapport sexuel entre personnes de sexes différents ou de même sexe, bien qu'il soit beaucoup plus facile pour le virus de se propager lors d'un rapport sexuel entre deux hommes que lors d'un rapport sexuel entre un homme et une femme et entre deux femmes. (L'activité homosexuelle est sensiblement plus répandue, que beaucoup le pensent, dans des régions comme l'Afrique sub-saharienne) (Blyth & Garland, 2011 : 58).

Les muqueuses génitales de la femme sont naturellement fragiles ce qui fait qu'elles sont souvent le siège de microlésions et de micro-inflammations. La contamination se ferait plus facilement par les lésions microscopiques qui ont lieu au cours de la pénétration. Ceci permet le contact du VIH présent dans le sperme ou les secrétions vaginales avec le courant sanguin ou les lymphocytes du receveur. Toutes les pratiques sexuelles qui favorisent les lésions et les irritations entrainent une augmentation du risque de transmission. Cependant, la transmission peut se faire même si les muqueuses sont intactes (Blyth & Garland, 2011 : 59).

Toute infection génitale, en particulier celle s'accompagnant d'ulcération chez des partenaires, augmente énormément les risques de transmissions (gonococcie, syphilis, herpes, chlamydia, mycoplasme, ulcération génitales…). Les lésions au niveau du prépuce (balanite), facilitent l'infection chez l'homme. Les relations anales seraient les plus infectantes car elles sont les plus traumatisantes pour les muqueuses déjà plus fragiles que la muqueuse vaginale. Le risque d'infection augmente naturellement avec le nombre de relations sexuelles, mais un seul rapport sexuel (qui peut être la première) peut suffire pour être contaminant.

Il existe des données qui montrent que le risque de transmission de l'homme à la femme est plus important que le sens femme-homme. Toutefois, même si la transmission de la femme à l'homme est moins fréquente que de l'homme à la femme, des rapports sexuels répétés avec des partenaires sexuels féminins contaminés présentent naturellement un risque cumulatif de contagion important. Chez la femme, la période des règles est la plus infectieuse du fait du saignement. Les contacts uro-génitaux (entre bouche et sexe : fellation et cunnilingus) peuvent transmettre le VIH. Le contact de la bouche avec le liquide pré-éjaculatoire, le sperme et les secrétions vaginales comportent un risque de transmission.

Il y a des choses qui peuvent soit faciliter, soit rendre difficile, le passage du virus entre les deux partenaires sexuels. Deux des plus importantes peuvent être :

- Plus il y a de virus dans le corps, plus il y a de chances de les propager vers l'autre personne.

- Le VIH peut pénétrer beaucoup plus facilement là où il y a des irritations de la peau, des plaies ou infections de la peau, des plaies ou infections sur les organes génitaux. Voilà pourquoi il est important de traiter d'autres maladies sexuellement transmissibles pour prévenir la propagation du VIH (Blyth & Garland, 2011 : 59).

3.3.5.2 La transmission par la voie sanguine.

Elle peut survenir à la suite d'une transfusion de sang infecté par le VIH, l'utilisation des objets piquants ou tranchants souillés par le sang infecté, la projection de sang infecté sur une peau ou des muqueuses lésées, l'excision et les autres mutilations génitales féminines et masculines (Blyth & Garland, 2011 : 65-66).

Le VIH peut être transmis lorsqu'une personne reçoit du sang contaminé pendant la transfusion sanguine. Cela représente 1% des cas de VIH en Afrique du Sud. La transfusion du sang infecté par le VIH cause près de 5 à 10 % de toutes les infections VIH en Afrique (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).

Si une personne reçoit une transfusion d'un sang infecté, elle est sûre de développer l'infection. La transfusion d'un sang infecté par le VIH est d'une redoutable efficacité en termes de contamination du receveur (de l'ordre de 98%) (Blyth & Garland, 2011 : 64). Bien qu'il y ait beaucoup moins de cas de transmission du VIH par transfusion sanguine que de transmission sexuelle, il y a des cas où des personnes ont été infectées par le sang contaminé. Pour éviter de tels incidents, l'OMS a arrêté des précautions strictes pour mettre fin à la contamination du sang par le VIH[14]. Le sang doit être bien tamisé.

[14] Le sang de tous les donneurs est testé chaque fois qu'ils donnent du sang. Avec chaque don, le donateur est invité à remplir un questionnaire sur ses activités sexuelles pour déterminer s'il / elle doit faire un don. Tous les produits sanguins tels que le facteur viii et le plasma, sont soumis à un traitement thermique ou à des procédés de nettoyage chimique qui détruisent tous les virus possibles. Dans la mesure du possible, les services de transfusion sanguine utilisent des donneurs dont les modes de vie sont relativement sûrs, leur sang est encore testé et des aiguilles stériles sont utilisées à chaque fois.

En RDC la politique nationale en matière de transfusion sanguine est déjà élaborée et diffusée par le Centre National de Transfusion sanguine(CNTS). L'indication de la transfusion est réduite au strict nécessaire. Toute unité de sang à transfuser doit être testée au préalable, au VIH et aux autres agents infectieux transmissibles par le sang parmi lesquels : Les virus : de l'hépatite B (VHBs) et le virus de l'hépatite C (VHC) ; les parasites : plasmodium, trypanosomes, microfilaires ; les bactéries : tréponème pallidum. Un recrutement de donneurs à faible risque est organisé et ceux qui sont négatifs aux tests sont fidélisés et suivis.

Pour les objets tranchants et perçants la peau (aiguilles, seringues, et instruments souillés) il ne faut jamais partager les seringues et les aiguilles entre plusieurs personnes, utiliser chaque fois une seringue et une aiguille à usage unique, ou une seringue et une aiguille bien stérilisée selon les directives en la matière, que les instruments de toilette tranchants (ciseaux, tondeuses, coupe-ongle…) soient désinfectés à la chaleur ou avec un antiseptique avant de servir à une autre personne, les seringues, les aiguilles et les instruments souillées de sang ou de dérivés sanguins contaminés peuvent, si elles sont partagées entre plusieurs personnes, transmettre le VIH. Ceci survient essentiellement chez les patients traités avec des aiguilles souillées ou seringues à usage multiple qui ont été incorrectement stérilisées, chez les utilisateurs de substances injectables qui se piquent avec une même aiguille ou seringue (Toxicomanes). Les aiguilles d'acupuncture, de tatouage, de perçage des oreilles, et les lames de rasoir présentent également un moyen de contamination. De ce fait tous les instruments servant à percer la peau doivent être désinfectés à chaque utilisation, comme tout instrument médical. De même, les instruments de soins corporels (ciseaux du coiffeur, pinces, etc…) doivent être nettoyés et désinfectés à chaque utilisation avec une solution désinfectante, ou subir un chauffage (Muteba, 2007 : 31).

Outre la transfusion sanguine, les personnes qui partagent des seringues et des aiguilles pour injecter des drogues sont également à haut risque. L'ONUSIDA 2000 a estimé que neuf cas sur dix de transmission du VIH parmi les hétérosexuels à New York remontent à des relations sexuelles avec un usager de drogues qui reçoit des médicaments par voie intraveineuse (Van Dyk, 2001 : 25).

Des aiguilles, des seringues et autres instruments tranchants, utilisés pour percer ou couper, peuvent exposer les gens au virus de l'immunodéficience humaine, si elles ont été en contact avec le sang infecté. Le risque est grand aussi lorsqu'on utilise des

aiguilles déjà utilisées dans nos hôpitaux, cliniques ou pharmacies. Certaines personnes bien intentionnées se retirent avec des malades au fond de leurs boutiques ou pharmacies et leur donnent une injection d'un produit médicamenteux. Lorsqu'elles font ceci avec la même aiguille pour plusieurs personnes, elles propagent le VIH parmi les personnes à qui elles administrent l'injection. Ceux qui abusent des drogues à usage intraveineux utilisent souvent les mêmes aiguilles et seringues pour plusieurs personnes sans pour autant les stériliser. Le problème social de l'usage de stupéfiants est de plus en plus grave parmi les jeunes gens, surtout dans les grandes cités. Ceux qui s'injectent en utilisant les mêmes aiguilles pour plusieurs personnes sont susceptibles d'attraper le VIH (Blyth & Garland, 2011 : 65).

3.3.5.3 La transmission de la mère à l'enfant (TME).

C'est une transmission directe de la mère à l'enfant. Ceci s'appelle « transmission verticale ». Elle représente environ 10% des cas de transmission en général. A peu près 3 enfants sur 10 nés de mères infectées deviennent eux aussi infectés par le VIH. Si la mère a été récemment infectée, elle est d'autant plus contagieuse envers son bébé. Si elle n'a pas eu un bon régime alimentaire, ou que son système immunitaire est déjà faible, ou qu'elle a le paludisme durant la grossesse, elle est beaucoup plus contagieuse envers son bébé. Si elle prend des médicaments antirétroviraux, le bébé a très peu de chances d'être infecte (Blyth & Garland, 2011 : 59).

Tous les enfants nés des mères infectées naissent avec les anticorps du VIH. Mais pas nécessairement avec le virus lui-même. Il est donc impossible de savoir aussitôt après la naissance si le bébé va développer le SIDA ou pas. Cela peut prendre jusqu'à 18 mois avant que certains bébés perdent tous les anticorps reçus de leurs mères. C'est seulement à ce moment-là que le test du VIH est négatif. Les bébés infectés continuent à avoir des tests positifs du VIH et développent finalement le SIDA. Il se peut qu'ils contractent des infections graves et même qu'ils meurent pendant leur première année (Blyth & Garland, 2011 : 61). Une femme enceinte contaminée par le VIH-1, a environ 30% de risque d'avoir un bébé infecté. C'est pourquoi il est conseillé à toute femme séropositive de consulter son médecin. A noter qu'un traitement à l'AZT, notamment au cours du dernier mois de grossesse semblerait diminuer ce risque de transmission à 5% environ. Et lorsqu'elle est contaminée par le VIH-2, il y a environ 5% de risque de transmettre le virus a son enfant (Greyling & Murray, 2004 : 23-34).

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est responsable des cas de VIH chez les jeunes enfants et représente 13% des cas de VIH en Afrique du Sud (Greyling & Murray, 2004 : 23-34). L'infection à VIH peut se produire au début de la grossesse et un grand nombre de ces accouchements se terminent par une fausse couche et des mort-nés. Mais la principale transmission du VIH pendant la grossesse se produit au cours des trois derniers mois ou pendant le travail et l'accouchement. L'infection postnatale au VIH se produit par l'allaitement maternel.

L'administration des antirétroviraux, par exemple la Névirapine, contrôle la transmission pendant la grossesse ; l'accouchement par césarienne contrôle l'infection pendant l'accouchement ; et l'allaitement maternel, plus sûr, ou le remplacement de l'alimentation infantile, contrôle l'infection postnatale. Cependant, même si la transmission de la mère à l'enfant peut être réduite, elle est entravée par une mauvaise qualité des soins prénatals en Afrique, en raison de la médiocrité des services médicaux qui prévalent chez les personnes vulnérables et pauvres. Et le remplacement de l'alimentation pour l'enfant a une connotation culturelle négative. Ray (2002 : 45), dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant, met en évidence des problèmes similaires en Afrique. En accord avec l'article de Van Niekerk (2003) « La transmission mère-enfant du VIH/SIDA en Afrique : problèmes éthiques et perspectives sur les complexités de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ». Ces deux auteurs soulignent que : *« Les femmes séropositives qui ont accès aux services peuvent aussi recevoir des conseils et un soutien sur la façon de réduire le risque de transmission du VIH à leurs nourrissons après l'accouchement. Les avantages de l'allaitement maternel et le risque de transmission du VIH par le lait sont les plus importants au cours des six premiers mois de la vie du nourrisson. Bien qu'éviter l'allaitement maternel complètement est le moyen le plus efficace d'éviter la transmission, il comporte d'autres risques pour les nourrissons et des complications pour les mères. L'alimentation de remplacement peut être dangereuse et coûteuse, et augmente le risque de maladies infectieuses. Dans les régions où l'allaitement maternel est la norme, les mères peuvent être sous pression pour se conformer afin d'éviter les soupçons et le stigmate attaché au statut VIH-positif. Cela peut se traduire par une alimentation mixte (changement d'allaitement maternel et d'alimentation de remplacement), ce qui augmente le risque de transmission, car l'intestin du nourrisson peut être endommagé et provoquer une infection par le VIH. L'OMS recommande que l'alimentation de remplacement ne se fasse que lorsque les conditions le rendent acceptable, faisable et abordable, durable et sûr »* (Ray, 2002 : 45).

En fait, outre l'abordabilité, l'accessibilité, la durabilité, la faisabilité que mentionnent les écrivains, l'acceptabilité culturelle est cruciale.

Le fait de ne pas allaiter un enfant dans le territoire rural de Kabongo au Congo Démocratique, auquel appartient la tribu du chercheur, signifie que la mère est une sorcière, se livre à l'adultère ou a commis d'autres pratiques socialement inacceptables. Par conséquent, une mère préfère se conformer aux normes de la société qu'à la pratique qui semble être sans danger, même si cela signifie mettre l'enfant à risque.

Le rapport de L'UNIVERSUD-LIEGE de la RDC-Lubumbashi dans son article '' Universitaire au Service du développement durable'' de 2014 sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, déclare que « Afrique est le continent le plus touché par le SIDA. Le Katanga province du de la RDC, connait une prévalence générale de 4,3%, ce qui fait une région à épidémie généralisée, les femmes sont particulièrement atteintes : pour 10 hommes infectés, on compte 12 femmes. Nombreuses sont les femmes séropositives à craindre la réaction de leur mari sain s'il apprend leur maladie (Universud- ASBL- RDC, 2016).

Il faut donc traiter la problématique du VIH/SIDA à l'échelle du couple et non pas uniquement au niveau individuel.

3.3.5.3.1 Modes de transmission directe du VIH de la mère à l'enfant

Il existe trois grands modes de transmission directe de VIH de la mère à l'enfant. Elle peut se faire :

Pendant la grossesse dans l'utérus : le VIH peut passer à travers le placenta chez le fœtus. Mais ceci n'arrive pas souvent. Cela pourrait arriver si la femme devenait infectée par le VIH pendant qu'elle est enceinte. En cas de grossesse, le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant est de 40%. Il est particulièrement important de prêter attention aux techniques permettant de limiter cette transmission (Universud- ASBL- RDC, 2016).

Le paludisme durant la grossesse est dangereux pour la mère et le bébé et peut augmenter les risques de transmission du VIH vers le bébé. C'est pourquoi la prévention du paludisme chez la femme enceinte est si importante. Les enfants prématurés sont à risque plus que ceux qui sont nés à terme. Heureusement que Dieu a donné à la mère et

au fœtus deux systèmes sanguins séparés : autrement tous les enfants nés de mères infectées le deviendraient eux aussi (Blyth & Garland, 2011 : 59).

Au cours de l'accouchement : lors du passage du fœtus dans les voies génitales basses. C'est la seconde voie la plus probable pour la transmission du VIH de la mère à l'enfant. C'est une infection pendant l'accouchement. Le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant lorsque le bébé avale du liquide ou le sang de la maman durant l'accouchement. Le VIH peut alors passer à travers la membrane muqueuse de la bouche ou des yeux du nouveau-né jusque dans son corps. En plus, si le bébé est né au moyen d'instruments comme les forceps (pinces) et qu'il y a des blessures, le bébé pourra devenir infecté à travers ces blessures car la peau du nouveau-né est fragile. C'est comme du papier hygiénique très fin ; une petite coupure peut être une porte ouverte pour les virus qui se trouvent dans le sang de la mère. (Blyth & Garland, 2011 : 60).

Au cours de l'allaitement : Enfin, le VIH peut passer de la mère à l'enfant à travers le lait maternel. Plus un bébé est nourri par le lait maternel, plus les risques de contamination augmentent. Lorsque les mères infectées allaitent leurs bébés pendant une année ou plus, près de 10% des bébés deviendront infectés à travers le lait maternel. Le VIH dans le lait maternel passe probablement chez le bébé à travers la membrane muqueuse de la bouche du bébé. Si la mère a des mamelons blessés, ou une inflammation des seins (mammite), le VIH pourra même passer du lait maternel vers le bébé via des fissures dans la membrane muqueuse de sa bouche, par exemple, des plaies de la bouche ou le muguet. Dans de tels cas il court un risque très élevé de contagion de la mère.

Une mère peut réduire sensiblement les risques de transmettre le VIH à son bébé en suivant un traitement antirétroviral avant la période de l'accouchement[15].Lorsque la mère et le bébé sont soignés au moyen de médicaments antirétroviraux, le risque de transmettre le VIH vers le bébé peut s'amoindrir jusqu'à un sur dix, c'est-à-dire, seul un

[15] Dans plusieurs endroits en Afrique, le médicament « névirapine » est utilisé parce qu'il ne faut qu'un seul comprimé pour une femme enceinte en travail. Le bébé aussi reçoit sa propre petite dose. Un seul problème est que le VIH de la mère peut alors développer une résistance à la névirapine, rendant ainsi le médicament moins efficace pour la mère dans l'avenir lorsqu'elle-même a besoin d'une thérapie antirétrovirale. Jusqu'en la première moitié de l'année 2004, nous ne savions pas encore le meilleur moyen pour utiliser les antirétroviraux pour prévenir le passage du VIH vers le bébé. Plusieurs médicaments et mélanges de médicaments sont en train d'être expérimentés pour en connaitre le meilleur et le plus pratique. Chaque pays a une politique nationale sur quel (s) médicament(s) utiliser et pour quelle durée (Blyth, & Garland 2011 : 69).

bébé sur dix ou moins peut être infecté à la naissance par le VIH. Sans de tels médicaments le risque est à peu près un sur trois ou quatre bébés. Cependant, rappelez-vous bien que les nourrissons peuvent être aussi infectés à travers le lait maternel. Le risque d'infection est encore réduit si le bébé nait par césarienne, et que la mère n'allaite pas le bébé (Blyth & Garland, 2011 : 61).

3.3.5.3.2 Les mères infectées doivent-elles allaiter leurs bébés ?

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas de réponse simple à cette question. Comme nous l'avons laissé entendre plus haut dans certaines situations, il serait souhaitable qu'une mère séropositive allaite son bébé. Tandis que dans d'autres situations, il vaudrait mieux qu'elle n'allaite pas.

Le Fonds des Nations Unies pour L'Enfance (UNICEF)[16] dit que les mères séropositives devraient éviter tout allaitement, seulement lorsqu'une alimentation de remplacement est :

Acceptable : la mère est disposée à utiliser la nouvelle méthode d'alimentation, c'est-à-dire que la famille et les autres ne vont pas exclure la mère pour ce choix.

Pratique : il y a assez d'eau potable, un bon approvisionnement d'aliments pour nourrissons, etc.

Bon marché : la famille a assez de revenus pour acheter suffisamment d'aliments pour bébé, sans réduire la ration des autres enfants.

Soutenue : la famille a l'argent, le temps, l'opportunité et l'énergie pour continuer cette méthode alimentaire.

Saine : la mère doit comprendre comment préparer cette alimentation (mesurer et mélanger correctement la poudre et l'eau et utiliser de l'eau bouillie et des ustensiles propres). Elle doit être capable de suivre les instructions (mode de préparation). Elle doit être résolue à suivre les instructions très correctement (Blyth & Garland, 2011 : 62).

Si ces conditions ne sont pas réunies, alors les mères doivent allaiter. Il est vrai qu'il y a alors risque d'infecter leurs bébés avec le virus. Mais si elles n'allaitent pas, il y a un

[16] UNICEF, Le VIH et *l'alimentation Infatile*, 2002.

risque plus élevé que les bébés meurent de la diarrhée et d'autres maladies. Beaucoup de mères n'ont pas assez de moyens pour acheter le lait en boite nécessaires pour leurs bébés, et elles n'ont pas accès à une bonne eau. Si le lait en boite n'est pas bien mélangé ou est laissé pendant longtemps, si l'eau n'est pas propre, si le gobelet du bébé n'est pas très bien lavé, le résultat peut être désastreux pour le bébé.

A vrai dire, les normes précitées sont rarement atteintes dans plusieurs parties d'Afrique. Alors, l'allaitement maternel sera souvent le meilleur choix. Quelques Eglises et groupes de soutien peuvent envisager d'aider la famille en fournissant de l'alimentation artificielle de manière à répondre aux exigences mentionnées ci-dessus. Ceci pourra aider à protéger le bébé contre l'infection par le VIH. Si la mère infectée par le VIH devient très faible, il est préférable de chercher une mère nourricière pour allaiter et prendre soin du bébé. Si ceci est impossible, le bébé doit alors être nourri par le lait artificiel, mais en prenant soin de n'utiliser que de l'eau bouillie et propre pour mélanger le lait en poudre. Utilisez un gobelet et une cuillère, mais pas un biberon. S'assurer que le gobelet et la cuillère sont bien lavés après le repas du bébé. Autre possibilité, préparer une bouillie nutritive de blé, de maïs ou d'avoine pour les grands bébés ou des adultes. Faire moudre ensemble deux gobelets d'arachides, quatre gobelets de maïs et deux gobelets de soja, en vue de préparer une bouillie (Blyth & Garland, 2011 : 62-63).

3.3.5.4 Facteurs favorisant la transmission.

Il est important de souligner que, bien que le sperme, le liquide vaginal, le lait et le sang présentent des concentrations élevées de VIH, ce qui rend la transmission possible c'est la nécessité d'un « seuil » minimum de VIH dans un fluide qui peut provoquer une infection. Tout se passe comme si la transmission nécessitait une quantité minimum de VIH, ou un « seuil » pour provoquer une infection. Au-dessous de ce seuil, l'organisme arrive à se débarrasser du VIH et l'empêche de s'installer. Il est à noter que le changement ainsi que la multiplicité des partenaires surtout en cas des rapports non protégés, la présence des infections sexuellement transmissibles (IST), tant ulcératives que non ulcératives sont des facteurs qui favorisent la transmission du VIH.

Certains aspects doivent être considérés, à savoir : une bonne hygiène corporelle, une alimentation saine, l'environnement propre et humide, l'atmosphère saine, et le PH normal. Une hygiène de vie dans laquelle les facteurs psychologiques, spirituels et moraux sont appliqués est très indispensable pour éviter la transmission du VIH/SIDA.

Les autres aspects, constituant les points d'entrée (ouverture ou coupure de la peau), peuvent augmenter les risques d'infection (Blyth & Garland, 2011 : 58-59).

3.3.5.5 Facteurs de risque et comportements à haut risque à l'égard du VIH[17]

Avant de clore sur le point touchant les modes de transmission du VIH, certains facteurs de risque et comportement à haut risque dans la transmission du VIH sont très importants à connaitre dans le cadre de cette étude.

3.3.5.5.1 Facteurs liés à la sexualité et aux modes de vie

- La population jeune par son importance et son ignorance
- Les mouvements des populations (voyages, déplacements, migrations etc.)
- La déscolarisation qui conduit à l'oisiveté
- La prostitution (occasionnelle ou régulière)
- La précocité des rapports sexuels
- La multiplicité des partenaires sexuels
- La drogue, l'alcool
- Les violences sexuelles

3.3.5.5.2 Facteurs socio-économiques

- La promiscuité
- L'analphabétisation et l'ignorance
- La pauvreté
- L'oisiveté
- Les pratiques traditionnelles (lévirat, sororat, mariage précoce, etc.)

[17] Module de formation des conseillers en conseil et dépistage volontaire du VIH / SIDA ; du Programme National de Lutte contre le VIH / SIDA et le IST (**PNMLS**) RDC. Septembre 2004. Page 16.

3.3.5.5.3 Facteurs biologiques

- L'immaturité des organes génitaux de la jeune fille ou femme
- L'existence d'autres IST
- L'absence de circoncision chez l'homme

3.3.5.5.4 Les comportements à haut risque

- Avoir des relations sexuelles avec plusieurs partenaires sans préservatif
- Penser que le SIDA n'arrive qu'aux autres
- Partager les seringues avec d'autres personnes (Blyth & Garland, 2011 : 65).

3.3.6 Le dépistage du VIH/SIDA

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose essentiellement sur des examens de laboratoire. Dans la plupart des cas, ces tests sont effectués sur un échantillon de sang : le test sérologique. Il existe deux types de tests (Blyth & Garland, 2011 : 43).

3.3.6.1 Les tests directs

Ces tests visent à détecter la présence du virus lui-même ou les parties du virus. Les tests directs sont très chers et nécessitent un équipement très sophistiqué et un personnel extrêmement qualifié. Ils permettent par exemple :

- La croissance du virus en culture
- La détection de l'ARN ou L'AND
- La détection de l'antigène P24

3.3.6.2 Les tests indirects

Les tests indirects sont destinés à la mise en évidence des anticorps spécifiques anti-VIH par la formation du couple Antigène-Anticorps. Ces tests ne révèlent donc pas la présence du virus lui-même mais les anticorps que les lymphocytes B de la personne ont fabriqué en réponse à l'infection par le VIH. Etant donné que ces anticorps sont

recherchés dans le sérum du sang de la personne, ces tests indirects sont aussi appelés : tests sérologiques. On distingue 3 types de tests indirects :

3.3.6.2.1 Les tests rapides

Ils sont facilement manipulables, pour une seule personne (unitaire), se réalisent en peu de temps et ne demandent pas un équipement compliqué, ni coûteux. Le test peut être realisé avec une petite quantité de sérum ou du sang total. Ils donnent des résultats satisfaisants dans 10-30 minutes. Ils ont l'avantage de donner les résultats le jour même, ainsi le délai d'expectative des résultats est sensiblement réduit.

Exemples : Oraquick, Détermine, Unigold, Double check, Capillus etc.

Le résultat positif est affirmé par la présence d'une tâche ou de bandes colorées ou d'une agglutination selon les principes spécifiques à chaque test.

3.3.6.2.2 Les tests ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)

Il s'agit des tests immuno-enzymatiques qui demandent des compétences techniques avancées et demandent plusieurs échantillons à la fois. Ils emploient un équipement très complexe et coûteux. On trouve ce test dans nombreux laboratoires.

Exemples : Enzygnost, Vironostika, etc.

Un résultat positif est montré par l'accentuation de la couleur développée par la formation du complexe Antigène(Ag)-Anticorps(Ac). Cette accentuation (densité optique) est estimée à l'aide d'un spectrophotomètre (lecture ELISA) (Blyth & Garland, 2011 : 43).

3.3.6.2.3 Les tests de confirmation

Ce test est une technique Immuno- électrophorétique d'identification des anticorps contre des protéines virales typiques séparées par leurs poids moléculaires. L'interprétation est faite sur base des bandes révélées par la formation des complexes Ag-Ac spécifiques (Blyth & Garland, 2011 : 43).

Exemples: Western Blot, LIA (*Line Immuno Assay*).

Ces tests, très onéreux, demandent des compétences techniques très avancées et un équipement spécial et sophistiqué.

Remarque :

Les tests rapides et L'ELISA sont très sensibles et moins typiques que le Western Blot.

La détermination des résultats finaux VIH, demande une démarche qui comporte en un emploi progressif des tests, suivant l'objectif de l'examen et la prévalence de l'infection dans le groupe d'origine de la personne testée.

Procéder par faire 3 tests VIH de principes distincts avant daffirmer qu'un échantillon est positif.

Exemple :

A1 : DETERMINE VIH (test à utiliser en première intention : premier test).

A2 : UNIGOLD (test spécifique à utiliser comme deuxième test).

A3 : Double check ou Oraquick (troisième test, encore plus spécifique).

En cas de discordance, il est recommandé de répéter le test, 14 jours après le dernier test. Si toujours discordance, il est recommandé de référer l'échantillon au laboratoire de référence pour confirmation. Pour des cas asymptomatiques, provenant d'une population a prévalence < à 10%, il est recommandé de faire trois tests (troisième méthode) et de notifier en cas de concordance de résultats (PNMLS, 2004b : 124-125).

3.3.7 L'Evolution naturelle de l'infection à VIH

Sans traitement, l'infection à VIH progresse à travers un certain nombre d'étapes jusqu'à ce que la personne finisse par mourir. Cependant, il est important d'expliquer que ces étapes ne sont pas délimitées précisément en phases séparées et distinctes avec des limites facilement identifiables. Il vaut mieux penser aux étapes comme une progression.

En général, on distingue 5 phases d'évolution de l'infection à VIH qui sont :

La phase d'infection primaire (primo-infection) ou la maladie séroconversion aiguë, la phase latente asymptomatique, la phase symptomatique mineure, la phase symptomatique majeure ou les maladies opportunistes, et enfin la phase symptomatique sévère ou les conditions définissant le SIDA (Van Dyk, 2001 : 36)

3.3.7.1 Phase 1 : primo-infection ou période de fenêtre sérologique

La phase d'infection primaire ou la maladie séroconversion aiguë : commence au moment de l'infection lorsque la personne contacte le VIH. C'est donc la période qui va du début de l'infection jusqu'à la production des anticorps spécifiques.

Un test de dépistage à ce moment sera négatif. C'est ce qu'on appelle la « période de la fenêtre sérologique ». La période fenêtre dure habituellement entre 3 semaines et 3 mois sans signes ou symptômes de la maladie et sans anticorps détectables pour le VIH.

La « conversion sérique » désigne le moment où le statut VIH de la personne se transforme du statut sérologique négatif au statut positif (test d'anticorps). Cela se produit normalement quatre à huit semaines ou plus après la période fenêtre. La personne souffre d'une affection grippale, de symptômes fébriles accompagnés de maux de gorge, de maux de tête, de fièvre légère, de fatigue, d'éruptions cutanées et d'ulcères buccaux. La personne ne peut pas se rendre chez un médecin parce que la maladie n'est pas prononcée (Hoffman & Grenz, 1999 : 72).
Pour être plus claire, la « primo-infection », correspond à la période fenêtre (période muette) : la personne est dignostiquée séronégative, car les anticorps anti VIH ne sont pas encore en quantité perceptible ou décelable dans son sang. Alors que la séroconversion va correspondre au moment où tous les anticorps contre le VIH sont décelés dans le sang (Blyth & Garland, 2011 : 43). La personne infectée, peut contaminer l'infection à VIH à une autre personne au moment où son test sérologique de dépistage est encore négatif. La période fenêtre sérologique se finit lorsque les anticorps anti-VIH deviennent décelables dans le sérum d'une personne qui était jusque-là séronégative. On parle alors de séroconversion. Le sujet devient séropositif.

Pendant cette période, les capacités de défense de l'organisme sont quasi conservées normales. Il n'y a généralement pas des manifestations cliniques. Mais un nombre limité de personnes (20 à 30%) présentent des manifestations d'allure pseudo-grippale : courbatures, fievre, céphalées, sueurs nocturnes, éruptions cutanées, pharyngites, lymphadenopathies etc. D'autres personnes ne présentent rien du tout. Ces signes passent ordinairement inaperçus et sont mis sur le compte d'un accès palustre simple dans les pays où le paludisme est endémique ou d'une grippe d'une manière générale. Une personne qui a un résultat négatif mais qui a présenté un comportement à risque

dans les 3 derniers mois, devrait recommencer un test après trois mois (Van Dyk, 2001 : 36-53).

3.3.7.2 Phase 2 : Asymptomatique

C'est une phase latente asymptomatique ; Il s'agit d'une période plus longue, appelée phase d'incubation par Jackson (2002 : 43), au cours de laquelle il n'y a aucune manifestation clinique. La personne infectée est généralement asymptomatique. Cette phase peut durer de quelques mois à 10-15 ans, voire plus. L'infection à VIH, peut être mise en évidence seulement par le test de sérologie.

Le VIH est présent et détruit le système immunitaire, mais la personne n'est pas au courant de cela et semble être en bonne santé et vit normalement. Pendant ce temps, la personne peut infecter beaucoup d'autres personnes. Le seul symptôme au cours de cette étape est la lymphadénopathie généralisée persistante (LGP) ou les glandes ganglionnaires sont gonflées (Jackson, 2002 : 43 et Van Dyk, 2001 : 37 ; Ray, 2002 : 19). Le dépistage volontaire est très important à ce stade, car c'est le seul moyen pour toute personne de savoir si elle est infectée ou non.

Pour les enfants infectés par le VIH, pendant la période de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, le stade asymptomatique est court. Certains tombent malade pendant les premières semaines de la vie. La plupart auront développés des symptômes avant l'âge de 2 ans. D'autres resteront asymptomatiques pendant plusieurs années (Van, 2003 : 167)

3.3.7.3 Phase 3 : Symptomatique mineure

À ce stade, les premiers symptômes de la maladie VIH/SIDA commencent généralement à se manifester suite à la destruction progressive des cellules CD4 et d'autres cellules du système de défense de l'organisme. Il s'installe une immunodépression progressive. Jackson qualifie cette étape de « maladies liées au VIH/SIDA ». Le système immunitaire est très épuisé et la charge de VIH a considérablement augmenté. Les symptômes comprennent un gonflement léger à modéré des ganglions lymphatiques, persistante et généralisée dans le cou, les aisselles et l'aine, des fièvres occasionnelles, l'herpès zostère ou le zona (ce qui est un signe de faiblesse immunité), les éruptions cutanées (dermatose) généralisées, dermatite, démangeaisons chroniques, infections fongiques des ongles, ulcérations buccales récurrentes, infections récurrentes des voies

respiratoires supérieures, la diarrhée chronique, perte de poids jusqu'à 10% du poids corporel habituel de la personne et le sentiment de malaise, de fatigue et de léthargie (Hoffman & Grenz, 1999 : 75).

3.3.7.4 Phase 4 : Symptomatique majeure ou le SIDA

Elle se caractérise par une dégradation avancée du système immunitaire et des infections opportunistes, ainsi que des cancers et des tumeurs. Les infections opportunistes sont provoquées par des microbes qui ne sont pas habituellement pathogènes pour l'organisme humain, telles que la tuberculose, la pneumonie a pneumocystose cariini, la candidose digestive et aussi certains cancers comme le sarcome de kaposi etc.

A ce stade, les maladies opportunistes commencent à profiter de la détérioration de l'immunité. La charge virale est très élevée et les cellules CD4 sont très faibles. Les symptômes suivants qui sont des signes de carence en immunité sont évidents: les infections persistantes et récurrentes de Candida par voie orale et vaginale, comme l'herpès simplex (herpès labial), les infections bactériennes de la peau et éruptions cutanées, la fièvre intermittente ou constante, qui dure plus d'un mois, les sueurs nocturnes, la diarrhée chronique persistante et intraitable qui dure plus d'un mois, perte de poids significative et inexpliquée (plus de 10% du poids corporel normal), les douleurs abdominales, des maux de tête, la leucoplasie poilue orale (plaques blanches épaissies sur le côté de la langue), une toux persistante et réactivation de la tuberculose et diverses maladies opportunistes. À ce stade, la personne est alitée 50% de la journée.

A partir de la période d'incubation qui correspond à la période qui sépare le jour de la pénétration du virus dans l'organisme au jour de l'apparition du premier signe clinique, la durée est en moyenne de 6 mois à 15 ans mais le temps maximum de cette période n'est pas connu et varie d'un individu à un autre. Le taux des CD4 est généralement très bas. Si aucune prise en charge n'est instituée, l'évolution vers le décès est rapide (Hoffman & Grenz, 1999 : 76).

3.3.7.5 Phase symptomatique sévère du SIDA

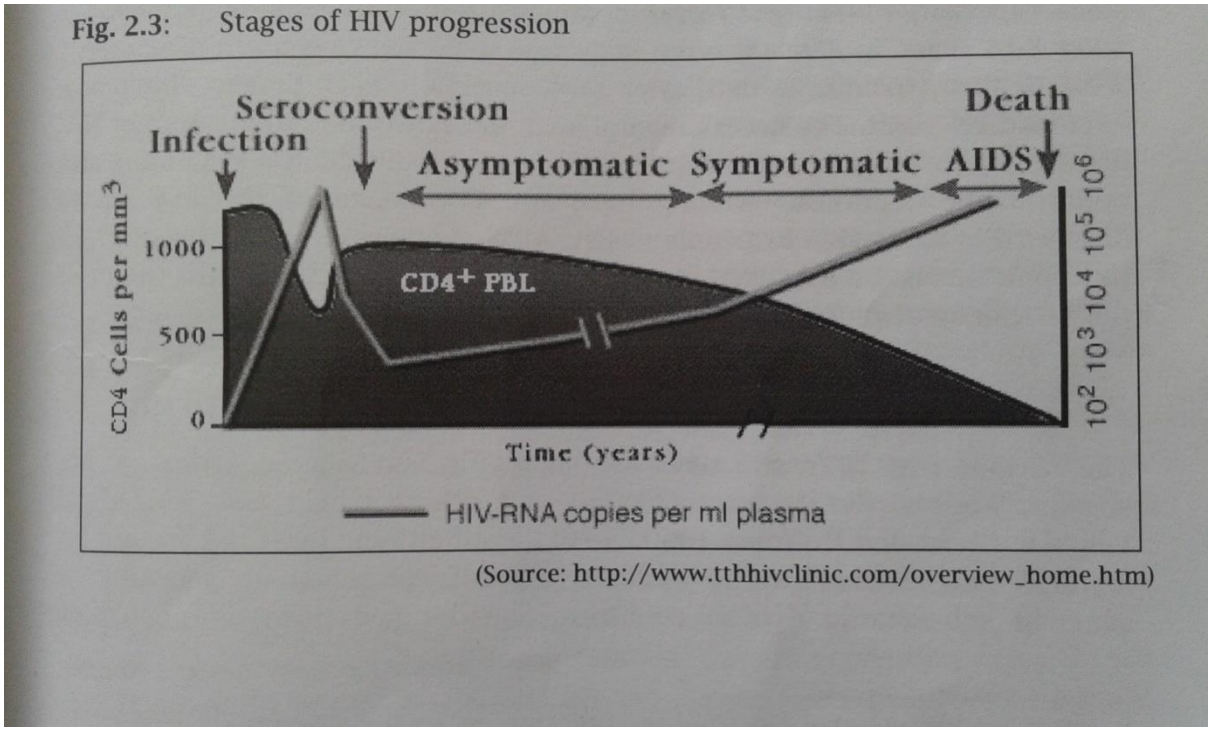
Les conditions définissant le SIDA à la phase symptomatique sévère se définissent comme suit : A ce stade, l'état du patient est dénommé « sida total » et le corps ne répond pas aux antibiotiques. Ces personnes sont confinées à leurs lits et meurent

habituellement dans les deux ans. Mais en Afrique, ils meurent souvent en l'espace d'un an à cause du manque de médicaments et d'une nutrition correcte.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a donné les directives suivantes pour le diagnostic du sida en Afrique[18].

Les choix thérapeutiques présents acceptent de changer de façon significative l'histoire naturelle de l'infection à VIH. Quel que soit le contexte, la prévention et une bonne prise en charge des infections opportunistes, ont un impact bénéfique sur la l'evolutionn de l'infection à VIH. Dans les pays ou les antirétroviraux sont disponibles, leur administration aux personnes infectées par le VIH, contribue à réduire l'evolution de l'infection, amender le confort et la durée de survie.

Les diagrammes ci-dessous (figures 5 et 6) montrent les étapes de l'evolution du VIH dans les cellules CD4 et l'affaiblissement de l'immunité. Dans le diagramme, les symptômes mineurs et majeurs sont symptomatiques.



[18] Signes majeurs: perte de poids de plus de 10% du poids corporel, diarrhée de longue durée, fièvre de longue durée, c'est-à-dire pendant plus d'un mois, signes majeurs: toux persistante, sur une période d'un mois, maladie généralisée de la peau avec démangeaison, bardeaux récurrents (herpès zostère), muguet dans la bouche et la gorge, des ulcères de fièvre sévère et prolongée (herpès simplex), gonflement de glandes ganglionnaires de longue durée (PGL), perte de mémoire, perte de capacité intellectuelle et des lésions nerveuses périphériques (Jackson 2002:49)

Figure 3-6 : Schéma de l'évolution de l'infection à VIH/SIDA (Vhumani Magezi, 2007 :25).

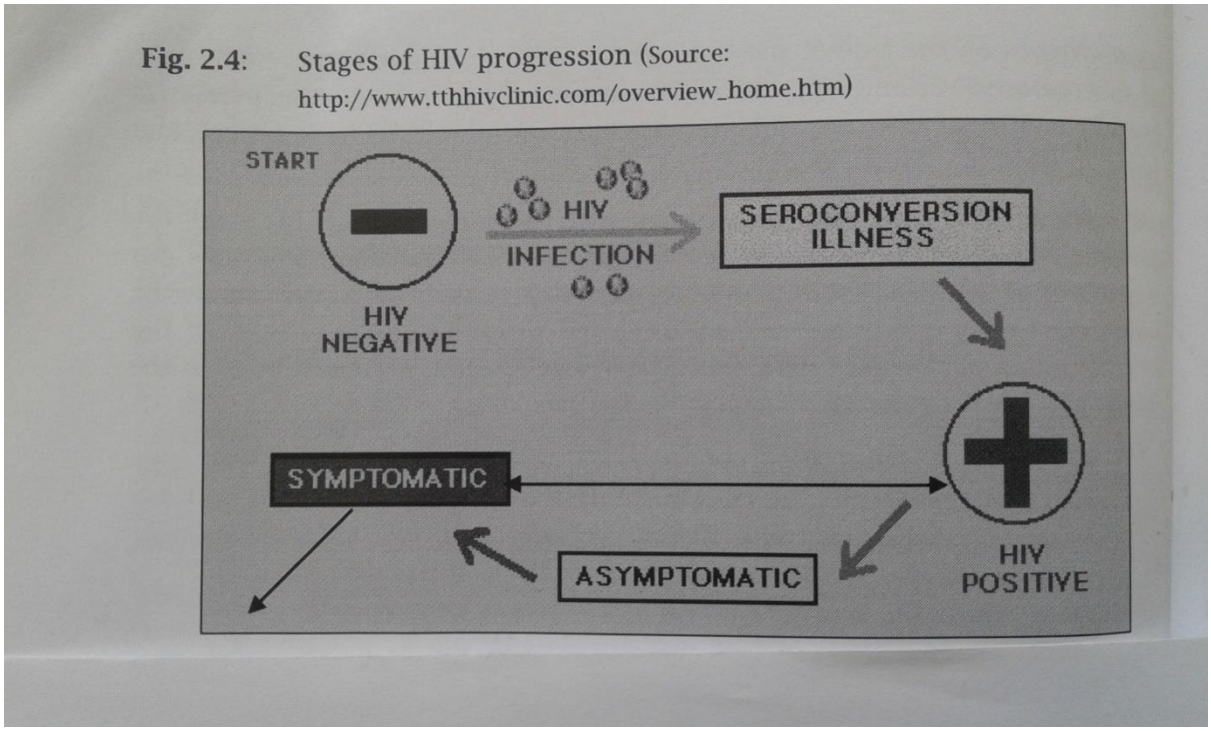


Figure 3-7: Les étapes de la progression du VIH. (Vhumani Magezi, 2007 :26).

Figure 3.7 et 3.8: Ces schémas résument l'évolution de l'infection à VIH en fonction du temps. L'apparition des symptômes est corrélée à la diminution progressive des Lymphocytes CD4(II). Après la contamination, la multiplication du virus est très importante : la charge virale (0), c'est à dire la quantité de virus dans le sang, est élevée, puis elle diminue pour ré-augmenter en fin de l'évolution de la maladie.

Source : Module de formation des conseillers en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA Septembre 2004 : 19.

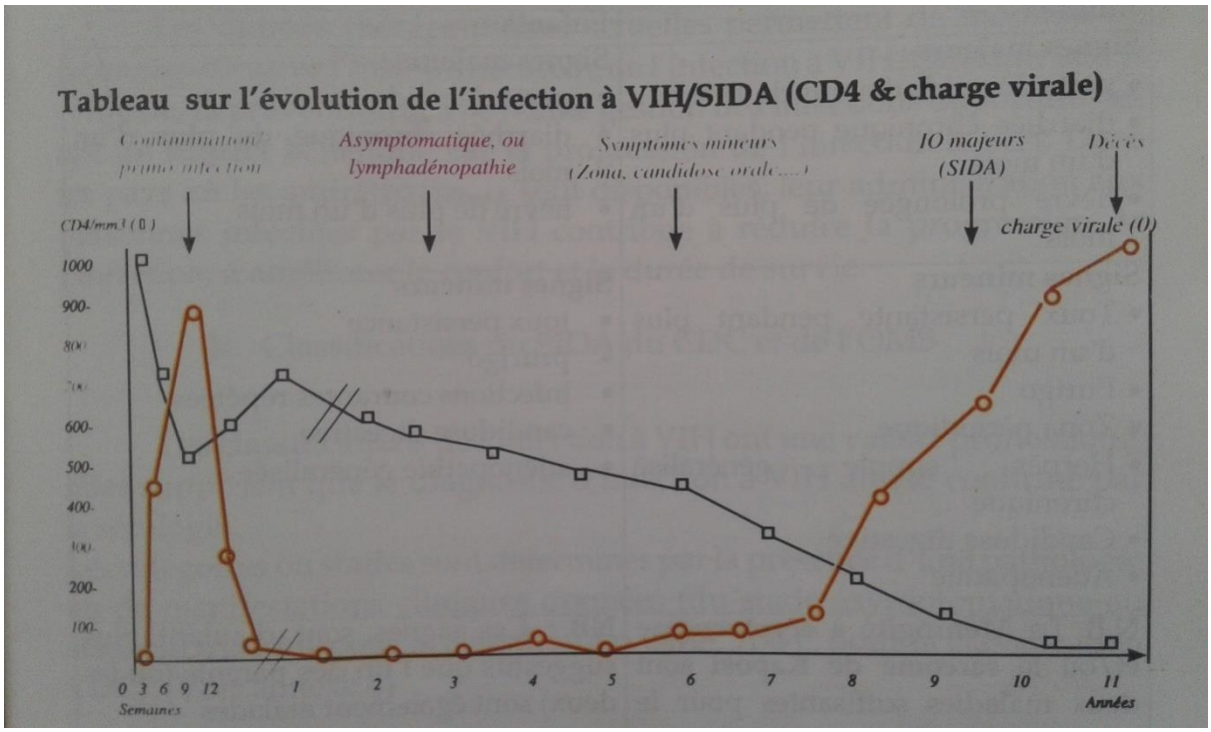


Figure 3-8: tableau sur l'évolution de l'infection à VIH/SIDA

3.3.7.6 SIDA et la mort.

La progression des maladies liées au VIH varie d'une personne à l'autre et dépend d'un certain nombre de facteurs, dont la génétique, le mode de transmission, l'attitude à l'égard de la vie et l'adaptation au statut VIH. Bien que la progression habituelle soit celle indiquée par des flèches en gras, certaines personnes sautent une étape ou retournent à l'étape précédente, en particulier avec les thérapies antirétrovirales. Cependant, bien que la progression dure de 8 à 15 ans, en Afrique, souvent c'est moins que cela en raison de la pauvreté. Il est clair, cependant, que, après la séroconversion, chaque personne développe un point de consigne de charge virale. Si la charge virale est faible, la progression de la maladie du VIH (c'est-à-dire la destruction du système immunitaire) est lente et les symptômes cliniques et les infections opportunistes menant à la mort apparaissent tardivement. La connaissance des cinq étapes discutées est inestimable pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA[19] (Magezi, 2007 : 26). Cependant, à ce stade, nous devrions nous demander quels sont les facteurs responsables de la vaste propagation de l'épidémie africaine ?

[19] La discussion de la réponse pastorale pertinente à chaque niveau est discutée dans le cadre de la guérison du VIH / SIDA (Chapitres 4).

3.3.8 Manifestations cliniques du VIH/SIDA.

3.3.8.1 Considération générale des manifestations cliniques du VIH/SIDA

Les six précédents points dans cette étude des perspectives médicales du VIH/SIDA, ont porté sur la définition et description du VIH/SIDA, l'origine du VIH/SIDA, la cause du VIH/SIDA, l'épidémiologie du VIH/SIDA, les modes de transmission, l'évolution naturelle de l'infection à VIH.

L'objectif de ce présent point est de présenter la compréhension actuelle des vastes manifestations cliniques du VIH/SIDA. Normalement, les personnes contaminées par le VIH ne connaissent pas pour la plupart qu'elles ont été infectées, parce qu'elles ne se reconnaissent pas malades aussitôt après avoir été contaminées et aucune manifestation clinique n'est présente. Pourtant, certaines personnes manifestent, au moment de la séroconversion, le syndrome rétroviral aigue qui est une maladie qui semblable à une mononucléose avec la fièvre légère, des rougeurs, des douleurs articulaires et des ganglions lymphatiques (Blyth & Garland, 2011 : 23).

Autant que possible, lorsque l'infection au VIH occasionne ou non des symptômes précoces, une personne contaminée par le VIH est très infectieuse pendant cette étape débutante et peut transmettre le virus à d'autres personnes. La seule facon de connaitre si le VIH est présent dans le corps d'une personne est de lui demander de se faire dépistage des anticorps du VIH ou du VIH lui-même par un test. Après que le virus ait occasionné une détérioration graduelle du système immunitaire, une fragilité développée aux infections favorisera la manifestation de symptômes. La rapidité avec laquelle les personnes infectées par le VIH, développent le SIDA varie considérablement d'un individu à l'autre. Sans thérapeutique les personnes infectées par le VIH développent pour la plupart des signes de maladies liées au VIH dans les 5-10 ans, mais le délai entre l'infection par le VIH et le diagnostic du SIDA peut être de 10-15 ans, parfois un peu plus long. Le traitement antirétroviral peut freiner l'évolution de la maladie vers le sida en réduisant la charge virale d'une personne infectée. (Hoffman & Grenz, 1999 :104-106).

Comme on l'a déjà noté, le terme SIDA a été développé pour décrire un nouveau trouble affectant les jeunes adultes en bonne santé qui ont été signalés avec des symptômes des infections inhabituelles ainsi qu'une forme rare de cancer de la peau appelée sarcome de Kaposi (Friedman-Kien et *al*.,1981 : 30, 250-52).

Ces conditions avaient été décrites précédemment uniquement chez les patients qui avaient une immunosuppression occasionnée par d'autres causes, y compris des médicaments anticancéreux chimio-thérapeutiques ou des maladies sous-jacentes qui suppriment l'immunité cellulaire, comme diverses malignités (c'est-à-dire les leucémies et les lymphomes). En outre, presque tous les premiers patients décrits proviennent de certains groupes de personnes dont les habitudes ou leurs modes de vie semblaient les mettre en danger pour cette maladie (homosexuels et consommateurs de drogues).

La définition initiale du SIDA a été proposée par le Centre pour le contrôle et prévention des maladies (CDC) avant la découverte du VIH et comprenait des patients atteints d'un certain nombre d'infections opportunistes, telles que Pneumocystis cariini pneumonia ou avec le cancer connu sous le nom de sarcome de Kaposi. (Gottieb et al., 1981 :31, 507-14).

Deux dispositions exclusives ont d'abord été énoncées : 1) que le sida ne pouvait être diagnostiqué que si d'autres causes de déficience immunitaire étaient exclues ; et 2) dans le cas du sarcome de Kaposi, le patient devait être âgé de moins de soixante ans (puisque le Kaposi était connu pour affecter principalement les personnes âgées dans la population non-sida). Comme la définition du sida était inadéquate et nécessiterait une révision, l'identification du VIH comme la cause du sida lié au nombre ne croissant de personnes ayant subi un test de dépistage du virus, a permis une clarification de la question (United State.CDC, 1982 : 31,507-14).

Le dépistage du VIH a permis d'inclure des maladies opportunistes supplémentaires dans le groupe de personnes atteintes du SIDA, ce qui a contribué à élargir l'image globale du sida lui-même. De plus, il y avait un nombre croissant d'individus identifiés à partir des mêmes groupes à haut risque que les patients atteints du sida qui étaient séropositifs mais qui avaient des manifestations sévères (connu sous le nom de complexe lié au SIDA ou ARC). Ces manifestations comprenaient, comme nous l'avons indiqué plus haut, des phénomènes tels que le gonflement des ganglions lymphatiques (lymphadénopathie), la perte de poids, la fièvre nocturne, la faiblesse, la fatigue et la diarrhée. Il a également été noté que beaucoup de ces individus avec des « manifestations moindres » avaient le même abaissement de leur nombre de lymphocytes T-helper et que certains ont continué à développer le sida. (Gottlieb et *al.*, 1983 : 99,208).

En plus des patients atteints du sida et des ARC, d'autres groupes de personnes séropositives, appartenant aux mêmes groupes à haut risque, se sentaient complètement en bonne santé et n'avaient pas de symptômes défavorables. À cette époque, toute une gamme de maladies a été observée, allant du manque total de symptômes à la maladie très grave menaçant la vie. Le fil conducteur de tout cela était la présence du VIH. Par conséquent, même si « le SIDA » est devenu le mot d'ordre de cette épidémie, il faut mettre en évidence et souligner les maladies liées au VIH, dont le SIDA est la manifestation la plus sévère.

Il est donc impérieux de connaitre les signes les plus courant du SIDA, pour être en mesure de fournir aux malades et à la population des explications adéquates. Plusieurs symptômes et signes ont été notés et répertoriés suivant les critères dits de Bangui et avec la classification du CDC et de l'OMS. (PNMLS, 2015).

3.3.8.2 Classification de Bangui ou critères de Bangui

Dans les critères de Bangui, les manifestations cliniques du SIDA sont classées en signes majeurs et signes mineurs (classification de Bangui). Cette définition a été développée pour permettre de faire le diagnostic de SIDA en l'absence de moyens diagnostiques de laboratoire.

Le SIDA est défini par la présence chez un adulte, de 2 critères majeurs associés à au moins un critère mineur. Le sarcome de kaposi et /ou la méningite à cryptocoque, étant des critères suffisants (Module de formation des conseillers en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA Septembre 2004 : 19-21).

Tableau 3-2: Classification des signes cliniques du SIDA (critères de Bangui)

Adultes et Adolescents	**Enfants**
La présence d'au moins 2 signes majeurs et 1 signe mineur définit un cas de SIDA	La présence d'au moins 2 signes majeurs 2 signes mineurs définit un cas de SIDA
Signes majeurs	**Signes majeurs**
Perte de poids anormale de plus de 10%	Perte de poids ou croissance lente
Diarrhée chronique pendant plus d'un mois	Diarrhée chronique de plus d'un mois
Fièvre prolongée de plus d'un mois	Fièvre prolongée de plus d'un mois

Tableau 3-3:

Signes mineurs	Signes mineurs
Toux persistante pendant plus d'un mois	Toux persistante
Dermatose prurigineuse généralisée	Eruption cutanée généralisée
Antécédents de zona (herpes zostères) Herpès simplex généralisé chronique	Infections courantes récidivants (otites, pharyngites.)
Candidose de l'oropharynx	Candidose de l'oropharynx
Adénopathie généralisée	Adénopathie généralisée

NB :

- Chez l'adulte la Méningite a cryptococcose et/ou le Sarcome de Kaposi sont deux maladies suffisantes pour le diagnostic du sida.

- Chez l'enfant, ces signes sont d'autant plus suggestifs que l'un des parents (ou les deux) sont également malades.

Ces signes ne sont pas spécifiques à l'infection à VIH. Plusieurs maladies, le plus souvent sans aucune gravité, peuvent donner les mêmes manifestations. Ce qui doit faire penser à la possibilité de l'infection à VIH, c'est le caractère persistant (plusieurs semaines et récidivant) et inexpliqué des signes chez une personne qui a pu être exposée au virus. C'est pourquoi, il faut que le diagnostic soit posé par une personne compétente.

Parmi les enfants nés infectés c'est-à-dire avec le VIH, 20 à 50% vont développer la maladie (le SIDA) habituellement autour du 8eme mois. Tous les enfants nés de mères infectées ont une sérologie positive à la naissance. 80% deviendront séronégatifs avec le temps après avoir éliminé les anticorps de la mère. Il est donc indiqué pour les enfants nés de mères VIH positives d'attendre au moins l'âge de 12 à 18 mois avant de faire le test.

Il faut signaler encore une fois que, tous les signes majeurs et mineurs ne sont pas spécifiques de SIDA, car on peut également les retrouver dans d'autres maladies. C'est pourquoi, le diagnostic de confirmation repose sur le test VIH au laboratoire. Il faut également signaler que les classifications de l'infection à VIH ont une valeur pronostique. Elles supposent que le diagnostic d'infection à VIH ait été confirmé par la sérologie. Les

apparences physiques sont trompeuses. Alors pour dire qu'une personne est infectée, il faut un test de dépistage au laboratoire (PNMLS, 2004a : 19-21).

3.3.8.3 La classification clinique de l'infection à VIH/SIDA selon l'OMS

La classification selon l'OMS ; detrmine les manifestations cliniques du SIDA suivant les catégories ou stades, qui sont arretés par la présence d'une pathologie ou de manifestations cliniques données du stade asymptomatique au stade symptomatique majeure ou du SIDA (1 à 4) pour la classification OMS, (A à C) pour la classification CDC. Quand un patient se trouve au stade 2, 3 ou bien B ou C selon la classification utilisée, et qu'il guérit de la pathologie pour laquelle il a été classé dans ce stade, il ne peut pas être reclassé au stade précèdent (PNMLS, 2004a : 126).

3.3.8.3.1 Classification en stades cliniques de l'infection et de la maladie VIH chez l'adulte et adolescent (stade clinique de l'OMS)

Les étapes du développement du VIH sont classées en fonction de l'apparition de certains signes, symptômes, infections et cancers tels que déterminés par l'OMS.

- Primo-infection au VIH : peut-être asymptomatique ou vécue comme un syndrome rétroviral aigue

- Stade clinique 1 :

1. Patient asymptomatique

2. Adénopathie persistante généralisée

Degré d'activité 1 : patient symptomatique, activité normale

- Stade clinique 2. Inclut :

3. Perte de poids mineure, inférieure à 10% du poids corporel

4. Infections récurrentes (récidivantes) du tractus respiratoire (sinusite, angine, otite moyenne, pharyngite)

5. Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire, éruptions papuleuses prurigineuses)

6. Zona, au cours des 5 dernières années

Et degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

- Stade clinique 3. Inclut :

7. Perte de poids sévère inexpliqué supérieure à 10% du poids corporel

8. Diarrhée chronique inexpliquée, pendant plus d'un 1 mois

9. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus d'un mois

10. Candidose buccale (muguet)

11. Leucoplasie chevelue buccale

12. Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente

13. Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite, empyème, ostéite, infection ostéoarticulaire, méningite sepsis)

14. Stomatite aigue ulcero-necrotique, gingivite ou périodontite

15. Anémie inexpliquée en dessous de 8g/dl, Neutropénie et ou Thrombocytopénie chronique

Et /ou Degré d'activité 3 : Patient alité, < 50% de la journée pendant le dernier mois

- Stade clinique 4. Inclut : 22 infections opportunistes qui peuvent être traitées facilement chez les personnes en bonne santé.

16. Syndrome cachectique du VIH, selon la définition des CDC.

17. Pneumonie à pneumocystis carinii ou Pneumocystose pulmonaire ; manifestation la plus courante du sida maladie ; se manifeste par la toux sèche, dyspnée d'effort et altération de l'état général contrastant avec une auscultation pauvre.

18. Pneumonie bactérienne sévère récurrente

19. Infection a herpès simplex chronique oro-labiale, génitale ou anorectale d'une durée > a 1 mois ou viscérale à n'importe quel site

20. Candidose de l’œsophage, de la trachée, des bronches et des poumons
21. Tuberculose extra pulmonaire
22. Sarcome de Kaposi (SK)
23. Infection a cytomégalovirus (rétinite, ou infection d’autres organes : foie, rate, ganglions lymphatiques)
24. Toxoplasmose du système nerveux central
25. Encéphalopathie à VIH selon la définition de CDC(b)
26. Cryptococcose extra pulmonaire incluant la méningite
27. Infection à mycobactérium non tuberculeux disséminée
28. Leuco encéphalopathie multifocale progressive
29. Cryptosporidiose chronique accompagnée de diarrhée
30. Isosporose chronique
31. Mycose disséminée (histoplasmose extra pulmonaire, coccidiomycose)
32. Sepsis récurrents incluant salmonellose non typhique
33. Lymphome (cérébral ou non hodgkinien a cellules B)
34. Carcinome invasif du col utérin
35. Leishmaniose atypique disséminée
36. Néphropathie associée au VIH symptomatique ou cardiomyopathie

Et/ou Degré d’activité 4 : patient alité >50% de la journée pendant le dernier mois

Remarque : les diagnostics sont acceptables, qu’ils soient de certitude ou présomptifs.

NB - (a) Le Syndrome cachectique du VIH : perte de poids >10% du poids du corps, plus diarrhée chronique inexpliquée (>1mois), ou asthénie chronique accompagnée de fièvre prolongée inexpliquée (>1mois).

-(b) L'Encéphalopathie à VIH : Manifestations cliniques consistant en un dysfonctionnement cognitif et/ou moteur incapacitant, perturbant les activités quotidiennes, évoluant depuis plusieurs semaines à plusieurs mois, en l'absence d'affection ou de maladie concomitante non due au VIH et susceptible d'expliquer le tableau clinique (PNMLS, 2004a : 126).

3.3.8.3.2 Classification CDC

C'est la classification la plus utilisée en Europe et aux Etats-Unis. Elle tient compte des pathologies développées par le patient ainsi que le taux de lymphocytes CD4.

- Le système de classification de l'infection VIH pour les adultes et adolescents.

Tableau 3-4: Classification des signes cliniques selon CDC 1993

Nombre de lymphocytes TD4+	**Catégories cliniques**	**Catégories cliniques**	**Catégories cliniques**
	(A)	(B)	(C)
	Asymptomatique, primo-infection ou LGP	Symptomatique sans critères (A) ou (C) B1 B2 B3	Sida
>500/mm3	A1	B1	C1
200-499mm3	A2	B2	C2
<200/mm3	A3	B3	C3

Correspondance entre valeur absolue et pourcentage des lymphocytes CD4+ : CD4> =500/mm3 :>=29% ; D4=200-499/mm3 : 14-28% ; CD4<200/mm3 :<14%.

LGP : Lymphadénopathie11 généralisée persistante (PNMLS, 2004a :127).

3.3.8.4 LE SIDA MALADIE

Quand peut-on dire qu'une personne souffre de SIDA MALADIE ? L'acronyme SIDA s'applique aux stades les plus avancés de l'infection au VIH, définis par l'apparition de l'une des nombreuses infections opportunistes (plus de 20) ou de cancers liés au VIH.

En outre le CDC considère qu'il y a SIDA MALADIE, si le nombre de cellules T4 est inférieur à 200 mm^3 de sang. Cette phase est caractérisée donc par des infections opportunistes et certains cancers, ainsi que les manifestations liées à l'atteinte des organes spécifiques (Blyth & Garland, 2011 : 27-28).

3.3.8.4.1 Atteinte pulmonaire

Pneumocystose pulmonaire : l'agent causal est pneumocystis cariini. C'est la manifestation la plus courante du SIDA et se manifeste par la toux sèche, la dyspnée d'effort, et l'altération de l'état général qui contraste avec une auscultation pauvre.

La tuberculose.

Les infections à mycobactéries atypiques.

La pneumopathie interstitielle à cytomégalovirus.

Les champignons.

3.3.8.4.2 Atteinte du système nerveux centrale (SNC)

Toxoplasmose cérébrale, due au Toxoplasmose gondii, et dont la forme typique est une encéphalite.

Méningite à cryptocoque.

Encéphalite herpétique a cytomégalovirus à VIH.

Autres manifestations : démence complexe, myélopathie vacuolaire, Syndrome de Guillain-Barre, polynévrite sensitive.

3.3.8.4.3 Atteinte digestive

Hormis les candidoses oro-pharyngo-œsophagiennes et les diarrhées chroniques à salmonella, shigella, Campylobacter, giardia, et Entamoeba hystolitica, les autres agents opportunistes sont :

Les cryptosporidies

Cytomégalovirus

Mycobactérie avium intercellulaire

Les lésions hépatiques du SIDA

La localisation du sarcome de kaposi

3.3.8.4.4 Atteinte cutanée

Sarcome de kaposi : Il s'agit de nodules ou de plaques cutanées bleues ou brunes d'aspect angiomateux, unique ou multiples siégeant aux extrémités surtout des membres inférieurs.

Leucoplasie chevelue de la langue : Plaque blanchâtre des bouts de la langue d'aspects chevelu et sous la dépendance d'EBV.

3.3.8.4.5 Les manifestations d'origine virale

Herpès simplex virus

Les virus à varicelles Zostère (VVZ)

Papillomavirus

Apovarus

Molluscum contagiosum

3.3.8.4.6 Les manifestations d'origine mycosique

Candidose

Folliculites

3.3.8.4.7 Les autres manifestations

La rétinite à CMV

Péricardites et myocardites

Le purpura thrombopénique idiopathique

Les lymphomes malins hodgkiniens

3.3.8.4.8 Les infections bactériennes

Pneumocoques

Hemophilus influenza

Les salmonella non typhiques

Nocardia et Listeria.

3.3.9 Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV).

3.3.9.1 Généralités sur la prise en charge des PVV

Nous utiliserons l'approche de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVV) pour parler de traitement du VIH/SIDA, dans ce chapitre.

Le mot traitement signifie des choses différentes pour différentes personnes et dans le domaine du sida, cela pourrait être appliqué de diverses façons. Un médecin sage a dit une fois : « Je ne peux pas guérir toutes les personnes qui entrent dans mon bureau, mais je peux aider chaque personne qui vient à moi dans le besoin ». Traiter les patients atteints du VIH/SIDA est en grande partie les aider à faire face au caractère multidimensionnel de cette maladie. Bien que le SIDA ressemble à bien des égards à d'autres maladies chroniques, comme certaines formes de cancer, il représente un défi unique pour le médecin et les autres personnes qui y prennent part (Hoffman & Grenz, 1999 : 121).

Le VIH/SIDA n'est pas seulement une maladie physiquement dévastatrice, mais il est aussi psychologiquement, socialement, financièrement et spirituellement écrasant. Par conséquent, pour « soigner » une personne atteinte du SIDA, il faut avoir un profond sentiment à la fois de la personne et de ceux qui sont proches de lui. Parce que les problèmes sont multiples, l'approche doit être multidisciplinaire, impliquant tous les aspects des soins : la santé physique et psychologique, les aspects sociaux, économiques, juridiques, éthiques et spirituels, ainsi que des ressources de la famille, de la communauté et de l'Eglise pour son soutien. Beaucoup de personnes appartenant à de différents domaines apportent leur meilleur savoir-faire, la compassion et les soins aux patients atteints du VIH/SIDA et leurs proches. Pour étudier la prise en charge des PVV, cependant, les considérations sur le traitement du VIH/SIDA seront limitées ici à la

discussion de la prise en charge médicale, la thérapie anti-retro virale, la prise en charge nutritionnelle et le domaine du développement de vaccins anti VIH.

Selon l'Association des fabricants pharmaceutiques, le nombre de sociétés développant des thérapies contre le VIH/SIDA et des approches diagnostiques croît à un rythme rapide (Hoffman & Grenz, 1999 **:**121).

En septembre 1989, cinquante-cinq entreprises développaient ou codéveloppaient des produits différents, ce qui représentait une augmentation de quinze compagnies sur une période de deux ans. Il y avait soixante-sept médicaments et vaccins en étude, une augmentation de 14% par rapport à l'année qui précédée.

Ces types de données montrent qu'il y a eu un effort concerté de l'industrie pharmaceutique pour faire face à la crise du SIDA. En effet, le Dr Gerald A. Mossinghoff, président de l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques à l'époque a déclaré que « nos sociétés ne se sont jamais mobilisées plus rapidement et plus fortement contre une maladie » (Hoffman & Grenz, 1999 **:**122).

Malgré le nombre d'entreprises impliquées et le nombre de produits développés, les perspectives immédiates d'impact significatif sur le VIH et le SIDA semblent être optimistes au mieux. En effet, il n'y a eu qu'un seul médicament approuvé par la FDA pour être utilisé dans la suppression directe du VIH, et ce n'est pas un remède.

La thérapie pour le SIDA peut être divisée en trois sections : la première regroupe les médicaments utilisés pour traiter les maladies indicatrices du SIDA et de l'ARC[20], y compris les infections opportunistes et les tumeurs malignes ; la deuxième rassemble les thérapies qui agissent directement pour combattre ou inhiber le VIH lui-même ; la troisième est la zone des vaccins.

3.3.9.2 La Prise en charge des infections opportunistes

Les gens affectées par le VIH/SIDA, connaissent des divers problèmes liés généralement à l'évolution chronique de l'infection à VIH. Parmi ces problèmes, certains peuvent

[20] ARC :(Complexe lié au SIDA) Stade de l'infection par le VIH chez les personnes qui ont développé des signes physiques et / ou des symptômes. En général, l'ARC est considéré comme une étape de l'infection à VIH qui prévaut les manifestations terminales du virus (SIDA).

provenir à la suite d'infections opportunistes et demandent une prise en charge médicale classique. Mais d'autres problèmes par contre peuvent être d'ordre social, professionnel, éducationnel, psychologique, spirituel ou émotionnel. Par conséquent, les conseillers dans le domaine de prise en charge et de dépistage, devront en plus d'appliquer les mesures de prevention de la transmission de l'infection à VIH, identifier les besoins de leurs clients et tenter de leur pourvoir le soutien le plus adapté et le plus indiqué possible.

La connaissance des principes de base de la prise en chage des infections opportunistes est très importante de connaître. Malgré que les besoins en matière de prise en charge des personnes infectées évoluent au fur et à mesure que la maladie progresse et que les choix de traitements changent selon les ressources disponibles (Blyth & Garland, 2011 : 106-107).

Le conseiller en matiere de prise en charge doit connaitre les principes de base suivants :

- Dans les milieux où le taux du VIH/SIDA est élevé, plusieurs personnes qui ont des maladies sexuellement transmissibles (IST) sont déjà infectées par le VIH. Bien entendu, reconnaître et soigner les IST dans ce groupement constitue une méthode énergique de combattre la transmission de l'infection à VIH.

- Une personne séropositive est disposée à développer plusieurs affections opportunistes comme, la tuberculose pulmonaire, la pneumonie bactérienne, la salmonellose et les dermatoses (maladies de la peau).

- Les nombreuses affections que les personnes vivant avec le VIH/SIDA développent dans les hopitaux sont guérissables généralement par des médicaments classiques.

- Pour permettre d'améliorer la qualité de vie de personnes affectées par le VIH/SIDA, une prise en charge rapide et efficace des affections opportunistes est recommandée, ce qui pourrait contribuer à ralentir l'évolution de la maladie. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être ardemment encouragées à se faire rapidement traiter lors de la manifestation de toute infection opportuniste.

- Le conseiller en matière de prise en charge doit entrevoir le besoin de soins palliatifs tout au long de l'évolution de toute infection par le VIH.

- Les aides médicamenteuses peuvent être catégorisées ainsi :

- La prevention par les médicaments des infections opportunistes
- La thérapie des infections opportunistes
- La therapie antirétroviral

Le conseiller en matière de prise en charge doit connaitre très bien des services officiels et privés de prise en charge existant dans la communauté. Il peut ne pas être capable de traiter les maladies liées ou associées à l'infection à HIV, mais il doit être capable de connaitre quand et spécialement où référer chaque client en cas d'exigence pour qu'il profite d'une prise en charge appropriée.

Les personnes affectées par le VIH/SIDA cherchent habituellement des informations à propos de des possibilités thérapeutiques en liaison avec l'évolution de leur état sanitaire. Le conseiller doit être compétent pour leur donner l'information la plus véridique possible par rapport à l'évolution de la science au moment de leur rendez-vous. C'est donc raisonable, voire nécessaire, que le conseiller mette fréquemment à jour ses connaissances concernant le traitement des malades VIH/SIDA et sur les moyens thérapeutiques disponibles dans sa situation particulière.

3.3.9.3 La prophylaxie des infections opportunistes

La prevention et la thérapie des affections opportunistes changent selon les différentes régions du monde. L'accès aux médicaments indispensables constitue un aspect sérieux de cette entité de soins des PVV. La prophylaxie des infections opportunistes chez les PVV comporte des mesures pour leur empêcher d'être exposer aux microbes pathogènes responsables de ces infections, la vaccination et chimioprophylaxie pour prévenir la survenue d'infections débutantes ou répétitives. La recommandation de ces mesures de prévention présuppose que le conseiller sache la source de ces agents pathogènes dans le milieu quotidien. Pourtant, certaines mesures peuvent être facilement envisagées. Le conseiller peut interdire aux PVV d'etre en contact avec les tuberculeux, de ne pas consommer le lait non aseptisé ou les aliments non preparés ou non cuits qui sauraient favoriser des salmonelloses et / ou la toxoplasmose cérébrale, de très mauvaise prévisions vitaux (qui exposerait la vie en danger).

Le médicament indiqué pour la prophylaxie des infections opportunistes est le COTRIMOXAZOLE (Bactrim), Ce produit a fait l'objet de vives recommandations (Blyth & Garland, 2011 : 107-108).

- Aux malades tuberculeux.

• Aux malades du VIH/SIDA vus aux stades 2, 3, 4 de la catégorisation de l'OMS 1990 sur les seuls critères cliniques, c'est-à-dire les patients symptomatiques dès les premiers signes.

- Aux patients se trouvant au stade 1 de la même classification, c'est-à-dire les patients asymptomatiques, si le taux de CD4 est inferieur a 500/mm3.

- Aux grands enfants où les conditions d'ordonnance médicale sont les mêmes que chez l'adulte.

La recommandation de la prise quotidienne du Cotrimoxazole chez l'adulte en cas de toute absence de contre-indication suivante connue : allergie aux sulfamides, premier trimestre de la grossesse. Chez le nouveau-né, le Cotrimoxazole suspension est recommandé.

Au moins 90% des cas chez les personnes disposant d'une immunodépression avancée, Les infections opportunistes sont la cause immédiate de décès. La plupart de ces infections sont causées par des microbes généralement non virulents qui font partie de la flore microbienne commensale. Leur connaissance est insuffisante et de nouveaux germes à la base d'infections opportunistes continuent d'être décrits (PNMLS, 2004a : 43).

3.3.9.4 Le traitement des infections opportunistes

Même si le nombre de nouveaux cas et la répartition des infections opportunistes changent suivant les régions, les infections suivantes sont généralement rencontrées en RDC : la tuberculose, la bactériémie à salmonelles non typhiques, la candidose, les infections virales : herpès génital et zona, la pneumocystose, le prurigo etc... (PNMLS, 2004a : 43-45).

Les infections opportunistes d'origine bactérienne ou parasitaire sont traitées avec plus ou moins de réussite selon la promptitude de la prise en charge thérapeutique. Chez le

patient immunodéprimé, la manifestation des infections opportunistes est très souvent atypique, se présentant sous forme disséminée. La présence simultanée de deux ou plusieurs affections n'est pas exceptionnelle. La disponibilité de médicaments essentiels est un facteur important de prise en charge de ces infections opportunistes.

3.3.9.5 La thérapie antirétrovirale et vaccin anti VIH

Depuis la déclaration de la découverte du VIH jusqu'à ce jour, aucun traitement curatif n'a été mis au point, le VIH ayant un caractère très mutant du virus. Cependant, il existe une therapie palliatif (qui ne guérit qu'en apparence), fait des médicaments antirétroviraux. Ce médicament permet de diminuer la prolifération du virus. Cette therapie se donne suivant des schémas bien précis, car c'est toujours une association de trois voire quatre médicaments qui sont recommandés par des médecins formés dans ce domaine.

3.3.9.5.1 Le traitement antirétroviral

Depuis la mise en évidence du VIH jusqu'à ce jour, des grands efforts ont été fournies pour des traitements capables de stopper la réplication virale. Les antirétroviraux (ARV) sont devenus de puissants moyens pour combattre contre le VIH en empêchant sa réplication ces dix dernières années. Malencontreusement ces médications sont incapables de le détruire et de l'éliminer de l'organisme.

Les ARV sont regroupes en trois familles : les inhibiteurs de la reverse transcriptase, les inhibiteurs de la protéase et les inhibiteurs de la fusion. Les inhibiteurs de la reverse transcriptase représentent la première classe d'ARV qui ont démontré une activité chez les patients infectés par le VIH. Ce groupe est divisé en trois sous-groupes qui sont les analogues nucléotidiques (Zidovudine ou AZT, Didanosine ou di Zalzitabine ou ddC, etc.), les inhibiteurs non nucléotidiques (Névirapine, Delavirdine, Loviridine etc. et les nucléotidiques.

A leur intronduction sur le marché, remarquablement les antirétiviraux ont donné de grands espoirs aux Etats-Unis en 1987. Fort malheureusement, l'AZT a brusquement présenté ses limites dues surtout au développement de résistances (Hoffman & Grenz, 1999 **:**122).

Des nouvelles études ont mis en évidence un plus grand avantage des ARV en termes de désintégration virale et d'augmentation de la durée de vie des PVV en associant les trois médicaments (trithérapie) ARV ou plus. Lorsque ces trois médicaments sont combinés, ils sont capables d'empêcher la reproduction virale et de diminuer la charge virale à un seuil indécelable. Mais leur coût supérieur les redonnait par le temps passé inabordable pour beaucoup des malades des pays de faible rendement. Aujourd'hui, les formes génériques, tout en n'étant pas à la disposition de la majorité des malades, sont un peu plus accessibles à nos populations.

La morbidité et la mortalité liées au VIH ont considérablement été réduites grâce à la découverte et l'introduction d'anti protéase dans les protocoles thérapeutiques. La trithérapie a permis une diminution draconienne du taux de mortalité par le VIH/SIDA et un effondrement sérieux du nombre d'hospitalisations liées au VIH/SIDA.

Pour entrevoir, une forte réduction de la mortalité et de la morbidité par le VIH/SIDA suite à ce succès relatif, les discussions récentes envisagent la combinaison de quatre, voire plus d'ARN. Les recherches sont donc en cours pour éclairer la communauté scientifique sur le rendement et les effets indésirables de ces nouvelles stratégies et les résistances qu'elles pourraient emmener (Hoffman & Grenz, 1999 **:**124).

Tableau 3-5: Critères d'initiation du traitement ARV en RDC.

Lymphocytes CD4	Autres indicateurs	Traitement
>350/mm3	-stades cliniques A & B -stades clinique C	Différer Commencer
200-350/mm3	Chute rapide desCD4 (>50/mm3/3mois) ou Charge virale haute (>100000 copies/ml -autres	Commencer Non
<200mm3	Quel que soit le stade clinique	Commencer

3.3.9.5.2 Le vaccin anti VIH

La production d'un vaccin inoffensif, agissant et financièrement accessible est l'objectif à long terme visé par la communauté scientifique. Plusieurs vaccins sont présentement à l'étude, leur mise à la disposition de la population prendra encore de nombreuses années. Faudrat-il encore qu'ils soient efficaces. Le grand changement virale (types, groupes, sous-types), la difficulté de reconnaissance et de fixation des antigènes viraux, le retard d'apparition d'une immunité protectrice sont là les obstacles et le renlatissement opérationnels (Hoffman & Grenz, 1999 **:**122).

3.3.9.6 La prise en charge nutritionnelle

La morbidité et la mortalité des PVV sont impactées d'une manière importante par l'état nutritionnel. Les carences nutritionnelles, la malnutrition et la perte de poid sont généralement observées chez ces patients.

Le statut nutritionnel du malade est compromis gravement au cours de l'évolution de l'infection à VIH, par l'apparition des phénomènes de conservation hydrique intra et extracellulaires, des malabsorptions liées à des épisodes de diarrhées, des complications oro-œsophagiennes, des nausées et vomissements et de la fièvre. La malnutrition sévère qui accompagne souvent le SIDA augmente la morbidité avec une dèterioration importante de la qualité de vie des PVV. La malnutrition est incriminée d'être à la base d'une réduction importante de l'immunité en tant que facteur favorisant.

Avec une bonne prise en charge nutritionnelle on a donc l'avantage de différer le dysfonctionnement du système immunitaire, d'amender la qualité de vie, de rétablir le poids corporel et de prolonger significativement la durée de vie. A cet effet, une bonne prise en charge des PVV récemment découvertes passe par une appréciation de l'état nutritionnel suivie d'un counseling nutritionnel (Hoffman & Grenz, 1999 **:**123).

3.3.9.7 Prise en charge psychologique

3.3.9.7.1 Soutien psychologique

La plupart des plaintes que les PVV présentent au service dépistage du VIH sont liés à l'annonce du résultat. A cause de cela, il ne faudrait pas ignorer que le plus souvent, les

clients qui viennent pour la première fois éprouvent des inquiétudes qu'ils n'auront pas dominées après le pré-test. Par exemple le client realise qu'il est peut-être infecté après avoir discuté du risque d'avoir contracté le VIH, cela le trouble extrmêment. Dans ce cas, le conseiller a l'obligation d'expliquer à son client que le soutien d'aide continue jusqu'à l'annonce du résultat. Il accompagnera donc son client quel que soit son résultat si ce dernier a besoin de son soutien. Le client peut présenter plusieurs sortes de réactions à l'égard d'un résultat de test de dépistage du VIH principalement lorsque celui-ci est positif. Le client peut être fâché, inquiet ou terrifié ; il peut s'irriter, présenter la dépression, avoir des tendances autodestructrices etc. Le conseiller doit se préparer pour faire face à ces diverses réactions et motiver son client à garder sa sérénité.

3.3.9.7.2 Réactions psychologiques

L'inffection à VIH comporte des conséquences psychologiques liées à l'incertitude et à la difficulté d'ajustement du client par rapport à la maladie. Il est difficile de prévoir les réponses et les réactions lorsqu'on communique un résultat positif et durant la séance d'entretien d'aide. Le conseiller doit donc donner toute son attention aux réactions des clients surtout au cours de la communication d'un résultat positif. Son rôle sera de les soutenir et à les assister d'une manière positive.

Les réactions les plus habituelles que j'ai observées dans l'exercice de ma fonction de médecin sont les suivantes :

• La colère

Le client peut avoir un comportement autodestructeur ou rechercher à offenser les autres. Il peut également se sentir martyre du sort et extérioriser ouvertement sa colère. La colère peut être exhibée lorsque le client se sent prisonnier de la maladie en fait allusion à toutes les pressions qu'il va subir pour rester en bonne santé.

- La peur

La peur est l'émotion qui défie le plus souvent les clients séropositifs. Les clients ont peur d'être rejetés, de mourir, de laisser leur famille et leurs enfants sans revenus. Ils ont une grande peur des effets de la maladie sur leurs facultés physiques.

- Le sentiment de culpabilité

La personne peut se sentir responsable et croire qu'il a infecté d'autres personnes. Il peut se culpabiliser de la souffrance que sa maladie infligera à sa famille ou à ses proches.

- La dépossession

La personne a de temps à autre l'impression d'avoir tout perdu, son état sanitaire, sa profession, ses projets, ses ambitions, ses relations etc.

- Le choc

Lorsque la personne apprend que sa vie est en péril, elle peut faire un choc, qui est une réaction tout à fait naturelle. Sous le choc, la personne peut manifester l'instabilité, étre troublé, émotionné, se sentir misérable. En général la personne pense que c'est la fin de sa vie et de tous ses projets.

- Le déni

La personne n'accèpte pas son résultat ainsi que les imputations de son statut de séropositif au VIH. Lorsqu'il n'arrive pas toujours à accpter et continue à persister dans son déni, cette dernière attitude peut constituer un obstacle aux changements de comportement.

- La dépression

Une personne qui n'est plus maître de son existence, risque de sombrer dans la dépression. Pour la plus-part des cas, les personnes qui sont informées qu'elles sont infectées au VIH réstent négatifs. Le stress lié à l'annonce d'un résultat positif peut léser la stabilité psychosociale de la personne.

La personne peut sombrer dans la dépression pour diverses raisons : le changement de traitement, la perte de l'emploi, la stigmatisation, les problèmes de finance, l'évolution vers les divers stades de la maladie, le changement de l'apparence physique etc. finance etc.

Le conseiller a le rôle important d'aider les personnes séropositives à s'autogérer et à vivre positivement.

- Les préoccupations d'ordre spirituel :

Generalement les personnes vivant avec le VIH/SIDA, trouvent un grand réconfort dans l'assistance spirituelle. Cette dernière aide à surmonter la colère, la peur de la mort, le sentiment de culpabilité, etc.

Le conseiller doit être attentionné d'une manière particulière aux réactions des ces personnes surtout lors de l'annonce et particulièrement dans le cas d'un résultat positif. La difficulte de bien interpréter le soutien spirituel à l'égard de ce type de préoccupations des pesonnes souffrant du VIH/SIDA, est l'objet principal de l'étude présente.

3.3.9.7.3 Les moments de crise dans le counseling

Pendant le counseling, il peut y avoir des moments de crise lorsque la personne se sent extrêmement en danger, stupéfiée par ce qui lui arrive, troublée émotionnellement, decouragée parce qu'il ne voit aucune solution à son problème.

Devant une telle situation le conseiller doit : rester calme, écouter attentivement, commenter les sentiments, les craintes ou les efforts du client pour résoudre le problème, croire en la sincérité du client, être rassurant et soutenir le client.

Le conseiller ne doit pas perdre son sang-froid, être désinvolte, être sur sa défensive, montrer une fausse assurance, donner des directives.

3.3.9.7.4 Les éléments de la situation de crise et les techniques de contrôle

La responsabilité du conseiller comprend l'aide de son client en le soutenant dans son besoin selon les éléments de la situation de crise ou il se rétrouve et en lui donnant l'opportunité de révéler ce qu'il ressent par rapport à cette situation, quelles que soient les réactions,

Le conseiller a l'obligation de reprendre certaines informations que le client n'arrive pas à accepter ou ne semble pas comprendre à cause de sa dépression.

Noter que quand le client emploie ses propres ressources psychologiques ainsi que les techniques qu'il a retenues pendant le counseling, il parvient à s'adapter à la situation de crise. Il est ainsi dans la phase d'approbation.

3.3.9.7.5 Soutien Psychosocial

Le soutien psychosocial est nécessaire dans la prise en charge des PVV, de leurs familles et de leur entourage. Les personnes révélées séropositifs doivent admettre leur résultat et vivre avec le VIH en acceptant la stimatisation, la discrimination, les longues périodes de maladie, le déséquilibre financier, aux nombreux problèmes psychologiques etc.

L'aide psychologique amène une solution aux besoins sociaux et psychologiques des personnes vivant avec le VIH, de leurs familles et des personnes qui prodiguent les soins.

Elle contribue dans les aspects suivants : La prise en chargeet le développement de plans d'action individuels, le counseling individuel (Pré-test, post-test), de groupe, le counseling pastoral en rapport avec la communauté, les groupes d'auto assistance et réseaux de personnes vivant avec le VIH, le soutien économique, la prise en charge à domicile, l'assistance aux orphelins et aux autres enfants vulnérables, Le soutien spirituel et émotionnel et l'accompagnement.

3.3.9.7.6 Prise en charge et développement de plans d'action individuels

Les personnes affectées par le VIH connaissent de nombreux problèmes émotionnels, spirituels et économiques qui surgissent tout au long des diverses étapes de l'infection. L'aide sociale doit réussir à gèrer les services du système social gouvernemental et non gouvernemental. A cause de cela, il faut apprécier les besoins du client, former un plan d'action individuel avec le client et garantir les services de suivi. La prise en charge tiendra compte des besoins de chaque personne pour contribuer avec une assistance et développer un plan d'action. Pour la prise en charge il faut identifier ressources sociales disponibles.

3.3.9.7.7 Soutien économique

Le VIH/SIDA est une affection qui rend pauvre. Plusieurs personnes perdent leur travail à cause des crises et épisodes fréquents de maladies, mais aussi à cause de la stigmatisation et de la discrimination dont ils sont victime. Cela met en jeux la stabilité financière des PVV et compromet leur équilibre familial. En plus, en Afrique, les assurances maladies ne sont pas à la disposition de toutes les personnes vivant avec VIH. Dans beaucoup pays la prise en charge des malades hospitalisés est à charge de

la famille. Bien souvent, il s'agit de la femme sans moyens financier qui est quelquefois elle-même malade. Les familles sont pauvres et vulnérables par rapport aux conséquences du VIH/SIDA. Afin de subvenir au besoin en médicaments à la PVV pour le traitement des maladies opportunistes ou les traitements antirétroviraux, la famille se dépouille et se retrouve ensuite sans ressources. Il est donc important de renforcer les capacités financières des familles africaines. Les besoins presentés par les PVV sont nombreux ordres et de plusieurs ordres : médicaments, logement, nourriture, vêtements, soins divers, travail, spirituel, accompagnement, etc.

Le conseiller doit faciliter le PVV à identifier les services et organisations de soutien matériel. Il doit coopérer avec les differents ONG, le gouvernement et les partenaires sociaux au développement. Il lui est demmandé de référer les PVV auprès de structures spécialisées et de groupes d'auto assistance.

3.3.9.7.8 Groupes d'auto assistance et les réseaux de personnes vivant avec le VIH

L'association des personnes vivant avec le VIH est à encourager, elle renforce la solidarité entre elles. Il est souhaitable que le groupement associatif dispose des conseillers qui sont des personnes infectées par le VIH à son sein. Les réseaux des PVV permettent aux malades de ne plus se sentir marginalisés et distincts des autres personnes non infectées. En plus, les activités développées au sein de ces réseaux vont dans le sens de l'amélioration de la qualité de vie des clients séropositifs.

3.3.9.7.9 Prise en charge à domicile.

Dans le cadre de prise en charge des PVV, l'organisation des soins à domicile est importante. Elle concourt à répondre à la carence des ressources au niveau des structures sanitaires. Les soins à domicile favorisent le désengorgement des structures sanitaires et évitent aux PVV d'être exposés aux infections hospitalières appelées ; nosocomiales. Cependant, il faut au préalable s'assurer de l'accord du client (Dixon, 2010 :110). Les soins et visites à domicile sont un mouvement développé au sein de l'environnement familial tout en y associant des actions de prévention. Nous développerons l'aspect de soins à domicile dans le chapitre quatre de ce travail.

3.3.9.7.10 Assistance aux orphelins et aux autres enfants vulnérables du VIH/SIDA

Afin d'éviter que les enfants vunérables ne succombent à la drogue, à l'isolement social et à la délinquance juvenille, le moyen indiqué est de répondre à leurs besoins psychosociaux. Il s'agit de : l'éducation, la nourriture, l'insertion sociale etc.

Les besoins psychosociaux des enfants vulnérables et des orphelins sont démesurés et complexes. Les enfants doivent faire face à l'épreuve de voir leur parent malade ou mourant. Ils sont perturbés par l'esprit d'avoir à subir la même souffrance et la même mort. La maladie de leur(s) parent(s) pose des problèmes socio-économiques qu'ils sont dans l'impossibilité de résoudre.

Ils ont besoin d'un soutien psychosocial et cela peut se faire à travers l'école, l'éducation pour la santé ou d'autres activités communautaires. Les parents affectés devront être appuyés dans leur charge et les enfants doivent avoir l'occasion de révéler leurs craintes et leurs frayeurs. Ils doivent également être entrainés sur la façon de prendre soin de leur(s) parent(s) malade(s). Lorsque les parents meurent, l'enfant doit être soutenu et bénéficié une assistance économique pour éviter qu'il ne sombre dans l'isolement, la dépression, et la pauvreté.

Le besoin de la reinsersion des enfants orphelins au sein de leur famille élargie, leur communauté ou dans des familles d'accueil est imperieuse.

3.3.9.7.11 Reference des PVV

Référer ou transférer un malade, c'est le conduire ou l'orienter vers une structure de soin ou d'aide selon son besoin présent. Pour cela, Le conseiller doit être informé et connaître des structures de référence avec lesquelles le centre de dépistage doit collaborer, et les critères de recrutement de ces structures. C'est-à-dire qu'il doit appréhender l'importance pour une structure de dépistage volontaire d'être en relation avec d'autres structures pour un meilleur encadrement de PVV. Ce système de référence qu'il soit formel ou informel a besoin d'être informé pour un meilleur suivi des clients.

3.3.9.7.12 Soutien spirituel

Le rôle du soutien spirituel est de renforcer les services de counseling. Ce soutien est accessible dans les communautés religieuses. Les institutions religieuses sont de plus en plus engagées dans les programmes relatifs au VIH/SIDA à travers le soutien pastoral,

la prise en charge à domicile et des actions de prévention. Le soutien spirituel se fait avec l'aide des communautés religieuses auxquelles les malades appartiennent.

La plus-part des PVV présentent l'intérêt d'être soutenues spirituellement à un certain moment de leur maladie. Le conseiller veuillera aux croyances du PVV et respectera sa volonté. Les groupes religieux apportent le soutien indispensable pour faire répondre aux frayeurs liées à la question de la mort et assistent les malades à se délivrer de leurs frustrations et à mieux se sentir. Cet aspect de soutien spirituel sera développé largement dans le chapitre 5 de ce travail.

3.3.10 Prévention et contrôle du VIH/SIDA.

La prévention constitue la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA. En effet l'épidémie du VIH est en grande partie liée au comportement individuel. La base de la prévention réside dans l'information correcte des individus et de la communauté sur le VIH/SIDA, ainsi que dans l'engagement dans la lutte contre ce fléau. Si vous savez que vous n'êtes pas porteur du virus, après avoir fait un examen de dépistage de la présence des anticorps contre le VIH dans votre corps, vous devez faire ce qu'il faut pour vous en préserver. La prévention est donc vitale aujourd'hui, pour éviter d'être infecté par le VIH et sauver des vies en attendant que les scientifiques trouvent un remède pour détruire ce virus (Blyth & Garland, 2011 :75). Les moyens de prévention suivants sont à respecter scrupuleusement pour éviter d'être infecté par le VIH.

3.3.10.1 Les moyens de prévention.

3.3.10.1.1 La prévention de la transmission par voie sexuelle.

La meilleure façon d'éviter le SIDA est la suivante : pas de rapports sexuels avant le mariage, pas de rapports sexuels en dehors du mariage. Sans aucun doute ceci est l'approche par excellence pour éviter le SIDA. En outre c'est la solution recommandée par Dieu (Blyth & Garland, 2011 : 76).

Pour les personnes sexuellement actives, la prévention est basée sur :

La promotion du changement de comportement. (Abstinence, fidélité mutuelle, mono partenaire dans la connaissance préalable des statuts sérologiques des partenaires). La fidélité mutuelle à un(e) seul (e) partenaire séronégatif.

Quand un homme et une femme se marient vierges, et que ni l'un ni l'autre n'a reçu de transfusion de sang infecté, il est très peu probable qu'ils soient infectés par le SIDA. Ils ne peuvent donc pas passer l'infection du VIH l'un à l'autre. D'ailleurs, il suffit que les deux partenaires dans le mariage ne fassent l'amour que l'un avec l'autre pour qu'il n'existe aucun risque qu'ils acquièrent le VIH par activité sexuelle. En Ouganda, on se sert des slogans suivants : « Aimez fidèlement » et « Pas ailleurs » pour décrire ces rapports fidèles entre un mari et une femme (Blyth & Garland, 2011 : 76).

Les paroles de Josh McDowell, dans « Why wait ?» (Pourquoi attendre ?), font réfléchir : « si aujourd'hui vous avez des rapports sexuels avec une femme, vous avez des rapports sexuels non seulement avec elle, mais avec toutes les personnes avec lesquelles elles auraient pu avoir des rapports sexuels pendant les dix dernières années et tous leurs partenaires sexuels en plus ». Toutes les fois que vous avez des relations sexuelles avec quelqu'un, vous vous exposez à tous les germes qu'ils ont attrapés de leurs autres partenaires sexuels.

Les prostituées courent un risque plus grand d'être infectées que les autres. Des chiffres récents montrent que, par exemple dans les grandes zones urbaines (les grandes villes) d'Afrique du Sud et du Ghana, la moitié des prostituées sont infectées par le virus. Au Nigeria et au Kenya le chiffre est de 30%. Bref, en Afrique il est probable que quelqu'un qui a des relations sexuelles avec une prostituée va attraper le VIH, même si la prostituée a l'air d'être tout à fait en bonne santé (Blyth & Garland, 2011 : 76).

L'éducation sur l'usage correct du préservatif masculin ou féminin permet de prévenir efficacement la transmission du VIH, notamment :

- La promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif à chaque rapport sexuel à risque.

- La prévention, l'identification et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).

- Le dépistage volontaire du VIH.

- Pour les jeunes enfants et les adolescents qui constituent un groupe vulnérable, commencer l'éducation sexuelle tôt avant qu'ils n'adoptent des habitudes sexuelles difficilement réversibles (exemples : partenaires multiples, rapports sexuels non

protégés). Les jeunes doivent être encouragés à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel, à s'abstenir des rapports sexuels avant le mariage et sinon à utiliser correctement un préservatif au cours de tout rapport sexuel.

3.3.10.1.2 La prévention de la transmission par voie sanguine.

Toute unité de sang à transfuser doit être testée au préalable pour le VIH et autres agents infectieux transmissibles par le sang parmi lesquels : -Les virus : VHBs (virus de l'hépatite B), VHC (virus de l'hépatite) ; - les parasites : plasmodium, trypanosomes, microfilaires ; les bactéries : tréponème pallidum

Organisation d'un recrutement de donneurs à faible risque qui sont négatifs aux tests et qui soient fidélisés et suivis.

L'éducation sur l'usage correct du préservatif masculin ou féminin permet de prévenir efficacement la transmission du VIH, notamment :

- La promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif à chaque rapport sexuel à risque.

- La prévention, l'identification et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).

- Le dépistage volontaire du VIH.

- Pour les jeunes enfants et les adolescents qui constituent un groupe vulnérable, commencer l'éducation sexuelle tôt avant qu'ils n'adoptent des habitudes sexuelles difficilement réversibles (exemples : partenaires multiples, rapports sexuels non protégés). Les jeunes doivent être encouragés à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel, à s'abstenir des rapports sexuels avant le mariage et sinon à utiliser correctement un préservatif au cours de tout rapport sexuel.

Ne jamais partager les seringues et les aiguilles entre plusieurs personnes.

Utiliser chaque fois une seringue et une aiguille à usage unique, ou une seringue et une aiguille bien stérilisée selon les directives en la matière.

Que les instruments de toilette tranchants (ciseaux, tondeuses, coupe ongle…) soient désinfectés à la chaleur ou avec un antiseptique avant d'être utilisé à une personne (Blyth & Garland, 2011 : 77).

La prévention ne sera efficace que par la mise à la disposition des malades du sang sécurisé pour des transfusions sanguines dont les indications auront été posées correctement. La sécurisation du sang nécessite le recrutement de donneurs à moindre risque et la prise en compte de la période d'incubation dans le processus de sélection des poches de sang à transfuser. Le rôle critique des injections (intramusculaires et intraveineuses) et des pratiques rituelles (scarifications, tatouages, circoncisions, excisions, toilettes de cadavres etc.) l'aseptie ne doit pas être négligé.

Dans la mesure du possible, la règle de base consiste à éviter le moindre contact entre la peau et le sang ou tout autre fluide corporel du malade. Il ne faut pas utiliser les objets coupants, piquants et tranchants tels que : les lames, les seringues, etc. en commun. Pour désinfecter les objets, on peut utiliser l'alcool à partir de 70%, l'eau de javel diluée (1 mesure d'eau de javel pour 9 mesures d'eau du même récipient) (Blyth & Garland, 2011 : 78).

Dans le contexte médical, les mesures d'hygiène en milieu de soins ne doivent pas être ignorées pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES). Dans ces conditions, il est tout à fait licite de considérer toutes les mesures d'hygiène, lors d'un geste professionnel (examen physique, prélèvement, injection, perfusion, pose de sonde, endoscopie (examen du tube digestif avec un appareil), intervention chirurgicale, massage, toilette, etc.) comme potentiellement dangereux en termes de contamination pour le personnel de santé, quel que soit le degré de l'exposition (massive, intermédiaire, minime).

Toute exposition lors d'un geste professionnel impose des gestes immédiats (valable en cas d'exposition sexuelle) : le suivi de l'accident et une chimioprophylaxie antirétrovirale en fonction du statut sérologique du patient-source. Les gestes immédiats à pratiquer à l'instant ou le même jour, porte le nettoyage et la désinfection de la plaie, la déclaration de l'accident du travail si possible, l'évaluation du risque en fonction du patient-source et la prise ou non de la décision d'une prophylaxie antirétrovirale (Blyth & Garland, 2011 : 79).

En résumé :

Exclure des donneurs de sang à risque.

Dépistage sérologique lors du don de sang.

Chauffage des dérivés sanguins.

Diminution des prescriptions de transfusions.

Ne pas partager les aiguilles, les seringues et les autres matériels pour les injections (tout objet tranchant).

Port de gants pour les actes quotidiens à risque.

Changement des gants après chaque contact avec un malade.

Port de masque et de lunettes en cas de risque d'éclaboussure en chirurgie.

Prévoir un container (poubelle) pour y jeter les aiguilles et seringues.

Apres contamination de la peau, lavage immédiat par des désinfectants (Eau oxygénée 0,3%, Alcool à 50%, Eau de javel 0,1%, Glutaraldéhyde 1%, Chaleur 56%).

3.3.10.1.3 La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

3.3.10.1.3.1 Les mesures préventives à appliquer :

Aussi bien au cours de la grossesse que pendant le travail, l'accouchement et la période d'allaitement. Ces mesures ont déjà été partiellement évoquées plus haut :

Proposer le service de conseils et de dépistage volontaire au cours des consultations prénatales.

Donner de la Névirapine comme prophylaxie.

Eviter les pratiques à risque et les actes invasifs durant le travail et l'accouchement.

Faciliter la prise en charge des mères et des familles vivant avec le VIH en assurant les liaisons entre le traitement, les soins et le soutien.

Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons.

Il est donc important de s'assurer que toutes les femmes enceintes passent un test de dépistage. Si une femme enceinte est diagnostiquée positive au VIH, les médecins vérifient d'abord si elle a besoin d'un traitement antirétroviral.

Elle nécessite une mobilisation et une sensibilisation de la communauté aux risques de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant. Les femmes séropositives doivent être dotées de moyens nécessaires pour leur permettre de mettre en place une planification familiale afin d'éviter les grossesses non désirées. Ce qui annulerait le risque de transmission verticale. Pour ceux qui sont déjà enceintes, des schémas chimio-prophylactiques utilisant les ARV existent à l'heure actuelle pour réduire de manière significative la transmission pré- et intra-partum du VIH de la mère a son bébé. La prise de médicament sera évoquée dans la rubrique de traitement.

Pour faire face à la transmission post-partum liée à l'allaitement maternel, l'alimentation artificielle exclusive doit être conseillée en tenant compte du contexte familial, culturel, des conditions d'hygiène et des moyens financiers de la future maman.

3.3.10.1.3.2 Les Pratiques de réduction du risque associé à l'allaitement

Il existe des pratiques qui réduisent les risques associés à l'allaitement maternel des bébés dont les mères sont séropositives (UNICEF, le VIH et l'alimentation infantile, 2002).

Ecourter la durée de l'allaitement. La mère pourrait arrêter l'allaitement de l'enfant après seulement cinq ou six mois au lieu de continuer pour une période de 12 à 24 mois. Le bébé bénéficiera toujours du premier lait maternel et le risque du VIH sera réduit.

La mère qui allaite devrait donner au bébé le lait maternel seulement et rien d'autre, surtout durant les trois premiers mois. Elle ne devrait donner à son bébé aucune eau, aliment ou liquide, vu que ceux-ci peuvent permettre au VIH contenu dans le lait de la mère de passer plus facilement dans le corps de l'enfant.

Prévenir et traiter tous les problèmes de seins. Les blessures de mamelons et les infections des seins (seins douloureux, et chaux) sont susceptibles de transmettre le VIH au bébé.

Prévenir l'infection VIH chez les mères qui allaitent. Un bébé est en grand danger si la mère devient infectée (c'est-à-dire qu'elle contracte le VIH pour la premier fois) durant les mois où elle allaite.

Soigner les plaies et les inflammations ou les muguets se trouvant dans la bouche de l'enfant aussitôt que possible. Les plaies dans la bouche sont des portes qui peuvent permettre aux virus d'entrer dans le corps de l'enfant.

Consulter un médecin ou un centre de traitement VIH sur la possibilité de recevoir une thérapie de médicaments antirétroviraux pour la mère qui allaite, le bébé ou les deux (Blyth & Garland, 2011 : 63).

Au moment où nous écrivons, nous pensons que ceci peut être efficace et pratique dans certains cas, mais il est trop tôt pour en parler avec certitude.

3.3.10.1.4 Les modes de non transmission.

3.3.10.1.4.1 Les voies par lesquelles le SIDA ne se propage pas

Beaucoup de gens me disent qu'ils ont peur de s'approcher de quelqu'un qui a le SIDA. Ils s'éloignent des maisons des personnes vivant avec le VIH et reculent devant l'idée de les toucher et craignent pour leur santé, disent-ils. D'autres ne veulent pas serrer la main de leurs voisins qui ont le SIDA. C'est vraiment très triste. L'ignorance et la peur empêchent beaucoup de chrétiens de prodiguer des soins et de témoigner l'amour de Jésus Christ aux personnes ayant le VIH/SIDA.

Nous avons dit ci-dessus que le VIH se propage lorsque le sang d'une personne infectée ou le fluide (du vagin ou pénis) entre en contact avec le sang ou la membrane muqueuse d'une personne en bonne santé. Toutefois, à cause de l'ignorance et de la peur du SIDA, certaines personnes pensent qu'elles pourront attraper le SIDA même en travaillant près de quelqu'un qui a le SIDA. D'autres ont une peur mal fondée pensant qu'ils peuvent contracter le SIDA en mangeant dans un restaurant où le cuisinier est infecté du VIH ou en utilisant les mêmes installations sanitaires que les malades du SIDA.

Les gens vivant avec le VIH/SIDA, ont un grand besoin de l'amour du Christ et veulent voir la manifestation pratique de cet amour dans leurs vies. Jésus Christ a touché un lépreux « souillé » que personne d'autre ne pouvait toucher (Matthieu 8 :1-4 ; Marc 1.40-45 ; et Luc 5.12 et 16). Si Jésus Christ était ici en Afrique aujourd'hui, il prendrait surement soin des exclus et les toucherait lorsque personne d'autre ne voudrait le faire (Matthieu 25.31-46). Le message est abasourdissant. Jésus enseigne que lorsque nous prenons soin des autres qui sont malades, nous prenons soin de Jésus lui-même.

La bonne nouvelle au sujet du VIH/SIDA est qu'il ne se propage pas d'une personne à une autre par un contact social ordinaire. Cela signifie que nous pouvons fréquenter les personnes ayant le VIH/SIDA sans peur d'infection. Nous pouvons même vivre auprès d'eux sans aucune peur. Nous pouvons serrer leurs mains, les embrasser, faire du sport avec eux, partager la même chambre à coucher, les mêmes tasses, plats et cuillères, porter les mêmes habits, utiliser les mêmes essuie- mains, nous baigner dans la même rivière ; utiliser les mêmes peignes et toujours ne pas être en danger d'être infecté par le virus. Nous pouvons prendre les mêmes moyens de transport public, nous asseoir dans la même salle de classe, même être près d'une personne ayant le VIH/SIDA lorsqu'elle éternue, mais ne pas être infecté par le virus. Nous savons aussi qu'aucun type d'animaux ou insectes ne peut propager le SIDA (Blyth & Garland, 2011 : 93-94).

Le VIH ne sera pas transmis dans la vie quotidienne normale ni dans les activités de chaque jour, s'il n'y a pas de contact sexuel et du sang infecté.

3.3.10.1.4.2 Ce qui ne transmet pas le VIH.

- La salive, les larmes, la sueur et autres liquides corporels ne transmettent pas le VIH : malgré la présence du VIH dans la salive et les larmes, il n'y a aucun cas de transmission documenté par ces voies.
- Le baiser sur la joue ne comporte aucun danger.
- Ustensiles souillés (cuillères, verres, fourchettes etc.) ou par l'absorption d'eau de piscine ou de baignoire.
- Les contacts et gestes de la vie courante ne présentent absolument aucun danger particulier.
- Manger dans une même assiette ou boire dans le même verre qu'une personne porteuse du VIH.
- Manger un plat préparé par une personne atteinte.

En effet, lorsqu'on ingère un liquide ou aliment contenant hypothétiquement du VIH, il est rapidement et totalement détruit par les acides dans l'estomac. Certains pourront faire le parallèle avec l'enfant qui peut pourtant être contaminé en avalant le lait de sa mère contaminée. Le cas est ici très différent car d'une part le lait maternel de la mère séropositive contient une concentration élevée de VIH et d'autre part le tube digestif du nouveau-né n'a pas encore achevé sa maturation et est donc vulnérable.

- Serrer la main.

Utiliser les même toilettes ou douches, une fontaine publique, un téléphone public.

Se retrouver ensemble au cinéma, à la piscine, au travail, recevoir des amis, rendre visite à un malade à l'hôpital.

Utiliser les mêmes vêtements, mélanger le linge à laver, etc.

Aller à l'école ensemble, jouer et rester dans une même classe qu'un enfant séropositif.

Des nombreuses études dans les familles où vit une personne séropositive n'ont révélé aucune transmission par les contacts de tous les jours.

Les moustiques ne peuvent pas transmettre le VIH. Ceci est montré par les différents arguments : dans des familles de personnes infectées, on ne retrouve de personnes contaminées par l'infection que chez les partenaires sexuels et les enfants nés d'une mère porteuse du VIH. Si les moustiques transmettaient l'infection on trouverait aussi le VIH chez les autres membres de la famille, car les insectes piquent tout le monde sans distinction. Quand il pique le moustique n'injecte pas le sang, il suce plutôt le sang d'une personne et ce sang va dans l'estomac. Lorsqu'il pique une autre personne il n'injecte pas le sang de la première personne chez la seconde, mais seulement de la salive à partir de ses glandes salivaires, dans laquelle se trouvent des substances anticoagulantes. La salive du moustique ne contient pas de VIH. Contrairement au paludisme, le virus ne se développe pas chez le moustique. Le VIH se multiplie seulement dans les cellules humaines. Enfin, la quantité de VIH contenue dans la trompe du moustique est de toute manière extrêmement faible. (Blyth & Garland, 2011 : 75-76).

Que dire du sang autour de l'aiguillon du moustique ? Les scientifiques nous disent que la trompe du moustique est si fine qu'elle ne peut absorber que très peu de sang, pas assez pour causer une infection. Et puis, il est rare qu'un moustique pique une deuxième personne immédiatement après la première personne. Il se repose plutôt pour digérer son repas.

Tous ces facteurs montrent pourquoi cette maladie n'est pas transportée par les moustiques (centre pour le contrôle et la prévention de la Maladie (CCM). Le VIH et sa transmission (Chiu *et al.,* 2017).

Les animaux domestiques ne transmettent pas le VIH : ils ne sont pas des porteurs du VIH et ne peuvent donc le transmettre.

3.3.10.2 Bref aperçu sur la protection par la circoncision contre le VIH

Des recherches menées en Afrique du Sud, en Ouganda et au Kenya en 2007 suggèrent fortement que la circoncision masculine réduit le risque d'infection des hommes par le VIH d'environ 60 pour cent. Jusqu'à 6 millions de nouvelles infections au VIH et 3 millions de décès pourront être évités au cours des prochaines années si tous les hommes étaient circoncis en Afrique subsaharienne. (Dixon, 2010 : 80)

Il existe plusieurs raisons susceptibles d'expliquer pourquoi la circoncision produit cet effet. Le prépuce crée un environnement humide dans lequel le VIH peut survivre pendant longtemps. De même, si le prépuce est retiré, la peau au sommet du pénis a tendance à s'endurcir et devenir plus résistante à l'infection. Raison pour laquelle le plaisir sexuel est plus marqué chez la femme lorsqu'elle pratique l'acte sexuel avec un homme circoncis que lorsqu'elle le fait avec un homme non circoncis. (Dixon, 2010 : 80)

Pour empêcher la transmission du VIH, la circoncision est cependant beaucoup moins efficace que le préservatif. Utilisé avec cohérence et à long terme, les préservatifs présentent une efficacité d'au moins 80% alors que la circoncision empêche seulement environ 60% des infections. Pour être exécutée dans des conditions sûres, la circoncision exige un personnel formé, une clinique propre et des instruments stériles. En Afrique, son coût varie entre 20 et 375 euros par personne. (Dixon, 2010 : 80)

Si la confiance peut devenir excessive chez certains quant à la protection apportée par la circoncision, d'autres personnes y sont farouchement opposées (notamment les hindous et les Sikhs). En outre, beaucoup d'organismes militent pour la suppression des mutilations sexuelles féminines, une tradition qui reste répandue dans certaines régions en voie de développement. La promotion de la circoncision masculine pourrait compliquer la lutte contre les mutilations génitales féminines. (Dixon, 2010 : 80).

3.3.11 Les autres maladies sexuellement transmissibles (MST)[21] ou Infections sexuellement transmissibles (IST)

Nous ne pouvons pas parler du VIH/SIDA sans pour autant évoquer les autres infections sexuellement transmissibles. Parce que ces dernières sont étroitement liées au VIH/SIDA

[21] Quelquefois les IST sont appelées IST (Infections sexuellement transmissibles) ou MV (maladie vénérienne). Une maladie conduit à une autre.

par leurs modes de transmission qui sont les mêmes, elles constituent un facteur favorisant l'infection à VIH. Au début du vingtième siecle, il y avait quatre maladies sexuellement transmissibles (MST) connues, mais aujourd'hui nous en connaissons un nombre plus grand. Les MST les plus courantes sont : la blennorragie, la chlamydia, la syphilis, le trichomonas. Les verrues génitales, les herpes génitales et les infections de l'hepatite B et C. Certaines de ces maladies peuvent se transmettre par d'autres voies non sexuelles.

Les IST permettent facilement au VIH de passer d'une personne à l'autre. Ceci est dû en partie à la présence des plaies (ulcères) et des irritations que ces infections causent dans le vagin et sur le pénis. De la même manière que le SIDA devient plus fréquent, les autres IST se propagent aussi rapidement. Une personne avec une IST quelconque doit être testée pour le VIH. Une personne infectée par le VIH qui a aussi une maladie sexuellement transmissible a de fortes chances de passer le VIH aux autres partenaires sexuels. Une personne qui n'a pas le VIH mais qui a une IST à de fortes chances d'attraper le VIH d'un nouveau partenaire infecté. Une IST non traitée risque fort de réduire la durée de vie d'une personne avec le VIH (Blyth & Garland, 2011 : 105-106).

3.3.11.1 Définition et modes de transmission des IST

Les Infections sexuellement transmissibles (IST) sont des maladies dont la transmission se fait d'une personne porteuse de microbes pathogènes à une personne saine lors de rapports sexuels non protégés (sans utilisation de condom). Toutes fois, ces maladies peuvent se transmettre par d'autres voies en dehors de la voie sexuelle (cas de la syphilis). Les IST sont causées par différents micro-organismes / microbes (bactéries, virus, protozoaires). Certaines IST peuvent être traitées, d'autres non (Blyth & Garland, 2011 : 76).

Les IST sont des infections très fréquentes et mondialement répandues. L'OMS estime que l'on rencontre chaque année 333 millions de nouveaux cas des IST guérissables. Les plus fréquentes sont la gonococcie (62 millions), le trichomonas (170 millions). Les IST comptent parmi les cinq raisons les plus fréquentes pour lesquelles les adultes cherchent à se faire soigner (Blyth & Garland, 2011 : 76).

3.3.11.2 Modes de transmission

Les IST se transmettent lors de rapports sexuels dans 90% des cas. Cette transmission peut se faire au cours de rapports homo ou hétérosexuels. Les autres modes de transmission sont:

- La transmission de la mère à l'enfant : pendant la grossesse (Syphilis) et à l'accouchement (Gonococcie, chlamydiose).
- La transmission sanguine : transfusion de sang ou autres contacts avec le sang ou des produits sanguins contaminés (syphilis).

3.3.11.3 Manifestations cliniques des IST

Bien que les IST soient nombreuses, leurs manifestations peuvent être regroupées en syndromes. Un syndrome c'est l'ensemble de symptômes et de signes qui permettent d'identifier une entité clinique (dans le cas des IST l'agent ou le groupe d'agents pathogènes responsables de l'infection). Cette procédure d'identification permet de traiter les IST, dont certains sont guérissables, sans avoir recours aux examens de laboratoires (souvent impossibles en périphérie) pour poser le diagnostic.

Bien qu'il existe plus d'une vingtaine de types de microorganismes pouvant se propager par voie sexuelle, les différentes IST ont tendance à produire des symptômes et des signes similaires et peuvent être alors regroupées en syndromes. Un syndrome étant un ensemble de symptômes et signes (Blyth & Garland, 2011 : 106).

Le tableau ci-dessous présente les syndromes les plus courants et les IST qui les causent.

Tableau 3-6: Tableau syndromique de l'approche syndromique des IST en RDC

SYNDROME	SYMPTOMES	SIGNES	ETIOLOGIE
		• Ecoulement vaginal • Inflammation vaginale • Inflammation cervicale	• Vaginite -Trichomonas -Candida albicans • Cervicite -Gonorrhée -Chlamydia

SYNDROME	SYMPTOMES	SIGNES	ETIOLOGIE
Ecoulement vaginal	• Ecoulement vaginal • Démangeaison génitale • Dysurie (douleur à la miction) • Douleurs pendant le rapport sexuel		
Ecoulement urétral	• Ecoulement urétral. • Dysurie. • Mictions Fréquentes. • Sensation de picotement urétral.	• Ecoulement urétral.	-Gonorrhée -Chlamydia
Ulcération génitale	• Lésions génitales	• Ulcère génital • Ganglions inguinaux hypertrophies	-Syphilis -Chancre mou -Herpès génital
Douleurs abdominale basse	• Douleurs abdominales • Douleurs pendant les rapports sexuels	• Ecoulement vaginal • Sensibilité abdominale basse au palper • Température>38ºC	-Gonorrhée -Chlamydia -Infections mixtes aérobies et anaérobies
Tuméfaction scrotale	• Douleurs au scrotum et/ou tuméfaction	Tuméfaction du scrotum	Gonorrhée -Chlamydia
Bubon inguinal	• Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux.	• Tuméfaction ganglionnaire fluctuation	-Chancre mou. Lymphogranulomatose vénérien.

SYNDROME	SYMPTOMES	SIGNES	ETIOLOGIE
Conjonctivite du nouveau-né	• Paupières enflées • Ecoulement purulent	• Œdème des paupières • Ecoulement purulent	• Gonorrhée • Chlamydia

3.3.11.4 Les complications et conséquences des IST

Un traitement tardif des IST peut conduire à des problèmes sanitaires d'une longue durée, et surtout causer des dommages à l'appareil reproducteur conduisant à l'infertilité. Ceci voudrait dire qu'un couple ne pourrait pas concevoir d'enfants à cause de l'endommagement des trompes ou de l'utérus même de la femme. Un traitement tardif ou absence de traitement des IST peut conduire à une grossesse ectopique (développement de fœtus dans la trompe). Ceci est généralement la cause de l'endommagement des trompes par la chlamydia ou la blennorragie. Une syphilis non traitée peut disparaître pour causer seulement plus tard des problèmes tels que l'endommagement du cœur et du cerveau des années après. Une blennorragie non traitée peut causer des problèmes des yeux et la cécité chez les nouveau-nés, pendant que la chlamydia de la mère peut causer une pneumonie chez les petits enfants (Blyth & Garland, 2011 : 108).

Certains IST n'ont pas de traitement et peuvent causer des situations pénibles. En plus de douleurs sévères que cause l'herpès génital chez l'adulte, elle peut aussi causer une infection fatale chez les nouveau-nés. Le virus qui cause les verrues génitales peut aussi conduire au cancer du cerveau chez les femmes. L'hépatite B peut causer chez l'adulte des lésions et une insuffisance hépatique ainsi qu'un cancer du foie : en plus l'hépatite B est transmise de la mère au bébé (Blyth & Garland, 2011 : 108).

3.3.11.4.1 Les complications chez l'homme

Epididymite : inflammation et stérilité masculine des testicules. En l'absence de traitement, 10% à 30% des patients souffrant d'une urétrite gonococcique développent une épididymite qui rend 20% à 40% de ces hommes stériles.

Prostatite : inflammation de la prostate.

Rétrécissement de l'urètre.

Les causes majeures des complications chez l'homme sont la gonococcie et l'infection à chlamydia (Magezi, 2007 : 24).

3.3.11.4.2 Les complications chez la femme

Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) : Ce syndrome est principalement causé par des infections de la sphère génitale basse, qui infectent par la suite, l'utérus, les trompes, les ovaires et le pelvis. Les séquelles de ce syndrome sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez les femmes.

La gonococcie et l'infection à chlamydia : sont les principales causes de cette inflammation. Il faut aussi se rappeler que la chlamydia ne peut pas être diagnostiquée par un laboratoire périphérique.

Stérilité féminine : C'est une des complications les plus fréquentes et les plus dévastatrices des IST chez les femmes. La stérilité est causée par des lésions cicatricielles des trompes dont la plupart sont dues à la gonorrhée, la chlamydiose et probablement une vaginose bactérienne propagée à la sphère génitale haute entrainant une maladie inflammatoire pelvienne. En l'absence de traitement, il est reconnu qu'entre 55% et 85% des femmes qui souffrent de maladies pelviennes peuvent devenir stériles. S'agissant de la stérilité et l'inflammation pelvienne, l'OMS rapporte une relation importante entre ces deux complications des IST. Dans une étude effectuée au Zimbabwe, 84% de 135 femmes stériles suite à une inflammation des trompes de Fallope avaient eu une histoire de l'infection pelvienne. (Magezi, 2007 : 24).

Grossesse ectopique : Cette complication qui peut s'avérer fatale est également associée à une maladie inflammatoire pelvienne contractée dans le passé. La conséquence en est une grossesse ectopique qui se produit quand il y a une obstruction partielle des trompes de Fallope. Un rapport de Population rapporte que, dans les pays en développement, la grossesse ectopique est responsable de 1% à 5% du nombre total de la mortalité maternelle. Le cancer du col constitue le premier cancer génital chez les femmes des pays en voie de développement.

Les conséquences néfastes durant la grossesse : Les conséquences des IST sur la grossesse comprennent l'avortement, la mort dans l'utérus, et le faible poids à la

naissance, par prématurité ou retard de croissance dans l'utérus. Chez les hommes et les femmes, la complication la plus redoutable des IST est la stérilité (Magezi, 2007 : 24).

3.3.11.4.3 Complications chez l'enfant

Syphilis congénitale : Dans 40% des cas, la syphilis congénitale entraîne des accouchements prématurés, des avortements et la mort périnatale.

Conjonctivite congénitale : surtout en cas de gonococcie ou de chlamydiose avec comme conséquence la cécité. A défaut de traitement préventif, entre 20% à 50% des enfants exposés à la gonorrhée au cours de l'accouchement développent une ophtalmie néonatale. Infections pulmonaires.

Septicémie

Infections pulmonaires (surtout à chlamydia trachomatis)

3.3.11.4.4 Les conséquences

Toutes ces vérités montrent que les MST ne devraient pas être prises à la légère et que ni les préservatifs ni les médicaments ne sont une solution définitive. Même si les gens qui s'engagent dans une vie sexuelle désordonnée peuvent éviter le VIH, ils risquent quand même de mourir ou souffrir continuellement d'une autre maladie dangereuse. Ils peuvent aussi transmettre ces maladies aux partenaires et aux enfants. La seule réponse à toutes ces maladies est de dire « non aux relations sexuelles en dehors du mariage ».

Comme nous l'avons déjà dit précédemment, les pasteurs, les responsables des jeunes des Eglises et les parents ont une responsabilité envers les jeunes qui sont à leur charge et cette responsabilité est de les enseigner à suivre le chemin que Dieu a tracé pour leurs vies. C'est un privilège et une responsabilité pour les chrétiens de promouvoir la vie physique et spirituelle de tous. Les pasteurs doivent constamment remettre les gens sur le droit chemin qui mène à la vie, c'est-à-dire suivre la volonté de Dieu. Le désordre sexuel ne conduit pas seulement au SIDA mais a beaucoup de chagrin dans le mariage du aux problèmes d'infertilité. Beaucoup de problèmes dans le mariage qui surviennent suite à l'infertilité de la femme, auraient pu être évités si les jeunes restaient sexuellement purs.

Le fardeau social et économique des IST est énorme. D'une part, en raison des coûts directs engendrés par les traitements et d'autre part, en raison de la baisse de productivité due aux congés maladie, aux incapacités de travail et aux décès prématurés de personnes touchées par les IST (Magezi, 2007 : 24).

3.3.11.5 La Prise en charge des IST

La prise en charge d'un patient porteur d'IST, comme nous avons commencé à le traiter plus haut, doit comporter obligatoirement :

- Le traitement précoce (au premier contact).

- Des conseils et une éducation du patient pour un changement du comportement.

- Le traitement de tous les partenaires (sujets contacts).

Cependant, il est à noter que la prise en charge des IST est un véritable défi. Nous évoquerons ici quatre des nombreux problèmes qui se posent :

-Difficulté de changer de comportement sexuel

Tout changement de comportement est difficile. La connaissance d'un fait n'entraîne pas toujours un changement de comportement. La difficulté que pose la lutte contre les IST vient de ce que les pratiques sexuelles sont enracinées dans la vie quotidienne et la culture des gens.

-Embarras de discuter de la sexualité

Les gens n'osent pas toujours demander l'information dont ils ont besoins. Ils sont lents à se faire soigner et hésitent à en parler avec les partenaires. Parler de la sexualité met souvent mal à l'aise et le sujet est souvent tabou. Souvent les gens se sentent honteux s'ils ont ou pensent avoir une IST.

Un grand nombre de porteurs des IST ne présentant aucun symptôme. Les personnes porteuses d'une IST mais qui ne présentent aucun symptôme peuvent propager la maladie sans même savoir qu'elles sont atteintes.

-Les traitements ne sont pas toujours simples et efficaces

Beaucoup des MST peuvent être traitées avec des antibiotiques, et un traitement effectué tôt peut les guérir complètement. Les autres, à l'exemple des herpes, des verrues génitales et des hépatites B sont difficiles à traiter, et peuvent conduire à une souffrance ou un mal durable malgré le traitement. Il est important de traiter rapidement les MST et de suivre entièrement le traitement. Si une maladie sexuellement transmissible est découverte chez une personne, ses partenaires sexuels doivent être contactés et encouragés à avoir le même traitement qu'ils aient les symptômes ou non. Il est possible d'avoir une IST sans avoir des symptômes. Un test VIH devrait être conseillé à la personne avec une MST et tous ses partenaires sexuels. Il faut mentionner la résistance aux antibiotiques de certaines bactéries comme celles qui causent la gonorrhée et le chancre mou (Blyth & Garland, 2011 : 106-107).

Pour réduire la propagation des IST, il faut des stratégies réalisables, efficaces et accessibles, notamment :

- Le diagnostic et le traitement précoce des IST afin d'en réduire la transmission et les conséquences.

- L'éducation du patient et du grand publique sur les dangers liés aux rapports sexuels non protégés, en plus de les convaincre de se servir du préservatif et de limiter le nombre de leurs partenaires sexuels.

- Le traitement et l'éducation des partenaires sexuels des gens atteints d'IST.

- La prise pour cible des groupes vulnérables comme les prostituées.

Un préservatif donne une certaine protection contre certaines MST, mais moins ou pas de protection contre d'autres MST comme les herpès génitaux ou les verrues génitales. Le meilleur moyen de prévenir les maladies sexuellement transmissibles est de vivre en conformité aux directives de Dieu pour une pureté sexuelle (Blyth & Garland, 2011 : 106).

3.3.11.6 La relation entre le VIH / SIDA et d'autres infections : tuberculose et IST

3.3.11.6.1 Relation avec les autres IST

Les modes de transmission et les facteurs de risques sont les mêmes que pour le VIH : transmission sexuelle, transmission sanguine et transmission mère-enfant. Les moyens de prévention sont par conséquents identiques :

Modification des manifestations cliniques et la réponse thérapeutique de certaines IST en rapport avec le VIH.

Rapports sexuels non protégés.

Les IST (surtout ulcérative) augmentent le risque de contracter une infection à VIH à cause de la rupture de la barrière épithéliale. Une prise en charge correcte des IST contribue efficacement au contrôle de la transmission de l'infection à VIH.

Le VIH et les autres IST du fait de leur mode de transmission semblable comporte les mêmes facteurs de risque c'est-à-dire les facteurs liés à la sexualité et au mode de vie, socio-économiques et biologiques. Aussi, des mesures de prévention efficaces contre les IST auront un impact positif sur la réduction de la transmission du VIH.

3.3.11.6.2 Relation du VIH avec la tuberculose

Il a été démontré par les études l'incidence du VIH sur la tuberculose. En effet, avec l'épidémie du VIH, le monde a vu une résurgence de la tuberculose. La défaillance immunitaire causée par l'infection à VIH fait que les PVV sont deux fois plus exposés à la tuberculose que les autres. Des études ont également montré que près de 50% des patients tuberculeux sont VIH positifs. Tuberculose et VIH forment un couple mortel.

L'Organisation des Nations Unies a adopté en 2015 les objectifs de développement durable (ODD) pour 2030. Une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014, appelle à réduire de 90 % le nombre de décès par tuberculose et de 80 % le taux d'incidence de la maladie d'ici à 2030, par rapport à 2015.

En 2015, on estimait à 10,4 millions le nombre de nouveaux cas (incidents) de tuberculose dans le monde, dont 5,9 millions (56%) chez les hommes, 3,5 millions (34%) chez les femmes et 1 million (10%) chez les enfants. Les personnes vivant avec le VIH représentaient 1,2 million (11%) sur l'ensemble des nouveaux cas de tuberculose. Selon les estimations, 1,4 million de décès en 2015 étaient dus à la tuberculose et 0,4 million de décès supplémentaires concernaient les cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Bien que le nombre de décès par tuberculose ait baissé de 22% entre 2000

et 2015, la tuberculose demeure l'une des 10 principales causes de décès dans le monde.

En 2015, 55% des patients tuberculeux notifiés pouvaient présenter les résultats d'un test de dépistage du VIH positif. Soixante-dix-huit pour cent (78%) des sujets tuberculeux VIH-positifs étaient sous traitement antirétroviral. Il faut élargir l'accès au traitement préventif contre la tuberculose. Un total de 910 000 personnes vivant avec le VIH avait entamé un traitement en 2015, ainsi que 87 000 enfants de moins de cinq ans (soit 7% des patients répondant aux critères pour bénéficier d'un traitement).

La proportion de patients atteints de tuberculose vivant avec le VIH était la plus élevée dans la Région africaine de l'OMS (31%) et dépassait 50% en Afrique australe, L'Afrique du Sud représentait la plus importante proportion (45%) de personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif pour une infection tuberculeuse latente en 2015, suivie du Malawi, du Mozambique et du Kenya. Dix pays ont rapporté des données pour la première fois, notamment le Kenya. Sur les 30 pays à forte charge de tuberculose et de VIH, 21 n'ont pas communiqué de données (OMS, 2015).

La tuberculose est la neuvième cause de décès sur le plan mondial et la principale cause de décès due à un agent infectieux unique, devant le VIH / SIDA. En 2016, d'après les estimations, il y a eu 1,3 million de décès par tuberculose dans la population VIH-négative (contre 1,7 million en 2000), auxquels se sont s'ajoutés 374 000 décès dans la population VIH-positive. On estime que 10,4 millions de personnes sont tombées malades de la tuberculose en 2016, dont 90 % d'adultes, 65 % de personnes de sexe masculin, et 10 % de personnes vivant avec le VIH (dont 74 % d'Africains). Parmi elles, 56 % venaient de cinq pays : l'Inde, l'Indonésie, la Chine, les Philippines et le Pakistan. La tuberculose pharmacorésistante est une menace constante. En 2016, il y a eu 600 000 nouveaux cas de résistance à la rifampicine (le médicament de première intention le plus efficace), dont 490 000 cas de tuberculose multirésistante (TB-MR). Presque la moitié (47 %) d'entre eux a été enregistrée en Inde, en Chine et en Fédération de Russie (OMS, 2017).

3.4 Résumé et conclusions.

Les principaux arguments et conclusions tirés de ce chapitre sont :

L'Eglise en Afrique est stratégiquement située ; dans de nombreuses communautés pauvres, l'Eglise est l'une des rares institutions communautaires clés structurées. La

recherche a montré que l'Eglise est plus efficace dans la diffusion de l'information que les autres organismes de lutte contre le VIH/SIDA. Par conséquent, il devrait jouer un rôle central à cet égard, ce qui implique d'équiper les gens de l'Eglise qui sont les soignants avec des informations réelles et adéquates.

Les membres de l'Eglise qui sont les soignants pastoraux doivent donc avoir des informations exactes sur le VIH/SIDA : sa définition et sa description, son origine, son mécanisme d'infection, ses modes de transmission, sa prévention, ses statistiques, son traitement, la prise en charge des infections opportunistes qui sont liées à lui, les infections sexuellement transmissibles qui favorisent sa transmission, le counseling des PVV, les droits et les devoirs des personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que les problèmes juridiques et éthiques dans les domaines du VIH/SIDA. Tout cet investissement doit offrir des soins pastoraux efficaces aux PVV et informer toute la population du danger qui la guette.

Touchant la définition et description du VIH/SIDA : Il faut souligner la différence entre le VIH et le SIDA. Le VIH est le virus qui finira par mener au SIDA. Le SIDA est une condition dans laquelle le corps est sensible à toute infection, puisqu'il ne peut se défendre. Le passage de l'infection par le VIH à la maladie du sida peut durer de 10 à 15 ans, voire plus, selon l'attitude adoptée par la personne et la disponibilité des drogues antirétrovirales. Par conséquent, la pastorale devrait souligner que le diagnostic de VIH positif ne signifie pas que vous allez mourir demain. Il y a encore la vie au-delà de l'infection.

Concernant l'origine : Il existe des théories spéculatives sur l'origine du VIH, mais il existe des preuves scientifiques que le VIH-1, plus virulent et largement répandu dans le monde, provient d'un chimpanzé. Un type particulier de chimpanzé est connu pour porter un virus assez similaire à la structure du VIH. Le VIH-2 est moins virulent et se trouve en Afrique de l'Ouest. Il provient du singe mangabey fuligineux.

A propos de l'infection, transmission et statistiques : Le VIH est transmis d'une personne infectée à l'autre par des rapports sexuels non protégés (86%), par transfusion sanguine (<1%) et par la mère à enfant (13%). Lorsque le VIH entre dans le corps, il s'attache aux cellules CD4 (c'est-à-dire un type particulier de globules blancs) et se multiplie. Le système immunitaire de l'organisme diminue, puisque le système de défense est détruit. Lorsque les cellules CD4 sont moins de 200 par millimètre de sang, la personne est

diagnostiquée comme ayant le SIDA. Dans cette condition, le corps ne peut pas se défendre et est ouvert à toute invasion, d'où la personne peut mourir de n'importe quelle maladie. Lorsque le VIH entre dans le corps, il progresse à travers différentes étapes, mais le processus peut être accéléré par la pauvreté et une attitude négative à la vie.

L'Afrique, particulièrement l'Afrique subsaharienne, représente 70% des cas de VIH / SIDA dans le monde (OMS, 2017). Les raisons de ce chiffre élevé sont en partie que le VIH est en Afrique depuis plus longtemps (depuis qu'il est originaire d'Afrique), les clades de VIH trouvés en Afrique sont plus virulents et certains autres facteurs tels que les mouvements de population, y compris le mouvement militaire, le développement des routes commerciales et de transport, l'inégalité et l'inégalité entre les sexes, la pauvreté et la répartition inégale de la richesse, le manque de cohésion sociale dans certains domaines, les partenariats multiples, y compris le sexe commercial, divers facteurs culturels (par exemple, les faibles taux de circoncision masculine), des niveaux élevés d'infections sexuellement transmissibles non traitées et d'infections des voies de reproduction et l'utilisation relativement faible du préservatif.

Dans la vision du monde africaine, la maladie est perçue comme étant personnellement et surnaturellement provoquées par les sorcières et les sorciers, les ancêtres, le bris des tabous, les malédictions ou les esprits de la nature. Les êtres humains sont en relation permanente avec les forces cosmiques qui les influencent. Les esprits en colère peuvent faire souffrir quelqu'un et les sacrifices peuvent restaurer l'équilibre cosmique. Par conséquent, la rupture de cet équilibre délicat en Afrique est risquée et elle justifie une sanction surnaturelle.

Ainsi, dans le cadre conceptuel africain, bien que le SIDA puisse être attribué à une cause naturaliste (VIH), il existe toujours un lien surnaturel. Ainsi, les forces surnaturelles font que l'individu s'engage, d'une manière ou d'une autre, avec une personne infectée par le VIH. Par conséquent, bien qu'il ne puisse y avoir un déni total d'une cause naturaliste, la force surnaturelle est la cause primordiale qui influe sur l'infection.

La perception africaine du VIH/SIDA a une fonction psychologique. Les personnes touchées sont considérées innocentes mais victimes de forces surnaturelles en colère. La collectivité les considère donc comme des personnes méritant une aide. Cependant, cette interprétation a des implications négatives sur le comportement sexuel des gens.

Les personnes ne peuvent être tenues pour responsables. La pastorale doit donc être consciente de la réalité africaine lors de l'érection des systèmes de soutien.

La discussion qui précède sur la compréhension contextuelle africaine du VIH/SIDA a tenté de mettre en évidence l'information de base sur le VIH/SIDA à la lumière du contexte africain. L'hypothèse du chapitre est que l'information sur le VIH/SIDA (explication naturaliste) proprement dite aux soignants et aux conseillers pastoraux ne peut pas résoudre les difficultés fondamentales, l'anxiété et le désespoir associés à la situation du VIH/SIDA chez les peuples africains.

Par conséquent, la compréhension de la vision du monde africaine permettrait aux soins pastoraux de se concentrer davantage sur les profondes complexités sous-jacentes des personnes touchées plutôt que de se concentrer sur les superficialités. Une caractéristique aussi complexe de l'épidémie africaine est le lien complexe avec les perspectives Bibliques et théologiques. C'est pourquoi les soins pastoraux, mis à part mettent l'accent sur l'information sur le VIH/SIDA et sur la vision du monde africaine, devraient permettre de dégager le lien entre les perspectives Bibliques et théologiques et le VIH/SIDA pour qu'il soit pertinent. La question suivante, qui nous introduit au chapitre suivant, peut donc être posée : Quelles sont les perspectives bibliques et théologiques sur le VIH/SIDA ?

CHAPITRE 4: PESPECTIVE BIBLIQUE ET THEOLOGIQUE DU VIH/SIDA

4.1 Approche biblique et theologique du VIH/SIDA

Ce chapitre offre une compréhension biblique et théologique de la maladie en général et donc du VIH/SIDA, qui est ensuite employée dans une tentative de voir cette épidémie comme une pièce maîtresse de la voix de Dieu qui cherche à parler à travers la crise du SIDA (Hoffman & Grenz, 1999 : 160).

La question de l'encadrement spirituel des personnes affectées par le VIH/SIDA est fondamentale, mais elle est généralement peu travaillée théologiquement ; elle est surtout prétexte à des réflexions généralistes spiritualisantes ou moralisantes. Ce chapitre, avance vers un questionnement profond pour la théologie pratique contemporaine : la question de l'encadrement spirituel conduit le lecteur, au bout du travail, à réfléchir sur l'intelligence de la foi et sur les défis théologiques et bibliques qui sous-tendent l'agir ecclésial dans l'accompagnement spirituel des malades du VIH/SIDA.

Ce chapitre est mené selon un plan et une méthodologie bien représentative de la discipline spécifique qu'est la théologie pratique : au cours de cette étape, des questions normatives des perspectives bibliques, théologiques, éthiques et celles touchant à d'autres domaines sont soulevées (Osmer, 2008 : 4-7). Ces questions feront l'objet d'une recherche qui suppose une étude exégétique des passages de l'Ecriture permettant de dégager de grands principes d'accompagnement spirituel envers des personnes fragilisées par la souffrance, la peur, l'angoisse.

Ce chapitre, pose donc la question de l'accompagnement spirituel des malades à partir d'une étude contextualisée sur la situation des malades atteints du VIH/SIDA dans les Eglises de Lubumbashi, et plus précisément encore en s'intéressant aux « perdus de vue » ; personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui abandonnent les soins médicaux. Cette partie de la thèse nous aidera donc à comprendre la perspective biblique et théologique mais aussi anthropologique de l'encadrement de malades affectés par le VIH/SIDA et comment ils se situent face à Dieu.

Ensuite, nous entrerons au cœur des enjeux anthropologiques et théologiques de la problématique de la prise en charge des maladies à caractère pandémique dans l'AT.

Nous y évoquerons les efforts des serviteurs de Dieu, dans l'exercice du magistère ecclésiastique pour comprendre le triptyque « santé-souffrance-soins pastoraux », en lien avec la pandémie du SIDA. Ce chapitre sera donc consacré à l'explication de deux concepts : celui du lieu théologique et celui de l'encadrement spirituel des malades souffrant du VIH/SIDA. La souffrance, vrai lieu théologique, aide à penser l'homme devant Dieu à l'époque actuelle.

La mise en perspective de cette souffrance étant convaincante, elle permettra dans la dernière partie de ce chapitre, de poser les termes d'un enjeu majeur en théologie pratique : comment une réflexion fondamentale sur l'articulation théologique entre santé et souffrance, donne-t-elle des repères et des critères pour un agir pastoral renouvelé ? C'est ici le concept d'articulation qui permet de comprendre la richesse des propositions émises. L'articulation entre destinée anthropologique et destinée théologique, entre encadrement spirituel et guérison physique est nécessaire à une pastorale intégrée. Cette partie est véritablement très stimulante. Elle est nourrie par un dialogue permanent avec les grandes signatures de la théologie pratique actuelle, tant africaine (ex. Fulgence Muteba), qu'américaine ou européenne (ex. Marcel viau au Canada et Christophe Paya en France). Elle est aussi construite en dialogue avec les apports des sciences humaines (Cf. la relecture des travaux de la philosophe Claire Marin ou de la psychanalyste Anne-Marie Saunal). Il s'agira en fin de compte de préciser quelle est la place du discours théologique dans un processus d'encadrement spirituel dans les Eglises (Muteba, 1984 : 85).

C'est pour cette raison que nous menons cette étude touchant les perspectives bibliques et théologiques du VIH/SIDA et des personnes affectées par le VIH/SIDA. Notre but consiste à aider les Eglises à comprendre la pensée de Dieu sur cette maladie et à organiser leurs actions dans ses dimensions théologiques, pastorales, éthiques, juridiques, les devoirs et droits de la personne malade y compris. L'objectif de cette recherche est de pousser les Eglises à être plus aimables, compatissantes, plus agissantes, plus intègres, plus assidues et mieux éclairées et organisée de manière que les communautés soient des endroits où les personnes affectées par le VIH/SIDA se retrouvent et se reconnaissent en sûreté.

4.1.1 Le VIH/SIDA à la lumière de la théologie

Les difficultés que le VIH/SIDA engendre, peuvent soulever au sein des Eglises des questions angoissantes : « pourquoi Dieu as-t-il permis l'apparition du VIH/SIDA ? » ou « Qu'est-ce-que Dieu fait-il par rapport à la maladie du VIH/SIDA ? », ou enfin « Quelles pensées sur Dieu et les êtres humains devraient animer l'action des Eglises à l'égard du VIH/SIDA ? » En joignant le contexte médico-social de la maladie et ses conséquences à la croyance en Dieu, ce chapitre débute par le sondage le plus large qui soit, celui de la théologie de la création car la venue du VIH/SIDA ne peut être mieux interprétée que dans le contexte de la création. Dans le Monde que Dieu a créé, vivent des êtres humains dont l'aptitude de répliquer à Dieu et aux autres, tout en gardant leur condition de créatures sociales et sexuées qui est la leur, est fondamentale.

4.1.1.1 Approche Théologique de la création

4.1.1.1.1 Aspects relationnels de la création

La notion précieuse que l'on trouve dans la théologie de la création peut se révéler en termes de relations : les rapports au sein de la Trinité, les rapports entre Dieu et la création : humains et animaux ainsi que les objets, les rapports entre les humains, et entre eux et la nature (COE, 1998 : 21).

L'existence de la sainte Trinité se révèle dans les rapports entre le Père, le Fils et le l'Esprit Saint et il est particulier que tout ce que Dieu entreprend dans et avec la création, suppose des évolutions relationnelles. Donc lorsque Dieu dit au monde « qu'il existe » (Genèse 1.3), il ne l'abandonne pas à son sors. Le monde n'est pas laissé à sa propre destinée. Par contre, à chaque instant le Dieu trinitaire installe et garde des rapports avec chaque portion, chaque atome de ce monde qu'Il a créé. Telle est la fidelité de Dieu, que son initiative soit ou non acceptée comme telle. Dans quelle circonstance cette initiative nous apprend-t-elle sur Dieu ? Nous repondond à cette question en fouillant deux types simples d'une bonne relation, et les résultats qu'elles entraînent.

L'indépendance et le danger du mal : Il n'existe pas de meilleure relation qui puisse être nouée par force, par l'autocratie d'une personne forte sur le faible. Les rapports stables, durables et enrichissants sont basés sur la considération de chacun pour l'autre. Pareillement, Dieu qui crée et entretient des relations avec son cosmos ne va pas le commander ou le gérer par force, car cela détruirait toute possibilité de réplique d'une

manière autonome de sa part (la création). Au lieu de contraindre les hommes à la soumission en les maniant comme des polichinelles, Dieu leur a octroyé l'autonomie pour qu'ils puissent faire le choix par rapport à la relation (volonté souveraine de l'homme), mais cette autonomie de l'homme reste limitée puisqu'il est une créature: (COE, 1998 23). Considerant cet aspect, les êtres humains peuvent utiliser ce don de Dieu de l'autonomie, indispensable pour nouer un véritable rapport avec Dieu, pour dénier cette relation ou même toute forme de rapport. C'est facile de vouloir l'aisance et la proclamation de son moi, ou de son moi étendu dans la famille ou le clan, en faveur d'une relation plus vaste. C'est compte tenu de cet érgocentrisme exclusif sur soi, de se sentir le centre du monde, que Luther peint le péché, que naît le danger du mal moral, du mal que les hommes se réalisent les uns aux autres. Ce qui est valable pour les hommes l'est aussi d'une certaine manière pour les êtres non humain : le créateur préfère de ne pas diriger par la force, mais permet le cosmos naturel évoluer à sa guise, mais sous sa direction. Romains 8.20 dit : « En effet, la création a été soumise à l'inconstance (la vanité-Ec 1.2), non de son propre gré, mais à cause de celui qui l'y a soumise » c'est-à-dire Dieu en sanction de la faute d'Adam, ou Adam lui-même ou même Satan qui agit désormais au sein de la création (Genèse 3.17-19). C'est fondamental mais en fin de compte rien n'échappe à l'ultime et souveraine volonté du Seigneur. Cela n'enlève rien à l'horreur du mal mais ce dernier ne peut mettre en péril le projet divin (Cf. l'histoire de Joseph et le récit de la passion de Jésus, le Christ).

Alors Dieu n'est pas à condamner pour les seismes ou les jaillissements volcaniques : ils apparaissent tout au long de l'existence d'un univers en constante changement. Incontestablement le cosmos de Dieu n'est pas statique il est dynamique car on y remarque des mutations même importants. La création avec tout ce qui s'y trouve : matière, gaz, insectes, plantes, animaux etc. est une multiplicité de libertés infinies qui cohabitent les unes avec les autres et ont entre elles des rapports complexes.

Le mode du vivant a une valeur aux yeux de Dieu et se doit d'être traité avec respect et sauvegardé mais le plus souvent il subit, tout au moins en partie, les conséquences d'une mauvaise mise en œuvre du mandat créationnel/culturel. Cela dit c'est un fait que nous vivons dans un monde anormal et ce depuis la faute en Eden. C'est pour cela que Paul nous dit que « la création attend avec un ardent désir la révélation des fils de Dieu » (Romains 8 .19).

Au fur et à mesure que les etres humains existent et se developpent par rapport à la civilisation, ils impriment leur marque sur le monde indigène rendant encore plus ardus les attributions élémentaires de cause à effet.

Comme conséquence, Il en découle de temps en temps un mal naturel, cela signifie des peines provoquées par des phénomènes naturels. Par exemple, Quand l'écorce terrestre s'est tiédie, c'est nettement qu'elle a constitué des plaques tectoniques. A la longue, quand ces plaques frottent l'une contre l'autre, des seismes se produisent, et il peut s'ensuivre des souffrances, c'est le principe de cause à effet lié aux lois qui dirigent la création qui est à l'origine des souffrances que l'on remarque dans le monde. L'autonomie du développement que Dieu a confiée au monde naturel a entrainé la venue de créatures nocifs pour d'autres : par exemple, La mouche tsé-tsé est une créature tout à fait naturelle, mais lorsque'elle devient porteuse d'un parasite qui inocule une maladie à l'animal, elle peut infliger des souffrances aux bêtes comme aux hommes (COE, 1998 23).

Nettement de la même façon, de l'autonomie que Dieu a confiée au monde naturel de se développer a découlé la potentialité du VIH. Ce virus est nuisible aux hommes et leur donne de grandes peines et pourtant, bien que toutes les souffrances et toutes les difficultés qu'entraine ce virus, il ne se place pas hors de la création et il n'est pas non plus un virus que Dieu aurait « singulièrement » créé pour châtier les hommes. C'est plutôt un microbe qui s'est transformé dans l'état d'évolution du monde, une créature comme toutes les autres et donc capable d'interférences avec le monde actuel et exercé à causr le mal naturellement. Dieu laisse cela se produir malgré la peine qui en découle, mais ce n'est pas une '' action'' de sa part. Il n'enlèvera pas l'autonomie qu'il a donnée à ses créatures, humaines et non humaines, et par attrait de rapport vrai, ne s'aidera pas de son pouvoir pour imposer et anéantir. Une telle attitude serait contraire à l'essence même de Dieu (COE, 1998 24).

Aspects relationnels des êtres humains

Un être humain, est appelé avant tout à être en relation, appartenir à une chaine de rapports, à l'Eglise, au travail, en famille, dans les loisirs etc. Mais au-dessus et au de-delà de ces relations humaines, on trouve cette relation que Dieu donne d'une manière libre à tous dans l'affection. Les rapports à l'égard des autres êtres humains, pareillement

la relation avec Dieu, peuvent exprimer ce même égard de l'autre dans sa divergence ce qui rend possible la liberté, et la même ferveur dans l'amour.

Les croyants peuvent exprimer avec foi en Dieu qu'ils ont expérimenté au travers de la relation parce que ce rapport d'autonomie et d'affection a tiré son autorité en Jésus Christ. Pendant sa vie terrestre, Christ révèle en pratique le sens de vivre cette relation avec Dieu, en allant vers les autres pour qu'ils fassent partie de la promesse et héritent le royaume. L'attitude de Christ indique l'entrée dans le royaume des cieux à toutes catégories de gens, sans aucune discrimination de race, de sexe, ou de classe. De la manière que Dieu conduit dans l'amour tout son ouvrage, pareillement Jésus est allé à la rencontre des pauvres pour leur révéler que Dieu les a aimés, même s'ils n'ont pas obei textuellement la loi. Il a mangé avec un prospère pharisien et a interpelé un autre, venu le consulter un soir, qu'il devait comprendre et appréhender les choses d'une autre manière et de naître de nouveau (Jean 3.3). Jesus a guéri des malades juifs ayant la lèpre et le gamin d'un militaire romain. On pouvait trouver des femmes dans le groupe qui l'acompagnait, et il n'a pas capitulé, comme nombreux serviteurs pouvaient le faire, à la rencontre d'une prostituée. Dans cet éventail de rapports, Jésus personnifie l'accessibilité de Dieu, en qui « on ne trouve pas de favoritisme » (Actes 10.34 ; Romains 2.11), mais qui accueille tout le monde, indigents ou fortunées, bien portants ou souffrants, âgés ou juvéniles.

Donc, les Eglises et croyants doivent vivre réellement leur rapport avec Dieu et doivent mettre en pratique l'exemple de Christ. Ils devront être sans relâche ouverts à la relation avec les autres, même à l'égard de ceux qui paraissent très divergents. Comme dans les histoires chrétiennes, Jésus ne renvoie aucune relation, pareillement les Eglises ne doivent pas s'enfermer dans des congrégations et exclure de s'ouvrir aux personnes qui sont différents corporellement ou socialement afin de ne leur pas exprimer leur affection.

Lorsque nous examinons les rapports de Jésus-christ avec les responsables religieuses de son temps, nous sommes conduits à constater la même observation. Il entrait dans la synagogue et n'avait sûrement jamais été un insoumis au point de vue religieux. Il infirmait ou attaquait toute pratique ou règle religieuse qui embarrassait la relation des gens du peuple avec Dieu. Non seulement Il ne prêchait seulement l'aspect immédiat et partisan de l'amour et de l'indulgence de Dieu, mais il les pratiquait par sa propre prévenance, en allant à la rencontre des gens partout où ils les apercevaient. Les Eglises doivent être éclairées par cette attitude sur l'être humain. Il s'agit d'une puissante défense

auprès des Eglises qui tout en déclarant que « rien ne pourra nous séparer de l'amour de Dieu » (Romains 8.38-39), érigent des obstacles entre elles et les autres. Il n'existe pas de rapport approuvable dans laquelle chacun ne veux pas le bien-être des autres. La satisfaction que Dieu a par rapport au bien-être de la création s'exprime au travers de Christ qui guérit les malades ou chassant les démons. Les soins médicaux ou toute autre activité de guérison prolonge cette tradition. C'est une des dispositions de soutenir les personnes affectées du VIH/SIDA et de leur exprimer de la consideration et de l'amour meme si on n'a pas encore trouvé le moyen de guérir cette maladie (COE, 1998 :27-28).

En matière de rapports Il est malaisé de suivre la voie de Christ. Une pareille ouverture à toute relation, qui repousse les barrières et cherche le bonheur de tous, est exceptionnelle du goût des autres. Sur le plan politique, Christ été martyrisé et mis à la croix à cause de ce qu'il representait et ce qu'il réalisait a créé une menace pour le pouvoir qui assurait l'ordre public comme l'entendaient le pouvoir romain et pour la sensibilité religieuse des importants juifs. Malgré cela, la résurrection permet d'appréhender à la réflexion que, tout solitaire que Jésus se soit senti (Marc 15.35), Dieu était avec lui en permanance et l'a enfin innocenté (COE, 1998 :27-28).

4.1.1.1.2 Aspects du péché, de la repentance et du pardon

Bien Sûre, il nous est permis, dans notre autonomie, de dénier le rapport avec Dieu, de l'ignorer même. Il est pareillement possible de briser les relations avec d'autres êtres humains ou de s'écarter d'eux. Une pareille anormalité de l'être-en-relation est la transgression de la loi ou péché. Le péché se manifeste dans les rapports lorsque l'égoïsme se manifeste par des actions. Les actions qui font du mal aux autres ou attaquent le monde naturel sont des péchés dont nous endossons la culpabilité. Cet état du péché de l'être humain a été admise de manières variées dans différentes traditions ecclésiales et différentes théologies (COE, 1998 :27-28).

Christ était reproche de pardonner les péchés. Certes, Dieu seul a le pouvoir le faire, disaient les anciens. Mais, à ceux-là qui venaient le rencontrer avec au moins un peu de foi, Christ disait : « Vos péchés vous sont pardonnés ». Il a blanchi les péchés quand il était vivant et il n'a jamais eu à mourir pour qu'ils soient pardonnés. Certes, parce que il était Dieu et c'est bien en fonction de l'œuvre de rédemption à la croix qu'il l'a fait, car

justice et amour se sont embrassés dans cet unique événement. Voila pourquoi, dans sa vie comme dans sa mort, les croyants perçoivent l'indice que Dieu nous pardonne et nous justifie, avec toutes les malfaisances, grands et petits, que nous emmagasinons, tous les échecs relationnels que nous expérimentons en famille, au travail, dans la communauté, et toutes les manques, les mensonges et les surplus dont notre vie est pleine.

Christ nous relate le récit d'un économe qui, à qui on avait remis sa dette, fit ensuite mis au cachot un autre serviteur qui lui devait un montant d'argent moindre (Matthieu 18.23-35). En réalité, ce n'est pas là l'attitude espérée d'êtres humains-en-relation. L'indulgence admet à une relation de se continuer, mais le rejet de pardonner y met fin. Il est vrai que, pour la personne ou celle qui est blessée, l'indulgence n'est pas facile, et il y a beaucoup des situations en rapport avec le VIH/SIDA dans lesquelles les relations ont été mises à mal et prendront sans doute du temps à se renouer. Le pardon veritable, qu'il provienne de Dieu ou des prochains, n'implique jamais ce que Bonhoeffer a appelé la « grâce bon marché ». Mais c'est un don gratuit et il admet certainement la continuité des relations.

En effet, si les Eglises n'aiment pas se comporter comme l'économe méchant et impitoyable, elles devront être des congrégations d'hommes et de femmes nettement pardonnés, des congrégations d'hommes et de femmes réconciliés et guéris, qui serviront alors de lieux de réconciliation et de guérison pour les autres. Les Eglises des individus pardonnés ne peuvent pas rejeter autrui ou d'exclure d'entrer en relation avec d'autres. Admettre l'autre dans une telle communauté, ce n'est pas se refuser théoriquement de fairer un jugement mais plutôt d'agrandir notre expérience en remarquant qui nous sommes tous, en relation.

Lorsqu'on se rend compte de ce que le péché représente dans toute son horreur et de la peine qu'il cause, la réaction personnelle qui se prescrit est celle de la repentance ou *metanoïa.* La repentance ne suscite pas le pardon de Dieu du péché, comme si celui-ci pouvait être entrainé par un acte humain. Par contre, le pardon divin, qui preserve la relation entre Dieu et les êtres humains, devance la repentance humaine, bien que ce soit dans la repentance que l'on aperçoive la présence du pardon.

4.1.1.1.3 Aspects du châtiment de Dieu

Comprenez qu'un Dieu qui pardonne de cette manière n'est pas un Dieu affairé de punir. Ni l'histoire biblique de la création, ni notre conception de Dieu n'admet de donner à Dieu

l'envie de punir. Appelé à relier le péché et la conséquence, Christ refuse absolument : « Non, je vous le dis » (Luc 13.3 ; Jean 9.1-3). Il peut survenir, sur le plan personnel et spirituel, que l'expérience du VIH/SIDA, également d'autres peines, pousse quelqu'un à se repentir de ses actes. Mais c'est une chose de regarder ses actes sous cet aspect et un tout autre d'admettre que Dieu, qui se fait expérimenter à travers sa relation et se définit par l'amour, enverrait intentionnellement une punition, et en plus un châtiment qui amène la souffrance de plus en plus aveuglement.

En plus, Faudrait-il faire la différence entre le châtiment pour l'acte commis et les conséquences de cet acte. Les conséquences sont la prolongation naturelle de certains mauvais actes, la conséquence finale auquel nombreux facteurs auront contribué. La fin peut être bonne ou épouvantable pour la ou les auteurs, mais tout se sera produit selon la logique du monde et dans l'autonomie que Dieu lui a accordée. Dire des censéquences comme d'une « punition » de Dieu, par consequent, c'est accuser Dieu une intention de vengeance, comme si la morale de Dieu était autant « œil pour œil, dent pour dent », et une détermination, dans la recherche de ce châtiment, de perturber la vie humaine ou naturelle en y participant.

Le châtiment, la colère de Dieu sont des notions bibliques qui nous rappellent que Dieu est juste et saint et qu'il y a incompatibilité à ce niveau entre nous et lui. Nous vivons dans un univers moral, celui de Dieu. Dans l'esprit du Seigneur ce n'est pas une question de vengeance et de revanche mais bien de justice. C'est pour cela que le Christ s'est incarné pour permettre à la justice et l'amour de Dieu de se rencontrer. Dieu est pleinement amour parce qu'il a pris sur lui la condamnation que nous méritions et il nous libère pour aimer comme il nous a aimé et nous aime. La clef est bien la croix du Christ, et c'est à la lumière de la vie et de l'œuvre qu'Il a accompli que nous devons lire l'AT.

Dans une déclaration faite en 1987, Le comité exécutif du Conseil Œcuménique des Eglises a accentué la nécessité d'attester que Dieu, dans son rapport avec les hommes, est amour et compatissant et que nous sommes donc relaxés de tout discours moralisateur et réducteur au sujet des personnes victimes du virus (COE, comité central, Quarante-cinquième session, Johannesburg. 1998). Les hommes devraient écarter le vocabulaire du châtiment au bénéfice de la conception d'un Dieu en relation, omniprésent, permenante et amour, Une démarche méthodologique moraliste peut facilement altérer la vie dans la congrégation chrétienne en évitant les échanges

d’informations et le débat franc, si importantes quand il s’agit de défier la réalité du VIH/SIDA et d’en ralentir la propagation.

Les Eglises et l’action auprès des personnes affectées par le VIH/SIDA devrait plutôt être orientée par l’entraide et l’amour, qui se révèleront au même moment dans les soins et l’encadrement spirituel dépensés à ces personnes, et dans les dispositions prises pour éviter la diffusion de la maladie. Dieu punit-il ses enfants du VIH et du SIDA ? Cette question revient encore une fois parce qu’elle est pertinente en rapport avec ce sujet. Ceux qui ont ce point de vue affirment que des actes tels que l'homosexualité, l'usage de drogues et la promiscuité provoquent l'infection par le VIH et le SIDA. En raison de l'association étroite du VIH et du SIDA avec l'immoralité, il semble être une punition de Dieu. Puisque le VIH et le SIDA sont considérés comme une punition de Dieu, la conclusion est donc évidente que les Eglises n'ont pas à s'immiscer dans la façon dont Dieu souverain punit les pécheurs. L'exécutif de la majorité morale a critiqué le gouvernement fédéral des États-Unis pour avoir dépensé de l'argent pour la recherche de vaccins contre le VIH et le sida, parce que cela encouragerait les homosexuels à retourner à leurs pratiques perverties sans aucune obligation de rendre compte (Nicolson, 1996 : 29). Pour ajouter plus de douleur aux personnes infectées, Crowther (1991 : 1) affirme que le VIH/SIDA n'est ni le problème ni la question centrale, mais un symptôme parmi les nombreuses conséquences déstabilisantes de la promiscuité sexuelle. Celle-ci est la cause profonde de la pandémie actuelle. Elle a toujours été à la base du péché et elle devient rapidement suicidaire.

Ce qui est intéressant dans ce point de vue, c'est qu'il ne voit pas que le VIH et le SIDA n'affectent pas seulement les homosexuels et les personnes aux mœurs sexuelles libres, mais aussi les partenaires innocents et les nouveau-nés. La cruauté des propagateurs de ce point de vue est évidente lorsqu'un pasteur dont la famille a contracté le VIH et le SIDA par transfusion sanguine a été forcé de démissionner, et les enfants séropositifs ont parfois été contraints de quitter l'école du dimanche (Nicolson, 1996 : 29). Dans un autre cas, un ministre a informé l'un de ses patients de sexe féminin du VIH et du sida, avec un sourire doux qu'elle n'était plus autorisée à assister aux services du dimanche car sa présence viderait rapidement l'Eglise et il n'aimait pas prêcher aux bancs vides (Kubler-Ross, 1997 : 7). Selon Nicolson (1996 : 33), il existe des dirigeants chrétiens qui croient sincèrement que Dieu a effectivement envoyé le VIH et le SIDA parmi les gens

comme une peste, un châtiment et une terreur pour leur rappeler, quand tout a échoué, à la loi de Dieu concernant la sexualité.

Dans un monde qui devient de plus en plus autorisé sur les « vices » de la sexualité, Dieu doit avertir et punir. Les expériences et les déclarations ci-dessus montrent ce que l'attitude « mieux que vous » peut conduire à la dépravation. Et si cette attitude est laissée incontestée, elle peut causer des dommages irréparables à l'Eglise comme le corps du Christ. Un autre propagateur fondamentaliste de l'hypothèse est Clarke (2003 : 20) qui a assimilé le VIH et le SIDA à l'immoralité. Il dit que la crise du VIH et du SIDA est directement liée à l'immoralité sexuelle. Par conséquent, les chrétiens doivent aborder cette crise avec la vérité biblique. Contrairement à de nombreuses maladies, le VIH est transmis sexuellement par des hommes et des femmes. Il affirme en outre que la propagation de la pandémie du VIH et du SIDA continue à se répandre si rapidement dans le monde, tout simplement parce que les hommes et les femmes continuent leur immoralité sexuelle.

Quant à ceux qui ont contracté la maladie non pas par leur propre immoralité, Clarke (2003 : 21) dit qu'ils sont dans cette situation à cause du péché des autres. Selon lui, le péché et le VIH et le SIDA sont des « causes-résultats » entrelacés. Cela signifie simplement que s'il n'y avait pas d'immoralité, il n'y aurait pas le VIH et le SIDA. Lors d'une conférence de SACLA 2 (2003) tenue à Pretoria, le Dr Bruce Wilkinson, lors de la session plénière consacrée au VIH et au SIDA en tant que l'un des « géants » de notre société, a fortement insisté sur cette notion de « causes-résultats ». Immédiatement après son discours, il y eut une agitation et un mécontentement parmi les dirigeants et les pasteurs noirs d'Eglises, qui ont perturbé et menacé de mettre fin à la conférence prématurément.

Existe-t-il un lien de cause à effet entre le péché et la maladie ? Certains lecteurs trouveront cette question parfaitement oiseuse, mais certainement pas pour ceux qui considèrent le SIDA comme un châtiment de Dieu. Car c'est justement sur ce genre de causalité qu'ils insistent : « Vous avez péché : (abus de drogue, adultère, prostitution et surtout homosexualité) et c'est la raison pour laquelle vous avez attrapé cette maladie. » Celui qui croit qu'il ne s'agit là que de l'opinion d'une infime minorité se trompe lourdement. Un nombre considérable des gens est de cet avis c'est le cas de resultat de mon étude dans laquelle : 18 repondants sur 20 étaient négatifs dans le groupe de dirirgeants, 10 repondants sur 15 étaient négatifs dans le groupe de patriarche, 10 sur

20 étaient égalements négatifs dans le groupe de dépendants et 11 sur 20 étaient négatifs dans le groupe des indépendant (cfr tableau 2-1 Raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi face aux personnes affectées par le VIH/SIDA. Page 104). L'affirmation : « Vous avez attrapé cette maladie infectieuse à cause de votre mauvais comportement » est à la fois juste et faux. Elle est juste dans ce sens qu'il existe effectivement chez la presque totalité des personnes atteintes du VIH/SIDA un lien de cause à effet entre leur conduite et l'infection qu'ils ont contractée, même s'ils s'obstinent à le nier ou à faire une sourde oreille. Il ne faut cependant pas oublier qu'il existe le même lien de cause à effet pour quantité d'autres maladies : le cancer du poumon dû à l'abus du tabac, l'infarctus de myocarde provoqué par l'excès de stress, les maladies dites de « surconsommation », les accidents liés à des imprudences ou des étourderies. Qui penserait à les qualifier de châtiment de Dieu ? La différence subtile, et c'est là qu'apparaissent « les deux poids, deux mesures » d'un tel jugement, réside dans le fait que notre société fait preuve de tolérance à l'égard d'excès de table, de boisson, de tabac, de travail ou de vitesse, qu'elle a même de l'estime et de l'admiration pour celui qui est tué au travail, et de ce fait il viendrait à l'idée de personne de reprocher à ces malades le comportement qui est à l'origine de la maladie ,ni de leur refuser pour cette raison aide ni compassion.

L'affirmation citée plus haut est à mon avis fausse, si l'on veut dire par là que les malades en question sont punis de la main même de Dieu pour leur mauvaise conduite, par un genre d'anticipation du jugement dernier. Il y a dans la Bible très peu d'exemples de ce type de punition immédiate par Dieu (dans le livre des Actes, il y a celui d'Ananias et Saphira au chapitre 5, et celui d'Hérode au chapitre 12, celui d'Elymas au chapitre 13). Mais le principe général, valable dans la presque totalité des cas, est énoncé par l'auteur de l'épitre aux hébreux, au chapitre 9 et verset 29 : « Tout homme est destiné à mourir une seule fois, et après cela à être jugé par Dieu. » Et aussi Corinthiens 11.30 « c'est pour cela qu'il y a parmi vous beaucoup d'infirmes, et qu'un grand nombre sont morts. » S'il en était autrement, il y a longtemps que nous serions tous malades ou même tombés raides morts à cause de nos péchés.

Nous chrétiens ne croyons pas à une rétribution immédiate sur terre, mais à celle que chaque homme recevrait après avoir rendu compte de sa vie devant le tribunal de Dieu. Si chacun recevait maintenant, ici-bas, sous forme de maladie ou pauvreté d'une part, et de santé ou prospérité d'autre part, tous les « justes » se porteraient bien et tous les

« méchants » se porteraient mal. En poussant plus loin la logique de cette idée, on pourrait en conclure que la plupart des congolais sont bons et la plupart des Sud-africains sont mauvais, ce qui montre bien son absurdité. Déjà il y a trois mille ans, le psalmiste constatait le fait que le « méchant » n'avait jamais d'ennuis, qu'il était même florissant (Psaume 73.3-5 ; 92.8), ce qui n'est pas du tout compatible avec l'idée d'une rétribution immédiate.

Ce qui vient d'être dit n'enlève rien à l'autre aspect de la question, à savoir que chaque maladie est un temps de repos forcé qui donne l'occasion de réfléchir à ce que nous avons fait de notre vie, de penser à la mort, et le cas échéant de changer d'orientation. Charger davantage le malade en lui reprochant ses fautes est un acte de présomption et un manque de miséricorde. D'ailleurs, on ne procède en règle générale pas ainsi pour d'autres maladies. Et la parole de Jésus s'applique aussi au SIDA : « Ne jugez pas les autres, afin que Dieu ne vous juge pas. » (Matthieu 7.1).

Si le SIDA était un châtiment de Dieu, une punition administrée par Dieu, tous les médecins et savants qui cherchent à guérir ou soulager ceux qui sont atteints iraient à l'encontre du plan de Dieu. Ce n'est évidemment pas le cas, Jésus lui-même ayant ordonné à ses disciples de guérir les malades, en leur donnant à cet égard le bon exemple. De ce fait, j'approuve la déclaration d'Antonio Autiero, professeur d'éthique catholique, et de Helmur R. Zelenski, aumônier des hôpitaux et chargé de cours d'éthique médicale : « le sida n'est pas un châtiment de Dieu, destiné spécialement aux homosexuels, bisexuel ou drogués, mais une maladie que nous devons nous efforcer de maîtriser » (Simonis & Bosch, 1988 : 97).

Le livre de Job est un bon exemple : les amis de Job pensent que si le patriarche souffre c'est qu'il a péché ! Le livre démontre que même le juste/justifié peut connaître la rude épreuve de la souffrance sans pour autant avoir péché. Cela dit les amis de Job ont partiellement raison. Leur erreur c'est d'avoir fait de ce principe un absolu. Nous les êtres humains, nous provoquons toutes sortes d'épreuves et de souffrances dans nos vies qui sont la conséquence de nos mauvais choix et du non-respect de la sagesse et de la loi divines. Ce n'est peut-être pas toujours le cas mais il nous arrive de récolter ce que nous avons semé. Dieu se sert de cela pour nous faire réfléchir (Ecclésiaste 7.14), et si nécessaire de mettre de l'ordre dans nos vies. Sauf exception le jugement de Dieu au sein de la réalité et de l'histoire a pour finalité une prise de conscience à salut. C'est pour cela qu'il s'apparente davantage à la discipline ou à la correction. Ne l'oublions pas nous

vivons dans un monde anormal qui a été marqué par les effets de la chute et c'est au sein de l'épreuve que le Seigneur vient à notre rencontre.

4.1.1.1.4 Aspects d'acceptation

La congrégation Chrétienne, doit être attentive aux autres et être un milieu dans lequel on peut prendre des risques, où tous les membres acceptent leur vulnérabilité mutuelle et où l'on peut se révéler en toute sureté car chaque membre est attentionné aux autres. Fort malheureusement, plusieurs Eglises ne sont pas ce lieu évident pour les personnes affectées par le VIH/SIDA. La révèlation de la séropositivité d'une personne est excessivement le signal des tapages et de la récusation.

Dans cette congrégation qui est sensée être attentive aux autres, à l'inverse, l'acceptation de la prochaine cesse d'être la neutralité de celui qui se garde de porter un jugement. La présence du VIH/SIDA dans notre congrégation, dans la communauté religieuse en particulier, demande que l'on puisse changer notre conception de l'acceptation. Les chretiens ne sont pas seulement appelés à être généreux envers ceux dont le corps est affecté par le virus. Notre indéniable interdépendance à la communauté nous appelle à intégrer l'acte, si désagréable qu'il soit, que le virus est dans notre communaute, notre pays.

4.1.1.1.5 Aspect de la théologie de la souffrance et de la mort, de l'espérance et de la résurrection

Dieu en Christ, garde nos vies et la création tout entière dans son amour. En tant que chrétiens, nous sommes entrain de vivre la promesse de Dieu que rien ne peut nous séparer de cet amour : il n'est pas de tragédie, d'accident ou de catastrophe, de maladie du corps ou de l'esprit, d'acte, de pensée ou de sentiment, de structure mondiale d'injustice et d'oppression, de pouvoir naturel ou surnaturel, il n'est rien, pas même la mort, qui puisse entailler l'union de Dieu avec nous et avec toute la création (Romains 8.38-39).

Nous croyons aussi à la promesse que notre vie et toute la création rentreront dans le destin final de Dieu. C'est donc cela la vie en abondance, une vie où règne la droiture, la justice, où chaque être a abondament, une vie d'épanouissement où l'on peut expérimenter en sureté tous les dons que Dieu nous a dépensés. Cette promesse apparaît dans toute la parole de Dieu, par les diverses histoires de la création (Genèse

1-3), chez les prophètes (Esaïe 25) et jusque dans la vision de la ville céleste de l'Apocalypse (21-22). C'est l'avantage du droit de la naissance de la création, la « gloire » à laquelle Dieu destine l'humanité et toute la création.

Cependant dans cette conception finale de Dieu pour l'humanité et la création se consigne une autre expérience. Parce que nous n'habitons pas dans une société où le chagrin, la douleur, les pleurs et la mort n'existent pas (Apocalypse 21.4). En vérité, le chemin de la gloire traverse la souffrance : parce que, bien qu'il ait la joie et l'éclat que la vie à donner, dissimule aussi beaucoup de peines, souffrances, d'injustices, de tragédies et de désordres. Nous pouvons comprendre qu'une partie de ces souffrances soit la conséquence, pour nous-mêmes et pour les autres, de nos propres actes, posés dans l'autonomie que Dieu nous a offerte. Il y en a beaucoup d'autres que nous ne pouvons pas instantanément comprendre, malgré que nous pensions qu'elles pourraient se consigner dans un plan plus vaste dont nous n'apercevons pour l'instant qu'un aspect. Mais il y a des peines, des injustices et des souffrances devant lesquelles nous expérimentons une ignorance totale et nous nous crions : « Je crois, viens au secours de mon manque de foi » (Marc 9.24).

Cependant nous ne sommes pas les seules à endurer dans ce monde ; le monde endure lui aussi. Parce que toute la création, en depit de sa beauté et la disposition merveilleuse qu'elle démontre, « gémit aussi dans les souffrances de l'accouchement » (Romains 8. 22). Les êtres vivants comme la substance inanimée sont appelés à la déchéance et à la chute. C'est donc l'affection et l'indisposition. Plusieurs créatures vivent en dépendant des autres et c'est de cette manière qu'elles doivent vivre. Le « monde naturel » se trouve en difficulté par des catastrophes tout aussi « naturelles ». On se pose la question de savoir, est-ce là aussi une expression de l'autonomie que Dieu a offert à ses « créatures » ? En dépit de leur grande divergence, toutes les créatures vivantes, sans exception, sont cohérentes par un destin commun : leur vie, sous leur forme présente, se terminera par la mort. La promesse de Dieu est ferme et véridique. Cependant il n'est pas étonnant que certains parmi nous soient d'un moment à l'autre dépassés ou déconcertés devant les mystères qui éprouve notre foi par rapport à la fidélité de Dieu.

Dans des situations pareilles, nous réalisons l'expérience de l'Esprit en nous qui nous interpelle le mystère et la folie de notre foi, exprime pour nous quand nous ne ne parvenons pas à découvrir les mots, nous donne la vaillance d'entretenir les autres en

dépit de notre propre abattement et notre crainte, appelle l'Eglise à rester ce qu'elle est : le corps du Christ, brisé pour d'autres dans l'amour. C'est l'Esprit qui nous convie à apercevoir à nouveau la promesse de Dieu et nous délivre pour que nous le discernions à nouveau, nous rendant accessibles à la confiance (Romains 8.15 ; 24. 24-26).

Pour conclure enfin, nous vivons la foi et nous retenons nos questions et nos incertitudes dans le cadre plus étendu de la promesse et de l'amour de Dieu pour nous et pour toute la création. Nous déclarons que nous ne sommes pas seuls. Nous partageons les peines du Jesus-Christ, qui est « Dieu avec nous », Emmanuel, pour que nous ayons aussi part à sa gloire (Romains 8.17). Le Seigneur Jesus-Christ, qui nous a devancés dans la gloire, est le soubassement de notre foi. Le Christ qui est toujours présent avec nous dans nos peines et nos combats, non pas pour trouver une réponse élémentaire à toutes nos questions mais également une inspiration et un modèle pendant que nous marchons. Et « l'Esprit qui demeure en nous » (Romains 8.11) vient en aide à notre fragilité en intercédant quand nous ne savons plus implorer (verset 26), et finalement en rendant « la vie à nos corps périssables » (Ephésiens 3.16). Comme Christ se reconnaît à nous quand nous endurons et prend nos peines, nous sommes appelés à être comme ceux qui endurent. Nous rappelant du serviteur exténué (Esaïe 42.1-9 ; 49.1-7 ; 50.4-11 ; 52.13-53 ; 12), nous sommes appelés à partager les peines des personnes affectées par le VIH/SIDA, à nous ouvrir, par cette retrouvaille, à notre propre fragilité et à notre mortalité.

Christ nous ayant devancé sur la voie qui conduit par la mort à la gloire, nous sommes conviés à acquérir la foi sûre et certaine de la résurrection. Dieu nous garantit, à nous et à toute la création, que sa promesse ne sera pas détruite par la mort. Gardés dans son amour, le Christ nous réclame comme lui appartenant et nous vivifie par l'Esprit. Il ne nous délaissera pas et il se rappellera de nous. Les premières rédactions chrétiennes voient et révèlent cette assurance sous des aspects divers et supplémentaires. Quelques uns expriment d'une qualité et d'une accentuation nouvelles de vie qui se prennent de notre vie et la modifient en lui inspirant une perception nouvelle (Jean 5.24 ; 10.10). D'autres rédactions expriment d'une existence nouvelle après cette vie, parlent en disant que nous serons ressuscités à la vie éternelle « au dernier jour » (Jean 6.39-40). Cependant toutes les tendances de cette tradition chrétienne primitive attestent la croyance fondamentale que Dieu, par la puissance de l'Esprit, donne une vie nouvelle en Christ, une vie plus forte que la mort. Ernesto Barros Cardoso, dit que : « L'expérience de la foi face au désespoir de celui qui souffre, la recherche de la guérison et du salut,

l'attente de la mort et l'espérance de la résurrection est notre force ». (COE, 1998 : 34-39).

4.1.1.1.6 Le VIH/SIDA et le corps de Christ, le corps humain

L'Eglise, corps de Christ, doit être un emplacement où l'amour de Dieu qui sauve est vécu et extériorisé, où l'on a ouvertement accès à la vie de prospérité garantie par Dieu. En exprimant réellement l'amour et la sollicitude du Christ, l'Eglise partage un indice annonciateur et un avant-gout du royaume. Dans sa déclaration de foi, sa révélation, sa dévotion et sa prestation, l'Eglise est appelée à témoigner de la présence du Christ dans la communauté et dans le monde.

Tout le monde doit accéder à la vie de prospérité que nous offre le Christ. L'absence d'exclusion qu'adoptait Jésus-Christ est singulierement décrit dans les paraboles du festin, à l'exemple du grand souper décrit dans l'évangile de Luc 14.15-24. Elle met en exergue la générosité de Dieu, qui n'encourage aucune discrimination entre les invités, basée sur les aptitudes, le mérité, les opinions ou l'honnêteté.

L'amour de Dieu s'étale à tous les hommes et Jésus-Christ les respecte tous de son attention. Raisons pour laquelle nous sommes interpelés à nous honorer reciproquement comme si, dans chaque personne, nous trouvons Jésus-Christ lui-même. Quand nous n'honorons pas le pictogramme et l'image de Dieu que nous devions voir en nous-mêmes et en notre voisin ou prochain, nous ne sommes pas fidèles à notre appel de membres du corps du Jesus-Christ, qui est Eglise.

Comme Jésus-Christ se reconnaît à notre peine et entre elle, pareillement l'Eglise, corps du Christ, est conviée à pénétrer dans la souffrance des autres, à combattre à côtés d'eux contre l'abattement. Ce n'est pas un choix, c'est l'appel de l'Eglise. Et puisqu'elle est le corps du Christ, qui est mort pour tous et qui entre dans la peine de tous, l'Eglise ne peut écarter personne qui ait besoin de Jésus-Christ, et sûrement pas ceux qui sont affetés par le VIH/SIDA.

En s'approchant des personnes affectées par le VIH/SIDA, en pénétrant dans leur souffrance et en la soutenant avec eux, en combattant à leurs côtés contre l'abandon et l'accablement, L'Eglise démontre plus sûrement ce que c'est que d'être le corps de Jesus-Christ. Et c'est à ce moment qu'elle répond à la solidarite des personnes atteintes

par le VIH/SIDA, la confiance qu'elle place dans l'engagement divine en abondance prend corps et devient perceptible pour le monde.

Les Eglises qui manifestent l'amour du Christ aux personnes affectées par le VIH/SIDA, démontrent le courage et le dévouement. Par contre les Eglises qui contribuent à stigmatiser ces personnes affectées et exercent des discriminations à leur égard, augmentent ainsi à leurs souffrances (COE, 1998 : 49-50).

L'Eglise est conviée à se mettre aux cotés des personnes atteintes par le VIH/SIDA. Cette présence, cette prestation de l'Eglise auprès de ceux qui endurent prendra des formes distinctes dans chaque situation, selon les nécessités et les potentialités. Dans certains situation, L'Eglise pourra œuvrer pour le progrès et l'amelioration des soins médicaux pour les personnes affectées, elle devra s'efforcer de conquérir de meilleurs services d'encadrement, défendre les droits fondamentaux de la personne, veiller à ce que l'information livrée dans l'Eglise ou dispensée auprès du grand public soit véridique et impartiale, ou encore rechercher à maintenir un climat de compassion, de compréhension et d'amour. Dans beaucoup des cas, c'est beaucoup mieux de travailler sur tous ces aspects à la fois, ainsi que sur d'autres aussi. Dieu dans l'incarnation en Christ, est rentré dans le monde, détruisant les blocages entre le spirituel et le matériel et réclamant le monde de la matière comme un lieu où il est omniprésent et opère pour le bien.

4.2 Que dit la bible au sujet du VIH/SIDA ?

Explicitement, la Bible ne dit rien au sujet du VIH/SIDA. Elle n'a d'ailleurs pas besoin d'en parler, étant donné qu'elle se prononce clairement sur l'abus de drogues, la prostitution, l'adultère et l'homosexualité. Pourtant, le VIH/SIDA est une maladie du comportement. Dieu condamne ce mauvais comportement qui est à la base de la propagation de cette maladie.

Ce que Dieu dit de l'abus d'alcool, s'applique à toutes les autres drogues : « Ne vous enivrez pas de vin : c'est de la débauche » (Ephésiens 5.18) c'est-à-dire, « cela ne peut que vous amenez à vivre dans le désordre. » Voici ce qu'elle dit de la prostitution et de l'adultère : « Dieu jugera les gens immoraux et ceux qui commettent l'adultère » (Hébreux 13.4). Et que dit-elle de l'homosexualité ? Bien que le VIH/SIDA ne soit pas la maladie exclusive des homosexuels « maladie gay », comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises dans les « sections précédentes » il est incontestable que ceux-ci comptent

parmi ses plus nombreuses victimes. Aussi nous semble-il opportun de consacrer quelques paragraphes au problème de l'homosexualité qui est si étroitement lié à celui du VIH/SIDA et qui dans la discussion, est souvent le point de litige.

4.2.1 Homosexualité et christianisme

4.2.1.1 Aspects de la sexualité humaine

Avant d'aborder son aspect homosexuel, parlons d'abord de la sexualité humaine selon la conception traditionnelle du christianisme. L'identité humaine se manifeste également par la sexualité, qui fait partie intégrante d'un être humain. La sexualite s'exprime de manières variées, plus particulièrement dans des rapports intimes. Elle est « érotique » au sens traditionnel du terme, c'est-à-dire qu'elle permet de sortir l'être de lui-même pour l'amener à la rencontre de l'autre. Comme cet aspect de l'identité humaine se manifeste tout spécialement dans l'intimité physique, celle-ci ne peut être séparée des dimensions intellectuelles, affectives, spirituelles et sociales. Toute conception chrétienne par rapport à la sexualité doit considerer toutes ces dimensions et cependant reconnaît le secret que Dieu a offert aux êtres humains dans la sexualité.

Pour la conception classique du christianisme, la sexualité est un don fait par Dieu aux êtres humains ; pour qu'ils se reproduisent. Dans certaines traditions, cette conception est adjointe à l'idée de l'être humain « Co-créateur » avec Dieu. Bien entendu, le rôle de la sexualité dans la procréation est évident. La conception plus étendue de la sexualité où l'amplification de la relation entre les deux associés et le plaisir qu'elle apporte sont aussi pris en compte et considérés comme précieux. Raisons pour laquelle la société a reconnu divers types de relations sexuelles entre les êtres humains et poursuit son investigation par exemple, à se poser une question s'il faut ou non reconnaître l'identité hétérosexuelle (COE, 1998 : 33-34).

La sexualité peut rendre les gens singulièrement fragiles les uns aux autres, par son aptitude d'arborer une dimension nouvelle à l'intimité et de majorer le plasir dans les rapports sexuels, ainsi qu'aux forces sociales. Dans le contexte du SIDA, la sexualité amplifie la fragilité de deux manières. Premièrement, comme déjà vu, beaucoup d'expressions physiques de la sexualité peuvent exposer la personne en contact avec le VIH. Ensuite, le fait même d'être sexué rend l'être humain fragile aux nombreuses conditions sociales qui agissant sur ses décisions morales et ses actes. Comme d'autres

aspects de la création, la sexualité peut être mal usée si les gens ne reconnaissent pas leur implication personnelle.

De ce fait, au cours de l'histoire, les sociétés ont tenté de protéger les gens de leur vulnérabilité dans ce domaine. Par des préceptes de valeurs qui ordonnent certaines attitudes socialement inadmissibles et par d'autres méthodes formelles comme l'institution de mariage, l'expression du désir sexuel chez l'être humain a été ordonnée et menée comme on l'estimait indispensable à une vie communautaire responsable et sans péril. Les Eglises ont singulierement confirmé le rôle du mariage à cet égard.

En dépit de tous les efforts préposés pour patronner et inciter une attitude responsable, l'abus et l'excès du pouvoir sexuel et des relations sexuelles reste une évidence (COE, 1998 : 34). On l'observe de plus en plus dans la commercialisation croissante du sexe et le tourisme sexuel. Mais l'obsession de ce qui est sexuellement vertueux (c'est-à-dire ''bien'' et non pas ''mal'') se façonne pourtant dans une interférence constante entre les valeurs individuelles et celles de la communauté. La discussion sur les origines de l'identité sexuelle, c'est-à-dire sur ce qui est génétiquement ''offert'' ou enseigné au cours du développement social, n'est pas achevée. Sans doute, l'appréciation et l'attachement à une attitude morale tiennent forme dans cette interférence sociale.

Eu égard à tous ce qui a été dit, les Eglises et la foi chrétienne ont en réalite un rôle capital à jouer, dans la manière d'influencer la disposition dans laquelle se produit cette interaction et la connaissance de croyances individuelles et collectives. Dans plusieurs cas, le christianisme et d'autres confessions ont contribué à réaliser, sinon à amener, les systèmes d'implication sociale et vertueuse mis en place. L'allégation du rôle primordiale du mariage dans la construction de la famille et de la communauté, comme énoncé plus haut, en est un bon exemple (COE, 1998 : 35).

Concernant la sexualité, il est important de reconnaître que les Eglises marquent de leur stigmate le milieu dans lequel vit les personnes touchés par le VIH/SIDA. Quelquefois, il faut savoir mettre de côté les dissemblances théologiques pour devancer la souffrance et soigner ceux qui sont en souffrance. Le rôle que les Eglises peuvent jouer en enseignant aux personnes qui souffrent à prendre des décisions morales mesurées est ici très fondamental.

Noter que parmi les nombreux facteurs attachés à l'épidémie du VIH/SIDA, c'est La sexualité qui a été la plus négligée dans la communauté œcuménique. Il faut reconnaitre le besoin d'en poursuivre l'étude pour mieux appréhender les problèmes posés par le VIH/SIDA. Noter que la vision biblique de la sexualité avec sa conception de la complémentarité s'enracine dans une théologie de la création (Carrefour théologique, 2004 : 106-110).

4.2.1.2 Que dit la bible de l'homosexualité ?

Déjà dans son premier livre, Dieu condamne l'homosexualité pratiquée à Sodome[22] et Gomorrhe, en détruisant ces deux villes (Genèse 18 et 19). Dans le livre du Lévitique, l'homosexualité masculine est qualifiée de « pratique monstrueuse » qui doit être punie par la mort (Lévitique 18.22 ; 20.13). Dans plusieurs textes du Nouveau Testament, l'homosexualité est présentée comme un péché et condamnée (Romains 1 ; I Corinthiens 6.9 ; I Timothée 1.10). A en juger d'après les quatre Evangiles, Jésus ne s'est jamais prononcé publiquement sur ce problème, ce qui s'explique sans doute par le fait qu'il était davantage préoccupé par les péchés d'intention, comme l'orgueil, l'égoïsme et la cupidité, l'immoralité sexuelle. Par ailleurs dans Matthieu 19 ce que Jésus dit du mariage et de l'adultère laisse supposer implicitement qu'il était d'accord avec l'enseignement de l'AT et de l'apôtre Paul à ce sujet.

Vouloir cependant en déduire que Jésus serait en désaccord avec la position catégorique de l'Ancien Testament ou que l'apôtre Paul l'aurait mal compris et présenterait dans ses lettres une théologie différente de la sienne, paraît inadmissible. L'est également la soi-disant morale, prônée dans certains milieux chrétiens, selon laquelle tout serait permis « aussi sur le plan sexuel » (I Corinthiens 6.12), pourvu que ce soit par « amour ». L'exemple de Jésus est plutôt là pour nous corriger de notre tendance à donner une importance exagérée aux péchés d'ordre sexuel et pour attirer notre attention sur les péchés d'intention, souvent passés sous silence et de ce fait beaucoup plus répandus dans les Eglises, sans que nous nous départions pour autant de la position catégorique de la Bible à l'égard de l'homosexualité.

En tant que chrétiens, nous devrions faire bon accueil à la minorité si longtemps proscrite des homosexuels, et lui témoigner du respect, de la compréhension et de la compassion.

---

[22] Le mot sodomie, décrivant l'acte homosexuel, et le mot sodomite, synonyme d'homosexuel, en sont dérivés.

Cette acceptation, réclamée à cor et à cri par les organisations d'homosexuels, n'implique toutefois pas la légitimation du comportement homosexuel comme solution de rechange à l'hétérosexualité. Elle signifie plutôt que le chrétien hétérosexuel accepte son semblable à tendance homosexuelle comme un pécheur au même titre que lui-même et l'aime comme son prochain. Les injustices commises envers les minorités (homosexuels, demandeurs d'asile et étrangers etc.) ne devraient pas être tolérées par aucun chrétien, mais soulever ses vives protestations. Ces groupes marginaux devraient en effet toujours trouver en nous des amis, des frères et des défenseurs, comme Jésus l'a été pour ceux de son époque. Une telle acceptation inspirée par l'amour fournirait une base solide, elle en est à vrai dire la condition sine qua non, à notre relation avec les séronégatifs et les malades du SIDA.

Bien avant l'apparition du VIH/SIDA, des experts et des profanes ont discuté de l'homosexualité, au sein et en dehors de l'Eglise, avec la même véhémence et la même divergence de vues que lors de débats sur des thèmes comme l'euthanasie, l'avortement ou l'utilisation de l'énergie atomique. Les opinions émises sur l'homosexualité ont toujours oscillé entre deux positions extrêmes : -Ceux qui voient une tendance tout à fait naturelle, au moins aussi valable que l'hétérosexualité. -Ceux pour qui il s'agit d'un péché contre nature, sévèrement punissable, (Simonis & Bosch, 1988 : 99).

Ce n'est cependant ni en le déclarant tout à fait normal, ni en le moralisant de manière pharisaïque que l'on aidera l'homosexuel. Car celui-ci, souffre fréquemment de son SIDA, même si certains homosexuels militants contestent ce fait ou avancent que sa souffrance n'est liée qu'à l'hostilité de son entourage. Quiconque ne partage pas leur point de vue ou considère l'homosexualité comme un comportement non naturel est d'ailleurs rapidement qualifié de bigot, de raciste ou de fasciste. S'il se hasarde à publier son opinion dans un livre ou dans une revue, celui-ci ou celle-ci, est mis à l'index de la liste des ouvrages sur le VIH/SIDA ou assorti de la mention : « à déconseiller formellement ».

Comme l'homosexualité touche à peu près 3 à 5% de la population mondiale, y compris les membres des Eglises (Blyth & Garland, 2011 : 58), l'Eglise et les chrétiens ne peuvent pas se désintéresser de ce problème. Un Pasteur ou un prédicateur qui s'adresse à un auditoire de 200 personnes peut s'attendre à ce qu'une dizaine d'entre elles aient des tendances homosexuelles. Mais comme dans la plupart des Eglises, ce sujet est encore tabou, ces gens n'ont souvent pas le courage de s'en ouvrir à leur pasteur (ou à quelqu'un d'autre), ce qui représenterait pourtant pour eux un grand soulagement. De tout temps,

les homosexuels ont vécu en marge de la société dont ils n'avaient d'ailleurs rien de bon à attendre. Ce n'est qu'en 1861 que la peine de mort sanctionnant l'homosexualité a été remplacée par la prison à perpétuité dans plus d'un tiers des 50 Etats américains (Simonis & Bosch, 1988 : 99). Aujourd'hui encore, les actes homosexuels tombent sous le coup de la loi dans beaucoup de pays. On comprend donc aisément pourquoi les homosexuels sont tellement craintifs, méfiants et hypersensibles à toute critique, y compris celle émanant des chrétiens, et pourquoi ils exigent aussi de la part des chrétiens la reconnaissance sans réserve de leur état soi-disant congénital. Les chrétiens soucieux de fidélité biblique sont dans une impasse, car l'approbation de l'homosexualité va à l'encontre de l'enseignement de la Bible. Or, pour eux, celle-ci est le « mode d'emploi » divin, qui explique la manière dont on doit vivre et constitue l'autorité suprême. (Simonis & Bosch, 1988 : 100).

Généralement, les différentes Eglises chrétiennes ont regardé les actes homosexuels comme des pratiques contre nature, des péchés gravement opposés à la continence, c'est le cas de la fornication, de la pornographie et de la masturbation. En empêchant la procréation qui est le premier but de l'union conjugale et donc de la sexualité. Les actes homosexuels beaucoup rependues, sont contraires directement à la volonté créatrice de Dieu. Entre temps l'homosexualité a généralement été condamnée pour des raisons d'ordre social. (Boswell, 1985 : 161).

Certaines Eglises protestantes et anglicanes, admettent aujourd'hui la charge ecclésiale de personnes homosexuelles et consacrent des couples de personnes du même sexe ou transgenres, mais un grang nombre des Eglises dans le monde contestent ces pratiques. (Eglise catholique, 1992. Alinéas 2357-2359).

Dans l'entendement portant sur la famile, le mariage, et la sainteté de la vie, l'homosexualité doit être aperçue comme une révolte de l'humanité contre Dieu et de ce fait, contre sa nature propre et son propre bien être. Elle ne doit pas être regardée comme une façon de vivre et une alternative. Les personnes (homosexuelles) avisées et ayant recus des conseils dans la foi chrétienne et la vie en Jésus-Christ, qui désir encore justifier leur attitude, ne peuvent pas assister au ministère sacremental de l'Eglise, parce que en le faisant les secourrait pas, mais par contre leur ferait du mal par rapport au salut.

Par rapport à la Bible, l'homosexualité est un péché et Dieu la condamne et la personne homosexuelle se doit de l'avouer comme telle et se repentir (1Corinthiens 6.9-11).

Néanmoins une écoute pastorale à ce sujet est très indispensable, tout en accentuant que l'homosexualité est une rébellion de la nature contre Dieu comme d'ailleurs tous les péchés. Cependant, les hommes et les femmes disposant des perceptions et des bouleversements homosexuels doivent être soignés avec amour, justice, acceptation, compréhension, et miséricorde accordée à tous les humains.

C'est le devoir de l'Eglise d'indiquer où est le bien, car l'homosexualité est « une maladie » qui change la personnalité de l'homme. Mais de telles convictions ne doivent pas conduire à aucune discrimination.

La parole de Dieu ne doit pas être tordue, pour l'intêret du critère laïciste libéral. C'est bien clair qu'il s'agit d'un péché. L'approbation de l'union matrimoniale civile entre des personnes du même sexe, pratiqué par certains Etats, seront une « bombe catastrophique » logée dans les fondations même de la société, detruisant le mariage et la vie de famille. Le mariage chrétien doit être accepté et bénit selon les traditions établit par les saints Ecritures et tout autre type de relation par rapport au mariage est considéré comme étant la prostitution.

4.2.1.3 L'homosexualité est-elle curable ?

L'idée « moderne » couramment admise que l'homosexualité est congénitale, normale et tout aussi valable que l'hétérosexualité recèle un très grand danger : elle ravit tout espoir aux personnes concernées par ce problème et qui aspire à un changement. Celles-ci désespèrent de pouvoir jamais sortir d'une situation soi-disant sans issue, un peu comme le malade auquel un médecin vient de dire qu'on ne peut plus rien faire pour lui. Cependant, il y a de tout temps eu des scientifiques, chrétiens et non chrétiens, qui considérant l'homosexualité comme une perturbation pathologique, ont entrepris des recherches en matière de thérapeutique. C'est ainsi que le psychologue hollandais G.J.M. Van den Aardweg a apporté une contribution hautement intéressante au débat par la publication de son livre intitulé ‘’*Homosexuality as a disease of self-pity*‘’ ; « L'homosexualité en tant que maladie de la pitié de soi » (Simonis & Bosch, 1988 : 102).

S'appuyant sur une expérience de plusieurs années de travail psychothérapeutique avec des homosexuels, il a démontré que l'homosexualité est une névrose provenant de l'apitoiement infantile sur soi (remontant donc de l'enfance). Cependant, la déviation

pathologique du comportement ne se manifeste pas uniquement par ce penchant homéotique, qu'il faudrait même considérer comme un effet secondaire, mais aussi par une attitude egocentrique, un isolement volontaire, une tendance à la dépression, la jalousie et l'agitation intérieure. Van den Aardweg a découvert en outre que cet état était dû à la non acceptation de son propre rôle sexuel à l'époque de l'enfance, généralement favorisée par le milieu familial et son entourage.

Même si ce défaut de développement est ainsi facilité par l'environnement, il serait faux de dégager l'homosexuel de sa part de responsabilité et de le présenter comme victime de la société, car comme toute personne dans un état de dépendance ou en proie à une idée fixe, il a intérieurement toléré et même approuvé les différents stades de son évolution. Le diagnostic révolutionnaire de Van den Aardweg, qui se résume ainsi : « L'homosexualité est une maladie due à l'apitoiement sur soi-même », rend possible un traitement causal : « la thérapie anti-apitoiement sur soi-même » (Simonis & Bosch, 1988 : 103). Ce sujet important ne peut cependant pas être traité en détail dans le cadre et les limites de cette thèse.

Bien que je n'en sois pas surpris, il est remarquable qu'il ait découvert que les conditions sine qua non de la réussite du traitement sont d'une part « la ferme résolution de changer et d'aller jusqu'au bout du traitement » et d'autre part « la sincérité envers soi-même ». Il semble que ce soit là, des éléments de base de tout changement en mieux, énoncés il y a des siècles déjà dans la Bible (Proverbes 2.7 et Matthieu 3.8). Dans ces deux passages et dans d'autres encore, traitant du changement de comportement, il est fait allusion à cette détermination sincère de faire demi-tour. Il faut cependant savoir que le changement intérieur et le changement extérieur qui en découle (tant dans le domaine sexuel que dans les autres domaines) s'opèrent par un processus de croissance volontaire qui, en règle générale, n'est pas le produit d'une courte prière, mais d'années de dur labeur de la part de l'homosexuel et de son thérapeute ou conseiller spirituel. Il en va de même pour son traitement des névroses obsessionnelles, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et cela ne devrait pas arrêter un homosexuel motivé de suivre le traitement. D'ailleurs, lui seul saisira toute la portée de cette bonne nouvelle : il y a moyen de changer sa sensibilité.

Si l'homosexualité est effectivement une névrose et de nombreux indices semblent le confirmer, on comprend aisément pourquoi d'autres essais thérapeutiques, comme la technique de la répression (des pulsions homosexuels), la thérapie par aversion

(tentative de provoquer le dégout envers les personnes de son propre sexe), sont voués à l'échec. Ces techniques n'égratignent que la surface, alors qu'en réalité la personnalité tout entière est malade. C'est du changement de la personnalité tout entière que témoignent d'ailleurs les deux récits suivants, extraits du livre de Van den Aardweg : « Bien que votre article ne donne que peu d'espoir, écrit une femme à un psychiatre prônant comme solution l'acceptation de son homosexualité, j'ai été guérie dans ma trente-septième année. Vous pouvez vous imaginer mon bonheur ! Rien absolument rien, ne lui est comparable. Apres trente-sept ans de chagrin, de peine, d'appels au secours, de prières d'espoirs, etc., sans jamais voir autre chose dans ce monde que sa propre détresse, pénible et douloureuse, avec la ferme conviction qu'après toutes ces années, il faudrait encore traîner tout cela jusqu'à la mort. » (Boswell, 1985 :145).

Un musicien américain raconte dans son livre son existence d'homosexuel et sa délivrance, après que sa vie soit devenue à tel point vide et dénuée d'espoir qu'il lui semblait être placé devant l'alternative ou bien de se suicider ou bien de changer radicalement de vie. Son récit est un genre de protestation contre le dogme : « Homosexuel un jour, homosexuel toujours », auquel il avait lui-même souscrit des années durant. Instinctivement, sans la moindre directive thérapeutique, il a mené le combat, non seulement sur le terrain secondaire de l'homosexualité, mais aussi contre sa conception négative, sa dépression et son apathie, sa dépendance de l'alcool et la nicotine. Ce qu'il a ressenti lorsqu'il a pour la première fois assumé lui-même la responsabilité de son homosexualité, il le décrit en ses termes : « Après avoir formulé ma résolution d'être un homme et de cesser de me considérer comme la victime de mon éducation, j'avais l'impression qu'un grand poids m'avait été ôté de la conscience. », Fortement soutenu par quelques amis chrétiens, il a parcouru les différents stades intermédiaires de la guérison, fait quelques rechutes, puis expérimenté finalement la transformation de toute sa vie affective, la libération de son obsession sexuelle et une profonde satisfaction, inconnue jusqu'alors, dans l'hétérosexualité. Celle-ci comparée à l'ersatz bon marché et immature de l'homosexualité, lui apparait à présent nettement « plus durable, plus forte, plus concentrée et plus intense » (Simonis & Bosch, 1988 : 104).

Voilà comment on pourrait envisager de mener la lutte contre le SIDA. La plus intégrale des préventions n'est-elle pas de faire d'hommes et de femmes souffrant sous l'emprise obsédante de l'homosexualité des êtres heureux vivant en plein accord avec « leur

identité relationnelle profonde ? » Mais il faut rester réaliste. Cette solution n'entre en ligne de compte que pour une minorité d'homosexuels : ceux d'entre eux qui souffrent de leur situation et qui sont prêts à s'engager sur le long et pénible chemin de la thérapie, au lieu de réclamer à cor et à cri un vaccin et un médicament contre le VIH/SIDA, qui résoudraient leur problème « techniquement », sans remettre en question certains aspects de leur personnalité et leur manière de vivre.

Dans le cas des autres homosexuels, et uniquement dans le leur, on peut espérer une limitation des dégâts par des mesures thérapeutiques visant à modifier leur comportement : tentative de les amener à réduire le nombre de leurs partenaires et à avoir des relations sexuelles a moindre risque (« safer sex »). Il ne faut toutefois pas se leurrer : ce ne pas ainsi qu'on leur apportera une aide réelle.

4.2.1.4 La position de quelques Eglises chrétiennes à l'égard de l'homosexualité

Les différentes Eglises chrétiennes ont des opinions très tranchées sur l'attitude à opter l'egard de l'homosexualité et des personnes homosexuelles. Cela peut aller de la condamnation pure et simple jusqu'à l'acceptation inconditionnelle.

4.2.1.4.1 L'Eglise catholique Romaine

La position de l'Eglise catholique à l'égard des gays et lesbiennes a été affirmée au cours de l'été 2003 avec la proclamation d'un texte du Vatican sur les unions homosexuelles. Dans ce document, L'Eglise conteste toute reconnaissance légale des couples homosexuels (David & Jonathan, 2017a). L'Eglise Catholique Romaine accepte d'accueillir les « personnes homosexuelles » cependant, elle leur demande de vivre dans la privation sexuelle, car elle condamne les actes homosexuels. Elle considère que la discrimination adoptée à l'égard des gays et lesbiennes est justifiée dans certains cas (exemple : accès à la prêtrise, profession en contact avec les enfants (David & Jonathan, 2017a).

4.2.1.4.2 Les Eglises protestantes

Les Eglises protestantes des courants historiques (exemple : Eglise Luthérienne, Eglise Reformée de France) se montrent en général plus tolerants sur la question homosexuelle et admettent d'en débattre. Pour certaines de ces Eglises malgré cela (du moins en France) on ne permettra pas aux gays et lesbiennes « déclarés » d'accèder à la fonction

de pasteurs ou à bénir les unions de même sexe, ainsi qu'en ont décidé les Eglises Luthériennes et Reformées (Cf. la décision du Synode de Sète de l'Eglise protestante unie de France-EPUF) à l'issu d'un grand débat dont on peut trouver les détails sur « Eglise et homosexualité ». La majorité des Eglises protestantes libres, de type évangélique ou pentecôtiste, proscrivent vigoureusement l'homosexualité. Elles affirment se baser sur la parole de Dieu donc la Bible qu'elles lisent souvent en s'attachant au contenu de sens littéral des textes et en tenant compte de la similitude des Ecritures. Beaucoup de ces Eglises ne reçoivent les gays et lesbiennes en leur sein que s'ils se décident de se repentir et de changer de style de vie (Cuvillier & Nicolas, 2015).

4.2.1.4.3 L'Eglise Anglicane

L'Eglise Anglicane est quelquefois classée parmi les Eglises protestantes. Il serait toutefois plus juste de dire qu'il s'agit d'une Eglise catholique reformée (voir la rubrique Anglicanisme). Ce qu'on appelle la communion Anglicane rassemble en réalité une grande variété d'Eglises entre lesquelles, mais aussi au sein desquelles, les positions sur l'homosexualité peuvent quelquefois être absolument contraires. Certains anglicans (notamment le courant évangélique) contestent ainsi energiquement toute évolution appropriée aux gays et lesbiennes au sein de l'Eglise en rappelant en général la Bible et/ou la coutume de l'Eglise. D'autres par contre refusent categoriquement ces positions jugées homophobes et préfèrent permettre aux gays et lesbiennes d'être totalement incorporés dans l'Eglise, y compris en les admettant au sein du clergé ou en bénissant leurs unions. C'est bien sur cette position que souhaite inciter le site Gay Anglican (Malzac, 2017).

4.2.1.4.4 L'Eglise Episcopale

L'Eglise Anglicane aux Etats Unies d'Amérique porte le nom d'Episcopale. Elle est membre pleinement de la communion Anglicane. Son opinion sur des questions de société est souvent libérale, bien que là encore des opinions différentes puissent se révéler. Le fait d'être ouvertement gay ou lesbienne et de vivre en couple n'y est plus généralement regardé comme un obstacle à l'accès au rang de prêtre ni même d'évêque. (Voir Témoignage de la consécration de Gene Robinson du 2 novembre 2003). Pour le reste, des bénédictions d'unions homosexuelles y sont quelquefois localement acceptées. Noter qu'Il y a actuellement aux États-Unis une Eglise anglicane évangélique minoritaire mais en croissance (Anon, 2015).

4.2.1.4.5 L'Eglise vieille Catholique

C'est une Eglise qui rassemble les vieux catholiques (proche des Anglicans). Ils viennent de l'Eglise Catholique Romaine quand celle-ci a proclamé la doctrine de l'infaillibilité du Pape et sont en pleine communion avec l'Eglise Anglicane. Ils sont à peine présents en France. L'Eglise Vieille Catholique se démarque par une attitude singulièrement bienveillante à vis-à-vis des gays et lesbiennes (David & Jonathan, 2017b).

4.2.1.4.6 Les Eglises Inclusives (gay friendly)

Elles sont peu nombreuses en France, ce sont des Eglises chrétiennes libres, qui se destinent prioritairement aux personnes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuel(le)s et transgenres), mais elles sont ouvertes à tous. Elles sont parfois adhérées à une confédération d'Eglises dont la plus importante (70.000 adhérents dans le monde) est la Metropolitan community Church, qui fut créée par un Pasteur Baptiste américain. Leur approche spirituelle se mêle souvent de militantisme. La plus grande communauté de ce type d'Eglise se trouve aux Etats Unis d'Amérique. Il s'agit de la cathédrale de l'Esperance (Cathedral of Hope), qui a un site web fort riche en anglais. En France on rencontre certaines Eglises de ce type surtout à Lille (Eglise Alliance) ou dans le sud de la France (Eglise MCC Province Languedoc). Elles sont liées à la cause gay, d'autant plus qu'elles sont conduites par les gays et lesbiennes (David & Jonathan, 2017b).

4.3 Le VIH/SIDA à la lumiere de l'Ancien Testament

L'ampleur de la pandémie du SIDA demande que tous les aspects de la vie humaine y soient impliqués et que leurs experiences soient mises à la disposition de la lutte contre cette calamité et la prise en charge de personnes affectées par le VIH/SIDA. Pareillement pour les pasteurs et les chrétiens, Ils doivent se mettre à l'œuvre à travers leurs ministères. Noter, qu'il n'y a pas que la médecine qui puisse assister les PVV dans la lutte contre le VIH/SIDA, mais toutes les sciences, entre autres la théologie, y sont concernées. La théologie est un discours sur Dieu, l'auteur de la vie et veut que tous les humains l'aient en abondance[23].

---

[23] La mobilisation du monde entier autour de la question du VIH / SIDA agace un peu plusieurs personnes qui pensent ajuste titre que le paludisme tue autant ou plus que le SIDA, alors que l'on ne fait pas autant de tapage autour. La réponse à ce manque d'intérêt n'est-il pas dans le fait que le paludisme n'est pas en réalité un problème de santé publique dans l'hémisphère Nord comme il est dans le Sud ? D'autres maladies posent beaucoup de problèmes au monde scientifique de nos jours.

Le but ici est de faire une lecture vétérotestamentaire qui débouche sur une prise de conscience globale, afin que les pasteurs et autres usagers des institutions ecclésiastiques et théologiques une fois informés puissent devenir des multiplicateurs de la lutte contre ce fléau et des soutiens spirituels en proposant des soins pastoraux aux personnes affectées par le VIH/SIDA. Eu égard à un sujet donné, plusieurs pistes de réflexion possibles et méthodes d'approche, seront une tentative d'une lecture possible parmi tant d'autres pour élucider cet aspect. Ceci étant, Nous aborderons cette partie selon les points suivants :

- Les maladies transmissibles dans l'Ancien Testament (AT).
- Les mesures prophylactiques et thérapeutiques dans l'Ancien Testament.
- Le comportement vis-à-vis du VIH/SIDA

4.3.1 Les maladies transmissibles dans l'ancien testament (AT)

Le VIH/SIDA est une affection nouvelle qui n'est soufferte ni des sociétés traditionnelles africaines, ni de la Bible. Toutefois, il y a des affections connues de l'AT qui entrainaient dans la société humaine les mêmes conséquences que celles que l'on connait aujourd'hui du VIH/SIDA. Elles sont ordinairement contagieuses et demandent qu'ont mettent en quarantaine ceux qui en sont victimes. Quelques cas tirés dans l'AT présentent comment ces maladies sont traitées et quels types de conseils sont faits à leur sujet : les deux cas à étudier ici sont la gonorrhée et la lèpre.

4.3.1.1 La gonorrhée ou blennorragie / blennorrheée

Lévitique 15.2, révèle nettement que celui qui a une gonorrhée est malpropre. Le mot hébreu *Zob* interprété par gonorrhée dans certaines traductions est rendu par épanchement dans d'autres. Le même mot évoque l'écoulement périodique d'une femme, le flux menstruel[24]. Moïse, lorsqu'il fait allusion à l'écoulement de l'homme, signifie nettement une maladie sexuellement transmissible. Cela demande que le malade soit regardé comme impur *tamè.* Le même mot hébreu signifie corrompu, souillé. Lorsque la racine est employée comme un verbe, il signifie souiller, profaner, déshonorer etc. Ainsi

C'est le cas d'Ebola dans les pays de foret de l'Afrique centrale, de la fièvre atypique venant des pays d'Asie etc.

[24] Louis second traduit ***Zob*** par gonorrhée que la TOB le rend par écoulement.

la blennorragie est vue comme une maladie qui rend impur, qui souille, qui déshonore. Celui qui a une gonorrhée/blennorragie est mis en quarantaine car il est vu comme quelqu'un qui déshonore sa personne et vraisemblablement son entourage. Il est parfois congédié du Camp (Nombres 5.2). Il est désocialisé jusqu'à ce qu'il soit de nouveau déclaré pur suite à une thérapeutique appropriée. Toute personne qui la touche, entre en contact avec lui ou partage quelque chose avec lui, est considérée comme infectée, donc impure.

4.3.1.2 La lèpre ou maladie de Hansen

En plus de la gonorrhée, un autre type de maladie qui rend une personne impure est la lèpre. Les revendications à son sujet sont pareilles à celles décrites ci-dessus. Le malade de la lèpre fait le sujet des précautions quelquefois drastiques. Le malade ne peut vivre qu'à l'entrée ou à la sortie des villages. Si pour une raison ou pour une autre, il doit entrer dans le village, il doit crier, « malpropre ou impur », afin que les non lépreux puissent l'éviter. Même Myriam la sœur de Moïse a été isolée ou mise en quarantaine lorsqu'elle a été châtiée de lèpre pour avoir calomnié le mariage de Moïse avec une Koushite (Nombres 12.1-16). La loi était sans indulgence pour tous.

4.3.1.3 Les mesures prophylactiques et thérapeutiques dans l'AT

Les maladies confessées contagieuses ont toujours été sujet de mesures énergiques pour prévenir leur expansion ou pour y mettre un terme en donnant l'occasion au malade de ne pas se réinfecter après son rétablissement. Dans le cas de la gonorrhée, le légiste qui agissait comme le conservateur de la santé avait ordonné des règles sévères et strictes :

- Tout objet sur lequel il s'assied est déclaré impur et devra se laver pour se purifier.
- Tout vase qu'il touche est brisé.
- Le lit est considéré comme impur, souillé, profané, etc.
- Le malade est renvoyé du camp afin de pas le souiller.

La mise en isolement qu'ordonne le légiste a pour souci de prévenir la contamination des personnes en bonne santé. La société de l'AT préférait séparer un malade atteint de la gonorrhée, d'une lèpre plutôt que de le conserver au milieu de gens au nom d'une

certaine fraternité. Face au mal, il fallait prendre des mesures sévères avant que cela ne se transforme en une affaire de santé publique à grande échelle. En mettant le malade, en quarantaine on le présente un peu comme un pesteux. Il est vrai que les termes « Pur » et « impur » sont généralement mis en relation avec l'adoration à offrir à Dieu le créateur. Il n'est pas explicitement appelé coupable, mais l'impur est quelqu'un qui ne doit plus avoir un lien direct avec Dieu. Il est coupé de Dieu de la même façon que le péché coupe l'homme de son créateur. Si l'AT se garde de présenter le malade affecté de la gonorrhée ou de lèpre comme un fautif, il n'en demeure pas moins vrai que le traitement de quarante qui lui est prescrit correspond fort bien à celui de quelqu'un qui se retrouve coupé de Dieu pour raison de son péché. Les concepts de pur et d'impur Fait penser aussi aà ce qui est normal ou anormal, ce qui est sain ou non (Wenham, 1979 :15-30).

L'isolement coupe aussi l'homme de sa société. Mais cette isolation est aussi une sorte de traitement. Pendant ce temps, le malade est traité médical mais possiblement aussi spirituel. La chose parait si vrai que le rétablissement d'un lépreux par exemple doit être certifiée par le sacrificateur, gardien de l'intégrité spirituelle du peuple d'Israël pendant de siècles. La thérapeutique d'une maladie peut être aussi médical : C'est ainsi que le roi Ezéchias, touché d'une maladie appelée ulcère qui aurait pu le tuer a été guéri grâce à l'utilisation d'un traitement médicinale. Un amas de figues a été appliqué à la partie malade (2Rois, 20.7). La guérison dans l'AT peut être obtenue aussi bien par le traitement médical que par la prière qui correspond parfois à des pratiques magiques notamment dans les cycles d'Elie et Elisée[25]. Et Dans le cas d'Elisée la démarche du prophète est plus de l'ordre du geste symbolique (2Rois, 4.34). Dans l'AT, la peste qui châtiait régulièrement était très redoutée à cause de sa caractéristique épidémique et mortelle. Elle était regardée comme une visitation de Divine pour la punition.

A l'égard de la peste, l'homme de l'AT s'est souvent vu dénué de toute thérapeutique objective ; raison pour laquelle tout le peuple s'est tourné vers Dieu à travers des prières collectives.[26] La prière devenait le moyen du salut. Toutes guérisons dans l'AT sont ordinairement attribuées à Dieu. Mais depuis toujours, les hommes ont eu une attitude

[25] La guérison du fils de la Sunamite a pris des allures thaumaturgiques, 2 Rois 4.34. SS

[26] Dictionnaire Encyclopédique de la Bible : Art. Maladie, Imprimerie Réunies-Valence -sur -Rhône, 1973 TII P.87.

incompréhensible à l' egard du malade. Quelle est l'attitude de l'homme vis-à-vis du malade du VIH/SIDA de nos jours ?

4.3.1.4 Comportement vis-à-vis du VIH/SIDA de nos jours

Toute information en matière d'entendement du VIH/SIDA, de la lutte contre cette calamité de ce siècle présent et de la prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA doit avoir comme base, la compréhension que l'AT dispose des maladies transmissibles. En effet, tous les africains détiennent presque les mêmes manières de voir les maladies que les peuples de L'AT. C'est pourquoi la lutte contre le VIH/SIDA doit se marteler, en milieu chrétien, sur certains principes Bibliques.

4.3.1.5 La maladie n'est pas nécessairement une punition de Dieu.

En Afrique, certaines affections sont regardées comme des conséquences d'une désobéissance grave à la volonté des divinités ou comme l'effet normal de tabous qui ont été outragés. L'AT à certains endroits réfléchit que la maladie est la consequence du péché et que celui qui est malade doit interpréter qu'il mérite les effets de son acte. Certains amis de Job lui ont signifié cela pendant sa terrible souffrance. Le roi David parait avouer que sa situation malheureuse vient justement de son péché et possiblement qu'il a été conçu dans le péché (2Samuel 11.2-5). Cependant, selon David, Dieu est miséricordieux et compatissant donc il justifie celui qui lui confesse ses fautes (2 Samuel 12.1-22). Il faut établir la difference entre la condition générale des êtres humains qui sont dans un monde qui expérimente les conséquences du péché originel et les actes singuliers qui peuvent causer des conséquences néfastes et même le jugement régulier de Dieu.

Davantage, Job lui-même est persuadé de son innocence et ne croit pas que le mal dont il endure affreusement soit la consequence d'un péché quelconque. Certainement, Dieu l'a innocenté en le restituant dans son ancienne vie et en lui donnant plus de fortune et d'allégresse qu'avant sa maladie (Job 42.12-17). On ne peut en conséquence pas dire que toute affection est la conséquence d'une insoumission. Job est pourtant conscient de sa souffrance, en dépit de son innocence devant Dieu il n'a pas résisté.

Evoquant le cas du VIH/SIDA, l'AT ne pourrait pas éclairer l'homme de notre époque. Pourtant, il a été scientifiquement démontré que le VIH/SIDA se propage par divers modes qui ne sont pas liés au comportement immoral.

Cas de la contamination de la mère à l'enfant. Le bébé qui naît avec le VIH n'a rien à voir avec l'origine de son infection. Il n'a pas préféré de naître d'une mère porteuse du virus, cet enfant a droit à la compassion et à l'affection de tous.

Cas de celui qui se fait darder par une aiguille souillée dans l'exercice de ses fonctions peut contracter le mal. Il lui sera tout au plus réprimandé de n'avoir pas été assez attentif.

Les homosexuels et les hétérosexuels qui ont des attitudes à risque sont ceux qui méritent qu'on leur parle sérieusement. Pourtant, il ne s'agit pas là non plus de juger, mais, exprimer la véracité à n'importe qui fait ce qui n'est pas bien avec fermeté. Etre indulgent ne doit pas mener à la bienveillance. Notre société moderne, au nom de l'autonomie d'opinion et de choix, réfléchit qu'il est défendu d'interdire. Quiconque fait ce qu'il veut au risque de devenir un danger public. L'enseignement de l'Eglise ne doit pas mener au libertinage.

4.3.1.6 Pour éviter la maladie, il faut avoir une bonne hygiène de vie physique, mentale, morale, et spirituelle.

La parole de Dieu dit que chaque personne, s'approprie ces paroles : « La crainte de l'Eternel est le commencement de la sagesse » (Psaume 111.10).

L'AT révèle que la vie n'a de la valeur que lorsqu'elle est fondée sur la soumission au dessein de Dieu. Dans nombreux cas les rois d'Israël et de Juda ont été montrés en fonction de leur niveau d'obéissance à la volonté de Dieu. Tel roi a accoplie ce qui est juste a l'égard de l'Eternel ou tel roi a agit incorrectement envers l'Eternel. Dans l'AT ce qu'un homme fait est présenté comme droit si c'est correct par rapport à la volonté de Dieu. Cela est mauvais, quand c'est opposé à la volonté de Dieu. C'est cette volonté de Dieu qui est aussi nommée ; la crainte de Dieu. On pourrait aussi dire que c'est la soumission à la volonté de Dieu qui témoigne la crainte du Seigneur, c-à-d de la gratitude de Dieu, de sa volonté bonne et de l'importance de l'honorer, de l'écouter et de suivre sa sagesse pour vivre l'épanouissement de la vie (Berthoud, 2008 : 40-45). Elle est une somme de pratique dans la vie de tous les jours qui prouve qu'on sait obeir à Dieu et mettre sa parole en pratique ou non.

L'exhortation principale de Dieu pour ses enfants dans l'AT est de ne pas avoir d'autres divinités devant sa face. Autrement dit, Dieu demande de ne pas avoir de rivaux au milieu de son peuple. Ces rivaux peuvent être des divinités étrangères, dont certaines exigent

des sacrifices, d'autres la prostitution sacrée ou spirituelle ou encore toute autre forme d'idolâtrie. Or l'obeissance à la volonté de Dieu donne la vie, et l'être humain doit tout faire pour la garder en très bonne qualité. Alors celui qui craint Dieu ne peut que prévenir ce qui peut polluer la vie spirituelle, physique et mentale.

Celui qui respect et craint Dieu a de très bonnes dispositions pour accomplir le moins de âneries possibles. C'est dans ce cas qu'il saura surveiller et maintenir son hygiène corporelle, mentale, morale et spirituelle. Les chrétiens infectés par le VIH dont la conduite sexuelle est condamnable sont dangereux pour le public. Il faut s'en méfier car, ne craignant plus Dieu, ils peuvent infecter ceux qui se lient à eux. L'AT recommande que l'on sépare ceux qui avaient la gonorrhée ou la lèpre, mais reconnaissant la loi d'amour que nous enseigne le Christ et la pratique médicale en milieu ouvert, il est plus sage de regarder les porteurs du VIH/SIDA et les autres maladies comme faisant partie de notre monde. Tout en reconnaissant que le VIH/SIDA exige que l'on ait un comportement responsable, les malades de SIDA doivent continuer à profiter de l'amour de leur voisinage et de tous. Les études scientifiques faites jusqu'ici montrent que le malade du SIDA n'est pas forcément un être dangereux pour la société si l'on sait mettre en pratique les conseils sur l'hygiène indispensables à appliquer vis-à-vis de lui. (Blyth & Garland, 2011 : 244).

4.3.1.7 Quelques réflexions actuelles de l'Eglise en Afrique sur le VIH/SIDA

Depuis le commencement de l'épédemie, l'Eglise et les pasteurs, les hommes et les femmes d'Eglises en Afrique ont observé un immobilisme surprenant, tandis que les Eglises occidentales et divers théologiens en parlent et parfois agissent de manière façon forte pour sopper l'expansion de l'épidemie et assurer les soins pastoraux aux personnes affectées par le VIH/SIDA.

Le continent africain est resté au stade des interrogations sur ce qu'il faut faire, étant donné que tout ce qui touche au sexe est sacré presque partout sur le continent. Avantageusement, ces dernières années les dispositions ont commencée à changer dans diverses régions du continent. Par exemple:

- L'Eglise Protestante méthodiste du Benin (EPMB) a tenue déjà à travers nombreux séminaires des réunions de sensibilisation des responsables de régions syndicales et des employeurs au milieu de leurs frères et sœurs. Elle assiste aux diverses réunions

organisées par le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS) du pays, dont elle est membre. Ses délégués transmettent, à la base les indications reçues afin de démultiplier les acquis. Nombreux séminaires sont organisés dans les régions syndicales aussi (Kä Mana *et a*l, 2001 : 30).

- L'Institut Protestante de théologie de Porto-Novo (IPTP) au Benin a organisé une semaine transdisciplinaire sur le VIH/SIDA, rassemblant des intervenants venant des Eglises du Benin, du Togo et des établissements des éducations diverses.

- Une proclamation des Evêques du Tchad sur le VIH/SIDA datant d'Octobre 2002 révèle que l'Eglise catholique est en train de changer quelques aspects considerés inacceptables il y a quelques années. Elle dit particulièrement ce qui suit : « En ce qui concerne le préservatif, l'Eglise voudrait rappeler ici, par l'intermédiaire des évêques, que son utilisation est soumise aux règles normales de la morale comme le sont les autres actes humains » (Kä Mana *et al,* 2001 : 31). La règle finale est la conscience. Il renvoie à chacun d'instaurer sa conscience et d'entrainer sa responsabilité selon la situation dans laquelle il se trouve. Parce que personne n'est tenu à l'irréalisable, il ne peut être sollicité à des époux de se refuser de relations sexuelles. Nous saisissons donc qu'une personne, par obligation d'amour puisse être conduite à user le préservatif pour se protéger ou pour protéger son compagnon. Cependant, il faut noter que le préservatif ne protège pas à 100% et qu'il ne dénoue pas à terme les véritables problèmes du VIH / SIDA.[27](Blyth & Garland, 2011: 112).

- Nombreux théologiens africains ont écrit de bons livres pour contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA.

  - L'un de tous dernièr livre, est celui rédigé conjointement par Kä Mana, Marcellin Dossou et Jean-Blaise Ken Monge. L'à-propos de leurs argumentations mérite que le livre soit lu et connu même si ses auteurs ont fait plus œuvre de philosophes systématiciens que de théologiens Biblistes. (Kä Mana et al, 2001 : 30).

  - Le programme d'Etudes sur le VIH et SIDA édite par le COE sous les auspices du Dr MUSA W. DUBE est un document qui se veut éducatif bien que très simplifié dans sa composition. Il a l'aptitude d'oser approcher la réflexion sur le VIH/SIDA

[27] Conférence Episcopale du Tchad : Déclaration des Evêques du Tchad sur le VIH/SIDA, Inédit, octobre 2002, p.4

comme une matière qu'on peut inculquer dans les institutions de formation théologique.[28]

- Nombreuses autres tentatives existent dans ce domaine de VIH en Afrique, les parents et autres éducateurs ne font que livrer des informations aux jeunes, pour que qu'ils préviennent d'avoir des comportements à risque.

- En RDC, quelques auteurs se sont faits remarqués par leurs livres sur le VIH/SIDA notamment : Muteba, par ces deux livres, « Comprendre l'engagement de l'Eglise dans la lutte contre le VIH/SIDA » où il nous fait comprendre l'importance de l'engagement de l'Eglise dans la lutte contre le VIH/SIDA, et « Combattre efficacement le VIH/SIDA en Afrique noire » où il propose quelques méthodes de lutte contre le VIH/SIDA et d'encadrement psycho-social des malades du SIDA.

En Afrique, il est habituellement admis que l'enfant qui met en pratique les avertissements de ses parents ont des chances de faire très peu d'erreurs dans sa vie, ce qui accroît ses aptitudes physiques et spirituelles en vue d'un épanouissement total. (Dossou : 2002 :60).

Au total, la relecture de l'AT, révèle que le créateur a prévu comment l'homme de toutes les epoques doit se vivre pour prévenir de s'exposer comme un danger public pour ses prochains. Cependant le malade du VIH/SIDA a toujours merité l'amour et l'assistance spirituelle de l'Eglise et de la société dans laquelle il vit. Il ne doit pas être désocialisé. La lecture de l'AT très voisine des habitudes africaines, doit encourager la société à aider ceux qui sont atteints de VIH/SIDA ou qui vivent déjà avec la maladie. Les entretenir jusqu'au bout ne peut que perpétuer leur espérance de vie de quelques mois, de quelques années selon l'endurance de leur corps. Cela fera du bien à tout leur voisinage immédiat qui est aussi affecté.

4.3.1.8 Acceptation du défi XXX

L'accès du sida entraine tout certainement des adversités au ministère, comme nous l'avons noté. Néanmoins, à mesure que les chrétiens arrivent à un entendement théologique des causes de la maladie et discernent la voix de Dieu qui s'exprime à travers cette crise, on peut omettre ces obstacles. Nous sommes en mesure de défaire ces

[28] COE : Programme d'études sur le VIH/SIDA et le SIDA, COE, Genève ; 2001

obstacles qui montrent une bravade animée que nous sommes par un esprit de pitié en conformité avec la nature de Dieu et l'exemple du Christ. Nous sommes conviées à nous engager dans la lutte contre le mal et à remplir le mandat que Christ a donné à l'Eglise. Fidélité et soumission à notre Seigneur, justifié, pour réaliser notre ministère au milieu de la crise du SIDA. À mesure que cela se produit, la pandémie de SIDA ne se détermine pas en termes de crainte et de mort, mais en termes de ce qu'est l'Eglise : le peuple de Dieu.

La verité que le SIDA est un ennemi à redouter ne doit pas être démentie. Mais l'Église peut, par la force du Saint-Esprit, prendre une disposition de fragilité et admettre le risque du ministère. Par le service au nom du Christ, il peut en conséquence sortir le principe de Dieu de la vie, pendant qu'on la sauve. Notre fin est d'être l'outil de Dieu dans le rachat et le rétablissement du monde. Nous aborderons dans notre prochain chapitre les manières pratiques selon lesquelles nous pouvons agir en tant que peuple de Dieu.

4.4 Conclusion

A l'égard de l'épidémie mondiale, la contagion du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) qui en est le résultat, plusieurs gouvernements nationaux, des institutions des Nations unies et des organisations non gouvernementales s'étaient déterminés d'intervenir, parce que le VIH/SIDA crée d'importants problèmes aux personnes et aux institutions. Les chrétiens et les Eglises y sont confrontés comme ces autres entités.

Les Eglises n'ont pas tort de réagir au problème et de s'unir à ceux qui, dans le monde entier, essaient de pourvoir des soins et un appui aux personnes atteintes par le VIH/SIDA et de diminuer la fragilité au VIH et à l'impact de la pandémie. Pour nombreux d'entre nous, le VIH/SIDA a fait office de révélateur, mettant au jour les nombreuses inégalités de notre vie en communauté que, jusqu'aujourd'hui, nous ne voulions pas observer en face. Il a mis au jour, les effets dramatiques d'actions personnelles qui sont immédiatement dommageables aux autres ou de la légèreté qui expose des personnes à des dangers additionnels.

Cette nouvelle épidemie des temps nouveaux, expose le silence et le renoncement des Eglises et les places devant une revendication : celle d'être mieux éclairée, plus

agissante et d'être des observateurs plus fidèles de l'Evangile de la conciliation et de l'indulgence aussi bien dans leur vie que dans leurs congrégations.

Davantage de gens endurent et deviennent malades. Ils souffrent affectivement, physiquement et spirituellement, seuls et isolés pour un grand nombre. Des enfants, des jeunes, des hommes et des femmes, meurent, des familles et des communautés sont pompeusement touchées, socialement économiquement et spirituellement, en particulier dans les pays pauvres. Non seulement le VIH/SIDA cause des dommages dans le corps et les esprits, mais encore il affaiblit, brise des vies et amène des violations des droits de l'homme. Les différents médicaments proposés contre lui, restent inefficaces et il n'existe actuellement aucune médication vraiment efficace.

Le VIH/SIDA a une mesure différente des autres maladies sexuellement transmissibles, car il a une dimension éthique, psychologique, philosophique anthropologique et, pourrait-on dire, une dimension qu'on ne peut méconnaitre, surtout si on se dit chrétien (Simonis & Bosch, 1988 : 7). Le VIH/SIDA sollicite les chrétiens et les Eglises et demande d'eux une action distincte et exclusive, menée par la foi. Ce chapitre a pour but de les aider à définir cette action.

En naissant parmi eux pour être réel au milieu de leurs combats, Christ a extériorisé l'amour de Dieu pour tous les hommes. Pour réaliser leur mission, les Eglises doivent admettre d'abord que le VIH/SIDA brave une crise que les Eglises doivent affronter. C'est à leur interaction que l'on tranchera de leur convenance. La crise remet les Eglises aussi en question, les poussant à réévaluer les conditions qui favorisent l'épidemie, à faire prendre conscience aux gens de leur propre bestialité les uns envers les autres, de ce qui est faussé dans leurs rapports, de la partialité des structures ainsi que de leur propre bienveillance et de leur connivence. Le VIH/SIDA est un signe des temps, qui appelle les Eglises, à ouvrir les yeux et à comprendre.

CHAPITRE 5 : SOINS PASTORAUX ENVERS LES PERSONNES AFFECTEES PAR LE VIH/SIDA : UN MODELE D'ENCADREMENT SPIRITUEL

5.1 Introduction

Les chapitres précédents décrivent l'information sur le VIH/SIDA et les questions connexes, c'est-à-dire l'interaction entre le VIH/SIDA, l'Eglise, la théologie et soulignent la compréhension contextuelle du VIH/SIDA, comme approche ecclésiologique pratique qui soutient l'encadrement spirituel des personnes atteintes du VIH/SIDA. Un défi est lancé aux Eglises et chrétiens, surtout à leur identité, pour fournir des soins et le soutien spirituel aux personnes touchées par le VIH/SIDA.

S'il y a un certain consensus sur la vocation de l'Eglise par rapport au plan de la proclamation de la parole de Dieu et de la pratique pastorale, la différence au niveau de la compréhension de ces deux entités, demeure au niveau de la doctrine de chacune des dénominations chrétiennes. Cette divergence dans la théologie est le fondement des différentes compréhensions de la mission de l'Eglise. Les mots : « comme le père m'a envoyé, moi aussi je vous envoie » (Jean 20.21) et « Ils imposeront les mains aux malades, et les malades, seront guéris » (Marc 16.15-18) sont un exemple évident de cette divergence du niveau de la compréhension de la mission. En effet les deux paroles de Jésus étaient placées au centre de la réflexion missiologique et pastorale dans le milieu œcuménique[29]et évangélique, vers la moitié du XXe siècle (COE, 2003). Cette réflexion a conduit à l'émergence de deux concepts : La Mission Dei (la proclamation de la parole) et le ministère pastoral (les soins pastoraux auprès des fidèles croyants dans l'Eglise)[30].

Dans le milieu œcuménique, l'envoi du fils par le Père est considéré comme clé de la compréhension de la pratique missionnaire. La tendance œcuménique insiste sur la « missio Dei », c'est-à-dire, sur ce que Dieu fait dans le monde, à savoir la multiplication des Eglises, l'accent étant sur la proclamation de la parole Dieu en actes (action), tandis que les évangéliques insistent sur la proclamation de la parole de Dieu qui s'accompagne

---

[29] Les Œcuméniques construisent leur théologie de la mission à partir du texte de Jean 20.21 et tandis que les évangéliques considèrent le texte de Marc 16.15-18.

[30] Nous étudierons ces notions dans la quatrième partie de ce chapitre.

de l'encadrement spirituel des croyants. Cette position est basée sur le fait que L'Eglise est envoyée dans le monde et a reçu la vocation de faire de toutes les nations des disciples (Matthieu 28. 18-20) et l'objectif de cette vocation est la croissance de Eglise, par les enseignements de la parole de Dieu : « Ils persévéraient dans l'enseignement des apôtres, dans la communion fraternelle, dans la fraction du pain et dans les prières » (Actes 2. 42) et les soins pastoraux aux croyants. Si l'on considère ces deux visions comme théologiquement correctes, quelle est le rapport qui existe entre ces deux approches ? Dans quelle mesure le ministère pastoral auprès des croyants peut-il constituer un modèle d'encadrement spirituel pour les croyants au sein de l'Eglise ? Comment les soins pastoraux auprès de personnes affectées par le VIH/SIDA peuvent-ils contribuer à la croissance des Eglises ?

Nous proposons de répondre à ces interrogations dans ce travail. Pour ce faire, nous adopterons la démarche suivante : dans un premier temps, nous aborderons l'approche empirique de la théologie pratique en évoquant son histoire, son fondement biblique et sa compréhension par les Eglises. Dans le deuxième temps, nous développerons le concept du ministère pastoral comme microcosme des enjeux de la théologie pratique, en particulier ses principes et ses méthodes. Finalement, nous procèderont à une analyse critique du ministère pastoral auprès des personnes affectées par le VIH/SIDA dans les Eglises de Lubumbashi et proposerons un modèle d'encadrement, modèle ayant un fondement biblique basé sur le soutien spirituel pour ces Eglises

La réflexion de la théologie pratique qui fait le cœur de ce chapitre abordera les questions de la mise en œuvre de la pratique de soins pastoraux auprès des personnes affectées par le VIH/SIDA. Plus spécifiquement cette perspective sera orientée vers la pratique de l'encadrement spirituel à l'égard des personnes affectées par le VIH/SIDA, au sein de l'Eglise en général et des Eglises de Lubumbashi en particulier. Il s'agira justement ici de fonder théologiquement une pratique juste.

Uys (2003 : 7) identifie, dans les soins à domicile et les soins de longue durée les principaux soins d'accompagnement du soutien spirituel à fournir aux personnes touchées par le VIH/SIDA. Et le défi de l'Afrique est l'équipement des membres ou des responsables ecclésiastiques pour offrir des conseils efficaces afin de faire face à la pandémie, en particulier dans le contexte de la pauvreté. Van Dyk (2001 : 200) a, à juste titre, observé que : « La triste réalité en Afrique et en particulier en Afrique subsaharienne est que très peu de personnes infectées par le VIH ont effectivement accès à des

conseillers qualifiés, en dehors du contexte de conseil pré et post-test ». Il est donc urgent de doter tous les professionnels agissant dans ce secteur, de compétences nécessaires pour être des conseillers spirituels efficaces en matière de VIH/SIDA. Cela représente donc un énorme défi pour l'Église africaine (gardiens de la pastorale), puisqu'elle est l'institution principale, la plus présente dans de nombreux contextes africains pauvres.

Ce chapitre décrit les interventions de conseillers médicaux et pastoraux auprès des personnes affectées par le VIH/SIDA, en se référant en particulier au scénario africain. Il le fait en examinant les pratiques de conseil général, mettant l'accent sur l'approche de conseil en Afrique et plaidant pour le counseling pastoral. La guérison du VIH/SIDA en Afrique doit mettre l'accent sur une relation interdisciplinaire saine. Cette approche interdisciplinaire implique la prise en charge médicale, psychologique, éthique, le counseling du VIH/SIDA et le counseling pastoral. Elle discute surtout de la centralité de la vision du monde et de la culture africaine dans l'évaluation pastorale et la thérapie. Il s'agira donc dans ce chapitre d'évaluer l'impact d'une telle vision du monde sur le conseil dans un contexte africain et de proposer un modèle basé sur le soutien d'encadrement spirituel pour les Eglises de Lubumbashi et par ricochet pour toutes les Eglises à travers le monde entier.

Le conseil pastoral en Afrique devrait être beaucoup plus communautaire et axé sur les groupes, plutôt que de se concentrer uniquement sur les besoins de l'individu, et ce afin de traiter la question du VIH/SIDA dans un environnement pauvre. Cette approche est appropriée pour traiter de façon satisfaisante et significative le sort des personnes affectées par le VIH/SIDA, en leur offrant ainsi un soutien (par l'intermédiaire de la koinonia) et un fort espoir après la divulgation de leur statut séropositif. De l'espoir qui instille une attitude positive à la vie, qui constitue un instrument pour la guérison physique, la construction de l'immunité et l'adaptation psychologique et spirituelle.

5.2 Pastorale des personnes affectees par le VIH/SIDA dans un contexte africain

5.2.1 Historique de la consécration pastorale.

La pastorale et le conseil pastoral « relation d'aide chrétienne » ou dialogue pastoral, connus sous le nom de cura animarum (guérison des âmes), sont l'expression d'une vieille activité (Lartey 1997 : 19). Lartey retrace l'activité dite « cura animarum » jusqu' en 2800 av. J.C. Il démontre qu'en Egypte et à Babylone les sages étaient les guérisseurs

des âmes. I Rois 4.31 se réfère également à des sages d'orient qui sont comparés à Salomon, dont la sagesse était insurpassable. Socrate voulait aussi être appelé guérisseur d'âmes. Beaucoup peut être dit sur les développements historiques, mais l'ère chrétienne est d'intérêt primaire ici. Dans le domaine de la pastorale, Clebsch et Jaekle (1975) ont affirmé que la pastorale chrétienne émanait d'un contexte humain, historique, culturel et ecclésial spécifique. Ils ont identifié quatre fonctions fondamentales de la pastorale chrétienne : guérir, guider, soutenir et réconcilier. Chacune de ces fonctions est dominante à un moment précis dans l'histoire de l'Eglise, selon les circonstances. Par exemple, pendant les persécutions (180-306 après. J.C.), la réconciliation des chrétiens avec l'Eglise était importante, parce qu'ils subissaient une pression pour renoncer à leur foi. Pendant l'ère de Constantin (313 après JC), quand la chrétienté se mis progressivement en place, une nouvelle « orientation » se fit voir, les gens cherchaient des conseils sur la façon de mener leurs affaires.

Outre les quatre fonctions que Clebsch et Jaekle (1975) ont identifiées (c.-à-d. La guérison, le soutien, l'accompagnement et la réconciliation), Clinebell (1984 : 43) a ajouté les soins. Lartey (1997 : 37-42) en a ajouté deux autres, la libération et l'autonomisation. Dans l'histoire, chacune de ces fonctions est évidente dans la façon dont elles ont été pratiquées et dans la manière dont ils ont influencé les soins et les conseils contemporains.

Tableau 5-1: Résumé de fonctions

Fonction pastorale	Expression historique	Expressions contemporaines de soins et de conseils
Guérir	Onction, exorcisme, Saints et reliques, guérisseurs.	Psychothérapie pastorale, guérison physique, spirituelle, counseling et thérapie conjugale.
Soutenir	Préserver, consoler, consolider.	Soins de soutien et counseling, counseling en cas de crise, soins et aide aux personnes en deuil.
Guider	Conseil-donnant, écoute.	Conseils éducatifs, prise de décisions à court terme, counseling de confrontation, direction spirituelle.

Réconcilier	Confession, pardon, discipline.	Conseils conjugaux, conseils existentiels (réconciliation avec Dieu).
Nourrir	Formation de nouveaux membres dans la vie chrétienne, éducation religieuse	Conseils éducatifs, groupes de croissance, enrichissement du mariage et de la famille, aide à la croissance grâce à la crise du développement.
Libérer	-	Sensibilisation sur les sources et les causes de l'oppression et de la domination dans la société
Autonomiser	-	Encourager l'un à développer sa propre base / alternative

Lartey (1997 : 73-78), s'interrogeant sur l'inflexion africaine, il a exploré les façons dont le terme de conseil pastoral a été utilisé. Il a identifié six façons :

- L'usage séculier, où l'on est préoccupé par le bien-être des personnes avec qui on est en relation, ou pour qui on est responsable.
- Le conseil par l'ordonné, se référant au conseil dans le ministère.
- Le conseil avec un référentiel religieux, qui se réfère au conseil qui prend des problèmes religieux au sérieux, et qui est informé par les préoccupations des conseillers pour les valeurs et les significations ultimes (la religion dans son sens large).
- Le conseil offert dans et par une communauté de foi.
- Le conseil chrétien, qui cherche à intégrer la Bible à la psychologie.
- Le counseling pour toute personne, qui cherche à faire du counseling holistique.

L'observation de Lartey est utile pour montrer comment différentes personnes peuvent voir le conseil pastoral. Néanmoins, pour avoir une définition bien construite et une définition fonctionnelle, les définitions de Clinebell (1984 : 25-27 et) et de Louw (1998 : 260) sont recommandées (discussion ultérieure plus loin). Selon Louw (1998 : 260-261), le terme « conseil pastoral » se réfère au fait que cet entretien structuré avec un

paroissien, s'exerce au sein de la communio sacrum et a pour principaux objectifs : le développement de la foi, l'enrichissement d'une spiritualité chrétienne et l'émancipation de la foi des paroissiens en communiquant les promesses accomplies de l'Evangile. La pastorale fait référence à la présence de Dieu et aux fonctions pratiques de l'esprit.

La définition de Louw couplée avec le contour de Lartey est éclairante. Il souligne trois questions précieuses et critiques dans le conseil pastoral, c'est-à-dire le contexte, l'objectif et la méthode. Le contexte est la communauté de foi, communio sanctorum ; le but est triple, c'est-à-dire le développement de la foi, le renforcement de la spiritualité chrétienne et l'habilitation de la foi. Et la méthode est la communication des promesses de l'Évangile. Durant la rencontre de conseil pastoral, le Saint-Esprit ‘’*parakletos”* applique la guérison. Louw expose concisément l'orientation de la consultation pastorale. Il est donc recommandé au conseiller pastoral, de structurer ses activités en fonction de son affirmation. En dehors de mettre un accent sur le conseil pastoral, cette approche définit un cadre général, distinctif pour le counseling chrétien, contrairement à la psychologie.

En résumé, l'histoire de la pastorale et du conseil (cura animarum), comme nous l'avons vu, nous révèle que nous avons affaire à une pratique ancienne. Ses fonctions mises en évidence au cours des années ont des expressions contemporaines telles que la guérison, le soutien, l’accompagnement, la réconciliation, l'éducation, la libération et l'autonomisation. Le terme de conseil pastoral, comme l'a observé Lartey, a des références séculaires et chrétiennes, ce dernier étant l'usage courant. Toutefois, pour le counseling relatif au VIH/SIDA, dans lequel nous défendons la communauté de foi (*koinonia*), il est crucial de préciser clairement le contexte, le but et la méthode de conseil pastoral. Le contexte est la communauté de foi (*koinonia*) ; son but est le développement de la foi et de la spiritualité au sein de la Communauté de foi, et la méthode consiste en la communication des promesses de l'Évangile qui sont appliquées par le Saint-Esprit. Cela implique que dans la crise du VIH/SIDA, un conseiller devrait viser à inculquer la foi et le développement spirituel, en vue de soutenir la personne. Ces dernières années cependant, le counseling pastoral a été influencé par la psychologie (Miller & Jackson, 1985 :85). Et dont l’impact n’est pas négligeable en Afrique. Alors, comment les pasteurs peuvent-ils maintenir une relation saine entre la psychologie et le christianisme ou la Bible ?

5.2.2 Soins pastoraux et conseil Pastoral

La pastorale biblique et le conseil sont basés sur la croyance première en la Bible comme une ressource pastorale qui fait autorité pour interpréter, diagnostiquer et répondre aux problèmes et crises humains. Habituellement, le conseiller ou le soignant représente le message de la Bible avec une autorité pastorale considérable, et adopte souvent une position de confrontation par rapport au paroissien, position qui est censée être une expression de soins ou d'une sollicitude dans le meilleur intérêt de la personne ou des personnes impliquées. (Asquith, 2010 : 3). La pastorale biblique et le conseil sont éclairés par la doctrine centrale du fondamentalisme chrétien qui affirme l'autorité absolue et infaillible de l'Écriture en matière de foi et de vie (chrétienne). D'autres caractéristiques du fondamentalisme dérivent de ce principe, telles que la doctrine de la sainteté ou de la séparation. Cette dernière a influencé les fondamentalistes, qui par conséquent ont évité le dialogue et la coopération avec ceux qui sont perçus comme des désobéissants volontaires ou des négateurs des Écritures. Principalement à cause de cela, ces conseillers bibliques évitent toute utilisation de la science comportementale moderne ou de la « psychologie séculière » pour aborder les problèmes humains. (Asquith, 2010 : 3).

Louw (1998 : 6) décrit la pastorale comme la théorie théologique connue sous le nom de cura animarum (guérison des âmes). La pastorale est utilisée pour décrire l'effet consolant que la présence de l'autorité transformatrice Dieu a dans le monde. Cela nous conduit donc au salut qui est la position théologique et la perspective distinctive de la pastorale.

Sont également concernés par la pastorale : (a) la rencontre pastorale, (b) la conversation pastorale, (c) le conseil pastoral. Je suis entièrement d'accord avec Louw (1998 : 7) lorsqu'il dit : « *La pastorale doit aborder les problèmes fondamentaux de l'existence humaine : la culpabilité, l'angoisse, la mort, le péché et le sens de la vie. Aucune autre discipline n'est aussi bien équipée pour traiter la question du pardon et la peur de la mort en tant que thérapie pastorale. En fait, l'unicité de la thérapie pastorale réside dans sa capacité à offrir un espoir qui transcende la situation actuelle et anticipe l'idéal. Encore plus, elle peut transformer la sortie humaine de sorte que la victoire sur le péché et la mort puisse devenir une réalité qui donne un sens à la vie* ».

De même que les méthodes de recherche sont passées du modernisme au postmodernisme, cela a également affecté la façon dont le concept de la pastorale s'est

développé à partir du travail du clergé professionnel (pasteur), « qui savait tout » à celui des unions de chrétiens répondant aux besoins de croyants et de leurs communautés par des actes de foi. En définissant le nouveau concept de la pastorale, Gerkin (1997 : 23) retrace les modèles de la pastorale apparentes dans la Bible et examine comment cela s'est développé jusqu'à nos jours. Dans l'histoire d'Israël, Dieu a utilisé des prophètes, des prêtres et des rois/sages pour prendre soin de son peuple.

Le soin pastoral pour le peuple de Dieu à l'époque des prophètes a impliqué, entre autres, des questions de justice et d'intégrité morale dans la vie du peuple. Le soignant a pour modèle celui du berger comme un chef prenant soin du troupeau, à l'image de Dieu représenté dans le Psaume 23 comme le Bon Pasteur d'Israël, son peuple. Jésus s'est également présenté dans Jean 10 comme le Bon Pasteur (Gerkin, 1997 : 25,27).

Dans l'Eglise primitive, le soin de la communauté des chrétiens impliquait la préoccupation pour la pureté de la congrégation dans une culture non-chrétienne et païenne, afin qu'ils puissent se qualifier pour la parousie imminente (Gerkin, 1997 : 28). Avec le temps, le soin pastoral a été imposé comme le travail des responsables chrétiens pour s'occuper de la morale des fidèles. Au cours de la Réforme, la pastorale a été considérée comme facilitant la relation personnelle de l'individu avec Dieu. Pour Martin Luther, le Réformateur, la pastorale s'adresse à ceux qui étaient victimes des pratiques indifférentes de leur société. Baxter, dans sa théologie, concevait la pastorale non comme une discipline, mais comme la préservation de la foi chez les croyants aux prises avec les défis modernes auxquels ils faisaient face. Dans son acception fondamentale, la pastorale signifiait le soin de la vie morale des gens. Pour Baxter, les conseillers et les théologiens de son temps, la pastorale n'était pas séparée de la morale et de l'éthique (Gerkin, 1997 : 42, 46-47).

Je suis tout à fait d'accord avec Gerkin (1997 : 50-51), dans sa présentation de la pastorale vers la fin du XIXe siècle, qui dit que c'est à cette époque que l'accent est passé de la chaire aux bancs. L'intérêt était avantageux pour l'Église en tant que communauté de croyants s'occupant les uns des autres et de leur communauté. Dans ce cas, la pastorale impliquait le soin de toute la communauté. À travers les âges et aussi au 20ème siècle, la pastorale est devenue la réponse aux problèmes des gens rencontrés dans leur propre contexte. Elle est devenue une réponse aux pauvres, aux opprimés et aux marginalisés. Les gens se sont tournés vers l'Eglise pour trouver la réponse à leur souffrance quotidienne. Cela s'est manifesté dans de nouveaux mouvements tels que le

Mouvement d'Évangile Social, le Noir, la Libération et les théologies contextuelles africaines, et la théologie Féministe. La pastorale fut plus tard reconnue comme un ministère spécialisé pour les personnes ayant besoin de soins de toutes sortes. Ce genre de soin n'est pas le fait du seul clergé, mais implique toute la congrégation (Gerkin, 1997 : 92).

Comme la pastorale s'est développée au fil des siècles, on ne peut ignorer que l'émergence des théologies du tiers monde répondant aux problèmes sociaux et politiques du moment a contraint l'Église à porter une attention particulière à des questions comme la pauvreté, l'oppression et les droits de l'homme. Ainsi, l'Eglise vivait dans un contexte l'incitant à lutter contre la tension polaire classique : la révélation et l'expérience, le texte et contexte, Dieu et les êtres humains (Louw, 1998 : 1). C'est donc cette tension qui fait de la pastorale une réponse à la question de la pertinence de l'Evangile de Jésus-Christ pour les expériences humaines et la réalité et le contexte social, et ce afin de contribuer à une vie de qualité. La Pastorale est donc la réinterprétation de l'Evangile et sa contextualisation afin d'être en adéquation avec les besoins des gens ici et maintenant. Précisons que la réinterprétation et la contextualisation se doivent de rester fidèles au contenu de sens des écritures. Plus j'approfondis la parole de Dieu, plus elle est pertinente. Il nous faut donc veiller à ne pas relire et actualiser la Bible à partir de présuppositions qui lui sont étrangères.

Louw (1998 : 4) affirme qu'il y a trois questions clés dans l'herméneutique de la pastorale et de la théologie pratique : a) communication et interprétation ; b) réalisation et action ; c) libération et transformation. Cela signifie que la théologie pratique est concernée par la communication avec Dieu qui entraine un changement significatif et une transformation délibérée. La pastorale dans le concept post-moderne signifie qu'il faut trouver de nouvelles voies permettant d'affirmer le langage traditionnel d'une communauté chrétienne, et d'inciter un dialogue ouvert et public employant d'autres moyens pour parler des conditions humaines. Cela signifie que les chrétiens doivent se familiariser avec le contexte culturel dans lequel ils se trouvent et avec le langage des gens qu'ils servent. Comme le dit Gerkin (1997 : 88), le meilleur de la pastorale est la capacité de communiquer le sens intérieur de l'Evangile aux personnes de son entourage. Cela inclura évidemment toutes les personnes, même celles négligées ou stigmatisées par la société.

5.2.3 Approche interdisciplinaire de soins pastoraux et conseil pastoral

Il y a une présomption largement répandue, que le ministère pastoral dans la congrégation est la responsabilité du clergé. Les visites de laïcs à des collègues sont rarement identifiées comme des visites pastorales. Lorsque la fonction de la pastorale est limitée au travail accompli par le clergé, la portée de la fonction pastorale est également limitée. Dans la plupart des congrégations, le clergé s'acquitte de cette fonction en visitant des membres qui sont hospitalisés ou endeuillés, et en fournissant des conseils pastoraux plus ou moins formalisés. En tout état de cause, la pastorale du clergé se limite souvent à la riposte à la crise et peut exclure toute visite générale à domicile. (Asquith, 2010 :15).

Shelp et Senderland, (1981) suggèrent deux raisons de cette tendance. D'une part, l'éducation pastorale aux États-Unis a souligné que le clergé a une spécialisation pastorale pour laquelle une formation spécialisée a été conçue, située presque exclusivement dans les établissements de soins de santé. D'autre part, les membres de la congrégation ont renoncé à des possibilités de ministères et les ont cédées et même assignées au clergé professionnel. Il est regrettable que cette évolution ait limité la perception de la pastorale par la communauté religieuse à la réponse à la maladie, au deuil ou à la crise familiale. Les responsabilités de la congrégation envers ses membres doivent être perçues dans les termes les plus larges possibles, et comprennent des ministères tels que des contacts pastoraux réguliers avec chaque famille, avec des enfants et des adultes, des occasions de célébration et de consolation. (Asquith, 2010 : 15).

Pour être efficace, la pastorale laïque doit être caractérisée par la même intention que les communautés religieuses attendent du clergé. Les attentes des ministères laïcs comprennent une formation adéquate, un ensemble précis de responsabilités et l'appui aux personnes dont les dons pastoraux ont été reconnus et qui sont appelés à les exercer au service de l'Église.

Campbe, A.V. (1981) a noté que le handicap principal de l'aide non formée est un désir accablant d'être utile. Un ministère efficace n'aboutira que lorsque la personne soignante aura accepté la discipline de la formation. Deuxièmement, il est essentiel que le ministère de la santé se caractérise par un niveau de responsabilité qui reflète une conscience de l'importance de la tâche et le fait que le ministère est offert comme un acte de compassion

communautaire. Troisièmement, le ministère pastoral laïc est susceptible d'être spasmodique et inefficace à moins que le ministre soignant reçoive un soutien qui exprime les soins de la communauté pour ses propres ministres, et supervise la communauté de ses pasteurs laïcs (Asquith, 2010 : 16).

5.2.4 Terminologie comparative de soins pastoraux et de counseling

Chaque profession a un langage distinct qui est au centre de sa formation et de sa pratique. La pastorale et le conseil pastoral sont informés et façonnés par la discipline de la théologie pastorale ou de la théologie pratique, qui cherche à fournir les fondements théologiques et la justification de la praxis pastorale. L'un des vestiges méthodologiques historiques de la théologie pastorale est d'intégrer la compréhension de la science comportementale, de la spiritualité et de la théologie dans la formulation des définitions opérationnelles de la praxis. Ces définitions reflètent cette intégration d'une manière qui contribue à définir l'unicité des soins pastoraux et des conseils (Asquith, 2010 : 1). Nous tenterons donc d'étaler dans les pages qui suivent quelques concepts définitionnels relatifs à la pastorale biblique.

Dans l'usage américain contemporain, la « pastorale » se réfère habituellement, de façon large et inclusive, à toute activité pastorale relative au soutien et à l'éducation des personnes et des relations interpersonnelles, y compris les expressions quotidiennes de soins et d'inquiétude qui peuvent se produire au milieu du « counseling pastoral » (Asquith, 2010 : 22-23).

Elle se réfère aussi à des ministères de soins qui sont plus structurés et axés sur des besoins spécifiquement articulés ou sur des préoccupations précises. Le counseling implique toujours un certain degré de « contrat » dans lequel une demande d'aide est articulée et des arrangements spécifiques sont convenus entre les deux parties.

En ce qui concerne la date et le lieu de la réunion et, dans le cadre d'un conseil élargi, une rémunération peut également être convenue, selon le cadre institutionnel et d'autres considérations.

Le « conseil » implique généralement une conversation prolongée centrée sur les besoins et les préoccupations de celui qui cherche de l'aide. Dans de nombreuses expressions, le « soin » est aussi conversationnel, plus bref et moins thérapeutiquement complexe que le counseling. Le terme est également appliqué aux ministères non-confessionnels dans

lesquels une dimension significative de soins peut être présente, comme dans l'administration de la communion, la conduite d'un enseignement funéraire ou pastoral.

Dans le passé, la pastorale d'après-guerre était utilisée comme une formule universelle. Par la suite les distinctions graduelles reflèteront sans aucun doute l'émergence du conseil pastoral comme un ministère spécialisé. Aujourd'hui, on se demande dans quelle mesure le ministère général des soins doit être guidé par les méthodes et les principaux services de conseil spécialisé qui ont fortement influencé son développement moderne. La pastorale et le counseling appartiennent aux laïcs, à la différence du clergé, ils n'appartiennent ni ne sont liés à une profession (non professionnel) (Asquith, 2010 : 22-23).

5.2.4.1 Counseling Pastoral en générale.

Adams comprend le conseil pastoral comme un aspect du ministère pastoral. En fait, il considère qu'il est apparenté à la pastorale dans ses efforts pour mettre « Une nouvelle vie dans la conviction et le changement, l'encouragement et le renforcement, après le procès, la défaite, l'échec et/ou le découragement » (Adams, 1975 : 14). Le conseil pastoral est un ministère de l'Eglise, donné par des représentants de l'Eglise, par le pasteur ordonné, mais aussi par des laïcs qualifiés. En tant que ministère de l'Église, il a lieu dans le contexte d'un corps de croyants qui pratiquent l'édification mutuelle et la correction. En fait, la pratique de counseling elle-même inclut souvent d'autres personnes liées au conseiller principal, en ce qui concerne la présentation du problème. (Asquith, 2010 : 4).

5.2.4.2 Counseling pastoral laïque

Le counseling pastoral est généralement considéré comme une fonction professionnelle exigeant du praticien un niveau de connaissances théologiques et une supervision supérieure à ceux attendus des ministres ordonnés et laïcs qui sont responsables du ministère plus général de la pastorale. L'American Association des conseillers a établi des normes concernant l'éducation et les services. Lorsque ces normes sont respectées, les centres de counseling pastoral peuvent employer des travailleurs sociaux, des cliniciens, des psychologues et des infirmières psychiatriques dotés de la professionnalité, pour fournir des services de counseling.

Dans ces cas, l'efficacité du conseil pastoral laïque sera déterminée par trois facteurs ; (1) la preuve de l'appel et des dons pour le ministère d'orientation pastorale, (2) l'adéquation de la formation des conseillers et la qualité de la supervision, et (3) le degré de résolution des problèmes liés à l'identité et à la formation spirituelle. Dans les centres de counseling pastoral qui utilisent des conseillers laïcs dans de telles circonstances, la formation pour la profession de conseil et la résolution de l'identité pastorale sont les conditions préalables nécessaires qui doivent être remplies pour le clergé et les membres laïcs du personnel de la congrégation. (Asquith, 2010 : 16).

5.2.4.3 Jay Adams comme représentant de soins pastoraux et le counseling

Jay Adams est considéré comme le représentant de soins pastoraux et de counseling. Il est le théoricien pour le conseil biblique. Adams a émergé après une longue période pendant laquelle les sciences sociales ont décisivement influencé la pastorale principale. Il a exprimé plusieurs critiques à ce développement :

Que la pastorale a perdu son identité en relation avec l'Eglise, le ministère, la Bible et la théologie.

Que le conseil en pratique privée avait peu d'accoutumance à l'Eglise.

Et que les sciences sociales ont plus d'autorité que la Bible comme guide pour la pastorale.

En réponse à ces critiques, Adams a offert son propre « conseil nouthétique » ou plus inclusivement, une méthode pastorale nouthetic qui rend explicite d'une manière innovatrice la tradition fondamentaliste. (Asquith, 2010 : 3).

5.2.4.4 La notion de la « Pastorale nouthetic » selon Adams.

Nouthetic est une translittération d'un verbe grec utilisé huit fois dans le NT et pour lequel Adams n'a pas pu trouver une traduction anglaise adéquate, mais qui indique le caractère fondamentalement spirituel du counseling centré sur la Bible. Adams (1976) insiste sur le fait que le counseling nouthetic correspond à la théorie et la pratique du counseling enseigné dans la Bible. En bref, le counseling nouthetic vise le changement personnel du péché à la foi et à la justice, « provoquée par la confrontation, qui exprime la recherche du bénéfice du conseillé ».

Au centre, le counseling nouthetic se perçoit comme un conseil biblique, un conseil qui doit être enseigné à la lumière de la Parole de Dieu infaillible, et autorisée par l'Esprit de Dieu. Il est le fruit d'une herméneutique biblique littéraliste et légaliste et représente une approche rationnelle, centrée sur le problème et orientée vers le comportement. (Asquith, 2010 : 3).

5.2.4.5 Séparatisme

Adams adhère strictement à la doctrine de la séparation. Premièrement, Adams affirme que la meilleure formation pour le conseil pastoral ne se trouve pas dans une école de psychologie ou de médecine, mais dans un séminaire qui fournit une base biblique et théologique appropriée. Deuxièmement, Adams insiste pour que l'on évite toutes les sources qui ne tiennent pas de présupposés bibliques. La Bible est le manuel pour le counseling. Certes, Adams dit que la science peut illustrer, compléter les généralisations et contester les interprétations humaines de la Bible. On trouve peu de références qui permettent de dire qu'Adams a été informé par d'autres disciplines « non-chrétiennes ». En outre, Adams désigne la vision évangélique que toute vérité est de Dieu comme toute ruse est de Satan. Troisièmement, il perçoit la psychologie et la psychiatrie comme ayant incorrectement informé la pastorale et comme ayant traversé dans le gazon des pasteurs qui sont les seuls vrais docteurs de l'âme (ou *psyché*). Quatrièmement, Adams est très préoccupé par le fait que les pasteurs protègent leur troupeau contre ceux qui détiennent une fausse doctrine. (Asquith, 2010 : 4).

5.2.4.6 Soins des Ames (Cura Animarum)

Cura animarum est le terme traditionnel pour la pastorale de Soins des âmes. Le premier sens du mot latin cura est « soin », bien qu'il inclue également la notion de « guérison ». Le mot *anima* était la traduction latine la plus courante de l'hébreu *nephesh* « souffle » et de la *psyché* grecque « âme », et a beaucoup de nuances de sens dans les saintes écritures. Dans Genèse 2. 7, quand Dieu a soufflé dans ses narines, l'homme est devenu « un être vivant », pourtant le même mot, *nephesh*, est employé dans Genèse 2. 9 pour décrire des animaux (bien qu'il traduise « création vivante »). Dans le NT, "l'âme" représente l'être humain essentiellement, en mettant l'accent sur son destin transcendant. Le soin ou la guérison des âmes se distingue alors des autres entreprises aidantes par son sens constant et ultime.

Le terme « soins de l'âme » est utilisé de trois façons : tout d'abord, son utilisation la plus large résume le travail du prêtre, y compris la direction, la prédication, la visite et l'organisation de la vie paroissiale. En ce sens, « le soin des âmes reconnaît que tous les actes de ministère ont pour but ultime le salut et la perfection des personnes sous Dieu ». Dans les traditions catholiques et épiscopales un « curé » était celui qui avait reçu la faculté de guérison des âmes par nomination légitime à l'office de pasteur de paroisse ou de pasteur adjoint. L'évêque, de même, a exercé ces soins envers le diocèse et le pape envers toute l'Eglise. (Asquith, 2010 : 7).

Deuxièmement, dans un sens plus restreint, le « soin des âmes » décrit un volet particulier de la tradition pastorale, issue de la Réforme et particulièrement importante dans la théologie pastorale luthérienne. La pratique luthérienne a rejeté l'obligation du confessionnal, mais l'a maintenu comme une conversation personnelle sur les problèmes religieux. Les pasteurs ont donné la priorité à la visite des malades, des mourants et des prisonniers, mais plus importants, ils ont retenu de l'enseignement de Luther l'idée de correction et d'encouragement mutuels (Asquith, 2010 : 8).

W. A Clebsch et C.R. Jaekle (1975 : 1,4) définissent le soin des âmes comme « des actes d'aide accomplis par des chrétiens représentatifs » adressés à des personnes ayant besoin de guérison, de soutien, de conseil et de réconciliation. Il s'agit de personnes troublées dont les troubles surviennent dans le contexte de la recherche du sens de la vie et de préoccupations humaines ultimes (Asquith, 2010 : 8).

Holifield a conclu que la préoccupation du piétisme avec le bien-être de l'âme individuelle est devenue le lit de semence pour la croissance de la psychologie populaire. A son tour, la nouvelle psychologie a remodelé la vision protestante de soi, de sorte que le but de la pastorale passe « du salut à la réalisation de soi » sous le regard de Dieu. Le terme ancien « cure des âmes » rappelle aux pasteurs contemporains leurs ancêtres apostoliques qui, dans l'esprit de Jésus, ont rencontré la douleur humaine avec compassion et culpabilité humaine avec grâce et pardon. (Asquith, 2010 : 8).

5.2.4.7 Handicap et Incapacité

Une condition permanente de limitation dans la capacité d'accomplir des tâches essentielles est le handicap et l'incapacité physique. La cause peut être congénitale, ou l'apparition peut être progressive ou soudaine, par maladie (Cfr : VIH/SIDA), accident ou

guerre. L'usage de la langue varie, mais il est clair que les personnes ne sont pas définies par une codification qui limite une partie ou une dimension de leur activité. Les personnes handicapées sont celles dont l'incapacité ou la différence d'apparence ou de comportement crée un problème de mobilité, de communication, de compréhension intellectuelle ou de relations personnelles, qui interfèrent avec leur activité ou leur participation sociale.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit clairement trois termes largement utilisés: (1) la déficience, la perte ou l'anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique, entraînant des limitations fonctionnelles pour les activités habituellement pratiquées par l'organe ou les systèmes affectés; (2) l'incapacité, toute restriction ou toute incapacité à exercer une activité de la manière ou dans la fourchette considérée comme normale pour un être humain, c'est-à-dire les perturbations dans les domaines de la tâche, de la compétence et du comportement; (3) handicap, un inconvénient résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche la réalisation d'un rôle normal pour cette personne. Ainsi, une déficience en est la cause. Un handicap est donc ce qu'une personne ne peut pas faire. Un handicap est la barrière, l'attitude ou la condition sociale qui limite la participation. (Asquith, 2010 : 9).

5.2.4.8 Le contexte communautaire de soins.

Les soins doivent surmonter une réponse socioculturelle et ecclésiale négative face aux handicaps et aux défauts. Par des attitudes historiques qui ont lié le péché aux handicaps et aux attitudes culturelles occidentales mettant l’accent sur l'indépendance, les personnes ayant des incapacités ont souvent été vues avec peur, menace ou maladresse. Parce qu'ils ont été nommés en fonction de leur handicap (c'est-à-dire les aveugles, les sourds, les boiteux, les muets, les sidéens), plutôt que leur personne (c'est-à-dire les personnes ayant un handicap ou les personnes handicapées, les malades), ils ont été considérés comme des objets ou des bénéficiaires de soins. De telles attitudes peuvent aggraver l'inadaptation, car elles conduisent à l'exclusion, à l'invisibilité, ou à être considérées uniquement comme des bénéficiaires de services fournis par d'autres.

Les soins commencent par la visibilité, l'accès et l'invitation à une pleine participation à la communauté, en reconnaissant que le handicap n'est qu'une dimension de la personnalité. Ainsi, l'objectif de la pastorale pour les personnes handicapées est leur pleine égalité et leur participation à la communauté en tant que personnes entières. Les

agents de soins doivent travailler avec les attitudes de l'ensemble de la communauté, car ils ont pu mener à créer des obstacles physiques et des comportements qui sont une entrave au plein accès et à la participation. En tant qu'administrateurs de l'accès, les prestataires de soins invitent donc le partenariat et la réciprocité avec les personnes handicapées. Dans le contexte de la communauté globale, on reconnaît également que les handicaps touchent les populations sans distinction de race, de niveau social, de l'âge, de sexe, d'ethnique etc. et que personne n'est libre du handicap à un moment donné du cycle de vie. (Asquith, 2010 : 10-11).

5.2.4.9 Considérations spéciales en matière de soins et de counseling

Comme pour toute population spéciale, il faut s'attendre à toute une série de situations et de sentiments et à une grande diversité de réponses. Il faut tenir compte des questions d'apparition et de leurs significations différentes, à savoir congénitales, graduelles ou soudaines. Les personnes handicapées doivent faire face à des barrières et des limites personnelles et physiques sans abandonner leurs possibilités de trouver des alternatives, une participation créative et une utilité sociale. Il peut y avoir des sentiments de chagrin, et le deuil sur les capacités perdues ou les possibilités, ainsi que des sentiments négatifs sur l'auto-concept et l'image du corps. Il peut y avoir des sentiments ambivalents sur l'indépendance ou la dépendance prématurée, ainsi que ceux de la vulnérabilité, la solitude et la frustration.

La personne handicapée est une personne sociale et le contexte familial doit être pris en considération. Une dynamique de surprotection ou de culpabilité au sein de la personne handicapée ou du membre de la famille peut être présente. La personne peut éprouver des difficultés dans les relations personnelles et avec les sentiments et les expressions de la sexualité. Il peut y avoir des dynamiques au sein de la personne ou de la famille qui se sont développées par l'isolement, l'exclusion ou l'invisibilité sociale, ou des expériences d'avoir été plaints ou condescendants. Comme dans tout conseil, l'attention doit être accordée aux différentes significations du récit individuel et familial, y compris leur matrice sociale plus large.

Les conditions variables de l'incapacité peuvent nécessiter des efforts lents et soutenus pour trouver des solutions de rechange aux rapports sociaux normaux, dans lesquels les soins se concentrent sur les systèmes de soutien et de se tenir debout. La personne ou la famille peut révéler des besoins de réflexion éthique ou d'orientation morale en matière

de sexualité, de mariage, d'enfants et de questions de vie ou de mort. Dans le contexte social, les soins pastoraux et les soins aux personnes handicapées sont interprofessionnels et il est probable que les soignants travaillent avec des membres d'autres professions, par exemple les médecins, les physiothérapeutes, les infirmières, les travailleurs sociaux, les autres professionnels de la santé mentale et techniciens en facilitant l'utilisation d'aides mécaniques.

Il est important que l'aide pastorale ait une connaissance du handicap particulier, de son pronostic et des effets émotifs connexes. Le soignant doit aussi être conscient que les groupes d'entraide et les organisations de défense des personnes souffrant d'un handicap et de leurs familles sont de riches ressources communautaires. (Asquith, 2010 : 10-11).

5.2.5 Questions théologiques connexes de soins pastoraux

Pour les personnes handicapées, l'isolement passé se doit être réconcilié avec la plénitude de la famille de Dieu. L'amour de Dieu n'est pas subordonné à la perfection physique et les liens historiques entre la foi et la plénitude, le péché et le handicap, qui ont mené à la peur, à la théologie et à l'isolement qui en résulte doivent être corrigés. Les questions de souffrance, de finitude/ limitation et de signification, quand il y a une guérison physique apparente, doivent être abordées. La compréhension mûre du serviteur souffrant et la découverte de la perfection par la faiblesse peuvent être utiles. La compréhension théologique de la nature de la puissance et de l'amour de Dieu, ainsi que de la signification de la guérison, sera pertinente. La pleine inclusion des personnes ayant des limitations physiques au sein de la communauté chrétienne, invite à partager leurs dons de ministère avec pleine égalité et rend indispensable le témoignage de toutes les personnes qui acceptent la finitude / limitation tout en refusant des obstacles inutiles aux possibilités de leur pleine personnalité avec la communauté humaine. (Asquith, 2010 : 11)

5.3 Counseling médical VIH/SIDA

Le counseling VIH/SIDA a une importance capitale dans la prise en charge médicale et spirituelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA, car le PVV est soutenu pour se garder dans les conditions préférables physiques, sociales, psychologiques et spirituelles.

Nous nous étendrons largement sur cet aspect du counseling dans cette partie du travail, afin d'être informé, et cela nous permettra de comprendre et d'appliquer correctement par la suite les soins pastoraux, dans l'encadrement spirituel de ces malades pour qu'ils se maintiennent également dans les meilleures conditions spirituelles.

5.3.1 Origines de la notion de counseling

Le mot ‘’Counseling’’ a d'abord été employé par Rogers comme une impertinente moyen pour l'apaisement des psychiatres qui contestaient les psychologues, la pratique de la psychothérapie. En changeant carrément le nom de l'activité, il admettait aux praticiens de poursuivre leur tâche sans aucune transmutation dans leur profession et sans aucune contrariété pour les clients. Dans une situation où l'autorisé (psychiatre) veut garder le territoire de l'assistance psychiatrique et psychothérapeutique, comment peut-on malgré cela développer un rapport d'assistance dans tous les champs d'application de la société ? Cette condition de blocage, de réclusion de la pratique d'assistance dans les cloisons de l'hôpital ou du cabinet d'expert a été le début de la démarche de Carl Rogers depuis une soixantaine d'années. L'astuce a comporté à éviter la barrière, à donner une nouvelle appellation qui soit en mesure de fuir les contraintes institutionnelles. De toutes manières, la situation dans le monde présent est assez similaire. Considérant des grandes structures du soin médical, aux organisations psychothérapeutiques qui organisent régulièrement leur métier, comment amplifier des pratiques d'assistance qui n'obligeraient ni à une médicalisation immanente, ni à une psychologisation des individus ou des groupes ?

En bref, le rapport d'assistance est d'abord une relation humaine, et chaque homme, là où il habite, ou là où il œuvre, peut développer des arrangements personnels qui pourront disposer une opération facilitante, d'accompagnement, d'écoute active, de médiation. Cependant cela ne veut pas dire, conseiller un retour au dilettantisme, sous protection d'une idéologie de la « bonne âme » ou de la « relation naturelle ». Car cette pratique suppose d'abord un grand parcours d'éducation personnelle, qu'elle passe par des formations classiques ou qu'elle découle d'une grande expérience de la vie. On ne se recommande pas « conseiller », « facilitateur » ou « médiateur ». De plus, à ce niveau humain fondamental, s'additionnent des revendications théoriques et techniques.

Le counseling est un rapport d'assistance en situation indélicate. Sa première spécificité est d'apporter une aide, une facilitation, une médiation à un groupe ou une personne dans son contexte propre (PNMLS, 2004a : 19-21).

5.3.2 Définition du counseling VIH/SIDA

L'organisation mondiale de la santé (OMS), définit le counseling VIH/SIDA comme « *un dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportement préventif* » (PNMLS, 2004a : 48). Le counseling est donc un avertissement guidé, qui devrait mener à une prise de décision. La personne qui profite du counseling est le « client » et le prestataire de service est appelé le « conseiller ».

5.3.3 Raisons d'intervention du counseling

- Assister le client à avoir la connaissance en matière de VIH/SIDA.
- Assister le client à decider dans le sens de la diminution du danger de contamination du VIH/SIDA.
- Assister le client à opter des attitudes allant dans le sens de la prophylaxie.
- Faciliter l'accès aux autres services de soins et de prise en charge si indispensable.
- Soutenir le client séropositif à vaincre les réactions liées au stress de l'annonce du résultat.
- Soutenir le client spirituellement par la parole de Dieu pour la paix du cœur et l'esperance en Dieu.

Le counseling en matière de VIH/SIDA est une suite d'actions et des conseils conduisant au soutien de la personne affectée par le VIH/SIDA, qui commence dès le premier contact avec le client et évolue à travers une relation d'aide (PNMLS, 2004a : 19-21).

Le counseling en matière de VIH/SIDA a la caractéristique de traiter des actions d'appui et de prophylaxie. Le conseiller doit être adroit à faire l'annonce d'un résultat positif, et à manager les réactions du client et des membres de famille. La communication est au

centre de la relation conseiller / client. Le conseiller doit user un langage que le client comprend et être franc dans ses élocutions. Le conseiller doit donc développer les aptitudes liées à la communication communautaire, (poser des questions adéquates, écouter, encourager) et être attentif aux messages non verbaux. (L'attitude et l'expression physique du client).

Notons que : le counseling VIH/SID a deux fins principales :

- Donner un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.
- Faire la prévention de la transmission du VIH en incitant le changement de comportement et en complimentant les bons comportements.

5.3.4 Les tâches du conseiller

Le conseiller a de tâches importantes qu'il convient de connaitre, il s'agit entre autres:

- Tenir informer les clients et leurs partenaires sur le VIH/SIDA
- Assister le client séropositif et son voisinage à dominer les réactions attachées au stress de l'avis de résultat.
- Partager des décisions à prendre selon les nécessités et les exigences de vie du client.
- Motiver le choix de comportements allant dans le sens de la prophylaxie.
- Transférer les clients auprès des institutions adaptées de soins pour une prise en charge plus agissante.
- Faire un rapport d'activités.

5.3.5 A qui s'adresse le counseling VIH/SIDA ?

Le counseling du VIH/SIDA se tracasse des individus, des couples, des familles, des groupes sociaux, etc. Il s'agit notamment :

- Des patients du SIDA.

- Des clients des centres de dépistage.
- Des clients des centres de don de sang.
- Des personnes vivant avec le VIH(PVV), de leurs partenaires, de leurs familles, de leurs amis etc.
- Des personnes ayant des partenaires multiples.
- Des toxicomanes.
- Des organisations communautaires.
- Des associations de personnes vivant avec le VIH, etc.

En D'autres termes, le counseling du VIH/SIDA s'adresse à tout le monde.

5.3.6 Qui peut faire le counseling VIH/SIDA ?

Les services de counseling s'arrangent avec la collaboration de toutes les parties engagées dans la lutte contre le SIDA. C'est-a-dire :

- Les séropositifs
- La famille et l'entourage
- L'équipe hospitalière
- Les organisations humanitaires
- Les autorités gouvernementales
- Le Conseil National de Lutte contre le SIDA

Les personnes aptes à œuvrer dans les services de counseling en matière de VIH/SIDA sont donc d'origines variées. Il s'agit notamment :

- Des médecins
- Des infirmiers
- Des sages-femmes

- Des assistants sociaux
- Des sociologues
- Des psychologues
- Des bénévoles
- Des responsables religieux
- Des membres d'ONG
- Des personnes vivant avec le VIH, Etc.

Les conseillers sont des personnes ressources nécessaires dans la lutte contre le VIH/SIDA et n'ont pas pour unique avantage de prévenir la transmission de l'infection à VIH. Ils doivent aussi et surtout assister les personnes affectées à trouver une solution appropriée, spécifique, à chaque situation de souffrance.

La responsabilité des conseillers n'est pas de traiter seulement les maladies liées au VIH/SIDA, mais d'en savoir aussi les manifestations les plus courantes. Ils doivent connaitre à quel moment et surtout où transferer les malades pour une bonne prise en charge médicale adéquate en fonction du stade d'évolution du VIH, la communauté doit être engagée à travers les groupes d'auto assistance, les associations et les Eglises (PNMLS, 2004a : 50).

5.3.7 Où se fait le counseling VIH/SIDA

Le counseling peut se faire à divers endroits, mais toujours dans un cadre intime et privé :

- Le centre de dépistage
- Le centre de prise en charge
- Le cabinet du psychologue
- En dehors des centres de soins
- L'hôpital

- A domicile

5.3.8 De quoi le counseling doit-il tenir compte ?

5.3.8.1 Le consentement éclairé

Le test de sérodiagnostic du VIH est volontaire et est accompli après que le client a donné son accord éclairé. Pour avoir l'accord éclairé du client, il faut le prévenir, lui expliquer les prérogatives du test de dépistage et répondre à ses questions. Le client qui admet de façon à passer un test de dépistage, doit avoir les aptitudes physiques et psychologiques pour comprendre quels peuvent être les avantages et les inconvénients (implications) de pratiquer un test de dépistage du VIH (PNMLS, 2004a : 51). L'obtention d'un consentement éclairé implique tous les processus de consentement possibles, adéquats et détaillés conformément à la loi sur le but du conseiling. La durée prévue de la participation du client, les procédures à suivre pendant le counseling, les avantages possibles, les inconvénients et les dangers auxquels le client peut être exposé et la crédibilité du conseiller sont signalés au client potentiel ou à leurs représentants légaux avant le début du counseling (De Vos, 2011 : 117).

Le conseillerr transmettra toutes les informations possibles, de manière exhaustive et détaillée dans la langue parlée couramment par le client, pour obtenir le consentement éclairé du client.

5.3.8.2 La confidentialité

Le conseiller doit connaitre que toute révélation de renseignements nécessite le consentement du client. La séance de counseling est une conversation confidentielle et le conseiller doit inévitablement veiller à l'égard de ce secret La participation à la recherche sera anonyme. Lors de l'identification du client et du processus de counseling, l'identité et la confidentialité du client seront respectées ainsi que toute information fournie par le client dans le cadre de ce counseling.

5.3.8.3 Les références socioculturelles

Le conseiller doit avoir une approche intégrale du client et de sa situation socioculturelle parce que la comprehension de la vision du monde par rapport à la maladie est le noyau de chaque culture et explique la confusion que le client peut avoir au niveau de ses croyances. Généralement en Afrique, la maladie est liée aux causes surnaturelles. La connaissance de cet aspect permet au conseiller d'orienter le processus de counseling et aboutir au désenclavement des peocupations du client. Il doit savoir que la culture et la tradition influencent les coutumes, les habitudes et les idées surtout dans le domaine de la maladie et du décès. Le conseiller doit être sensible aux diversités de culture et savoir reconnaître ses limites.

Le conseiller est donc sensé sonder et connaitre ce qui suit :

- Les rites, les habitudes, les traditions, les mœurs et coutumes
- Les croyances concernant le SIDA
- Les interprétations de la sexualité
- La tradi-thérapie
- La disparité entre hommes et femmes
- La monogamie, la polygamie etc.

5.3.8.4 Qualités d'un bon conseiller

Un bon conseiller doit avoir des qualités suivantes : disponibilité, technicité, modestie, communication, empathie.

IL doit être capable:

- D'avoir des aptitudes à la communication interpersonnelle et connaître les techniques du counseling.
- D'avoir une bonne connaissance des différents aspects du VIH/SIDA.

- D’être cohérent et exact.
- D’être accessible et disponible pour le client et savoir gérer les réactions de celui-ci.
- De développer des capacités d’empathie.
- De savoir reconnaître ses limites.

5.3.8.5 Les conditions de déroulement d’un bon counseling

Pour conduire une séance dans de bonnes conditions, certaines conditions sont recommandées. Il s’agit de :

- Un environnement calme et discret (exemple : une salle, un bureau).
- Au moins deux chaises.
- Une bonne ambiance qui incite à la confidentialité etc.

5.3.9 Les concepts du counseling VIH/SIDA

5.3.9.1 Les sentiments

La présence de la sensation est une constituante importante et inévitable du processus de conseil VIH/SIDA. Il est ardu pour les deux parties (conseiller et client) de relater leurs sentiments. Pour permettre une bonne communication, le conseiller doit se souvenir que son rôle n’est pas d’empêcher ou de fixer les émotions. Il doit plutôt avouer les sentiments du client et l’inciter à s’exprimer (PNMLS, 2004a : 53).

Exemple : « *Je saisis que vous avez connu des moments difficiles* »

> « *Vous pensez donc qu’il vous aime mais ne vous soutient pas assez. Est-ce exact ?*»

5.3.9.2 L’utilisation de la forme impersonnelle

L’utilisation de la forme indifférente appuyer, orienter, traduire et normaliser les messages verbaux et non verbaux. La forme impersonnelle a pour prérogative de permettre au client de faire le choix de répondre ou non ; elle permet aussi de conduire le client à être moins sur la défensive et à réaliser que les sentiments qu’il éprouve sont normaux.

Exemple : *« On peut être déconcerté et se sentir fautif lorsqu'on entend certaines informations sur le VIH/SIDA »*

« Quand je communique le résultat du test du VIH à certains, ils veulent parfois savoir ce qu'ils peuvent faire pour se maintenir en bonne santé ou savoir où aller pour obtenir de l'aide ».

5.3.9.3 La priorisation des besoins

Le conseiller doit débuter par déterminer les priorités parmi les besoins de son client et ensuite, conduire celui-ci à les relater. Ceci permet de prouver l'intérêt et l'égard du conseiller pour les besoins et les contrariétés spécifiques du client.

5.3.9.4 Offrir des options plutôt que des directives

Lorsqu'il est question de changement de comportement, le conseiller doit se souvenir de son rôle d'instructeur. Il doit montrer des options au client plutôt que des directives. Il doit donc résulter les avantages de la cooptation de nouveaux comportements et laisser au client la liberté de décider (PNMLS, 2004a : 53).

5.3.9.5 La Neutralité

Il peut arriver que le patient exprime sa colère et ses frustrations en attaquant le conseiller. Ce dernier doit alors faire un effort pour ne pas se considérer comme la cible de cette colère. De telles réactions de la part du client doivent être considérées comme l'expression de ses sentiments. Néanmoins le client en irritation n'est pas vraiment bienveillant pour entailler la relation d'aide. Le conseiller doit rester tranquille, poli–et solliciter son client de prendre le temps d'apaiser sa colère. Il peut lui donner une autre entrevue, si cela s'avère indispensable.

5.3.10 Les techniques de base du counseling

5.3.10.1 La démarche du BERCER

Il n'y a pas de technique d'approche unique du conseil dans le domaine du VIH/SIDA. D'une manière, le conseil est en fonction des nécessités du client, de la nature et de la gravité de ses problèmes. Il intervient pour :

- Faire face à une situation de crise.

- Résoudre différentes sortes de problèmes

- Aider le client a prendre des décisions.

La démarche du conseil selon son choix, peut se consigner dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'encadrement (counseling) recommandé lors de consultations dans le cadre de la planification familiale. Pratiquement, le modèle BERCER de l'OMS présente une évolution de la consultation et normal en 6 étapes : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour (BERCER). En anglais, (GATHER): greet, ask, tell, help, explain, and return (Pub Med Popul. Rep J. 1998).

Tableau 5-2: Modèle BERCER selon l'OMS : Recommandé dans le cadre de la planification familiale.

Exemple employé est féminin • Bienvenue Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, s'assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultation/s. • Entretien Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé. • Renseignement Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût. • Choix Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses	S'assure au final qu'elle a pris une décision précise • Explication Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même), réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La mise à disposition de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées. •Retour Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications des conditions médicales, personnelles, affectives et sociales. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de

préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il	l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge. Faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

Bienvenue : accueillir et mettre le client à l'aise.

Entretien : permettre au client de s'exprimer.

Renseignements : informer le client sur le VIH/SIDA.

Choix : aider le client à adopter un plan d'action.

Explication : comment vivre selon son statut sérologique et appliquer son plan d'action.

Retour : prendre en charge le client.

Chaque étape precitée peut être davantage ou moins fouillée selon l'individu et selon les exigences du jour. Pour exploiter des questions compliquées, le conseiller use les dispositions d'audition et les dispositions de locution.

5.3.10.2 Les techniques d'écoute

Le conseiller doit être capable d'auditionner son client et de l'aider à parler. Il peut utiliser les techniques d'écoute suivants : (PNMLS, 2004a : 55).

- Maintenir le contact visuel

Une meilleure communication interpersonnelle demande un contact visuel adéquat. Un client échappe le contact visuel puisqu'il est contrarié, inquiet ou perturbé. Le conseiller doit montrer son intérêt en gardant le contact visuel avec son client. Cela donne la liberté d'assister le client à être plus assuré et de faciliter la communication. Cependant, il faut refuser de mettre le client mal à l'aise en le regardant continuellement.

- Etre attentif

Le conseiller doit présenter par le langage du corps (l'expression du visage, les gestes, l'intonation, la distance etc.) qu'il audition et saisit ce que dit son interlocuteur.

- Encourager

Le conseiller peut employer des signaux oraux ou non verbaux pour inciter son client à poursuivre son élocution. Il peut par exemple secouer la tête, user des expressions comme : « Mmmhmm » ou des termes comme : c'est bien… » « …continuez ».

- Paraphraser

Le conseiller doit reprendre en reformulant les points essentiels de la causerie avec le client. Cela lui permet de savoir s'il a bien saisi les propos du client et d'indiquer les faits décrits par le client et ses perceptions. Le renvoi du discours permet au client de pressentir que le conseiller est attentionneé. Il pouve également au client d'amender les éventuelles ignorances du conseiller.

- Résumé

Le resumé aide le conseiller de saisir les points capitaux (actions et sentiments présentés par le client) et de mener l'entretien. En vérité le conseiller peut changer de sujet et guider son client à contruire un point important des objectifs du conseil.

5.3.10.3 Les techniques d'expression

Tout au long de l'entretien, le conseiller doit parler de manière à se faire comprendre, reconnaitre les besoins du client et donner des informations appropriées pour cela. Pour arriver à ce but il peut employer les techniques suivantes :

- Avoir un même niveau de langage que le client (en gras)

Le conseiller peut avoir un niveau de langage diffèrent de celui de son client. Le conseiller doit ajuster ce déséquilibre en se mettant au niveau du client. Si le conseiller a le niveau de formation plus élevé que son client, il doit alors ajuster son langage et employer des mots à la portée du client. Employer des locutions précises. Au cours de la conversation le conseiller doit utiliser des expressions ajustées aux besoins du client.

- Poser des questions ouvertes

L'utilisation de questions claires aide le client d'être bavard et permet au conseiller d'identifier les exigences et les avantages du client. Cela lui permet de développer une idée positive et de répondre au client. D'une manière générale, il faut prévenir les

questions débutant par « pourquoi » afin de ne pas mettre le client sur la défensive, On peut toutefois dire « pourquoi ? » pour faire énoncer certaines réponses.

- Motiver

Il s'agit d'étaler les avantages des efforts à faire surtout en ce qui regarde les mutations de comportement. Le conseiller peut employer des expressions telles que : Cela signifie que… C'est-à-dire que…

5.3.11 Le changement de comportement

5.3.11.1 Eléments du changement de comportement

Malheureusement il n'est pas facile de changer les comportements des autres. Les professionnels de l'Information Education et Communication (IEC), doivent comprendre les dynamiques du changement de comportement (PNMLS, 2004a : 58).

Quels sont les facteurs qui motivent les gens à changer leur façon de penser et d'agir ?

- Les incitations physiques : Basées sur l'état physique actuel, en plus de la crainte de la douleur future et le souvenir de la douleur passée.
- Les stimulants logiques : Basés sur la connaissance et la logique (Si les gens ont accès à l'information, ils feront le bon choix).
- Les stimulants émotifs : Basés sur l'intensité des émotions de peur, d'amour ou d'espoir.
- Les capacités d'adopter et de continuer un nouveau comportement.
- Les réseaux familiaux et personnels : Basés sur l'influence de la famille et des pairs.
- Les structures sociales basées sur l'impact des facteurs sociaux, économiques, légaux et technologiques sur la vie quotidienne d'une personne (PNMLS, 2004a : 58).

5.3.11.2 Etapes du changement de comportement

- La persuasion des messages
- Compréhension des messages

- Connaissances et aptitudes pour une utilisation efficace
- La persuasion (Approbation).
- Attitude favorable, réponse émotionnelle positive et approbation
- Discussion avec la famille, les amis et les travailleurs de santé
- Acceptation
- Image positive des travailleurs de santé et des produits sanitaires
- Soutien du nouveau comportement
- La décision (Intention)
- Intention d'aller chercher des informations et conseils supplémentaires
- Intention adopter un nouveau comportement
- L'exécution (Pratique)
- Acquisition d'information et de conseils supplémentaires
- Acquisition et utilisation du produit sanitaire
- Utilisation continue du produit
- Confirmation (Plaidoyer)
- Reconnaissance des avantages de la pratique, du nouveau produit.
- Intégration du nouveau comportement
- Promotion du nouveau comportement auprès des autres

Les étapes du changement de comportement ne suivent pas un processus linéaire. On peut traverser ces étapes dans un ordre diffèrent, ou même sauter des étapes.

Par exemple, quelqu'un peut changer son comportement à cause de la pression de la famille, bien qu'il ne croie pas que c'est le meilleur choix (il manque d'approbation). Après

plusieurs mois de pratique du nouveau comportement, il est convaincu de ses avantages. Il l'approuve et continue à la pratiquer (PNMLS, 2004a : 59).

5.3.11.3 Les modèles de changement de comportement

La diminution de la contamination de l'infection au VIH dans la communauté et le maintien des PVV en bonne santé est un point indispensable du rapport de counseling. Le conseiller doit en effet assister son client à faire le choix d'un modèle de comportement qui va dans le sens de la protection et de la prophylaxie. Il doit donc étaler les prérogatives et les incommodités des comportements attachés à l'utilisation de l'alcool, à la consommation de tabac et de drogue, aux activités sexuelles et à l'alimentation.

Concernant le changement du comportement, il faut établir une différence entre la théorie et la pratique. En réalité, il est difficile d'avoir un impact sur le comportement des personnes. Les clients peuvent débuter à changer de comportement mais rien n'assure le maintien de ce changement. La tâche du conseiller est donc de surmonter le défi qui comporte à aider le client à maintenir les nouveaux comportements optés. Les modèles présentés ci-dessous assisteront le client à apprécier sa situation et à arrêter d'agir en tenant compte de ses intérêts.

5.3.11.3.1 Le modèle d'élimination du risque

La pratique de la privation sexuelle aide à éliminer le risque d'entrer en contact avec le VIH. Le client peut arrêter de ne plus jamais avoir des rapports sexuels et de ne jamais s'échanger d'objets souillés. Une femme séropositive préfèrera de ne pas faire d'enfant. Le risque d'attraper ou de transmettre le VIH est éliminé tant que ces comportements sont observés. Ce modèle garantit un succès à 100%. Néanmoins pour beaucoup de personnes, il est très difficile d'observer la privation sexuelle et d'écarter complètement le risque (PNMLS, 2004a : 59-60).

5.3.11.3.2 Le modèle de réduction de risque

Le modèle de reduction de risque est le plus pratique, parcequ'il propose aux individus l'occasion d'avoir des relations sexuelles saines. La fidélité et le préservatif sont au centre de ce modèle. Le client peut arrêter d'employer des préservatifs au cours de ses rapports sexuels ou de demeurer fidèle à un seul partenaire non contaminé. Pour cela, il faut maîtriser l'emploi et les exigences du maintien du préservatif. Le client doit être averti du fait que le préservatif peut s'abimer pendant les rapports sexuels. Il faut aussi que le client

ne se fatigue pas d'employer des préservatifs et ne manifeste pas de réactions allergiques au latex.

Touchant l'option de la fidélité, rien n'atteste l'adhésion du partenaire. Ce modèle n'est pas fiable à 100% mais pour un client de bonne volonté, il peut offrir de bons résultats.

Pour la femme séropositive qui concoit, elle pourra suivre un traitement préventif pour minimiser le risque de contamination du VIH à l'enfant sans ignorer les prudences générales pour toutes les PVV.

5.3.11.3.3 Le modèle de limitation du mal

Ce modèle comporte à empêcher toutes les pratiques qui ont un impact négatif sur la santé et qui entrainent les maladies opportunistes. Le client arrêtera d'opter pour une vie positive sans alcool, tabac et drogue. Il peut aussi décider d'arrêter des comportements qui réduisent le risque.

Pour un client qui fera le choix de toujours utiliser des seringues stériles, le conseiller assistera le client à mettre son plan d'action et chaque comportement sain sera retenu comme une étape vers le succès. Pour réussir ce modèle le conseiller devra reconnaitre les comportements à risque du client, ses intentions et les comportements sains qui peuvent les remplacer. Il identifie ensuite des conduites pour l'aider à changer. Ces différents modèles de changement de comportement peuvent être ajustés selon les exigences et les intérêts des clients. Le conseiller doit pouvoir s'en inspirer pour amplifier sa relation d'aide avec ses clients.

5.3.12 Le déroulement du counseling

Le déroulement du counseling passe par les phases dites, phases du counseling. Le rapport de counseling existe tant que le contact est gardé entre le conseiller et le client. Il n'y a pas de règles établies pour la durée d'une séance et d'une relation de counseling. Cette relation entre le conseiller et le client peut se récapituler en trois phases : (PNMLS, 2004a : 66).

5.3.12.1 La phase initiale

La phase débutante débute dès le premier contact et est capitale pour la suite de relation. C'est en effet de la première conversation que le client arrête de rentrer ou non pour une autre séance de counseling. Le conseiller doit profiter de cette occasion pour créer un

sentiment de confiance et assurer la confidentialité au client. Le conseiller continue ensuite avec l'écoute du récit personnelle du client, l'examen de son problème et l'analyse de ce qu'il ressent par rapport à sa situation.

Le conseiller utilise l'information obtenue pour préparer un plan d'action avec le client. Au cours de cette phase initiale, le conseiller essaie de :

- Vérifier d'où vient la demande : de lui-même ou des tierces personnes.
- Vérifier les attentes du client vis-à-vis du counseling.
- Vérifier l'assistance qu'il (le conseiller) est en mesure de proposer.
- Connaitre comment le client a tenté de dénouer le problème antérieurement et avouer l'effort fourni.
- Connaitre comment le client désirerait voir le problème résolu.
- Déterminer ce que le client pense nécessaire de faire pour résoudre le problème.

5.3.12.2 La phase finale

Meme s'il n'existe pas un temps prédéterminé, la relation de counseling doit s'arreter à un moment donné. Cette phase finale doit être préparée avec soin. Elle doit être décidée lorsque le client manifeste la volonté de mettre au point et de réaliser des plans pour faire face à son problème. Pour pouvoir mettre fin à la relation, le conseiller doit etre sûre que le client :

- Est près à faire face à son problème.
- Est compétent d'organiser sa vie quotidienne.
- Jouit du soutien de sa famille.
- Est suffisamment responsable pour s'adapter au comportement adopté
- A acquis une référence appropriée.

NB : Le client doit savoir qu'il peut toujours recourir au conseiller qui reste disponible.

5.3.13 Les étapes du counseling

La pratique du pré et post test engage le fait de considérer le client comme un cas personnel avec des problèmes propres et des besoins particuliers. Le conseiller et le client hypothèquent un processus de communication à travers lequel le conseiller s'efforcera de :

- Considerer les connaissances du client en matière de VIH.
- Donner des informations au client.
- Evaluer les risques du client vis-à-vis du VIH.
- Etablir un plan de diminution du risque avec le client.
- Prouver l'utilisation correcte du préservatif au client.
- Expliciter la signification du test de sérologie VIH au client.
- Expliciter les avantages d'apprendre son statut sérologique.
- Avoir le consentement éclairé du client.
- Apporter un soutien psychosocial au client.
- Bien savoir le système de référence du client vers les autres structures de relais.

Le conseiller doit approcher des sujets sensibles attachés aux pratiques sexuelles et à la mort en tenant compte des réactions affectives et des caractéristiques socioculturelles du client. Le processus du counseling dépend donc du profil psychosocial du client.

5.3.14 Les domaines de counseling

5.3.14.1 Le counseling pré-test

Ce dialogue a pour fin de préparer le client avant le test de dépistage du VIH. Le conseiller etudie avec le client la question du VIH et les avantages à mettre en pratiquer ou non d'un test de dépistage. Un counseling pré-test bien conduit facilite l'annonce du résultat.

Les points clés du counseling pré-test sont les suivants :

- Le niveau de connaissances du client en matière de VIH/SIDA.
- L'appréciation du risque chez le client d'avoir été exposé à l'infection à VIH.
- L'etablissement d'un plan de diminution du risque avec le client.
- Les imputations du résultat par rapport à la vie du client.
- Le sens du test de sérologie VIH.
- Les dispositions du client à faire face à une situation de crise.
- L'acceptation éclairée du client.

Il n'existe pas de modèle type et normalisé décrivant la démarche du pré-test mais le conseiller peut prendre en compte les étapes suivantes :

- Accueil et présentation.
- Evaluation des connaissances du client et correction des incompréhensions.
- Evaluation des risques personnels encourus par le client.
- Profil psychosocial.
- Etablissement d'un plan de réduction du risque
- Eclaircissement de la signification du test et l'impact du résultat.
- Obtention du consentement éclairé.
- Préparation du client à acquérir le résultat.
- Protestation du port des préservatifs.

5.3.14.2 Les préservatifs

5.3.14.2.1 Le préservatif masculin.

Le préservatif masculin est le mieux connu, le plus disponible et le plus employé. Il est produit en latex et s'exhibe comme une poche ayant la forme du pénis. Il est enduit et

demande des exigences d'emploi et de maintien particulier. Il est à aviser que certains utilisateurs sont sensibles au latex. Pour le reste, la décision d'utilisation revient habituellement à l'homme. Beaucoup de femmes ont du mal à faire admettre le préservatif à leurs partenaires sexuels.

5.3.14.2.2 Conditions d'utilisation du préservatif masculin

Il est recommandé de se comprendre avec son (sa) partenaire sur la question du préservatif avant l'acte sexuel.

- Inlassablement inspecter la date de confection et d'expiration écrite sur l'emballage du préservatif. La date de fabrication ne doit pas dépasser 4 ans (Blyth & Garland, 2011 : 227).
- Appuyer l'emballage du préservatif avec les doigts pour être sûr qu'il est indemne.
- Pour déballer, passer le doigt sur les bords de l'emballage pour repérer le point d'ouverture. Érafler l'emballage en prenant soin de ne pas détériorer le préservatif avec les ongles. Ne pas user d'objets tranchants (ciseaux, rasoirs lame etc.), de peur qu'ils ne déchirent le préservatif.
- La partie à désenvelopper doit être au-dessus. Souffler à l'intérieur pour dégager le bout (attention, n'utilisez pas le doigt de peur que l'ongle ne détériore le préservatif).
- Le préservatif doit être mis sur le pénis en érection.
- Presser le bout du préservatif et le mettre sur le bout du pénis en érection.
- Toujours en pinçant le bout, déployer le préservatif jusqu'à la base du pénis.
- Mettre si c'est indispensable un lubrifiant à base d'eau. Les lubrifiants à base de l'huile blessent le préservatif.
- Apres l'éjaculation, tenir le préservatif et l'enlever du pénis avant qu'il ne soit mou et le sperme ne coule.
- Emballer le préservatif dans un papier de toilette et le jeter aussitôt.
- Ne jamais rémployer un préservatif ni l'abandonner à la portée des enfants.

5.3.14.2.3 Les images de préservatifs Masculin

Figure 5-1: Préservatif Masculin

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-2: Comment ouvrir l'emballage du préservatif masculin.

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-3: Comment enfiler le préservatif masculin.

Source : https://images.search.yahoo.com

5.3.14.2.4 Le préservatif Féminin.

Le préservatif féminin se montre sous forme d'une enveloppe en polyuréthanne, plus flexible et solide que le latex du préservatif masculin. A l'intérieur de l'enveloppe se trouve une bague mobile ; une autre bague plus large est fixée à l'extérieur. L'anneau intérieur sert à installer le préservatif et l'anneau extérieur reste hors du vagin pour couvrir l'accès du vagin et la base du pénis de l'homme. La femme doit orienter le penis pour faciliter la pénétration. Le préservatif féminin est pré-lubrifié et il est demandé de s'en servir une seule fois.

Avantages du préservatif féminin

- Augmente l'excitation sexuelle et donne une perception de chaleur.
- Est sans douleur.
- Est moins pointilleux de glisser ou de s'abîmer.
- Peut être employé avec n'importe quel type d'huile.
- A une texture élastique et ne sèche pas.
- Donne une perception de sureté aux femmes.
- Permet au partenaire de ne pas se retirer tout de suite après l'acte sexuel.

Inconvénients du préservatif féminin

Le préservatif féminin :

- Est coûteux et peu disponible.
- Est peut esthétique ; il correspond à un sac malléable.
- Est trop grand.

- N’est pas totalement crédible : le pénis peut rentrer dans le vagin en se glissant sous le préservatif ou l’enfoncer à l’intérieur du vagin.

- N’est pas accommodé à toutes les positions.

5.3.14.2.5 Conditions d’utilisation du préservatif féminin

Il est recommandé de se comprendre avec son (sa) partenaire sur la question du préservatif avant l’acte sexuel.

• Vérifier Toujours la date de confection et d’expiration sur le conditionnement du préservatif. La date de confection ne doit pas dépasser 4 ans (Blyth & Garland, 2011 : 227).

- Pour accèder au preservatif déchirer l’emballage à l’endroit indiqué en prenant soin de ne pas détériorer le préservatif avec les ongles. Ne pas employer d’objets aigus (ciseaux, lame, rasoirs etc.) de peur qu’ils n’abîment le préservatif.

- Observer que le préservatif est intact.

- Manipuler le préservatif avec les doigts (propres) pour épandre le lubrifiant, en y ajoutant si c’est nécessaire.

- Trouver une position contrôlable pour installer le préservatif en place

- Plisser la bague intérieure avec l’index et le pouce.

- Ecarter les lèvres du vagin avec l’autre main et introduire la bague pliée dans le vagin.

- Enfoncer le plus loin possible avec le doigt jusqu’à tâter le col utérin.

- Etre sûre que la bague intérieure est fixée et que la bague extérieure recouvre l’orifice vaginal.

- Orienter et introduire le pénis à l’intérieur du préservatif.

- En cas d’embarras pendant l’acte sexuel, ajouter du lubrifiant sur le pénis ou à l’intérieur du préservatif.

- Si la bague extérieure s'introduit dans le vagin ou si le pénis se retrouve à l'extérieur du préservatif, il faut arrêter et employer un autre préservatif.
- Apres l'éjaculation et après le retrait du pénis, resserrer et enrouler l'anneau pour prévenir que le sperme ne s'écoule.
- Envelopper le préservatif dans du papier toilette et le jeter aussitôt.
- Ne jamais resservir un préservatif ni l'abandonner à la portée des enfants.

5.3.14.2.6 Les images de préservatifs féminin

Figure 5-4: Préservatif féminin

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-5: Emballage du préservatif féminin

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-6 : Comment tenir le préservatif féminin de façon à le placer dans le vagin.

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-7 : Comment enrouler l'anneau pour éviter que le sperme ne coule après l'acte sexuel.

Source : https://images.search.yahoo.com

Figure 5-8 : Comment ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif féminin

Source : https://images.search.yahoo.com

5.3.14.3 Le counseling post-test

Le counseling post-test est la conversation au cours dequel le résultat est annoncé au client. Pour un grand nombre des conseillers, il est très ardu de communiquer un résultat positif. C'est toujours difficile de savoir quoi dire, quoi faire, et on a peur d'avoir les attitudes qui ne secourent pas leurs clients. Des fois, il peut arriver que le client s'en prenne au conseiller ou et s'en var pour de bon. Seule l'expérience peut aider le conseiller à surmonter ses craintes.

5.3.14.3.1 Indications pour mener l'entretien post-test

Le déroulement de la conversation dépend du résultat à donner. Le résultat peut être positif ou indéterminé, négatif. Il est indispensable de noter que le résultat du test

appartient au client. Lorsque ce dernier est approbatif et psychologiquement préparé, le résultat doit lui être annoncé en personne.

- Débuter la conversation en accueillant le client par la bienvenue. Parler de la période d'expectative et le complimenter d'être revenu ou d'avoir été patient pour prendre son résultat.
- Demander au client s'il a des questions ou des ignorances à clarifier. Habituellement les clients préfèrent acquérir leur résultat le plus rapidement possible.
- Quand le client est prêt, annoncer le résultat d'un ton neutre et attendre la réaction du client.

5.3.14.3.2 L'annonce d'un résultat négatif

Normalement, c'est toujours facile d'annoncer un résultat négatif. Cependant le conseiller doit prendre le temps de parler des responsabilités d'un tel résultat et rentrer sur certains points discutés au cours du pré-test.

Le conseiller débutera en disant : « Le résultat de votre test est négatif, ce qui signifie que les anticorps du VIH n'ont pas été détectés dans votre sang. »

Prévoir la réaction du client avant de continuer sur les points suivants :

- Expliciter le résultat.
- La période de séroconversion.
- Le besoin de faire un test de vérification après trois mois.
- Dire au client que le test négatif n'est pas un vaccin qui immunise le client contre le VIH/SIDA.
- Les moyens de prévention et l'utilisation de préservatifs.
- La révision du plan de réduction du risque.
- La notion de sérodiscordance.

- La qualité des procédures utilisées par les laboratoires (fiabilité du test).
- La notification du résultat au partenaire.
- Inciter le (ou les) partenaire (s) à subir le test de dépistage.
- Arrêter une date de rendez-vous si c'est nécessaire.

L'annonce d'un résultat négatif est l'opportunité de discuter de changements de comportement avec le client. Il est important que le conseiller renforce les capacités de son client à maintenir des comportements sains.

5.3.14.3.3 L'annonce du résultat positif

Les gens infectés par le VIH/SIDA doivent être vite informées de leur statut. L'annonce d'un résultat positif est l'étape la plus ardue du processus de counseling du VIH. L'estimation du risque réalisée avant le test peut aider à déterminer la meilleure façon d'annoncer le résultat.

Comme dans le counseling pré-test, il n'existe pas de formule magique pour mener la conversation post- test. Le conseiller, après un bref rappel des points abordés au cours du counseling pré-test dévoilera les résultats en ces termes : « *le résultat de votre test est positif, ce qui signifie que vous êtes infecté par le VIH ».*

Il attendra les réactions du client avant d'agir. Il devra ensuite:

- Laisser au client le temps de faire face au choc de l'annonce.
- Expliciter la signification du résultat.
- Inciter le client à vivre positivement.
- Approcher la question du préservatif et ses implications.
- Approcher la question du ou des partenaire(s) sexuel(s).
- Approcher la question de la prise en charge médicale et psychosociale.

Il faut aussi expliquer

- La différence entre séropositivité et SIDA
- Les modes de contamination du VIH.
- Les modes de non-transmission
- L'hygiène de vie (sanitaire et psychologique).
- Le besoin de ne pas être réinfecté par le VIH.
- L'exigence de ne pas transmettre le VIH.
- Le besoin de protéger son entourage.
- Le besoin de rester intégré dans son environnement social.
- Le besoin de partager le secret avec quelqu'un de confiance
- Le besoin de l'utilisation du préservatif.

Les informations qu'un client peut retenir après l'annonce d'un résultat positif sont limitées. Le conseiller doit déterminer les informations ajustées aux circonstances et aux exigences du client.

Il doit notamment:

- Avoir la garantie que le client a saisis la signification du résultat (sur le plan cognitif et émotionnel).
- Aider le client à tracer un plan pour les prochains jours.
- Reconnaitre les besoins médicaux, psychosociaux et de prévention immédiate du client.
- Parler de l'exigence de se protéger et de protéger les autres.
- Assister le client à opter des comportements qui minimisent les risques de transmission du VIH.
- Aider le client à comprendre l'avantage de vivre positivement.

- Assister le client à établir un plan pour le suivi médical, social et le soutien psychologique.
- Parler avec le client des services de soutien aux PVV.
- Parler avec le client de sa responsabilité vis-à-vis de ses (partenaires et l'aider à établir le contact avec eux (elles).
- Parler avec le client de l'importance et le besoin de partager son résultat avec les membres de sa famille. Quelles que soient les réactions du client, le conseiller doit s'assurer que les trois points suivants ont été traités avant le départ du client
- Laisser le temps au client de faire face au choc.
- Se rassurer que le client ait saisis la signification du résultat du point de vue cognitif et émotionnel.
- S'assurer que le client peut établir la différence entre séropositivité et SIDA.

Envisager d'autres rendez-vous post-test avec le client. Tout client séropositif doit être incité à prendre soin de sa santé. Le conseiller doit expliciter l'importance de prévenir les maladies opportunistes en respectant l'hygiène alimentaire et l'hygiène physique. Sous le choc, le client peut ne pas être disposé à parler avec le conseiller les divers points qui seront approchés au cours du suivi.

5.3.14.3.4 L'annonce du résultat indéterminé.

Le conseiller fera un bref aperçu de points approchés au cours du counseling pré-test, ensuite, il lui annoncera les résultats en ses termes : « Votre résultat n'est pas distinct, ce qui signifie que la présence ou l'absence des anticorps du VIH dans votre sang n'a pas été affirmée ». Veiller attendre les réactions du client avant de continuer. Ce dernier doit être avisé sur la signification de son résultat et sur la conduite à tenir. On peut lui demander de recommencer le test après une période de 14 jours. Un client recevant un résultat indéterminé doit être pris en charge comme un client séropositif.

5.3.14.4 Le counseling du couple

Le counseling du couple, permet au client de partager de problèmes d'ordre personnel tels que les problèmes familiaux, sexuels. Cela exige que le conseiller soit capable à

aborder les problèmes d'ordre divers. Le counseling VIH donne au conseiller l'opportunité de faire un enseignement sur le VIH/SIDA ajustée aux besoins de ses clients (couples femmes, enfants).

Plusieurs raisons peuvent conduire un couple (fiancés, mariés, concubins, partenaires sexuels, etc.) à vouloir faire le test de dépistage. Le processus est le même que pour le counseling individuel mais le conseiller doit débuter par se rassurer que chaque individu soit volontaire et prêt pour l'entretien.

Les aspects suivants doivent être pris en compte :

- Chacun des deux partenaires doit donner son consentement pour participer à l'entretien.

- Les informations de base sur le VIH/SIDA doivent être abordées avec les deux partenaires en même temps pendant la première partie du pré-test. La seconde partie qui examine le counseling proprement dit, doit être menée distinctement pour permettre à chacun d'apprécier clairement les implications du test de dépistage, puis les amener ensemble pour parler du plan de diminution du risque et le besoin de la notification au partenaire.

- Pendant le pré-test, le conseiller doit faire comprendre à ses clients qu'une annonce n'est valable que si elle est faite en présence d'un conseiller.

- Les résultats doivent être annoncés séparément, le conseiller doit ensuite faciliter la proximité et inciter les partenaires à partager leurs résultats.

- Après les résultats les partenaires, s'ils sont de concert pour l'annonce mutuelle, doivent être reçus conjointement.

- Si l'un des partenaires ne consent pas, le conseiller peut l'inciter à le faire mais il doit respecter la décision du client.

- Le conseiller ne doit pas dévoiler le résultat sans l'acceptation de la personne concernée, mais il poursuivra la negociation jusqu'à obtenir le consentement du client.

- Le couple peut être concordant séronégatif, concordant séropositif ou discordant.

L’existence du VIH dans un couple amène un problème de confiance et de fidélité. Le conseiller doit être compétent de faire face aux contractions et dislocations qui peuvent apparaitre au sein des couples. Les besoins sont particuliers aux individus et changent suivant que le couple est concordant (positif ou négatif) ou discordant.

5.3.14.4.1 Le couple concordant séronégatif

Le conseiller doit restaurer le plan de diminution du risque développé au cours du pré-test. Il doit inciter le couple à parler des possibilites de maintenir des comportements à faible risque et de protéger leur santé. Il doit aussi expliciter la période de séroconversion et solliciter au couple de recommencer le test dans les 3 à 6 mois suivant le premier test.

5.3.14.4.2 Le couple concordant séropositif

C’est bien de conseiller l’homme et la femme mais, le conseiller doit débuter par celui qui est disposé à discuter de ses problèmes. Le conseiller doit tenir face aux réactions psychologiques et aux problèmes affectifs des deux partenaires. Il est demandé de donner à chaque membre du couple une séance inpersonnelle et de prendre des dispositions pour organiser une relation de rapprochement.

Les entretiens pour couple concordant séropositif favorisent la dissipation des malentendus et de diminuer les gestes de violence à l’endroit des femmes. Après la divulgation, le conseiller devra aider ses clients à reconnaitre les stratégies pour rester en bonne santé et maintenir une bonne relation dans le couple. Il devra aussi souligner l’utilisation du préservatif et le problème de la réinfection.

Normalement, les couples séropositifs ont besoin d’être assistés dans les domaines suivants :

- L’entente au sein du couple.
- L’entente avec la famille élargie.
- L’entente avec les enfants.
- La réconciliation.
- Le contrôle de la colère.

- L’apprentissage du pardon.
- La pratique de l’hygiène sanitaire
- La situation des enfants.

Les enfants est une des préoccupations capitales des parents vivants avec le VIH. Le conseiller doit donc en parler avec ses clients et parcourir les options pour la prise en charge des enfants en cas d’inaptitude ou de décès des parents. A cause de cela, il doit œuvrer avec le couple pour reconnaitre des tuteurs dans la famille ou du voisinage du couple. La famille doit jouer un rôle de relais dans le soutien aux PVV. A cause de l’ignorance, la famille est butée au problème de stigmatisation et d’inacceptation. Le conseiller doit faciliter le maintien de la famille.

5.3.14.4.3 Le couple sérodiscordant

Même si les besoins du couple sérodiscordant soient les mêmes que ceux de couple concordant positif, le counseling du couple discordant exige beaucoup plus d’attention.

Le conseiller devra en effet assister les clients à dominer les contractions et les agitations. Il doit assister le client négatif à admettre son conjoint et à l’entretenir. Il doit inciter le client séropositif à cohabiter positivement[31]. Il doit aussi parler avec les partenaires d’un plan à long terme pour patronner le partenaire négatif.

Lors de la divulgation du résultat d’un test de dépistage à un couple sérodiscordant, il est necessaire de parler de la période de séroconversion (période fenêtre). Le partenaire séronégatif a pu être contaminé fraîchement et un test de contrôle 3 mois plus tard pourrait se disculper. Lorsque ce deuxième test se vérifie négatif, et en l’absence de tout comportement à risque (rapport sexuel non protégé, par exemple), le partenaire séronégatif est révélé non infecté par le VIH. Un contrôle systématique et régulier n’est pas indispensable. Il doit savoir qu’il n’est pas immunisé contre le VIH et qu’il peut se contaminer s’il ne se protège pas.

Le conseiller devra aider le couple car le partenaire négatif par crainte d’être contaminé peut arrêter de divorcer et rompre la relation.

---

[31] Vivre positivement : acceptation de son etat serologique positit et continuer à mener une vie normale.

5.3.14.5 Le counseling de la femme

La femme est dans une position de désavantage à cause de la dissimilitude biologique, économique, sociale, qui est entre elle et l'homme. La femme est souvent auxiliaire de l'homme et doit se soumettre à son autorité. Elle est victime de brutalités de toutes sortes. Dans cette situation, il n'est pas aisé pour une femme de parler ou de négocier la question du préservatif avec son (ses) partenaires(s).

Le conseiller doit veiller sur plusieurs sortes de besoins lorsqu'il parle avec un client de sexe féminin. Par exemple, la cliente peut se trouver dans une situation d'aisance avec une femme pour parler des questions liées à la sexualité. Il est irréalisable de lister tous les problèmes en relation avec le counseling de la femme. Certains de ces problèmes sont présentés ci-dessous.

5.3.14.6 Le counseling des enfants affectés et/ou infectés par le VIH/SIDA

Le counseling des enfants demande presque toujours les parents ou tuteur (surtout la mère) en plus de l'enfant lui-même. Dans plusieurs cas le dépistage d'un enfant fait suite à une maladie chronique ou répétitive de l'enfant ou de la mère. Par conséquent, un grand nombre d'enfants testés dans ces conditions sont certainement contaminés par le VIH. Dans quelques cas exceptionnels l'enfant peut connaitre un test de dépistage après une agression.

5.3.14.7 Le counseling dans les centres de sécurité transfusionnelle

Le centre de sécurité transfusionnelle qui dispose d'un CDV devra être en mesure de mettre en pratique les stratégies de diagnostic VIH. Ainsi tout donateur de sang devait passer par un counseling. Pour celui qui acceptera, le résultat du test lui sera communiqué.

En pré-test, le conseiller doit approcher les points suivants :

- Fin du don de sang.
- Besoin de donner du sang non infecté.
- Modes de contamination du VIH et autres infections transmissibles par le sang.

- Dangers de transmission de ces maladies en cas de transfusion sanguine (risque résiduel).
- Test fait sur les dons de sang avant la transfusion du receveur.
- Responsabilité du donneur pour la sécurité du receveur.
- Choix de recevoir les résultats des tests ou non.

En post-test, le conseiller doit approcher aussi les points suivant :

- Remercier le donneur pour son geste humanitaire.
- Lui annoncer le résultat du test VIH en même temps que ceux des autres tests sérologiques.

Si le résultat du test s'avere négatif, inciter le donneur à donner du sang plus souvent (donneur pontentiel) et à opter pour les mesures de prévention à l'égard du VIH, et si le résultat est positif :

- Conforter le donneur de sang.
- L'enseigner sur les modes de transmission du VIH et comment avoir une bonne santé.
- Donner des informations sur la prise en charge psychosocial et les CDV.
- Le conduire vers les services de confirmation, de suivi, et de prise en charge médicale et psychosociale.

5.3.14.8 Le counseling dans le cas de tuberculose et pour la famille

5.3.14.8.1 Co- infection Tuberculose/VIH

La tuberculose est l'infection la plus fréquente en cas d'infection à VIH. D'où les malades tuberculeux devront passer par le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), pour le dépistage de l'infection à VIH et les séropositifs VIH devront passer par le dépistage de la tuberculose.

En cas de VIH positif, le conseiller devra :

- Donner l'information sur la relation VIH/Tuberculose.

- Encourager le dépistage de la tuberculose.
- Orienter le client vers une meilleure prise en charge.

5.3.14.8.2 Famille de la PVV

Le conseiller devra :

- Soutenir la famille sur le plan psychologique.
- Informer la famille sur la possibilité de former un des membres de la famille pour le soutien psychologique permanent à la personne VIH positive et son accompagnement en cas de maladies.

5.3.14.9 Le counseling dans les autres situations

Il y a d'autres situations spécifiques qui ne sont peut-être pas brossées dans ce travail. Dans le cas d'une situation exceptionnelle, le conseiller doit se maintenir dans son calme, faire preuve d'entendement et mettre en pratiue les techniques de counseling pour assister son client. En cas d'ambiguïté sur la disposition de répondre à une situation donnée, le conseiller doit demande une assistance suivant les instructions et ordres établies au niveau de son centre de counseling et de dépistage. Connaitre quand solliciter une assistance et admettre l'assistance sont des qualités très importantes du conseiller. Quand le problème du client surpasse la compétence le conseiller, la reconnaissance par celui-ci d'une référence adaptée sera plus nécessaire et efficace pour le client que la recherche à tout prix d'une solution personnelle.

5.3.15 Le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA

5.3.15.1 Le suivi et la prise en charge psychologique

L'appui psychosocial dont a besoin le client, varie au fil de l'évolution de l'infection. Dans notre situation désavantagée, l'épédemie du VIH/SIDA a un impact négatif sur le niveau socio-économique des personnes infectées. Le conseiller ne peut pas faire face à tous les besoins presentés par les clients mais c'est à lui de mobiliser des ressources complémentaires pour soutenir ses activités de prise en charge. Cela réclame l'aide de la famille, de la communauté, des groupes religieux, des groupes d'auto assistance, des ONG, des partenaires aux développements etc.

5.3.15.2 La conduite de la référence

Ce que le conseiller doit faire : quand le conseiller juge qu'un client demande d'être référé vers une structure de relais :

- Dire au client le besoin pour lui d'être transféré vers une autre structure pour le besoin qu'il presente.
- Lui parler sur ce que ce centre fait.
- Lui parler de la personne vers laquelle vous allez le renvoyer.
- Lorsque son nom et sa sérologie devront être mentionés, l'en avertir.
- Le laisser prendre la décision.

Ce que le conseiller ne doit pas faire :

- Prendre une decision à la place du client
- Remettre au client une lettre d'orientation sans son consentement.
- Refuser de lui donner des éclaircissements sur la nature de la référence.
- Se passer de son consentement éclairé.

5.3.15.3 L'accompagnement et la conduite de l'accompagnement

L'accompagnement comprend, pour le conseiller, à soutenir le malade en fin de vie. Le conseiller accompagnant est distinct du thérapeute et de la famille. Sa tâche ne consiste pas à empecher la mort, mais à rassurer le malade et lui permettre de révéler des émotions qu'il a du mal à dire devant sa famille ou ses voisins.

Le conseiller accompagnant doit amener le bonheur et la joie et changer la mort en un départ particulier.

Ce que le conseiller accompagnant doit faut faire :

- Amener l'affection et l'apaisement.

- Observer le malade dans les yeux.
- Caresser le malade.
- Tenir le malade en main.
- Avoir du respect a l'egard les croyances du malade.
- Donner de petits cadeaux.

Ce que le conseiller accompagnat ne doit pas faire :

- Dire du mensonge sur l'évolution de la maladie.
- Contraindre le malade à faire ce qu'il ne veut pas ou n'aime pas.
- Parler du malade en termes négatifs devant lui.
- Présenter des signes de fatigue, de tristesse ou d'impatience.
- Pleurer, être désespéré ou en colère.

5.3.16 Le burnout ou épuisement du conseiller

C'est indispensabe d'admettre que le travail de conseiller est pénible et angoissant. En verité, les conseillers doivent sans cesse avoir de l'énergie, du temps, et surtout de la compassion, de la compréhension et de l'espoir (PNMLS, 2004a : 67).
. En suite, ils sont confrontés aux péripéties fréquentes de maladies qui modifient l'apparence physique de leurs clients, puis ils doivent faire face à leur décès prématuré. Si le conseiller est une PVV, cela est encore plus ardu.

5.3.16.1 Les signes de l'épuisement du conseiller

Le conseiller doit reconnaitre chez lui, les signes d'épuisement ou de stress : les troubles de mémoire, le vertige, etc. Pour cela il peut employer l'approche selon laquelle l'équilibre d'un être humain se définit à travers trois aspects : le corps, l'esprit, la pensée (exemple : céphalées, vertiges, trouble de mémoire, nervosité, etc.) (PNMLS, 2004a : 68).

On a tendance à ne regarder qu'un seul aspect de l'homme. Noter, le corps physique et la pensée qui traduisent par leurs attitudes. Le corps, la pensée et l'esprit sont toujours en rapport et ont besoin d'une part égale de soins. Pour être en bonne santé physique, une personne doit prendre soin de son état psychologique et veiller à son état spirituel.

5.3.16.2 Reconnaître et accepter ses limites

Les conseillers doivent tirer attention à ne pas chercher à trouver solution à tous les besoins des clients. Il est indispensable de faire la part de choses entre la personne du conseiller, la personne du client et les besoins qui engendrent une relation interférente entre eux.

En estimant les besoins du client, le conseiller doit se demander ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas faire pour son client. Dans la deuxième présomption, le client doit être transféré à des personnes ou structures pouvant l'aider

Le conseiller doit faire la part des choses et admettre ses limites, sinon, il risque de connaitre l'épuisement psychologique. L'association d'un sens élevé de la responsabilité, du stress du travail, du manque d'assistance adéquate et le fait de se sentir seul crée chez le conseiller le syndrome d'épuisement psychologique (burnout).

5.3.16.3 La conduite appropriée

Il est important que le conseiller :

- Demande de l'aide quand il en a besoin.
- Sache dire non.
- Soit capable de séparer le personnel du professionnel.
- Partage ses sentiments et ses frustrations.
- Ne soit pas influencé par ses propres stéréotypes.
- Participe à des séances de psychothérapie de groupe.
- Travaille à son rythme.
- Fasse attention au surmenage.

Les thérapies de groupe pour les conseillers devraient être instituées. Les conseillers devraient pouvoir se libérer et s'octroyer des moments de pause pour préserver leur santé mentale.

5.3.17 Ethique dans la pratique de prise en charge et du counseling

Les codes éthiques soulignent les valeurs fondamentales du counseling. Il est important pour les conseillers de comprendre ces valeurs afin de maintenir des relations professionnelles avec leurs clients.

5.3.17.1 Codes d'éthique

- Le conseiller doit servir tous les clients de façon égale et équitable, avec intégrité et impartialité.
- Le conseiller devra s'abstenir de se prévaloir des compétences et/ou qualifications qu'il n'a pas.
- Le conseiller doit pouvoir référer les clients de façon appropriée vers les autres services et/ou personnes disposant de compétences qu'il n'a pas.

5.3.17.2 Principes généraux du code de conduite des conseillers

- Compétence

Les conseillers sont responsables de leur physique, conduite et compétence professionnelle. Ils devront pour cela, éviter tout ce qui peut le compromettre professionnellement.

- Consentement
- Le conseiller doit obtenir le consentement de son client avant de commencer le processus de counseling et de dépistage.
- Toute personne qui veut faire un test de dépistage du VIH, doit donner son consentement éclairé avant le test.
- Le conseiller doit s'assurer que le client a parfaitement compris les implications du test de dépistage du VIH avant de donner son consentement éclairé.

- Le conseiller doit respecter le droit de ceux qui sont mentalement et /ou physiquement diminués ou à cause de l'âge ne peuvent prendre une décision éclairée pour le test VIH.

- Le conseiller doit respecter le droit du client d'annuler son consentement à faire le test à tout moment.

- Le conseiller doit savoir que le résultat d'un test VIH doit être absolument confidentiel, même si toutefois la confidentialité partagée existe.

- Tout accord confidentiel entre le conseiller et le client ne doit être changé que sur la base d'une négociation commune.

- Devant certaines situations, telles que les urgences médicales, la demande de consentement pourrait être ignorée si les médecins traitants ont besoin de connaître le statut sérologique du client pour leur sécurité.

- Les risques de transmission du VIH étant très négligeables dans les gestes courants de la médecine, un test sans le consentement du client ne saurait être justifié.

- Confidentialité

- Les conseillers doivent bien conserver les dossiers de leurs clients et prendre toutes les dispositions pratiques pour préserver la confidentialité des informations obtenus lors de la session de counseling.

- La confidentialité doit être gardée et aucune information concernant le client ne sera divulguée sans son consentement.

- Le conseiller ne doit communiquer les informations à propos de son client à son collègue conseiller qu'avec le consentement du client.

- Rupture de la confidentialité

La rupture de la confidentialité doit être envisagée :

- Lorsqu'il est évident que le client veut se faire du mal, ou porter atteinte à une tierce personne, ou la vie du client est menacée par quelqu'un d'autre.

- Lorsqu'il est prouvé que le client n'est plus mentalement et/ ou physiquement en mesure de prendre des décisions et de s'occuper de lui-même.
- Lorsque la justice ordonne la révélation du résultat
- Lorsque le client représente un danger pour la communauté.
- Serment de confidentialité

Le conseiller devra prêter un serment de confidentialité qui dit ce qui suit :

- Je ne divulguerai aucune information qui pourra permettre d'identifier le client sans le consentement écrit de celui-ci.
- Prendre les précautions nécessaires pour s'assurer que le dossier du client n'est présenté à personne d'autre en dehors du client.
- Autres règles éthiques
- Détruire tout document relatif aux clients qui ne sont plus utiles.
- Mettre les dossiers sous sécurité et veiller à ce que toute personne qui n'est pas directement concernée ne puisse y avoir accès.

Il est important de s'assurer que les autres collègues et stagiaires comprennent et respectent la confidentialité dans le service de counseling.

5.3.18 Les droits de la Personne vivant avec le VIH/SIDA (PVV)

Touchant l'aspect des droits de la PVV telle qu'elle se presente dans la situation de cette maladie, est bien entendu intimement attaché à une somme de questions morales étudiées dans les pages antécédentes. Cette partie insiste sur chacune des parties qui concourent aux droits et devoirs de la personne vivant avec le VIH/SIDA.

Dès dix ans, les organismes internationaux consacrés à la protéction des droits des personnes qui sont sujet de ségrégations pour des raisons de sexe, d'ethnie, de race, de et de religion se sont beaucoup étendus (COE, 1998 : 78-79).

On reconnait aussi d'autres aspects de ségrégation, desquels certaines apparaissent de l'ignorance et de la crainte. La ségrégation ou discrimination qui s'applique envers des

personnes affectées par le VIH/SIDA, fait partie de cette classe. Ces personnes se voient souvent priver de leur droit fondamental à la sureté, à la liberté d'association, à l'autonomie de mouvement et aux soins médicaux adéquats.

La transgression des droits des personnes affectées par le VIH/SIDA est un épiphénomène généralisé (COE, 1998 : 78-79). L'épidémie expose d'inégalités et de jugements portés d'avance aux PVV, autrefois inconnus dans nos sociétés, et affermis les différences à long terme. Dans pratiquement toutes les cultures et les sociétés, les personnes touchées par le VIH/SIDA doivent lutter contre l'isolation et à la ségrégation. Aux manifestations physiques dont ils endurent, s'additionnent les effets psychologiques attachés à leur exigence de malades atteints du SIDA. La maladie et la mort qui sont les suites du VIH sont souvent réelles dans l'isolement et le sacrifice, car les personnes touchées sont souvent mises à l'éloignement, parfois même en proies de mauvais traitements. Ceux qui aperçoivent qu'ils ont été contaminés par le VIH/SIDA, endurent de la privation de leur propre avenir : ils se voient privés de l'opportunité de créer un jour une famille, d'avoir du travail qui donne un sens à leur vie, ou encore ils se voient privés d'autres droits fondamentaux.

5.3.18.1 Déni des droits de la personne accroit la vulnérabilité au VIH/SIDA

Toutes les personnes touchées par le VIH/SIDA, d'un moment à un autre, se voient privées de leurs droits. Cependant il semble de plus en plus que les personnes dont les droits fondamentaux sont bafoués et qui endurent de l'exclusion sociale et économique sont singulièrement fragiles à l'infection par VIH/SIDA.

Cette manière dont leurs droits se présentent singulièrement est évident dans les groupes marginalisés de la société : les gens qui vivent dans la pauvreté, ceux qui pratiquent le commerce du sexe, les enfants des rues, les homosexuels, les toxicomanes, les prisonniers, les populations autochtones, les minorités ethniques sont les groupes où les taux d'infection sont souvent beaucoup plus élevés que pour le reste. Nous avons fait voir plus haut que les femmes sont spécialement vulnérables en raison de leur statut social, économique et juridique inferieur.

Le manque d'indépendance financière, l'accès insuffisant aux soins de santé, l'absence d'éducation et de possibilités d'emploi notamment en ce qui concerne le traitement des maladies sexuellement transmissibles, accroissent le risque d'infection par le VIH/SIDA.

Le manque d'assurance dans les questions sexuelles amplifie également ce risque. Autre inquiétude croissante liée à la brutalité et la violence contre les enfants est une inquiétude croissante. Le commerce du sexe s'accroît de maniere inquiétante et touche de plus en plus les enfants. C'est clairement pour chercher à échapper à l'infection du VIH/SIDA que certains hommes des pays du Nord et du Sud forcent sexuellement des enfants et des jeunes.

5.3.18.2 Restauration de la dignité

La ségrégation et la stigmatisation sont sans doute les violations les plus habituelles des droits de l'homme qui sont attachées à la pandémie du SIDA dont sont les victimes de la part de la société, les personnes atteintes par le VIH/SIDA, leurs proches et leurs familles ou aussi les gens regardés comme faisant partie d'un groupe à risque : prostitué(e)s, toxicomanes, homosexuel(le)s (COE, 1998 : 80).

Pareillement, comme nous l'avons déscrit brièvement dans la partie de : VIH/SIDA à la lumière de la théologie, toute transgression des droits de la personne humaine est opposée à la foi chrétienne. Malencontreusement, la réaction de nombreux chrétiens et membres d'Eglise a été à peine contraire de celle de la société en général, parfois même pire.

L'évidence du SIDA qui affecte aujourd'hui l'homme, la communauté et l'Eglise, donne à celle-ci une nouvelle opportunité d'encadrer ses membres, d'émerger de son cadre pour aller vers ses membres, là où ils demeurent, et de partager leur souffrance, c'est une opportunité de faire encore sienne la lutte pour le relèvement des droits de la personne humaine.

L'Eglise de Jésus-Christ se trouve interpellée : a l'égard du VIH/SIDA, quelle est l'ampleur de sa tâche dans la défense et la protection de droits de l'homme ? Elle a notamment pour rôle :

- D'admettre que les droits de l'homme créé à l'image de Dieu sont fondés sur la parité et la dignité de tous les êtres humains.

- De regarder que chaque individu et chaque secteur de la société est appelé à respecter les droits et la dignité des autres, de craindre de leur nuire, et d'opérer dans

la compassion, la latitude et l'entraide. Chacun a des devoirs évidents à accomplir pour le bien-être de son prochain en création.

- De respecter l'homme comme un ensemble, et dans toutes ses aspects : cette approche demande que l'on admette la nécessité d'interdépendance de l'être humain, son exigence d'amplifier des liens familiaux et communautaires. Ainsi, dans une conception globale des droits humains, le concept de communauté crée un élément important.

5.3.18.3 Droit à l'information

Présentement, par manque des médications et de vaccin contre le VIH/SIDA, la seule solution efficace est la prévention. Celle-ci est faisable grâce à une sensibilisation sur les voies de contamination, les moyens de prévention, l'évolution de la maladie (signes et conséquences) mais aussi sur le droit et éthique en matière de VIH/SIDA.

5.3.18.4 Droit de connaitre son statut sérologique

Chaque individu a le droit de connaitre le résultat de son test sérologique quel qu'il soit. C'est de son droit à l'intégrité physique et de la confiance qui régit ses relations avec son conseiller. Cette revelation du resultat devra se faire dans des conditions humainement admissibles.

5.3.18.5 Droit à la confidentialité

Le PVV a droit au secret professionnel. Dans certaines situations, le conseiller n'est pas lié à l'obligation de garder ce secret particulièrement en cas du consentement du client, quand la loi le demande, dans l'avantage du client et quand il s'agit de protéger une tierce personne (garde-malade, partenaire etc…).

5.3.18.6 Droit au mariage

Le SIDA se communique principalement par les rapports sexuels. Les fiancés ont donc droit à l'éxplication sur le VIH/SIDA d'une manière correcte et sont conviés à faire librement les examens prénuptiaux avec test sérologique au VIH, afin de s'engager dans le mariage en toute connaissance de cause (notion de consentement éclairé). En cas de mariage, ils seront conseillés de parrainer leurs rapports sexuels.

5.3.18.7 Droit à la procréation

Procréer dans notre société est une raison d'avoir un motif de fierté, d'épanouissement et de cohérence de la famille. Une PVV comme toute autre personne a droit à la procréation. Cependant, le danger d'avoir un enfant séropositif étant réel, le conseiller devra assister le client à faire un choix éclairé en lui donnant toutes les informations nécessaires.

5.3.18.8 Droit au travail et à l'embauche

Travailler est un droit et un devoir pour chacun. Il comporte un devoir moral pour tous ceux qui ne peuvent pas être empêché par l'âge ou l'incapacité. Tenant compte des connaissances scientifiques actuelles et des revendications légales (PNMLS, 2004a : 67). L'infection par le VIH ne comporte pas en elle-même une limitation de l'aptitude au travail ; aussi elle n'est pas non plus une raison de cessation de travail. Le travailleur ne peut pas être congédié pour motif de séropositivité.

5.3.18.9 Droit au voyage

La PVV a le droit de voyager librement même à l'étranger.

5.3.18.10Droit aux soins complets

La PVV a droit à des soins complets qui comprennent les aspects médicaux et psychologiques etc.

5.3.19 Les devoirs de la PVV

5.3.19.1 Informer son partenaire

La PVV a le devoir de tenir informer son (sa) partenaire sexuel(le) de son état sérologique en vue d'une sexualité responsable.

5.3.19.2 Mener une vie positive

Une PVV a le devoir de procéder une vie positive : garder des bonnes relations avec son entourage, l'acceptation de son état, se faire soigner au besoin, continuer de travailler…

5.3.19.3 Elever ses enfants

La PVV a l'obligation de veiller à l'instruction et à l'éducation de ses enfants.

5.3.19.4 Prévenir les conflits

La PVV a le devoir de devancer les conflits et les discordes familiales par son attitude et ses actions. Il doit faire un effort pour raccommoder son entourage.

5.3.19.5 Prévenir la contamination

La PVV a le devoir de devancer la contamination de son voisinage sous peine d'être poursuivie pour tentative d'empoisonnement.

5.4 Modèle d'encadrement basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi

5.4.1 Définition du modèle

Selon Larousse ; un modèle est donné pour servir de référence de type ; personne ou objet possédant certaines qualités ou caractéristiques propres à en faire le type d'une catégorie ; personne citée ou choisie à titre d'exemple pour qu'on s'inspire de sa conduite. Le Dictionnaire Français défini le mot « Modèle » comme ce qui possède les qualités et qui sert comme base à l'imitation.

Un modèle scientifique est une représentation simplifiée, et souvent idéale de la réalité d'un phénomène permettant d'élaborer une théorie plus ou moins précise adhérant aux observations, et de prévoir ce qui se passera dans certaines conditions. Dans la plupart des cas, un modèle reste limité à un domaine d'application en dehors duquel ledit modèle n'est plus applicable.

5.4.2 Modele d'encadrement pastoral base sur le soutien spirituel pour les eglises

5.4.2.1 Pastoral et conseil des personnes affectées par le VIH/SIDA

5.4.2.1.1 Conseil biblique et/ou dialogue pastoral.

Le but du conseil pastoral et/ou dialogue pastoral, appelé aussi '' relation d'aide chrétienne'', est de conduire les gens vers une plus grande maturité en Christ (Blyth & Garland, 2011 : 244). Dans une attitude de prière, un pasteur évalue les besoins de chaque personne reçue en dialogue pastoral, sachant que chaque personne est unique. Le pasteur essaiera d'encourager ceux qui sont affligés, fortifier les faibles et les craintifs

et réconforter ceux qui ont des chagrins. Certaines personnes peuvent avoir abandonné la vérité chrétienne et les normes morales du christianisme.

Le dialogue pastoral vise à ramener tous ces gens à vivre comme Dieu le veut.

Le sujet du conseil pastoral en ce qui concerne le VIH/SIDA est vaste et exigerait un livre en soi, mais dans les pages qui suivent nous essayerons simplement, de souligner quelques lignes directrices.

- Le désir dans le conseil pastoral doit toujours être celui d'amener les gens plus près du Christ, dans une connaissance plus profonde de Dieu. Un pasteur qui veut humilier et condamner la personne affectée du VIH/SIDA, la chasse loin de Dieu au lieu de la rapprocher de lui. Il agit selon son désir charnel et non pas selon la voie de la piété. Il est en effet nécessaire de confronter le péché et de discipliner, mais le but dans tout cela est la repentance et le rétablissement de la fraternité et pas la honte, l'humiliation ou l'exclusion (2 Corinthiens 2.3-11 ; 2 Corinthiens 7.9 ; 2 Timothée 2. 25; Hébreux 5.2; 1Jean 5.16).

De nombreuses personnes infectées à cause de leur comportement immoral ont du mal à admettre la vérité. Ces gens disent souvent qu'ils ont été infectés par le coiffeur ou à cause d'autres circonstances peu probables. Si quelqu'un a eu des rapports sexuels avant ou en dehors du mariage, le conseiller devrait encourager la personne à admettre le fait et demander pardon à Dieu. Ces gens peuvent aussi demander pardon à leurs époux ou épouses. Ceux qui continuent à dénier leur comportement ne peuvent pas vraiment expérimenter le pardon et la paix de Dieu (COE, 1998 : 86).

- Le conseil pastoral devrait aussi encourager et équiper les gens à aider les autres de la même manière dont ils ont été aidés. Le pasteur ne peut pas répondre à tous les besoins dans son Eglise, parce qu'il y a trop des gens qui ont trop de besoins variés. Mais s'il forme des assistants, ceux-ci peuvent aussi avoir l'occasion de répondre aux besoins de l'Eglise. Ils apprendront que la parole de Dieu est puissante et suffisante pour répondre à n'importe quel besoin.

- Comme dans toutes les situations de dialogue pastoral, les conseillers doivent être à cent pour cent dignes de confiance (2 Corinthiens, 1. 2-3 ; 2 Pierre, 1. 2-11 ; Galates, 6. 5 ; 2 Timothée, 3. 16-17). Les problèmes du VIH/SIDA nous affectent tous, que nous soyons pasteurs, conseillers, médecins, personnes vivant avec le VIH ou les

membres de la famille. Quand nous faisons face aux problèmes, il est facile pour nous de réagir de manière essentiellement humaine. Nous devons aussi voir le problème comme Dieu le voit. Bien des fois, la méthode naturelle pour traiter un problème est de laisser agir nos instincts égoïstes et d'essayer de rejeter la responsabilité du problème soit sur les circonstances soit sur les autres.

- Nous agissons souvent comme si nous étions purs, innocents et de bon cœur. Nous croyons et déclarons que les forces ou influences externes sont à blâmer ou à condamner pour une condition qui nous affecte. Souvent nous blâmons le diable. Nous disons : « le diable m'a induit à le faire ». Pourtant, la voie de Dieu est que nous assumions la responsabilité de nos actions et, si nécessaire, que nous venions à la repentance et au pardon. C'est seulement ainsi, que nous pouvons vraiment avancer vers la guérison et la tranquillité d'esprit dans une situation donnée. Ceux qui sont infectés par le VIH/SIDA ont besoin d'une espérance biblique. Dieu promet qu'il ne permettra pas que nous soyons tentés au-delà de nos forces. Il promet en plus de venir à notre secours et de nous diriger dans chaque situation lorsque nous sommes décidés à résoudre le problème selon sa voie (1 Corinthiens 10. 13; Romains 8. 28; Hébreux 13. 5).

- Les personnes infectées ou affectées ont aussi besoin de savoir ce que Dieu veut qu'elles fassent et comment Dieu veut qu'elles réagissent. Même si le VIH / SIDA va abréger leurs jours, la vie n'est pas encore terminée. Que nous soyons conseillers ou personnes conseillées, nul d'entre nous ne connaît le jour où Dieu permettra que notre vie arrive à sa fin. Qu'importe le nombre de jours que nous avons encore à vivre sur terre, nous devons chacun vivre chaque jour pour la gloire de Dieu.

- Un conseiller spirituel aide les gens ayant le VIH/SIDA à voir que Dieu a toujours un plan de bénédiction et un appel pour eux. Par exemple, le pasteur ou conseiller peut les aider à utiliser la parole de Dieu dans leurs circonstances de chaque jour, notamment à combattre les pensées négatives et destructives, la peur et la dépression. Ils peuvent en outre apprendre à pardonner ceux qui leur ont causé de la peine, mais aussi implorer le pardon de ceux qu'ils ont offensés et blessés. Nous avons tous besoin d'avoir des modèles de pensées, de paroles et d'actions bibliques qui nous aident à vivre d'une manière qui plaise à Dieu (Ephésiens 4. 22-23; Jacques 1. 22-25; 1Pierre 3. 8-12).

- Les gens qui apprennent à vivre positivement avec le VIH/SIDA peuvent apporter une grande contribution en conseillant d'autres personnes qui font face aux mêmes luttes qu'elles connaissent. L'Eglise peut utiliser les personnes ayant le VIH/SIDA et qui expérimentent la force et le réconfort de Dieu en leur demandant de visiter et conseiller celles qui luttent encore dans la peur et les doutes. Ceci sert à affermir chaque groupe dans la foi. Plusieurs personnes vivant avec le VIH/SIDA utilisent un « système de camaraderie » qui les rend responsables l'un de l'autre dans la prise de leurs médicaments et dans l'encouragement à vivre d'une manière qui n'infecte pas les autres.

5.4.2.1.2 Conseil pastoral pour ceux qui envisagent de se marier

Il y a de très bonnes raisons pour que les couples se fassent tester pour le VIH/SIDA avant le mariage. Plusieurs dénominations ont établi des règles qui stipulent que leurs pasteurs doivent exiger des membres de l'Eglise de faire le test du VIH avant la bénédiction nuptiale dans l'Eglise (Blyth & Garland, 2011 : 246). Nous osons croire que le but n'est pas de punir les gens, mais de prévenir la propagation du VIH/SIDA, de sécuriser les couples et de remettre les gens dans la voie du Christ et enfin, de s'occuper de ceux qui sont infectés.

D'autre part, certains chrétiens sont convaincus que les Eglises ne devraient pas exiger le test du VIH avant le mariage. Ils pensent qu'une telle exigence est discriminatoire et s'ingère dans la liberté et la vie privée du couple. Ces préoccupations sont bien fondées. Les leaders d'Eglises doivent parvenir à un équilibre qui tient compte de ces préoccupations aussi bien que de la responsabilité de L'Eglise pour le bien-être du couple, des parents et des familles ainsi que de la vie de leurs éventuels enfants.

- Comme pasteur ou responsable, vous devriez inclure les points suivants quand vous conseillez un couple qui a l'intention de se marier :

- Ce que c'est que le VIH et comment on le contracte

- Comment le test du VIH peut aider le couple

- Les risques auxquels l'homme et la femme se sont exposés dans le passé

- L’importance de la pureté sexuelle dans l’avenir et comment cela contribuera à protéger le couple et leurs enfants

Il importe de donner l’assurance que vous allez prodiguer l’amour et manifester la grâce et le pardon de Dieu quels que soient les résultats du test.

- Il est très regrettable de dire que les pasteurs, leaders et membres de l’Eglise ont souvent réagi négativement, en blâmant et condamnant lorsqu’ils apprennent que l’un des partenaires possède le VIH/SIDA. Ces réactions sont dues à la peur, à l’ignorance et à l’hypocrisie. Nous devons nous rappeler que le VIH/SIDA n’est pas répandu exclusivement par l’activité sexuelle, bien que neuf personnes infectées sur dix l’aient été par l’activité sexuelle (Blyth &Garland 2011 :247). Avoir le VIH/SIDA n’est pas un péché. Peut-être que la personne ayant le VIH/SIDA a été infectée à cause du péché, peut-être que non. Nous devons aussi nous rappeler que même si un ou les deux partenaires ont commis le péché sexuel, ils ont besoin d’être traités avec de la prévenance sincère et de l’amour chrétien.

- Quand les gens apprennent qu’ils ont le VIH/SIDA, ils entrent dans une crise spirituelle sérieuse, « la vallée de l’ombre de la mort ». Ils ont grand besoin d’un berger. A moins que le pasteur ne conseille le couple d’une manière compatissante et biblique, il peut causer plus de mal là où il a voulu faire du bien. Déterminer la période pour faire le test du VIH avant le mariage est important. Le test doit être fait plutôt dans les préparatifs du mariage, au moins six mois avant le mariage. Il est préférable de le faire avant toute annonce du mariage et même avant tous les préparatifs du mariage. Il est difficile pour le couple d’annuler le mariage s’ils ont déjà imprimé les cartes d’invitation, reçu des cadeaux de mariage, organisé le repas de mariage etc. Il est beaucoup plus facile d’annuler le mariage si rien n’a été rendu public.

Bien des pasteurs se retrouvent souvent face à un dilemme. Lorsque le couple s’adresse à eux, la dot a déjà été versée et tout est déjà convenu entre les deux familles. Certains couples n’informent le pasteur que quelques semaines avant un mariage déjà planifié.

Peut-être les dirigeants des Eglises devraient-ils informer leurs membres que tout mariage doit avoir six mois de préparation au minimum. Avec le temps, les congrégations en viendront à accepter de telles exigences.

5.4.2.1.3 Conseil pastoral avant le test VIH

Le pasteur doit préparer le couple avant de les envoyer faire le test. Ceci aide à réduire le choc si le test se révèle positif. Cela ouvre aussi la porte au conseil pastoral et favorise la discussion.

Pour aborder le sujet, le pasteur peut demander au couple ce qu'ils savent du VIH / SIDA. Ensuite il peut leur dire les voies de transmission du VIH, mais aussi leur demander s'ils pensent qu'ils peuvent être des personnes à risque par une de ces voies. Il est plus probable que le couple répondra honnêtement si le pasteur leur a fait clairement comprendre qu'il veut les aider à avoir de bonnes relations entre eux et que ce n'est pas un interrogatoire de magistrat.

A ce moment le pasteur peut découvrir si le couple est sexuellement actif. Il pourrait avoir besoin de leur donner des conseils au sujet du plan de Dieu pour leur relation en mettant l'accent sur le fait que si nous nous repentons de nos péchés, Dieu est fidèle et juste pour nous pardonner tous les péchés, y compris le pêché sexuel. Même s'il a du mal à parler de ces questions au couple, le dialogue biblique et pastoral à ce stade peut aider à établir des fondations solides au mariage et ainsi réduire ou prévenir des problèmes dans l'avenir. Le pasteur peut aussi aider le couple à penser à ce que leurs réactions seraient s'il arrive que l'un ou l'autre soit porteur du VIH. Cette préparation est importante car elle pourra aider lorsque les résultats du test seront révélés.

Tout au long de ce dialogue pastoral, le pasteur doit aider le couple à comprendre la véritable raison du test du VIH. Le but est de protéger leurs éventuels enfants et leur bien aimé (e) à ne pas être infectés. Cela pourra aussi aider le couple à faire un choix bien informé pour leur avenir. Le but n'est pas celui de punir, de condamner ou d'écarter la personne infectée. Le pasteur devrait assurer le couple qu'il continuera à leur manifester l'amour, la grâce et le pardon de Dieu que le test soit positif ou négatif.

5.4.2.1.4 Conseil pastoral aux fiancés lorsque le test du VIH de l'homme et de la femme est négatif

Etant donné que de nos jours le VIH est présent partout, le couple se réjouira lorsque les résultats du test de tous les deux seront négatifs. Un pasteur sage usera de cette occasion pour encourager le couple. S'ils se sont abstenus des rapports sexuels, il doit faire l'éloge de leur bon comportement sexuel et les encourager à continuer à s'abstenir

de toute activité sexuelle jusqu'après la bénédiction nuptiale. Si les deux ont déjà eu des relations sexuelles ou si dans le passé ils étaient déjà sexuellement actifs, le pasteur peut user de cette occasion pour les aider à se repentir et à recevoir avec assurance le pardon de Dieu.

- Que le couple se soit abstenus des rapports sexuels ou pas, le pasteur peut utiliser l'Ecriture pour leur enseigner le plan de Dieu pour les relations sexuelles au sein du couple. Ce plan est qu'ils restent toujours fidèles l'un envers l'autre (1 Corinthiens, 7.1-3, 5). Le pasteur devra aussi leur montrer ce que Dieu dit sur les dangers des rapports sexuels hors mariage (Proverbes, 5. 3-5, 18-23 ; 6. 25 ; 28. 32 ; Ephésiens 5. 3-5; 1 Thessaloniciens 4. 3, 7-8; 1 Corinthiens 6. 9; Hébreux 13. 4; 12. 16).

5.4.2.1.5 Conseil pastoral aux fiancés lorsque le test du VIH de l'un est positif

Il est facile pour le pasteur de juger à priori lorsque l'homme ou la femme a le VIH. Il doit se rappeler cependant que les rapports sexuels ne sont pas les seules voies par lesquelles le VIH peut se transmettre. Il doit aussi se rappeler continuellement qu'avoir le VIH/SIDA n'est pas un péché en soi. Les personnes ayant le VIH/SIDA à qui il donne des conseils peuvent n'avoir jamais été sexuellement actives. Elles peuvent avoir eu des rapports sexuels avant de venir au Seigneur Jésus et de l'accepter comme sauveur. Elles peuvent s'en être repenties il y a bien longtemps et avoir reçu le pardon de leur péché sexuel. Les séropositifs ne sont pas nécessairement de plus grands pécheurs que les autres membres de l'Eglise. Ainsi le pasteur ne doit pas les condamner ou leur manquer d'égard.

- Le pasteur doit être compatissant comme Jésus l'était. Jésus a confronté clairement le péché, mais tout en appelant les pécheurs à la repentance, et à une fraternité joyeuse et renouvelée, si cela était nécessaire. C'est aussi le temps de prononcer des mots de réconfort et d'assurance.

Plusieurs pasteurs pensent que l'attitude compatissante est de ne pas unir le couple en mariage, sachant que le risque chez le partenaire non-infecté dans une telle relation est très grand. Imaginez-vous peut-être une situation où il y a des voleurs à mains armées sur la route et que votre ami est en danger d'y perdre la vie (COE, 1998 : 88). Vous ne le mettez pas en garde, mais vous agissez comme s'il n'y a aucun danger. Vous vous dites : « parce que, je ne veux pas effrayer mon ami, alors je ne veux rien lui dire. » Est-

ce là être compatissant ? Le mieux, c'est de lui dire qu'il va au-devant d'un danger. C'est ça l'acte d'amour et de compassion qu'il faut montrer. Le pasteur doit être certain que le couple comprend les questions suivantes :

- S'ils continuent avec le mariage, il est presque certain que le partenaire infecté va contaminer l'autre et que tous deux vont mourir du SIDA.
- L'usage du préservatif prolongera sans doute la durée de vie du partenaire non infecté.
- S'ils essayent d'avoir des enfants, le partenaire non infecté sera très bientôt contaminé suite aux rapports sexuels fréquents sans préservatifs.
- Les enfants qui naîtront d'eux ont 30 % de chances d'être infectés à travers la transmission mère-enfant, à moins qu'il n'y ait usage de médicaments antirétroviraux ainsi qu'un bon substitut au lait maternel (Blyth & Garland, 2011 : 251).
- Même si les nouveau-nés ne sont pas infectés, ils finiront par devenir orphelins.
- Il y a cependant des couples qui pensent qu'ils s'aiment si ardemment qu'ils ne peuvent rien faire dans la vie sans leur partenaire. Ils veulent continuer avec le mariage, qu'importe le résultat, quelle que soit la conséquence. Le pasteur devrait encourager le couple à prendre du temps pour se décider plutôt que de se précipiter. Il doit encourager les partenaires à être honnêtes l'un envers l'autre. Pour le bien de tous, ils doivent prendre leur décision sous la direction divine, car Dieu veut toujours le meilleur pour ses enfants. Le partenaire non infecté a une décision difficile à prendre.

Quelquefois il ou elle se sent prêt(e) à risquer sa vie par amour. Il ou elle peut vouloir prendre soin du partenaire infecté, même si cela signifie écourter sa propre vie. Parfois le partenaire infecté décidera, d'un amour sincère et pour le bien de l'autre, de ne pas avoir de rapports sexuels avec son/sa bien-aimé(e). Il ou elle peut choisir de montrer son amour en décidant de ne pas se marier, mais de rester amis. Le pasteur ne peut pas empêcher le couple de se marier. Mais il est libre et a la responsabilité devant Dieu, d'unir ou de ne pas unir les deux en mariage. Le couple doit prendre une décision informée et le pasteur doit strictement garder pour lui seul les informations qu'il vient d'apprendre. Le pasteur est souvent tenté d'en parler avec les autres, mais personne d'autre n'a le droit

de le savoir. On peut s'interroger si les anciens qui veillent sur la communauté n'ont pas aussi à être informés avec l'accord des personnes concernées. Personne n'est en danger dans un contrat social avec la personne infectée. Si les fiancés veulent partager la nouvelle avec les autres, eux seuls ont le droit de le faire.

5.4.2.1.6 La Pastorale et le conseil pastoral doit garder confidentiellement toute information

L'histoire suivante illustre bien l'importance de la confidentialité dans la pratique pastorale et le counseling pastoral. Un jeune homme qui ne savait pas qu'il était VIH positif car lui et sa fiancée n'étaient pas encore allés voir son pasteur pour leur entretien après avoir passé le test, rencontre quelqu'un dans la rue qui lui dit être désolé d'entendre la mauvaise nouvelle. Ce pasteur n'avait pas gardé l'information confidentielle. Par conséquent, le pasteur a perdu la crédibilité aux yeux de toute sa congrégation. Il n'y a pas d'excuse pour un tel commérage.

Il serait prudent de la part du pasteur qui conseille le couple de faire participer leurs parents dans la décision de continuer avec le mariage ou pas. Il doit demander au couple la permission de s'adresser aux parents sur cette question. S'il n'y associe pas les parents, les parents de la personne non-infectée peuvent se fâcher en découvrant que tout en sachant quelque chose sur l'infection du VIH, le pasteur a permis le mariage sans leur avis. J'ai entendu parler d'un pasteur qui a été attaqué par des parents en colère pour avoir consciemment uni en mariage leur fille qui était VIH négative à un homme séropositif.

Les parents peuvent aider leurs enfants à aborder des questions avec plus de perspective et de sagesse. Parfois le jeune couple pense que leur amour va surmonter tous les problèmes que le VIH/SIDA pourrait amener. Ou bien ils peuvent croire que Dieu va guérir la personne infectée. Les parents peuvent avoir un point de vue plus réaliste sur les problèmes qui arriveront. Ils n'ont pas la même approche émotionnelle que le jeune couple. Il y a bien des raisons pour lesquelles nous devons y associer les parents, mais avant de le faire, le pasteur doit obtenir le consentement du couple.

S'il y a des questions médicales dans lesquelles le pasteur n'a pas les compétences requises, il doit être honnête et se sentir libre de les diriger vers un personnel médical qui pourra les aider.

Si le couple décide de se marier, il se peut qu'ils désirent avoir des conseils sur comment exprimer sexuellement leur amour mutuel avec peu de risques. Ils ont besoin de savoir les informations données dans les pages précédentes à propos des préservatifs. En se touchant et donnant des baisers, ils peuvent se donner mutuellement du plaisir sexuel et même atteindre le point culminant (éjaculation et orgasme) sans qu'il y ait eu des rapports sexuels (voir « Faire l'amour sans rapports sexuels » sur ce point dans les pages suivantes). Ils ont besoin de conseils sur la manière de couvrir les coupures aux mains avec des pansements imperméables afin d'éviter que le VIH contenu dans les fluides sexuels ne pénètre la peau par des coupures ou des plaies. Le risque d'attraper le VIH de son partenaire sexuel est très grand dans les premiers mois après l'infection de la personne. Il y a aussi de très grands risques vers la fin de la vie de la personne infectée à cause du nombre croissant de virus dans son sang et ses fluides sexuels.

Lorsque le moment est venu d'offrir une assistance pratique et soigner la personne infectée, le corps de Christ « Eglise » doit être disposé à faire ce que Jésus aurait fait. Au nom de Jésus, « l'Eglise » doit offrir l'espoir d'une vie éternelle en Christ, rassurer la personne qu'il y a le pardon du péché par la mort sacrificielle de Christ et montrer l'amour par les soins et les services. En tant que chrétiens, nous avons un espoir véritable en Jésus, malgré la dévastation du VIH/SIDA, Il est notre « prescription pour l'espoir ».

Il est parfois tentant d'offrir de faux espoirs aux personnes infectées et les assurer que Dieu va les guérir. Il est certain que Dieu peut guérir. Il est tout puissant, et parfois il guérit des personnes ayant le VIH/SIDA. Nous devons prier pour cette guérison. Cependant, souvent la guérison n'arrive pas. Pour cette raison, il ne faut pas parler comme si nous connaissions la volonté de Dieu pour toute personne dans le domaine de la guérison.

Le pasteur doit aider le couple à comprendre qu'avec une conduite saine, le partenaire infecté peut vivre bien des années, surtout si l'infection du VIH est toute récente. (Voir « Quelles sont les étapes conduisant au SIDA » dans le chapitre précédent). Si les médicaments antirétroviraux sont disponibles et utilisés correctement, la personne pourra vivre encore plus longtemps.

5.4.2.1.7 Pastoral et conseil pastoral par rapport aux réactions de ceux dont le test révèle l'infection du VIH

D'après mon expérience, beaucoup de personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH ne croient pas au résultat de l'examen sanguin. Elles sont sous choc émotionnel et voudraient refaire le test. Et même si le second test confirme le premier résultat, elles peuvent continuer ainsi pour une certaine période, niant la réalité de leur situation. Elles peuvent même prétendre « savoir » qu'elles ne sont pas infectées. Souvent, elles sont fâchées contre Dieu et contre toute personne responsable de leur infection. Après un nouveau test, elles vont chercher un remède efficace contre le VIH/SIDA. Elles peuvent dépenser de grosses sommes d'argent en plantes médicinales appelées à tort « vaccins » ou d'autres méthodes non recommandées dans l'espoir d'être guéries. Elles peuvent même essayer de marchander avec Dieu, promettant d'être fidèle dans la prière et de le servir si seulement il les guérissait.

Le pasteur voudrait bien guider doucement et fermement ces gens durant cette période de choc, de refus et de colère jusqu'à ce qu'ils acceptent leur condition. Les gens font des progrès à leur propre manière et à leur propre rythme. Le conseiller doit donc être sensible à cette évolution. Ne jamais essayer de les précipiter vers l'acceptation selon votre rythme, même si vous n'étiez pas à l'aise avec leur colère ou confusion. En passant du temps avec eux pour les écouter et leur montrer de l'amour, vous les aiderez à parvenir à une confiance mûre dans la grâce de Dieu. Le cerveau et le cœur humains ont simplement besoin de temps pour comprendre et réfléchir à des évènements aussi importants.

La Bible nous dit dans 2 Corinthiens, 4.16-18 que même lorsque nous souffrons physiquement, nous ne devons pas perdre courage. Dieu renouvelle notre homme intérieur de jour en jour. L'appui d'amis chrétiens est essentiel lorsque la personne se sent seule, rejetée et peut-être déprimée. A mesure que le temps passe et que les personnes infectées se rendent compte qu'elles ne mourront pas du VIH/SIDA dans un avenir proche, elles pourront consacrer le reste de leur temps à Dieu et avoir un espoir réel en lui. Nous ne devons pas sous-estimer la valeur de la prière, la fraternité chrétienne et la puissance du Saint-Esprit pour nous fortifier dans ces situations difficiles.

En guise de témoignage personnel, j'ai vu des occasions ou la louange et la lecture de la Parole de Dieu avec une personne souffrant du SIDA ont amené un grand réconfort et l'assurance que rien ne pourrait la séparer de l'amour de Christ.

5.4.2.1.8 Pastorale et conseil pastoral aux fiancés lorsque le test du VIH des deux est positif

Une grande partie de ce que nous venons de dire précédemment dans cette section de la pastorale et conseil pastoral est tout aussi utile lorsqu'un homme et une femme sont tous les deux infectés par le VIH. Parce que les deux sont infectés, ils peuvent décider de continuer avec le mariage. Le fait que les deux sont infectés ne signifie pas forcément que cela est dû aux rapports sexuels mutuels. Le pasteur ne doit donc pas tirer de telles conclusions hâtives. Le pasteur sera libre de décider si devant Dieu il trouve bon de bénir le mariage. Mais quelle que soit sa décision, il doit garder pour lui sa connaissance de leur statut sérologique.

Il est prématuré et non biblique de se hâter à annuler le mariage de deux personnes infectées et d'exercer la discipline de l'Eglise sans savoir si le couple marche avec Dieu, s'il est vraiment chrétien et a le fruit de l'Esprit en lui. Je répète que ce couple peut avoir contracté le VIH sans rapports sexuels ou dans le cas contraire, cela peut avoir eu lieu plusieurs années avant leur conversion. C'est tragique lorsque ce qui devait être connu seulement par le pasteur et le couple est rendu public. Cela conduit le couple et la congrégation à perdre confiance dans le pasteur.

Encore une fois, le pasteur doit agir dans un esprit d'amour, de douceur et de compassion sincère. Il doit offrir de l'espoir en Christ pour le pardon du péché, pour l'encouragement quotidien nécessaire et pour l'avenir dans le ciel. Si le pasteur veut faire le travail de Dieu dans cette situation, il ne chassera pas le couple. Par contre, il essayera, autant qu'il pourra, de les inclure dans le corps du Christ. Il a un grand travail devant lui : continuer à prendre soin de ces membres du corps du Christ qui ont plus que jamais besoin de son soutien.

Comme nous l'avons déjà dit dans les pages précédentes, le pasteur doit discuter avec le couple au sujet d'éventuels enfants, au cas où la femme deviendrait enceinte. Il leur dira quelles sont les probabilités de l'infection des bébés et la certitude que les enfants deviendront orphelins.

Un autre point important est que si le couple décide de se marier, il doit être informé sur l'importance d'utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel : afin de prévenir les grossesses ainsi que pour réduire le taux de réinfection mutuelle. Le VIH change à des vitesses différentes dans le corps de chaque personne. Plus les gens se réexposent mutuellement au VIH par les rapports sexuels, plus ils écourtent la vie de chacun d'eux. Tout au long de la relation maritale, il semble peu réaliste de dire au couple de s'abstenir des rapports sexuels. Mais ils peuvent aussi être guidés dans les différents moyens d'exprimer l'amour l'un à l'autre sans rapports sexuels.

Le pasteur ou le conseiller devrait encourager le couple séropositif à suivre un régime alimentaire sain, avoir assez de repos, obtenir régulièrement des soins médicaux surtout en cas d'infections ainsi que de continuer à vivre une vie normale aussi longtemps qu'il le pourra. Les partenaires devront aussi pratiquer une bonne hygiène, se garder propre et garder propres leurs habits, leur literie et leur chambre.

5.4.2.2 Soutien spirituel et psychologique pour les personne vivant avec le VIH

Avant qu'une personne ayant contractée le VIH/SIDA par un comportement malsain ne connaisse le pardon de Dieu et l'acceptation dans la famille de Dieu, elle doit se repentir. La repentance et la foi sont la seule voie par laquelle nous pouvons aller au ciel. Nous avons besoin de nous repentir de la même manière qu'une personne ayant le VIH/SIDA en a besoin. Parce que les gens meurent du SIDA cela ne les met pas dans une catégorie différente. Nous sommes tous pécheurs (1 Jean 1.8-9), que nous soyons coupables de « grands » ou de « petits » péchés.

5.4.2.2.1 Aide spirituel et psychologique de PVV

Les personnes ayant le VIH/SIDA vivent « dans la vallée de l'ombre de la mort ». Elles vivent plus près de la mort que la plupart d'entre nous. Elles ont souvent des questions et préoccupations sérieuses au sujet de la vie, mais aussi de la peur en relation avec la mort, Dieu, le salut ainsi que d'autres questions très importantes. Le pasteur peut les aider en répondant à toutes ces préoccupations. Il doit être prêt à les écouter avec respect et sans les juger. De cette façon, le pasteur peut clairement montrer l'amour du Christ, et offrir l'espoir et le pardon. Il peut conduire ces gens vers une vraie connaissance de la grâce de Dieu, afin qu'elles voient la mort plutôt comme une porte vers le ciel. Lire la parole de Dieu avec ceux qui souffrent, prier avec eux, répondre à leurs questions sont

des choses très importantes à faire. Souvent nous sous-estimons la puissance de la prière pour apporter un changement dans la vie de ceux qui souffrent. Dieu est un Dieu de réconfort et de guérison. Il peut utiliser les prières de son peuple pour guérir une personne ayant le VIH/SIDA s'il le veut.

5.4.2.2.2 Repentance et Pardon

Avant qu'une personne ayant contractee le VIH/SIDA par un comportement malsain connaisse le pardon de Dieu, elle doit se repentir. La repentance et la foi sont la seule voie par laquelle nous pouvons aller au ciel. Nous avons tous besoin de nous repentir de la même manière qu'une personne ayant le VIH/SIDA en a besoin, parce que les gens qui se meurent du SIDA, cela ne les met pas dans une catégorie différente. Nous sommes tous pécheurs (1Jean, 1 :8-9), que nous soyons coupable de « grands » ou de « petits » péchés. Dieu est juste et saint et il punit le péché. Nous n'échapperons pas en prétendant que nous avons simplement commis de « petits péchés ». Ceci n'est pas différent de quelqu'un qui dit avoir « peu de VIH » dans son corps, car quelle que soit la quantité de VIH, il aboutit au même résultat, la mort, comme tout péché conduit aussi à la mort éternelle.

Dieu est miséricordieux et il a donné une possibilité pour échapper à sa colère qui se manifeste contre le péché, la foi en Jésus Christ. Jésus a pris sur lui le châtiment de nos péchés en mourant sur la croix afin que nous ayons la vie éternelle au lieu de la punition.

La Bible nous dit que Dieu nous aime, même si nous sommes des pécheurs (Romains 5.8). Elle nous dit que la foi en Jésus Christ est le seul moyen d'avoir une relation juste avec Dieu (Jean 14.6). Elle nous assure que tous ceux qui se repentent et se convertissent en faisant appel à Dieu seront sauvés et deviendront enfants de Dieu (Romains 10.13 ; Jean 1.12). Il faut souligner aussi le rapport entre la repentance et la conversion. En grec, « metanoia » signifie changement de mentalité, de regard sur le monde, le voir du point de vue de Dieu.

La repentance signifie:

- Reconnaître l'autorité de Dieu et la justice de ses paroles et commandements.
- Bien comprendre que nous avons mal agit et désobéi à la loi de Dieu.
- Nous rendre compte que nous sommes donc coupables devant Dieu.

- Avoir les remords et le regret de nos mauvais actes.
- Nous tourner vers Dieu avec un désir sincère et ardent de lui obéir de tout son cœur.

Quand nous nous repentons et faisons confiance à Dieu pour nous sauver par la mort et la résurrection de Jésus le Christ et que nous faisons de lui le maître et Seigneur de notre vie, Dieu nous sauve et nous adopte dans sa famille. Il pardonne nos pêchés et nous donne la vie éternelle.

5.4.2.2.3 Conseil et soutien spirituel à un couple marié vivant avec le VIH

Très peu de choses peuvent faire aussi mal ou causer autant de dommages à un couple que le fait d'apprendre que l'un d'entre eux ou tous les deux sont infectés du VIH. Au mieux, si l'un des époux est infecté, le couple fera face à la mort de la personne infectée ainsi qu'aux difficultés d'avant ou d'après cette perte. Pire encore serait que les deux époux soient infectés et peut-être les enfants aussi. Dans ce cas ils voient arriver la fin de la famille tout entière. Très peu de choses peuvent choquer autant que ceci. Il est donc important qu'un pasteur ou un conseiller spirituel ou encore un ami aide le couple à faire face à cette crise d'une manière positive.

5.4.2.2.3.1 Les réactions mutuelles

Après le choc initial, ce sera tout à fait naturel que les deux époux soient emportés par de fortes émotions. Nous devrions trouver ceci facile à comprendre lorsque nous considérons combien cette situation est terrible pour eux. Il se peut que le comportement de l'un ou l'autre époux ait conduit au VIH et à tout ce qui arrive. La culpabilité, la colère, la dénégation et la peur que l'on ressent en même temps peuvent être accablantes. La peine va certainement affecter le conseiller aussi. La tentation sera de nier l'existence de la peine que le couple ressent ou de tirer un voile là-dessus. Par exemple en leur assurant que tout ira bien. Cependant cette attitude ne va pas aider le couple. Puisque les partenaires ont encore une longue route à parcourir, ils doivent commencer par apprendre à affronter leurs émotions en toute honnêteté. Ceci ne signifie pas qu'ils doivent céder à tous leurs sentiments. Par exemple, ils ont besoin de faire face à leur colère honnêtement et à l'abandonner devant Dieu au pied de la croix du Christ. Mais ils ne devraient pas céder à la colère et agir par esprit de vengeance ou se blesser mutuellement. Ils doivent s'abandonner devant Dieu, sans s'adonner à agir dans un esprit de crainte.

Le pasteur peut aider en expliquant toutes ces choses au couple. Il devrait leur dire que de telles réactions sont normales, prévisibles et que Dieu le sait bien. Il devrait les aider à se rendre compte qu'il leur faudra beaucoup de temps avant que leurs cœurs ne regagnent la paix. Mais Dieu cheminera avec eux tout au long de cette épreuve. Le conseiller peut commencer à lire quelques Psaumes avec le couple. La plupart de ces paumes ont été écrits dans le contexte de moments sombres et de sentiments semblables à ceux que le couple pourra rencontrer.

5.4.2.2.3.2 Faire l'amour sans rapport sexuels

Quelle est la meilleure réponse lorsque l'un ou les deux partenaires sont séropositifs ? Ceci est un problème difficile pour le couple. Parfois certaines personnes donnent des conseils au couple de ne plus avoir de rapports sexuels ensemble. Mais un tel conseil nie la réalité de leur problème et très peu de couples le suivent.

Ce qui est plus réaliste serait plutôt de réduire la fréquence des rapports sexuels, utiliser les préservatifs plutôt que d'avoir des rapports sexuels durant les règles de la femme. Si elle est séropositive son sang contiendra probablement le VIH. Ils doivent aussi éviter des baisers profonds vu qu'ils peuvent avoir des coupures sur les lèvres ou les gencives qui sont des portes ouvertes au virus, bien que le risque soit très réduit. Souvent nous pensons que faire l'amour se réduit à l'acte sexuel où le pénis de l'homme pénètre dans le vagin de la femme, conduisant au point culminant (l'éjaculation et l'orgasme). En effet, ceci est un des buts de l'acte sexuel tel que Dieu l'a conçu. Mais l'acte sexuel peut et doit inclure d'autres aspects.

Les couples peuvent employer plusieurs manières de s'exprimer mutuellement l'amour et l'affection et de donner l'un à l'autre le plaisir sexuel physique et voulu, entre autres par les paroles et les gestes. Le fait de se parler et de passer un temps précieux ensemble, les touchers non sexuels (tels que se tenir les mains, se caresser le dos), les touchers sexuels divers (des étreintes rapprochées, des baisers, toucher l'autre de façon à produire un plaisir et une excitation sexuels).

Même en dehors de la question du VIH, tous les couples peuvent avoir une relation plus satisfaisante et riche en apprenant plusieurs manières de se procurer du plaisir et de l'affection mutuelle. Il est certain que la manière de faire tout ceci va varier d'un couple à l'autre. Mais c'est un champ à explorer dans un effort de se plaire mutuellement. Lorsque

l'un ou les deux époux ont le VIH, c'est beaucoup plus important pour eux d'apprendre à se donner du plaisir mutuellement sans rapports sexuels. Ils peuvent donner l'orgasme ou provoquer l'éjaculation en se touchant mutuellement leurs organes sexuels, en se caressant l'un l'autre, mais sans pénétration. Qu'importe la manière que le couple choisit pour jouir sans rapports sexuels. Il faut cependant qu'ils fassent très attention que leurs fluides sexuels, sortant du pénis de l'homme ou du vagin de la femme, n'entrent pas en contact avec le partenaire de manière à l'infecter. Ils peuvent de temps à autre décider d'avoir des rapports sexuels tout en reconnaissant le risque. Mais ils auront ainsi réduit les risques tout en ayant une relation sexuelle, s'ils apprennent à se satisfaire fréquemment et mutuellement sans la pénétration

5.4.2.2.3.3 Les préservatifs pour les couples mariés vivant avec le VIH

Quand un couple vivant avec le VIH décide d'avoir des rapports sexuels, un préservatif soigneusement utilisé les protègera. Il ne fait aucun doute que l'utilisation de préservatifs entraine inévitablement une réduction considérable du risque de transmission du VIH/SIDA. Mais ils n'éliminent pas ce risque-là. La plupart des échecs avec les préservatifs proviennent d'un usage incorrect et non suivi de ces derniers, Certains insisteront sur les rapports sexuels avant ou en dehors du mariage, et refuseront d'écouter les tendres conseils des pasteurs, des familles, et des amis. Certainement ces personnes dénuées de bon sens doivent insister sur l'usage du préservatif pour chaque acte sexuel. Cela pourrait sauver leurs vies.

Ce n'est pas chaque Africain qui prêtera attention au message chrétien d'abstinence avant le mariage et de fidélité dans le mariage. Si quelqu'un s'obstine à avoir des rapports sexuels hors du mariage et se sert d'un préservatif, cela réduira certains des risques physiques de ce comportement immoral.

Les préservatifs offrent une certaine protection. L'usage d'un préservatif ne rend le péché sexuel ni meilleur ni pire aux yeux de Dieu, mais peut probablement empêcher une personne d'être infectée par le SIDA. Malheureusement, souvent l'usage du préservatif est surestimé au détriment de l'abstinence et de la fidélité. Quelquefois, il semble que les agences donatrices ne croient pas que les Africains peuvent s'abstenir de rapports sexuels avant et en dehors du mariage, et ainsi ces agences mettent tout leur financement dans la promotion du préservatif et non de l'abstinence.

Nous demandons à nos lecteurs de comprendre que nous parlons de l'usage du préservatif parce que nous croyons que le préservatif peut jouer un rôle dans la minimisation des risques d'infection du VIH. Le préservatif peut être très utile surtout dans un mariage où l'un des partenaires est infecté. Mais le préservatif n'est pas la solution définitive comme ses promoteurs le clament. Les estimations montrent que les préservatifs sont à 80% efficaces dans la prévention de transmission du VIH (Blyth & Garland, 2011 : 226). Ceci est bien, mais veut dire aussi que 20% du risque est toujours présent.

Quelquefois, les gens ont un point de vue tellement négatif sur les préservatifs que même ceux qui sont mariés se disent qu'ils ne peuvent pas les utiliser pour prolonger ou sauver leur vie. Toutefois, il faut savoir que l'usage du préservatif dans le mariage est très important quand l'un des partenaires est infecté par le VIH ou soupçonne que l'autre pourrait être infecté à cause de l'infidélité dans le mariage. Les préservatifs sont aussi utiles quand un couple veut espacer les enfants. Dans mon présent travail, je préconise donc la contraception à titre préventif. L'usage correct du préservatif sans exception est plus probable dans le cas d'un couple marié qu'en dehors du mariage, et surtout dans une situation où on sait qu'un des partenaires a le VIH.

Bien que leur union sexuelle en tant que couple marié soit légitime aux yeux de Dieu, cette union est sans sécurité quand le VIH est présent et pourrait à la longue conduire à la mort des deux partenaires. L'usage correct du préservatif sans exception dans ce mariage réduira grandement le risque. Il est important aussi que le couple apprenne d'autres moyens d'exprimer leur amour et leurs désirs sexuels.

Il y a deux raisons pour lesquelles un couple dont les deux partenaires sont infectés doit se servir des préservatifs. Premièrement, c'est pour prévenir la grossesse. Un bébé d'une telle union finira soit par mourir avec le VIH soit par devenir orphelin en étant encore en bas âge. Deuxièmement, l'un des époux peut avoir ou peut développer un type de virus plus dangereux que l'autre et le passer à ce dernier. Par exemple, peut-être que depuis quelque temps le système immunitaire de la femme fait face au type de virus qui est dans son corps, pendant que le virus qui est dans le corps du mari devient plus agressif, ce dernier pourra donc vaincre son système immunitaire.

Les préservatifs peuvent donner plus de sécurité dans les rapports sexuels au sein du mariage, mais le risque est toujours là. Si le dépistage avant le mariage montre que l'un

des fiancés est infecté par le VIH, il serait probablement plus sage d'annuler le mariage, cependant le couple devrait avoir une assistance socio psychologique avant de prendre une telle décision.

5.4.2.2.3.4 Usage correct du préservatif

Nous avons déjà abordé cette question dans les mêmes termes plus hauts sur le point touchant les conditions d'utilisation du préservatif masculin. Nous y revenons d'une manière plus détaillée parce qu'elle pose beaucoup de problèmes par rapport à son usage.

Quelqu'un voulant utiliser le préservatif doit l'utiliser correctement, sinon le préservatif ne servira à rien. Le préservatif est en latex, un dérivé de caoutchouc, utilisé aussi pour la fabrication de gants de chirurgie. Il est sensible à la chaleur, léger et se détériore avec le temps, donc il faut vérifier qu'il est encore en bon état.

Premièrement, vérifiez qu'il est bien emballé, non endommagé ni déchiré. Les fabricants mettent une bulle d'air dans l'emballage, vous devez sentir qu'il a tendance à se rétrécir et à revenir toute suite à sa taille normale. Vérifiez la date de péremption sur l'emballage pour vous assurer qu'il est toujours bon. Ouvrez l'emballage avec soin pour ne pas endommager le préservatif et vérifiez-le. Il ne doit pas être fragile ou décoloré. Le préservatif doit envelopper le pénis en érection du mari avant tout contact entre mari et femme. Ceci empêche dès le début tout contact entre les fluides du pénis et les fluides du vagin. Un préservatif arrive enroulé de manière serrée et ne peut se dérouler que dans un sens. Il faut premièrement l'appuyer pour faire échapper l'air renfermé au bout du préservatif, ce qui laisse de l'espace au sperme pour s'y accumuler après l'éjaculation. Utilisez une main pour saisir le bout en forme de bout du sein et l'autre main pour rouler le préservatif sur la totalité du pénis en érection. Faites attention à ne pas percer le préservatif avec les ongles ou des bijoux. Si vous utilisez un lubrifiant, il faut qu'il soit à base d'eau. Ne jamais utiliser des lubrifiants comme la vaseline car ils détruiront le préservatif.

Apres l'acte sexuel, le mari doit retirer son pénis de sa femme immédiatement en tenant le préservatif pour l'empêcher de s'enlever trop tôt. Puis il doit enlever le préservatif avec attention, de peur de répandre le sperme. Il doit soit le jeter dans une fosse de latrines, le brûler, ou le mettre hors de la portée des enfants. Un nouveau préservatif doit être

utilisé à chaque fois que le couple s'engage dans l'acte sexuel, même si cela se répète dans la même nuit. Certains essayent d'utiliser un préservatif plus d'une fois sans savoir que par cela ils risquent leur vie.

5.4.2.2.4 Questions particulières pour les mariés

Une liste de questions auxquelles les couples mariés ayant le VIH vont faire face est reprise ci-dessous. Nous ne serons pas en mesure d'en discuter ici en détail, mais le pasteur ou le conseiller devrait faire attention à aider le couple à y réfléchir sérieusement. Il devrait aussi aider les partenaires à traiter d'autres questions qui se présentent et à trouver des réponses chrétiennes adaptées.

- Qui s'occupera des enfants lorsque l'un de nous ne sera plus là ? Qu'adviendra-t-il de nos enfants lorsque nous mourrons tous les deux ?

- Comment pourvoir aux futurs besoins des enfants avant ce moment ?

- Si un ou plusieurs enfants sont infectés, allons-nous le leur expliquer ? Si oui, quand le ferons-nous et comment?

- Quand et comment allons-nous expliquer à nos enfants que nous avons le VIH ? Il sera mieux qu'ils l'apprennent de nous plutôt que par d'autres personnes.

- Comment pouvons-nous nous assurer que la veuve sera capable de garder les biens de la famille ainsi que les enfants ? Consulter un avocat pour faire un testament serait une bonne idée.

- Comment pouvons-nous rétablir ou maintenir une relation qui glorifie Dieu même dans la souffrance ?

5.4.2.2.5 Décisions Familiales

Le pasteur serait la meilleure personne pour aider les gens qui ont le SIDA à décider à qui leurs biens devraient passer lorsqu'ils mourront. Par exemple, s'ils ont une parcelle de terrain, à qui reviendra-t-elle lorsqu'ils seront morts ? Ont-ils d'autres biens ou de l'argent à léguer par un testament écrit à un membre de famille ? Il faudra peut-être aussi décider où le malade devrait passer ses derniers jours. Est-ce dans la grande ville, loin du village familial, mais près des soins médicaux appropriés ? Ou est-ce au village avec

beaucoup plus d'attention et soins de la famille, mais peut-être loin d'accès aux bons soins de santé ?

Pour certaines personnes, la question de savoir où elles seront enterrées est très importante, et la famille devra prendre connaissance de ces derniers souhaits afin de les respecter et de les exécuter (Blyth & Garland, 2011 : 262-263).

5.4.2.2.6 Enfants affectés par le SIDA

Certaines parties de l'Afrique, surtout dans le sud, connaissent déjà des crises sévères en cherchant à répondre au problème d'enfants qui souffrent des conséquences du SIDA (Blyth & Garland, 2011 : 262-263). D'autres ne voient que l'étape primaire du problème.

Partout l'Eglise devra faire face aux besoins des orphelins dans la communauté. Le pasteur ou conseiller devra aider les gens ayant le VIH/SIDA à élaborer des plans sur ce qui va arriver à leurs enfants, s'ils en ont. Cette planification peut tout changer en ce qui concerne l'avenir des enfants.

L'Eglise doit prendre la responsabilité de s'occuper de ces enfants. L'Eglise locale, avec son autorité et sa sagesse spirituelles est souvent la mieux placée pour défendre, et se faire la championne de leurs droits. Si nous ne le défendons pas, qui le fera ? Dans le premier chapitre d'Esaïe, Dieu accuse son peuple. Un de leurs grands péchés était de se prosterner devant de faux dieux. Un autre était qu'ils ne défendaient pas les veuves et les orphelins. « Efforcez-vous de pratiquer le bien, agissez avec droiture, assistez l'opprime, et défendez le droit de l'orphelin, plaidez la cause de la veuve » (Esaie1.17).

L'exploitation sexuelle est le risque grave pour les enfants, surtout les filles devenues orphelines ou déplacées à cause du VIH/SIDA. Ces filles deviendront probablement infectées elles-mêmes. L'Eglise doit tendre la main pour les protéger. Les femmes de l'Eglise peuvent devenir amies avec les orphelines. Elles peuvent former un groupe pour toutes les filles afin de leur enseigner comment prendre soin de leurs corps, comprendre les changements dans leurs corps quand elles deviennent adultes, comment dire « non » aux rapports sexuels avant le mariage et épouser un homme qui est intègre. Elles peuvent apprendre à faire la cuisine, à pratiquer l'agriculture et l'élevage et à élever les enfants. Ce sont des compétences que les filles apprennent généralement de leurs mères, mais que les orphelines peuvent apprendre grâce à l'Eglise.

5.4.2.2.7 Réconciliations familiales

Le VIH/SIDA cause toujours des tensions dans les familles et parfois une rupture des relations. Peut-être que l'homme et la femme se blâment mutuellement pour ce qui est arrivé. Ou peut-être qu'ils n'ont jamais discuté de ce qui est la vraie cause de la maladie, mais ils ont déjà érigé des murs entre eux. Il se pourrait aussi que les enfants soient fâchés contre leurs parents parce qu'ils vont mourir, les laissant sans argent, ni ressources pour l'alimentation ou leur scolarité.

Le pasteur peut être l'intermédiaire qui aide la famille à communiquer sur toutes ces questions. Les bonnes relations et la réconciliation aident une personne atteinte du VIH/SIDA à mourir en paix. Elles aident aussi, ceux qui restent, à traverser les moments d'affliction tout en restant en bonne santé et à faire face à leur vie avec plus de succès.

5.4.2.2.8 Soutien Familial

Durant la maladie ainsi qu'après la mort de la personne ayant le VIH/SIDA, le pasteur doit rendre visite à la famille. Nous entendons beaucoup d'histoires de familles affligées, seules sans aucune personne pouvant se soucier d'elles, à cause de la stigmatisation liée au VIH/SIDA. Et pourtant, ceci est un moment où nous devons suivre de près le commandement de Christ, celui d'aimer notre prochain. Le pasteur doit être un exemple en montrant que Dieu aime, pardonne et donne l'espoir pour l'avenir. Si le pasteur est un bon exemple, tous les autres membres de l'Eglise vont le suivre. Si le pasteur aime et prend soin de ceux qui ont le VIH/SIDA, les autres suivront son exemple. Mais le dessein de Dieu est que tout chrétien vienne en aide à ceux qui sont dans le besoin, surtout à ceux qui sont méprisés par le monde (Matthieu 25. 31-46).

Ecouter une personne qui meurt et être attentif à une famille affligée prend du temps, mais le pasteur et les autres leaders de l'Eglise doivent donner de leur temps pour écouter et réconforter les gens (2 Corinthiens 1. 3 ,4).

Le Réseau Panafricain du VIH/SIDA (PANAN) a adopté la résolution suivante sur ce que l'Eglise devrait faire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA (Blyth & Garland, 2011 : 264). Comprendre et respecter les personnes vivant avec le VIH/SIDA et veiller à assurer leur dignité humaine. S'engager à soutenir et à impliquer les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la lutte contre le VIH/SIDA comme des partenaires importants en insistant sur les points suivants :

- Faire face au fait que la stigmatisation et la discrimination sont un péché.
- Suivre le mandat biblique de montrer l'amour, la grâce, la compassion, le soin, l'espoir, le soutien pratique et le pardon.
- Rendre l'Eglise plus forte en lui fournissant des informations exactes et actuelles afin de réduire les mythes et de briser la stigmatisation.
- Sur le plan théologique et dans l'Eglise, examiner les principes et pratiques liés au VIH/SIDA tels que la compassion, le pardon, la stigmatisation et la discrimination et les mettre en pratique.
- Equiper les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les encourager à devenir des personnes ressources pour changer les attitudes et développer des réponses adéquates pour l'Eglise au niveau des congrégations.
- Reconnaitre le fait qu'il n'y a pas « eux » et « nous ». Il n'y a que « nous ». Donc, c'est le corps du Christ qui a le VIH/SIDA.

5.4.2.2.9 Funérailles simples de la personne vivant avec le VIH / SIDA

Le nombre de funérailles pour des victimes du VIH/SIDA augmente tous les jours dans tous nos pays. Plusieurs familles déjà pauvres dépensent de l'argent dont elles ont besoin elles-mêmes pour la nourriture, le logement, les frais scolaires et quelquefois les médicaments. Elles dépensent de grandes sommes d'argent pour les funérailles, surtout pour des cercueils somptueusement décorés et chers, de gros bouquets de fleurs, des repas, des corbillards, l'enregistrement vidéo de la cérémonie et d'autres produits de luxe.

En tant que chrétiens dans nos communautés nous devrions donner l'exemple en ayant des cérémonies funèbres simples, pleines de prière et de dignité, qui ne sont pas chères, qui montrent de l'amour et du respect pour la personne décédée et qui témoignent de notre foi en Dieu. Nous ne croyons pas que Dieu veuille que nous dépensions de grandes sommes d'argent pour des funérailles. Des funérailles chères n'aident pas les gens qui sont morts et elles peuvent causer des privations pour la famille endeuillée.

Si la famille, surtout l'époux/l'épouse ou le père et la mère de la personne décédée, donne la permission au pasteur, celui-ci peut parler du VIH/SIDA à la cérémonie. Ceci peut être un bon moment pour la sensibilisation. Le pasteur devrait parler avec douceur et

compassion, tout en disant la vérité. Parler franchement comme cela au sujet du VIH/SIDA encouragera les autres à parler plus franchement de leur maladie, peut les amener vers le secours dont ils ont besoin et réduira la stigmatisation du VIH/SIDA dans la communauté.

Pour conclure, l'amour, l'appui et les soins offerts par la famille et amis peuvent tant aider les gens qui vivent avec le VIH/SIDA à mener une vie plus saine, plus longue, plus épanouissante et plus fructueuse. On n'attrape pas le VIH/SIDA en soignant un Sidéen, lorsqu'on applique les mesures de protection.

5.4.2.3 Synthèse de ce que les Eglises de Lubumbashi peuvent faire de façon tout à fait concrète en réaction au défi du VIH/SIDA

Les Eglises de Lubumbashi par l'entremise des pasteurs sont appelées à prendre en considération le modèle d'encadrement proposé, en appliquant les conseils et recommandations qui y sont proposés.

- Présenter un climat d'affection, d'approbation et d'appui à ceux qui sont fragiles au VIH/SIDA ou qui en endurent déjà. Une personne atteinte du VIH/SIDA, est un malade deprimé à cause de la souffrance que le VIH/SIDA entraine et la crainte de la mort, il se sent abandonner. Une attitude d'amour et de compassion à son égard le rassure et lui permet de vivre positivement.

- Recommandons aux pasteurx d'organiser la méditation collectivement au fondement théologique dans sa démarche face aux difficultés posées par le VIH/SIDA.

- Recommandons aux pasteurx d'organiser des méditations d'ensemble par rapport aux questions éthiques qu'entrainent l'épidemie, sensibiliser le public par rapport à ce qu'il doit offrir comme accompagnement à ceux qui sont butés à des choix difficiles.

- Recommandons aux pasteurs d'assister à la discussion que la communauté organise sur les problèmes éthiques posés par le VIH/SIDA et aider ceux de leurs membres qui n'ont pas d'informations sur le VIH/SIDA et n'appréhendent pas la gravité et l'ampleur de la maladie dans la communauté, avec l'aide des professionnels de la santé à acquérir et partager d'informations exactes touchant le VIH/SIDA. encourager des débats ouverts et combattre la désinformation et contre la crainte.

- Recommandons aux pasteurx et tous les membres des congrégations à s'investir avec amour à une meilleure prise en charge des personnes atteintes par le VIH/SIDA.

- Recommandons aux pasteurs de donner une attention sincère et soutenue à la situation des enfants de tout âge qui sont atteints par le VIH/SIDA et créer tout autour d'eux un environnement qui les protègent et les soutiennent.

- Recommandons aux pasteurs d'assister et protéger les droits des personnes affectées par le VIH/SIDA et apprendre, déterminer, et encourager ces droits par les systèmes et dispositifs existants aux niveaux nationaux et internationaux.

- Recommandons aux pasteurs de prendre la défense pour que les gouvernements et les institutions médicales affectent plus de fonds à la recherche de solution aux problèmes médicaux et sociaux que pose la pandémie.

- Recommandons aux pasteurs d'admettre la relation entre le VIH/SIDA et la pauvreté, et recommander des mesures défendant un développement juste et stable.

- Recommandons aux pasturs de tirer une attention toute particulière aux conditions qui rendent les gens plus fragiles au VIH/SIDA comme, les déplacements massifs de réfugiés, la migration pour les raisons économiques, le commerce du sexe.

- Recommandons aux pasteurs d'oeuvrer avec les femmes pour conquérir le plein respect de leur dignité et prevaloir leurs aptitudes dans toutes leurs dimensions.

- Recommandons aux pasteurs d'amorcer une activité de sensibilisation auprès des hommes et des jeunes pour qu'ils se sentent impliqués par le problème et collaborent à empêcher la propagation du VIH/SIDA.

- Recommandons aux pasteurs d'appréhender plus exactement le don de la sexualité personnelle, des rapports sexuels, relation de la famille et de la foi chrétienne.

- Recommandons aux pasteurs de combattre la toxicomanie et le rôle que celle-ci joue dans la diffusion du VIH/SIDA, et disposer au niveau local des dispositions en matière de désintoxication, de soins, de réadaptation qui permettra d'y faire face.

- Recommandons aux pasteurs de réfutez la thèse teintée de pharisaïsme, fort malheureusement encore trop répandue dans le milieu chrétien, selon laquelle le

VIH/SIDA serait la maladie des homosexuels, des drogués et des prostituées et en tant que telle, le châtiment bien mérité de Dieu pour leurs pratiques sexuelles impies.

- Recommandons aux pasteurs de combattre avec la même vigueur la propagande des organisations homosexuelles d'entraide et des mouvements « chrétiens » dits avant-garde, qui réclame que l'homosexualité soit assimilée, moralement et théologiquement à l'hétérosexualité d'un couple marié et qui condamnent la société, et en particulier l'Eglise, pour ses valeurs morales « dépassées » et « débilitantes ».

- Recommandons aux pasteurs d'examiner honnêtement l'attitude personnelle des chrétiens à l'égard des séropositifs et malades du SIDA en général et des homosexuels, drogués et prostituées en particulier. Que chaque chrétien s'éprouve lui-même, s'il a pour eux du dégoût, du mépris, peut-être même une joie secrète de ce qu'ils aient été frappés par le châtiment de Dieu, ou s'il se comporte, à l'exemple de Jésus, en ayant de l'amour, de la miséricorde et un désir ardent de les aider, tout en désapprouvant péché ?

- Recommandons aux pasteurs de s'informer à l'aide de livres fiables des progrès de la recherche et des nouvelles découvertes scientifiques sur le VIH/SIDA.

- Recommandons aux pasteurs de veillez à ce que tout le monde dans leur cercle d'amis et dans leur Eglise soit informé sur le VIH/SIDA. L'Eglise contribuera ainsi à dissiper la peur de la contagion là où elle n'est pas justifiée et à éviter la banalisation irresponsable de la maladie et de ses conséquences, ce qui peut faire perdre beaucoup de temps.

- Recommandons aux pasteurs de prier pour que la découverte rapide d'un médicament efficace et d'un vaccin opérationnel contre le VIH/SIDA et intercédez pour le grand nombre de séronégatifs et malades du SIDA, enfants, adultes qui souffrent physiquement et moralement et qui ont un besoin urgent d'aide de la part de leur prochain.

- Recommandons aux pasteurs de réfléchir et voir si on ne peut pas participer activement au travail d'une organisation, parmi les organisations existantes d'aide contre le VIH/SIDA. Sinon, l'Eglise peut en créer une dans la ville qui soit d'inspiration chrétienne ?

- Recommandons aux pasteurs de contacter les séropositifs et les malades du VIH/SIDA dans leurs Eglises, sur les lieux de travail ou dans la rue sans appréhension, de façon tout à fait naturelle et décontractée, aussi cordialement et affectueusement que possible. Seuls un amour vrai et une compassion sincère rendront votre témoignage digne de foi.

- Recommandons aux pasteurs d'avoir un enseignement cohérent et courageux sur la sexualité : le message de l'abstinence avant le mariage est le « vaccin » que très peu de gens veulent recevoir. L'activité sexuelle avant et en dehors du mariage est toutefois la raison principale de la propagation rapide du SIDA. Evidemment s'il n'y avait pas de promiscuité sexuelle, il n'y aurait pas d'épidémie de SIDA. Environ 90% de ceux vivant avec le VIH/SIDA, ont attrapé la maladie en ayant des rapports sexuels avec une personne infectée (Blyth & Garland 2011 : 323). Si l'Eglise doit jouer un rôle de prévention contre le SIDA, elle doit être activement impliquée dans l'enseignement de ce que dit la Bible sur la pureté de la sexualité pour le chrétien, ainsi que la sexualité dans le mariage et dans la société.

  Les leaders dans l'Eglise doivent enseigner par leur exemple comment éviter le SIDA. Le moyen le plus efficace est de vivre une vie chrétienne sincère et admirable. Malheureusement, le foyer de tant de responsables chrétiens ne donne pas l'impression qu'ils jouissent d'un mariage selon le plan de Dieu. Dans un climat moral ou le désordre sexuel est pris à la légère et accepté comme normal, la voix de l'Eglise guidée par la parole de Dieu a besoin d'être fortement et clairement entendue.

  L'Eglise a besoin de proclamer clairement le message suivant : Dieu sait ce qu'il y a de mieux pour la jouissance et le bonheur, et son plan est de dire non aux rapports sexuels avant le mariage et de jouir pleinement de la sexualité dans le mariage. Toutefois, l'Eglise n'a pas seulement besoin d'enseigner du haut de la chaire sur l'adultère et la fornication, mais aussi d'enseigner aux jeunes les aptitudes de vie nécessaires pour mener une vie pure. L'Eglise doit les aider à faire face aux pressions que la société impose sur eux aujourd'hui.

  Le travail qui a été fait dans le cadre du « Programme des attitudes de vie » de la Ligue pour la Lecture de la Bible et du Fellowship of Christian Students (Group Biblique des Elèves et Etudiants au Nigeria) a montré que des informations au sujet du VIH seules ne peuvent pas changer le comportement des gens de manière

durable. Nous devons plutôt enseigner aux jeunes à se respecter comme des êtres uniques et spéciaux. Nous devons leur montrer qu'ils sont créés à l'image de Dieu, que Dieu a un but unique pour leurs vies, et que ses lois sont ce qu'il y a de meilleur pour eux. Ces concepts constituent un outil fort pour aider à prendre de bonnes décisions dans le domaine de la sexualité ainsi que pour le reste de la vie.

- Recommandons aux pasteurs de développer un curriculum pour former les professeurs de l'enseignement chrétien des écoles secondaires. Ces cours les équipent à enseigner leurs classes au sujet du SIDA non seulement avec des informations scientifiques exactes, mais aussi d'un point de vue moral solide. Une partie du curriculum montre comment enseigner aux jeunes les aptitudes et techniques de vie pour faire face aux tentations et pressions sexuelles (Blyth & Garland, 2011 : 324). Un puissant moyen de l'Eglise pour communiquer le plan de Dieu pour la vie et les relations sexuelles aux jeunes gens, est de se servir des jeunes eux-mêmes pour qu'ils s'enseignent ce plan les uns aux autres. L'instruction au sein du même groupe d'âge est importante. Il faudrait peut-être que l'Eglise donne aux responsables des groupes de jeunes l'occasion de recevoir la formation nécessaire dans le domaine d'aptitudes et techniques de vie destinée à ceux de leur groupe d'âge.

- Recommandons aux pasteurs de procéder à la cure d'âme des personnes atteintes du VIH/SIDA, l'entretien ou le dialogue avec ces personnes permet de de connaitre et comprendre les sentiments cachés que le malade n'a pas pu exteriorisé. Cela permet de mener une bonne prise en charge spirituelle.

CHAPITRE 6 : CONCLUSION, IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 Introduction

Cette étude s'est fixée l'objectif d'examiner l'attitude des Eglises de Lubumbashi vis-à-vis des personnes affectées par le VIH/SIDA, afin de comprendre pourquoi elles ne se sont pas intéressées depuis longtemps à l'encadrement spirituel de ces malades

Notre étude a été orientée par cette grande question : Quel modèle d'orientation spirituelle, basé sur les principes bibliques, peut aider les Eglises de Lubumbashi à accomplir leur pastorale efficacement et à soutenir les personnes touchées par le VIH/SIDA ?

Pour ce qui est de la répartition du travail :

- Le projet de recherche a constitué le premier chapitre de cette étude.

- Le deuxième chapitre nous a renseigné sur la littérature disponible : quelques approches théologiques ont été abordées qui nous ont permis d'avoir une meilleure compréhension de différents concepts théologiques que nous avions eu à décrire et exploiter tout au long de notre dissertation; ce que doit être le comportement de l'Eglise de Jésus-Christ envers les malades en générale et en particulier ceux qui sont atteints du VIH/SIDA en particulier a été relaté ; la méthode qualitative de recherche qui a été utilisée pour élucider les raisons du comportement négatif des Eglises de Lubumbashi par l'entremise des pasteurs à l'égard des personnes affectées par le VIH/SIDA et les résultats de la recherche empirique ont été présentés.

- Tandis que le troisième chapitre a présenté à l'Eglise une connaissance claire et approfondie du VIH/SIDA et ses conséquences. Et l'Eglise a été sensibilisée sur le danger et l'ampleur que le VIH/SIDA présente à l'égard de la santé de leurs croyants. Trois aspects importants ont été traités : Premièrement ; nous avons présenté le VIH/SIDA dans le contexte du Christianisme (Africain). Deuxièmement, le VIH/SIDA a été abordé dans le contexte du scenario africain permettant de comprendre le VIH/SIDA dans la vision du monde et des conceptions africaines. Troisièmement enfin, nous avons étudié les perspectives médicales du VIH/SIDA par l'approche théologique et biblique en décrivant ses différents aspects médicaux d'une

manière détaillée et systématique, en cherchant à répondre aux différentes questions fréquemment posées par la population.

- Le quatrième chapitre a offert une compréhension biblique et théologique du VIH/SIDA dans la tentative de voir cette épidémie comme une pièce maitresse de la voix de Dieu qui cherche à parler à travers la crise du VIH/SIDA (Hoffman & Grenz 1999 : 160). Dans ce chapitre, le VIH/SIDA a été étudiée à la lumière de la théologie et de la Bible, particulièrement à la lumière de L'Ancien Testament. L'homosexualité et le Christianisme ont été également abordés.

- Le cinquième chapitre a traité du défi lancé aux Eglises et chrétiens pour fournir des soins et soutiens spirituels aux personnes touchées par le VIH/SIDA. La notion de counseling médical du VIH/SIDA a été largement abordée.

- Enfin, un modèle d'encadrement basé sur le soutien spirituel des Eglises et particulièrement pour les Eglises de Lubumbashi a été proposé.

- Le sixième chapitre et le dernier, a servi de conclusion à notre travail.

6.2 Conclusion

Comme souligné au début de ce travail, le comportement négatif des pasteurs et chrétiens a été depuis longtemps la cause de la marginalisation et de la stigmatisation à l'égard des personnes touchées par le VIH/SIDA dans les Eglises, surtout lorsqu'il s'agit de l'encadrement spirituel de ces personnes. Il a donc été question de vérifier l'attitude des pasteurs par rapport à ces malades.

Après l'exposé des résultats de cette recherche sur le comportement des Eglises de Lubumbashi à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA, les raisons du comportement négatif des répondants sont une réalité perceptible. L'aspect du péché par rapport au VIH/SIDA, a été très remarquable dans leurs propos lors des interviews et dans leurs prédications pendant notre observation participante. Ils sont restés depuis longtemps dans l'ignorance de la pensée de Dieu concernant la relation maladie-péché en générale et péché-VIH/SIDA en particulier. Leur manque de connaissance exacte sur le sujet du VIH/SIDA est aussi à la base de ce comportement négatif. Le profil théologique et le niveau d'instruction des répondants relativement insuffisants pour la plupart d'entre

eux, jouent un rôle important dans le comportement négatif envers les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Il y a plusieurs facteurs qui entrent en compte dans le comportement négatif des répondants, étant donné que certains d'être eux sont influencés par leurs leaders hiérarchiques dans leurs ministères. Ainsi, les pasteurs qui sont engagés dans l'encadrement spirituel de PVV, connaissent certaines influences qui sont liées à la conception erronée des autres répondants. Ce qui fait que leurs comportements en sont affectés.

La suite de l'analyse a étudié les résultats des différents thèmes de la recherche empirique pour arriver à une généralisation ou encore à une application sur le comportement des pasteurs par rapport aux PVV, que ce soit dans l'engagement des pasteurs dans l'étude de la Bible comme dans l'histoire de la théologie pratique, pour ensuite arriver au rôle réel des pasteurs dans les Eglises de Lubumbashi. Bien que les pasteurs se retrouvent limités dans l'exécution de leur mission pastorale, l'œuvre du Saint-Esprit est une aide pour l'engagement de tous dans l'encadrement spirituel des personnes affectées du VIH/SIDA, au sein des Eglises de la ville de Lubumbashi. Ce cas particulier peut d'ailleurs s'appliquer dans toutes les Eglises en général.

L'engagement des pasteurs dans la pastorale au sein des Eglises à Lubumbashi s'inscrit dans la perspective pentecôtiste, qui tire son origine dans les Actes des Apôtres dont l'enracinement historique contemporaine est précisément en Actes 2 et 3. Le Saint-Esprit accorde la puissance à tous pour le témoignage et spécialement les dons du Saint-Esprit pour le service. L'organisation des Eglises de Lubumbashi c-à-d la situation politique et économique de la République Démocratique du Congo sont aussi des raisons favorisant le manque d'engagement des pasteurs dans la prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA des Eglises de Lubumbashi et de toute la RDC.

La connaissance du VIH/SIDA chez certains pasteurs et l'œuvre du Saint-Esprit a été visible dans leur engagement dans les Eglises de la ville de Lubumbashi. Ils y travaillent comme visionnaires d'Eglises, pasteurs et responsables des ministères indépendants. L'apport de certains pasteurs répondants dans la pastorale est considérable, bien qu'encore presque absent au niveau local dans la pastorale globale, avec une faible participation à la pastorale holistique. Derrière leur engagement, les facteurs tels que le profil théologique, la connaissance du VIH/SIDA, la détermination, le sacrifice, la forte

personnalité et l'audace dont ils font preuve, sont utilisés par les pasteurs comme une arme dans l'engagement. Ces pasteurs ont été pris comme modèle d'un engagement responsable pour les autres pasteurs dans la pastorale. Ils sont prêts à se battre, connaissant leur identité, ayant les yeux fixés sur l'objectif tout en sachant comment accomplir leur tâche pastorale pour être une solution et non un problème de plus dans les Eglises de la ville de Lubumbashi.

A partir de l'expérience d'engagement dans la pastorale des pasteurs, du Nouveau Testament, de l'histoire des pratiques pastorales et des pasteurs répondants, voyons maintenant ce que peut être l'implication de ce travail et les recommandations pour les futures recherches.

6.3 Implication

Partant de la description de l'engagement et du non engagement des pasteurs fourni selon l'hypothèse de ce travail, si le comportement positif est la base légitime de la qualification pour la pastorale selon la volonté de Dieu, l'implication serait d'amener tous les pasteurs du monde, pas seulement ceux des Eglises de la ville de Lubumbashi, à saisir *« La pastorale et le conseil des personnes touchées par le VIH / SIDA selon un modèle basé sur le soutien spirituel proposé aux Eglises de Lubumbashi ».* En tenant compte de la démarche ci- après :

- L'encadrement spirituel adéquat se manifeste d'abord dans la connaissance de la maladie, VIH/SIDA ensuite dans la connaissance exacte de la parole de Dieu entendez ; un profil théologique et biblique corrects, et enfin dans le comportement positif des pasteurs et conseillers, dans l'amour et dans l'appel au service pastoral. Il utilise chacun selon ses capacités. Les pasteurs qui veulent être des instruments dans la prise en charge et l'encadrement des PVV et une bénédiction pour ces derniers, devraient prendre du temps pour suivre une formation biblique et théologique et suivre une formation sur la prise en charge des PVV, avant de s'engager dans l'encadrement spirituel de ces malades.

- L'apport des pasteurs dans la pastorale aujourd'hui dépend plus des pasteurs eux-mêmes que de la responsabilité des Eglises. L'encadrement spirituel des PVV, étant une opportunité, tout pasteur qui veut s'engager devrait être prêt à lutter en vue de l'accomplissement de la pastorale. En se laissant diriger par la puissance du Saint-

Esprit, développer l'amour et la discipline personnelle, être un pasteur organisé et travailler de mieux en mieux dans un esprit de service.

- Tout en reconnaissant le soutien spirituel dans l'encadrement des personnes affectées par le VIH/SIDA, des pasteurs dans la pastorale, du moins ceux qui veulent s'engager dans la vraie pastorale doivent posséder la détermination nécessaire pour faire face aux différents problèmes liés à cette pastorale. Ils doivent être prêts au sacrifice qui est le prix à payer, avoir une forte personnalité pour surmonter les épreuves et beaucoup de courage pour vaincre et se frayer le chemin.

- Un engagement responsable des pasteurs dans la pastorale implique la connaissance de son identité, agir en tant que pasteurs, avoir un objectif à atteindre et prendre le temps qu'il faut de formation pour permettre un meilleur rendement dans la pastorale pour tous les pasteurs.

La responsabilité de l'Eglise face à l'opportunité qu'offre l'encadrement spirituel des PVV pour la pastorale, non seulement chez les pasteurs de Lubumbashi, mais pour toute Eglise ; devrait être d'encadrer, de conseiller, de former et de reconnaître ceux chez qui Dieu manifeste son amour et sa puissance pour la cause de la pastorale. Pour y parvenir, l'Eglise se doit d'abandonner les considérations philosophiques humaines qui étouffent l'action du Saint-Esprit dans la pastorale, et être une Eglise qui suit le Saint-Esprit dans la mission, bien entendu de la pratique pastorale.

6.4 Recommandations

Les investigations empiriques dans le présent travail ont été faites sur la base de la méthode qualitative. Il s'agissait de recueillir des notes descriptives qui ont servi à présenter des résultats relatifs aux pasteurs engagés et non engagés dans l'encadrement spirituel des personnes affectées par le VIH/SIDA au sein des Eglises de Lubumbashi. Ce travail est parti de la revue de la littérature et d'un survol sur l'étude de la maladie en générale et du VIH/SIDA à la lumière de la Bible et de la théologie ainsi qu'à la description du VIH/SIDA par rapport à la médecine. Les recherches empiriques ont servi à vérifier le comportement des Eglises de la ville de Lubumbashi. Ceci a abouti à l'établissement des perspectives sur l'engagement des pasteurs dans la pastorale des personnes atteintes par le VIH/SIDA.

A cet effet, un modele basé sur le soutien spirituel a été proposé, afin d'aider les Eglises de Lubumbashi.

Enfin, une autre étude peut être entreprise par un autre chercheur intéressé ; sur le manque d'engagement des pasteurs, en tant que leaders d'Eglises et dans l'exercice de leurs charges pastorales vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA, cette carence étant due à certaines faiblesses qui ont été soulignées dans l'exécution de la pastorale, notamment, le manque de leadership pastoral pour une bonne prise en charge médicale et spirituelle au sein des Eglises de Lubumbashi. Cela s'avère nécessaire.

ADDEDUM 1 : CONSENTEMENT ECLAIRE POUR PARTICIPER A UN PROJET DE RECHERCHE.

Cher Pasteur Je suis un PhD (Pasteur Théologien) à l'Université du Nord-Ouest, au Campus de Potcthefstroom, et faisant actuellement une étude sur le comportement des Eglises de Lubumbashi envers les personnes affectées par le VIH/SIDA en vue de proposer un modèle d'encadrement basé sur le soutien spirituel. La recherche se déroule sous la direction du Professeur Pierre Berthoud de la faculté Jean Calvin à Aix-en-Provence en France et du Dr Rudy A. Denton de la North-West University en RSA à Potchefstroom. Pour cette étude, je suis tenu d'interviewer et de faire une observation des pasteurs de Lubumbashi. Ces entrevues individuelles seront enregistrées sur cassette audio, votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment. Il n'y a aucune compensation monétaire invitée pour le participant ou le chercheur. Votre identité ne sera pas révélée et toutes les informations seront traitées d'une manière confidentielle. Une fois les bandes audios transcrites, elles seront conservées dans un coffre-fort. Le matériel sera seulement manipulé par moi et un codeur indépendant. Le bénéfice à long terme de l'étude est que les résultats seront utilisés pour établir des lignes directrices d'un modèle de soutien spirituel aux personnes affectées par le VIH / SIDA.

Votre participation est hautement appréciée.

Merveille Mwenze Makonga

Chercheur

CONSENTEMENT

Titre de la recherche :

Pastorale et conseils aux personnes affectées par le VIH / SIDA : Un modèle basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi-RDC

Je, soussigné (e), déclare que je participe volontairement au projet mentionné ci-dessus.

---------- ----------

Noms Signature

Date

ADDEDUM 2 : QUESTIONS AUTOUR DESQUELLES A TOURNE LA CONVERSATION

L'interview de pasteurs, a tourné autour de questions suivantes :

1. Avez-vous des personnes affectées par le VIH/SIDA dans votre Eglise ?
2. Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?
3. Comment le VIH/SIDA affecte-t-il les gens ?
4. D'où vient le VIH/SIDA ?
5. Le VIH/SIDA est-elle une punition de Dieu ? Est-elle une maladie Satanique ? Est-elle une maladie infectieuse?
6. Comment considérez-vous les personnes affectées par le VIH/SIDA ?
7. Comment les personnes affectées par le VIH/SIDA se comportent-elles, lorsqu'elles viennent vous voir à propos de leur maladie ?
8. Comment vous comportez-vous à l'égard de personnes affectées par le VIH/SIDA ?
9. Quel regard portez-vous au VIH/SIDA et aux personnes qui en sont affectées ?
10. Les personnes affectées par le VIH/SIDA peuvent-elles hériter le royaume de Dieu ?
11. Avez-vous un service d'encadrement des personnes affectées de VIH/SIDA ? Si oui, comment les encadrez-vous dans votre Eglise ? Si non, pourquoi n'en avez-vous pas un.
12. Avez-vous un programme particulier d'évangélisation dans votre Eglise, pour les personnes affectées par le VIH/SIDA ? Oui □ Non □
13. Est-il important que l'Eglise puisse encadrer spirituellement les personnes affectées par Le VIH/SIDA ? Si oui □, pourquoi? Si non □, pourquoi?

ADDEDUM 3: LETTER FROM THE EDITOR

Carole Isaacs
French Tuition & Translation Services
37 Park Glen, Granville Place, Bramley Park, 2090
Tel: +27 11 440 2805 Mobile: +27 82 882 6448
Email: carole_isaacs@worldonline.co.za
Website: www.frenchservices.co.za

October 3, 2018.

To Whom It May Concern:

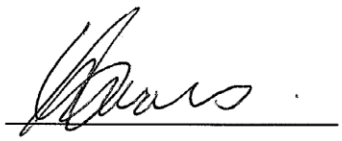
This serves to confirm that I have language-edited the thesis by M. M. Mwenze with the title

Pastorale et conseils aux personnes affectées par le VIH/SIDA :

Un modèle basé sur le soutien spirituel pour

les Eglises de Lubumbashi (RDC)

Carole Isaacs
MA French cum laude (UNISA)



ADDEDUM 4: THE QUALITY CONTROL LETTER: REFERENCING PROTOCOL OF THE THESE.

PostGradSupport

Elsa Esterhuizen

elsa.esterhuizen@gmail.com

084 582 6811

QUALITY CONTROL: REFERENCING PROTOCOL

To whom it may concern

I, Elsa Maria Esterhuizen, hereby declare that the quality control of the referencing style according to the NWU Harvard guidelines (French translation), as used in the thesis submitted for the degree
Doctor of Philosophy in Pastoral Studies
at the Potchefstroom Campus of the North-West University
by
M.M. Mwenze(Orcid.org/0000-0003-1053-1190):

Pastorale et conseils aux personnes affectées par le VIH/SIDA : Un modèle basé sur le soutien spirituel pour les Eglises de Lubumbashi (RDC).

was conducted and completed on 12 October 2018 in Potchefstroom.

E.M. Esterhuizen
(B.A., UED., HLD., M.Ed. (Educational Technology)

ELSA ESTERHUIZEN
Proefskrifte & Verhandelings /
Theses & Dissertations
Verwysings: Kwaliteitskontrole / Referencing: Quality control (Harvard & APA)
084 582 6811 | elsa.esterhuizen@gmail.com

BIBLIOGRAPHIE

Ackerman, D. 2001. Tamar's cry: re-reading an ancient text in midst of an HIV/AIDS pandemic. Stellenbosch: Ecumenical Foundation of Southern Africa.

Adams, J.E. 1975. The big umbrella and other essays and addresses on Christian counselling. Nutley: Presbyterian and Reformed.

Adams, J.E. 1976. Competent to counsel. Nutley: Presbyterian and Reformed.

Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussoui, I. 2009. Les méthodes qualitatives. Paris : Presse Universitaire de France.

Anderson, A.H. 2004. An introduction to Pentecostalism: global charismatic Christianity. Cambridge: University Press.

Anderson, R.S. 2001. The shape of practical theology: empowering ministry with theological praxis. Downers Grove, ILL: Inter Varsity Press.

Anon. 2013. Title of article used. (*In* Encyclopaedia Britannica). [DVD].

Anon. 2015. Anglicanisme : L'Eglise épiscopale américaine célèbrera des mariages homosexuels. La Vie, 3 Juillet. http://www.lavie.fr/religion/protestantisme/l-eglise-episcopale-americaine-celebrera-des-mariages-homosexuels-03-07-2015-64773_18.php Date d'accès: 31 Juillet 2018.

Arborio, A.-M. & Fournier, P. 2015. L'observation directe. Paris: Armand Colin.

Asquith, G.H. 2010. The concise dictionary of pastoral care and counselling. Nashville, TX: Abingdon Press.

Assmann, H. 1975. Practical theology of liberation. London: SCM Press.

Augustin Saint. 1955. La Trinité, vol 15, édité par Desclée de Brouwer. Bruxelles: s.n. p. 564-565.

Avert. 2017. What are HIV and AIDS? https://www.avert.org/about-hiv-aids/what-hiv-aids Date of access: 4 Sept. 2017.

Ayache, M. & Dumez, H. 2011. Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? *Le Libellio d'Aegls*, 7(2) :33-46. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657490 Date d'accès : 4 Juin 2018.

Babbie, E. 2015. The practice of social research. 14th ed. Boston, MA: Cengage WCN Learning.

Ballard, P.H. & Pritchard, J.L. 2006. Practical theology in action: Christian thinking in the service of church and society. London: SPCK.

Barbour, R.S. 2008. Introducing qualitative research. London: Sage.

Barth, K. 1969. Church dogmatics. Edinburgh: Clark.

Benner, D.G. 2002. Strategic pastoral counselling: a short term structured model. Grand Rapids, MI: Baker.

Berinyuu, A. 1988. Pastoral care to sick in Africa: an approach to transcultural pastoral theology. Frankfurt : Peter Lang.

Berthoud, P. 2008. En quêtes des origines, Kerygma-cleon d'Andran. Aix-En-Provence : Excelsis.

Birgitta, R. 1989. Le VIH/SIDA s'informer, informer. Kampala: Milan Press.

Blattner, R.C., Gallo R, & Temin, H.M. 1986. HIV causes AIDS. *Science,* 241 :514-517.

Blondel, M. 1965. Lettre sur les exigences de la pensée contemporaine en matière d'apologétique. Paris : PUF

Blyth, M. & Garland, J. 2011. Le SIDA c'est réel et c'est dans notre Eglise : une réponse chrétienne à l'épidémie du SIDA. Saint Albain: PJ A.

Boesak, A.A. 1977. Farewell to innocence. Maryknoll: Orbis Books.

Bondo, J., Ngongo, A. & Kasongo, F. 2015. Entretien avec les pasteurs sur le comportement des églises locales à Lubumbashi envers les PVV. 30 Avril 2015.

Bonhoeffer, D. 1937. Le prix de la grâce. Neuchâtel : Delcaux et Niestle.

Bonhoeffer, D. 1978. Fiction from frison: gathering up the past. Munich : Kaiser Verlag.

Boswell, J. 1985. Christianisme, tolérance sociale et homosexualité. Paris: Gallimard.

Brown, J.L. 2004. HIV/AIDS alienation: between prejudice and acceptance. University of Stellenbosch. (Dissertation - DTh).

Browning, D.S. 1996. A fundamental practical theology: descriptive and strategic proposals. Minneapolis, MN : Fortress Press.

Carrefour théologique. 2004. Bible et sexualité. L'un et l'autre : la sexualité a la lumière de la Bible. Aix-en-Provence, Cléon-d'Andran : Excelsis/Kerygma.

Casalis, G. & Hollenweger, J.W. 1966. Vers une Eglise pour les autres. Genève: Labor et Fides.

CDC (Centers for Disease Control). Voir United Stated. CDC (Centers for Disease Control).

Chiu, S., Burton, N., Dunn, K.H. & Cincinatti, O.H., *eds.* 2017. Health Hazard Evaluation program: evaluation of eye and respiratory symptoms among employees at an indoor waterpark resort. HHE report 2015-0148-3272. United States. Department of Health and Human Services. Centers Disease Control and Prevention. Ncvational Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). https://www.cdc.gov/niosh/hhe/reports/pdfs/2015-0148-3272.pdf Date of access: 12 Jul. 2018.

Clarke, N. 2003. Teenage sex epidemic: the infertility time bomb. *Daily Mail*. 40-41. October 29.

Clebsch, W.A. & Jaekle, C.R. 1975. Pastoral care in historical perspective. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Clinebell, H. 1984. Basic types of pastoral care counselling: resources for the ministry of healing and growth. Nashville, TN: Abingdon Press.

Clouse, R.G. 2001. Church. (*In* Evangelical dictionary of theology. 2nd ed. Grand Rapids, MI: Baker Academic).

COE. 1998. Face au SIDA, L'action des églises : document d'étude. Genève : WCC Publications. http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-pdf/facing-aids-fra.pdf Date d'accès : 17 Juillet 2018.

Collins, G.R. 2005. Die A Tot Z van berading: die mees omvattende gids. Kaapstad: Struik Christelike Boeke.

Couture, P.D. & Miller-McLemore, B. 2003. Introduction. (*In* Couture, P.D. & Miller-McLemore, B.J., *eds.* Poverty, suffering and HIV/AIDS: international practical theological perspectives. Fairwater: Cardiff Academic Press).

Crabb, L.J. 1979. Effective biblical counselling. Grand Rapids, MI: Zondervan.

Crahay, M. 2006. Qualitatif – quantitatif : des enjeux méthodologiques convergents ? (*In* Dans Paquay, L., Crahay M., & De Ketele J. M., *éds*. L'analyse qualitative en éducation. Bruxelles : De Boeck. p. 33-52).

CREDILLAF (Centre de recherche et de diffusion des langues et de littératures Africaines). 2013. Rapport annuel. Lubumbashi, DRC : Université de Lubumbashi.

Creswell, J.W. 2013. Qualitative inquiry research design: choosing among five approaches. 3th ed. Los Angeles, CA: Sage.

Crowther, C.E. 1991. AIDS: A Christian handbook. London: Epworth Press.

Cuvillier, E. & Nicolas, C. 2015. Bénir les couples homosexuels : enjeux du débat entre les protestants. Lyon : Olivetan.

David et Jonathan. 2017a. L'Homosexualité et le catéchisme de l'église catholique romaine. https://www.davidetjonathan.com/spiritualites-chretiennes/homosexualite-dans-la-bible/homosexualite-et-le-catechisme-eglise-catholique-romaine/ Date d'accès : 31 Juillet 2018.

David et Jonathan. 2017b. Mouvement homosexuel chrétien ouvert à tout et à tous. https://www.davidetjonathan.com/presentation/ Date d'accès : 31 Juillet 2018.

De Klerk, B.J. & van Rensburg, F.J. 2005. Preekgeboorte: 'n handleiding vir Gereformeerde eksegese en prediking, toegepas op 1 Petrus 2 :11-12, 18-25. Potchefstroom : Potchefstroomse Teologiese Publikasies.

De Sardan, J.O. 2008. La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio- anthropologique. Louvain-la–neuve : Bruylant – Académique.

De Vos, A., Strydom, H., Fouché, G., & Delport, C.S.L. 2011. Research at grass roots: for the social sciences and human service profession. 3rd ed. Pretoria : Van Schaik.

Demort, S. 2008. Le combat pour l'intégration des églises issues du réveil congolais (RDC). *Revue européenne des Migration Internationales,* 24(3) :147-165.

Déreze, G. 2009. Méthodes empiriques de recherche en communication. Bruxelles : De Boeck.

Deslauriers, J-P. 1988. Les méthodes de la recherche qualitative. Québec : Presses de l'Université de Québec.

Devita, V.T., Hellman, S. & Rosenberg, S.A. 1988. AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention. 2nd ed. Philadelphia, PA: B. Lippincott.

Dingemans, G.D.J. 2000. De stem van de roependе : pneumatheologie. Kampen : Kok.

Dixon, P. 2010. Action contre le sida. Brentford Middlesex : ACET.

Dossou, K.S. 2002. De l'élection au décalogue : L'urgence d'une interpellation pour la vie quotidienne. s.l. : s.n.v

Eglise Catholique. 1992. Catéchisme de l'Eglise Catholique. Paris : Mame/Plon. (Partie III, Section II, Chapitre II, article 6, § alinéas 2357-2359, et 2396).

Elliston, E.J. 2011. Introduction to missiological research design. Pasadena, TX: William Carey.

Erickson, M.J. 1983. The Christian theology. 2nd ed. Grand Rapids, MI: Baker Academic.

Escobar, S. 2003. Les églises et la mission aujourd'hui. *Théologie évangélique,* 2(3) :179-193.

Fenneteau, H. 2015. L'Enquête : entretien et questionnaire. 3eme éd. Paris: Dunod.

Fowler, J.E. 1999. The emerging new shape of practical theology. (*In* Schweitser, F. & Van der Ven, J.A., *eds*. Practical theology - international perspectives. Frankfurt: Peter Lang Publishing. p. 75-92).

Forman, J., Creswell, J.W., Damschroder, L., Kowalski, C.P., & Krein, S.L. 2008.

Qualitative research methods: key features and insights gained from use in infection

prevention research. *American Journal of Infection Control*, 36(10):764–71.

Friedland, G.H. & Klein, R.S. 1987. Transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of medicine*, 317:1125-35.

Friedman-Kien, A., Laubenstein, L., Marmor, M., Hymes, K., Green, J., Ragaz, A., Gottlieb, J., Muggia, F., Demopoulos, R. & Weintraub, M. 1981. Kaposi's sarcoma and pneumocystis pneumonia among homosexual men -- New York City and California. *Morbidity and mortality weekly report*, 30(25) :305-8.

Gérard, H. & Loriaux, M. 1988. Au-delà du quantitatif espoir et limites de l'analyse qualitative en démographie. Belgique: Ciaco.

Gerkin, C.V. 1986. Widening the horisons: pastoral response to a fragmented society. Philadelphia, PA: Westminister.

Gerkin, C.V. 1997. An introduction to pastoral care. Nashville, TX: Abingdon Press.

Gibson, W. & Brown, A. 2009. Working with qualitative data. London: Sage.

Gottlieb, M.S., Groopman, J.E., Weinstein, W.M., Fahey, J.L. & Detels, R. 1983. The acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of internal medicine*, 99(2):208-220. DOI: 10.7326/0003-4819-99-2-208

Gottlieb, M.S., Schanker, H.M., Fan, P.T., Saxon, A., Weisman, J.D. & Pozalski, I. 1981. Pneumocystis pneumonia -- Los Angeles. *Morbidity and mortality weekly report*, 30(21):250-52.

Gregg, M.B. & Ingraham, G.A., *eds.* 1988. Update: Serologic testing for antibody to human immunodeficiency virus. *Morbidity and mortality weekly report*, 36(52):833-40,845.

Grenz, S.W. & Hoffman, W.W. 1990. AIDS ministry in the midst of an epidemic. Grand Rapids, MI: Baker Book House.

Greyling, C. & Murray, L. 2004. Christian AIDS bureau, facilitator manual: presenting effective HIV and AIDS workshops for churches and faith-based organisations. Wellington : CABSA.

Guéguen, N. 1998. Manuel de statistique pour psychologues. Paris : Dunod.

Gurney, M.E., Heinrich, S.P., Lee, M.R. & Yin, H.S. 1986. Molecular cloning in expression of neuroleukin, a neurotrophic factor for spinal and sensory neurons. *Science,* 234:566. DOI: 10.1126/science.3764429

Haasse, A.T. 1986. Pathogenesis of lentivirus infections. *Nature,* 322(6075):130-6.

DOI: 10.1038/322130a0

Hammond-Tooke, D. 1989. Rituals and medicines. Johannesburg: AD Donker.

Hayes, J.H. & Holladay, C.R. 2007. Biblical exegesis: a beginner's handbook. Louisville, KY: Westminster John Knox Press.

Heitink, G. 1999. Practical theology: history, theory, action domains: manual for practical theology. Grand Rapids, MI: W.B. Eerdmans.

Hendriks, J.H. 2001. Doing missional theology in an African context. (*In* Hendriks, J.H. Reformed encounters with modernity. Cape Town: International Society for the Study of Reformed Churches. p. 74-83).

Hendriks, J.H. 2004. Studying congregations in Africa. Wellington: Lux-Verbi-BM.

Hesselgrave, D.J. 1991. Communicating Christ cross-culturally: an introduction to missionary communication. Grand Rapids, MI: Zondervan.

Heyns, J. & Pieterse, H.J.C. 1990. A primer in practical theology. Pretoria: Gnosis Books and Publishers.

Hill, E. 1988. Church, in the dictionary of theology. Wilmington, NC: Michael Glazier.

Hoffman, W.W. & Grenz, S.J. 1999. AIDS ministry in the midst of an epidemic. Grand Rapids, MI: Baker Book House.

Huff, A.S. 2009. Designing research for publication. Los Angeles: Sage.

Jackson, H. 2002. AIDS Africa: continent in crisis. Harare: Safaids.

Jones, E.S. 1972. The unshakable kingdom unchanging person. Nashville, TX: Abingdon Press.

Kä Mana, Dossou, M.S. & Kenmogne, J.B. 2001. Le message du VIH/SIDA à l'Afrique : lettre ouverte aux forces intellectuelles du continent africain. Bafoussam : CIPCRE-CEROS.

Kanange, M. & Mbayo, T. 2015. Les églises de réveil dans la ville de Lubumbashi : fondement juridique et application. *KAS African Law study library*, 2(2) :341-357. DOI : 10.5771/2363-6262-2015-2-341.

Kapuku, S.K. 2015. Pentecôtisme en République Démocratique du Congo : Tome 1 : Condition et pertinence de dialogue entre Eglises protestantes sur la mission aujourd'hui. Paris: Panthéon.

Kasambala, T. 2004. The interplay between God-Images and healing in pastoral ministry: engaging an african spirituality. University of Stellenbosch. (Dissertation – DTh).

King, N. & Horrocks, C. 2010. Interviews in qualitative research. London: Sage.

Kubler-Ross, E. 1997. AIDS the ultimate challenge. New York: Macmillan.

Kwast, L. E. 1981. Understanding culture. (*In* Winter, R.D. & Hawthorne, S.C., *eds*. Perspectives on the world Christian movement: a reader. Pasadena, CA: William Carey.

Lartey, E.Y. 1997. In living colour: an intercultural approach to pastoral care and counselling. London : Cassell.

Laurent, P-J. & Plaideau, C. 2010. Pentecôtisme et néo-pentecôtismes : des religions de l'accumulation ? *Revue théologique de Louvain*, 41(2) :208-242. DOI :10.2143/RTL.41.2.2049211

Lesegretain, C. 2009. L'Eglise face au SIDA. https://www.la-croix.com/Archives/2009-03-28/L-Eglise-face-au-sida.-_NP_-2009-03-28-341985 Date d'accès : 17 juillet 2018.

Letvin, N.L, Eaton, K.A., Aldricht, W.R., Sehgal, P.K., Blake, B.J., Schlossman, S.F., King, N.W. & Hunt, R.D. 1983. Acquired immunodeficiency syndrome in a colony of macaque monkeys. (*In* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 80(9):2718-722).

Louw, D.J. 1998. A pastoral hermeneutics of care and encounter: a theological design for a basic theory, anthropology, method and therapy. Wellington: Lux Verbi.

Louw, D. 2008. Cura vitae: illness and the healing of life in pastoral care and counselling. Wellington: Lux Verbi.

Louw, N. et al. 2012. HIV and AIDS: Care and Support of Affected and Infected Learners: A Guide for Educators. Pretoria: HIV/AIDS and STD Directorate.
Luca, N. & Lenoir, F. 1980. Sectes, mensonges et idéaux. Paris : Bayard.

Macallan, B.C. 2014. Postfoundationalist reflections in practical theology: a framework for a discipline in flux. Eugene, OR: Wipf & Stock Publishers.

Magezi, V. 2007. HIV/AIDS, poverty and pastoral care and counselling: a home-based and congregational systems ministerial approach in Africa. Stellenbosch : SUN Press.

Malzac, M. 2017. Le mariage homosexuel en débat chez les anglicans. *La Croix,* 15 Février. https://www.la-croix.com/Religion/Monde/Le-mariage-homosexuel-debat-chez-anglicans-2017-02-15-1200825005 Date d'accès : 27 Juillet 2017.

Martin, L.S. 1985. Infectious diseases. (*In* Hermesse, J., Plaideau, C. & Servais, O., é*ds.* Dynamiques contemporaines des Pentecôtismes. Paris : L'Harmattan. p. 400-3).

Mattern, C. 2014. Une famille en prière parmi la communauté diasporique. (*In* Hermesse, J., Plaideau, C. & Servais, O., é*ds.* Dynamiques contemporaines des Pentecôtismes. Paris : L'Harmattan).

Maurice, S. 2007. Quand le christianisme a changé le monde antique : la subversion chrétienne du monde antique. Paris: Odile Jacob.

Mbiti, J.S. 1975. Prayers of African religion. London: SPCK

McFarland, I.A. 2011. The Cambridge dictionary of Christian theology. Cambridge: Cambridge University Press.

McGee, G.B. 1988. The Azusa street revival and twentieth-century missions. *International bulletin of missionary research*, 12(2):58-61. DOI: 10.1177%2F239693938801200203

Mij, E. 2016. L'Eglise du réveil au Congo [interview personnelle]. 21 Juillet. Lubumbashi.

Miller. R. & Jackson, K.A. 1985. Practical psychology for pastors. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Modeste, M.Z. 2011. La recherche en sciences sociales et humaines, guide pratique, methologie et cas concrets. Paris : Harmattan Grands Lacs.

Mulanba, S. 2016. Statistiques annuelles de la population congolaise et étrangère de la ville de Lubumbashi 2015. [Rapport de la marie]. 4 Octobre, Lubumbashi.

Muller, J.C. 2005. A postfoundationalist, HIV-positive practical theology. *Practical theology in South Africa,* 20(2):72-88.

Muteba, F. 1984. Comprendre l'engagement de l'Eglise dans la lutte contre le VIH/SIDA. Kinshasa : Médias Paul.

Muteba, F. 2007. Combattre efficacement le VIH/SIDA en Afrique noire. Kinshasa : CEPAS.

Mutomb, K. 2009. Pastorale et accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Lubumbashi, UPL. (Mémoire de Licence).

Mwaura, P.N. 2000. Healing as a pastoral concern, in pastoral care in African Christianity. Nairobi: Acton Publishers.

Nahmias, A.J., Weiss, J., Yao, X., Lee, F., Kodsi, R., Schanfield, R., Matthews, T., Bolognesi, D., Durack, D. & Motulsky, A. 1986. Evidence for human infection with HTLV-III/LAV- like virus in central Africa 1959 [letter]. *Lancet*, 1(8492):1279-1280.

Ncube, V.S. 2003. Responsibility in inculturation: the healing ministry in a Zulu context. (*In* Bate, S., *ed*. Responsibility in a time of AIDS: a pastoral response by Catholic theologians and AIDS activists in Southern Africa. Pietermaritzburg : Cluster Publications).

Ngoy, A.K. 2016. L'Église indépendante du Congo [interview personnelle]. 1 Novembre. Lubumbashi.

Nicolson, R. 1996. God in AIDS. London: SCM Press.

Novick, B.E. & Rubinstein, A. 1987. AIDS - The paediatric perspective. *AIDS*, 1(1):3-7.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2015. Proportion de patients de tuberculose vivant avec le VIH. Rapport annuel. http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr Date d'accès : 20 Oct. 2016.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2017. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_fr.pdf?Ua=1 Date d'accès: 13 Juillet 2018.

ONUSIDA. 2015a. Fact sheet Unaids 2016. Global Statistics 2015. Unaids.org/Fr/resources/fact-sheet/fiche information Date access: 25 July 2016.

ONUSIDA. 2015b. Rapport estimations VIH/SIDA, RDC, 2015. Unaids.org/fr/countries/demoraticrepublicofthecongo regions countries/ Date d'accès: 25 Juillet 2016.

Osmer, R. 2008. Practical theology, an introduction. Grand Rapids, MI: W.B. Eerdmans.

Paillée, P. & Mucchielli, A. 2008. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2ème éd. Paris : Armand Colin.

Pape Paul VI. 1976. Annoncer l'évangile aux hommes de notre temps. Paris : Editions du Centurion.

Parmentier, E. 2008. La théologie pratique : analyses et prospectives. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg.

Pascal, K.Y. 2015. Etude sur les églises de réveil et leur cadre juridique en République Démocratique du Congo. DOI:10.5771/2363-6262-2015-2-265 Date d'accès: 28 Oct. 2016.

Pearsall. J. 2002. Concise Oxford English Dictionary. 10th ed. New York: Oxford University Press.

Pelletier, M.L. & Demers, M. 1994. Recherche qualitative, recherche quantitative : expressions injustifiées. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(4) :757-771. http://id.erudit.org/iderudit/031766ar Date d'accès : 12 mai 2016.

Pires, A. 1997. Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_1837_0.pdf Date d'accès : 20 Mai 2016.

Plaideau, C. 2010. Pentecôtistes et Néo-pentecôtistes : évolution et perspectives. (*In* Hermesse, J., Plaideau, C. & Servais, O., é*ds.* Dynamiques contemporaines des Pentecôtismes*.* Paris : L'Harmattan. p. 167-116).

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida). 2004a. Module de formation des conseillers en conseil et dépistage volontaire du VIH/SIDA (révisé). RDC.

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida). 2004b. Guide pratique du conseiller en conseil et Dépistage volontaire du VIH/SIDA. RDC.

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida). 2014a. L'épidémie du VIH/SIDA à Lubumbashi. Séminaire Sur le VIH / SIDA, à Kimbembe, Lubumbashi. RDC.

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida). 2014b. Profil épidémiologique national VIH/SIDA de la République Démocratique du Congo (RDC).

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida). 2015. Journée internationale de lutte contre le VIH/SIDA 1er décembre.

PNMLS (Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida). 2016. Historique du VIH/SIDA en RDC. http://pnmls.cd/index.php?idart=846&idrub=39&rubhote=2 Date d'accès : 20 Fév. 2016.

Pontifical Biblical Commission. 1994. The interpretation of bible in the church: presented by the PBC to Pope John Paul II on April 23. http://catholic-resources.org/ChurchDocs/PBC_Interp-FullText.htm Date of Access: 28 Jun. 2016.

Ray, S. 2002. Parent to child transmission of HIV. Harare: Fontline Publishing.

Rebirth. 2004. Africa Art. http://www.rebirth.co.za/AIDS_in_Africa_2htm (July 2004). Date of Access : 25 July 2016.

Resweber, J.P. 1988. Qu'est-ce qu'interpréter ? essai sur les fondements de l'herméneutique. Paris: Cerf.

Roberts, J.D., Bebenek, K. & Kunkel. T.A. 1985. The accuracy of reverse transcriptase from HIV-1. *Science,* 242(4882):1171-73. DOI : 10.1126/science.2460925

Routhier, G. & Viau, M., *dir*. 2004. Précis de la théologie pratique. Montréal/Bruxelles : Novalis/Lumen Vitae.

Rumeau-Rouquette, C., Blondel, B., Kaminski, M. & Breart, G. 1993. Epidémiologie, méthodes et pratique. Paris : Flammarion

Ryrie, C.C. 2005. ABC de théologie chrétienne. Paris: Maison de la Bible.

Saint Augustin, 2015. *La Trinité XV*, 28, 51.

Saldana, J. 2012. The coding manual for qualitative researchers. 2nd ed. London: Sage.

Shelp, E. E. & Sunderland, R.H. 1987. AIDS and the church. Philadelphia, PA: Westminster Press.

Shisana, O., ed. 2002. Nelson Mandela/HSRC study of HIV/AIDS: South African national HIV prevalence, behavioural risks and mass media: household survey. Cape Town: HSRC.

Shomanah, M.W.D., Phiri, I.A. & Ecumenical HIV/AIDS Initiative in Africa. *eds.* 2003. Africa praying: a handbook on HIV/AIDS sensitive sermon guidelines and liturgy. Geneva: World Council of Churches.

Simonis, P. & Bosch, M. 1988. Le SIDA châtiment de Dieu? Bâle: Editions Brunnen Verlag.

Smit, D.J. 2003. On learning to see? A reformed perspective on the church and the poor. (*In* Smit, D.J. Essays on being reformed. Collected essays 3. Stellenbosch : Sun Press. p. 473-492).

Tillich, P. 2000. Théologie systématique I. Paris/Genève/Laval : Cerf/Labor et Fides/Université Laval.

UNICEF (United Nations Children's Fund). Département du VIH/SIDA. 2002. Le VIH/SIDA et l'alimentation infantile. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/hivif/en/ Date d'accès : 24 Nov 2016.

United States. CDC (Centers for Disease Control). Taskforce on Acquired Immunodeficiency Syndrome. 1982. Update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-United States. *Morbidity and mortality weekly report*, 31(37):507-14.

UniverSud. 2016. Achives - UniverSud-Liège. www.universud.ulg.ac.be. Date d'accès: 27 Nov 2017.

Uys, L. 2003. A model for home-based care. (*In* Uys, L. & Cameron, S., *eds*. Home-based HIV/AIDS care. Cape Town: Oxford University Press).

Van der Ven, J. 1998. Practical theology: an empirical approach. Leuven: Peeters Press.

Van Dyk, A. 2001. HIV/AIDS care and counselling: a multidisciplinary approach. Cape Town: Maskew Miller Longman.

Van Huyssteen, J. 1997. Essays in the postfoundationalist theology. Grand Rapids, MI: W.B. Eerdmans.

Van Niekerk, A.A. 2003. Mother to child transmission of HIV/AIDS in Africa: ethical problems and perspectives. (*In* Van Niekerk, A.A & Kopelman, L.M., *eds.* Ethics and Aids in Africa. Cape Town: David Philip. Chapter 9, p. 141-159).

Van Wyk, A.G. 1995. From applied theology to practical theology. *Andrews University Seminary Studies,* 33(1):85-101.

Ward, J.W., Holmberg, S.D., Allen, J.R., Cohn, D.L., Critchley, S.E., Kleinman, S.H., Lenes, B.A., Ravenholt, O., Davis, J.R., Quinn, M.G. & Jaffe, H.W. 1988. Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) by blood transfusions screened as negative for HIV antibody. *New England journal of medicine*, 318:473-478. DOI: 10.1056/NEJM198802253180803

Wenham, G.J. 1979. The book of Leviticus: New international commentary on Testament. Grand Rapids, MI : W.B. Eerdmans.

WikiHow. 2011. Comment faire une recherche qualitative. https://fr.m.wikihow.com/faire-une-recherche-qualitative Date d'accès : 26 Juin 2017.

Woods, W.J. 1987. Teach the children well. S.I.: s.n.