



BULLETIN EHAIA



Bulletin d'information de l'Initiative œcuménique sur le VIH/sida en Afrique

No. 2

Juin 2003

*Traduit de l'anglais
Service linguistique, COE*

Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous annoncer que, depuis le 1^{er} avril, Ayoko Bahun-Wilson fait partie de l'équipe de l'EHAIA en qualité de coordinatrice régionale pour l'Afrique de l'Ouest et que le programme EHAIA est donc maintenant complètement opérationnel dans les quatre régions de l'Afrique. Originaire du Togo, Ayoko parle français et anglais ; elle est en poste à Accra (Ghana), où elle occupe un bureau dans les locaux de l'Association des conseils chrétiens et des Eglises d'Afrique de l'Ouest (ACCEAO). Vous trouverez son adresse à la fin de ce bulletin. Par ailleurs, les numéros de téléphone et de fax ainsi que l'adresse électronique de Mme Maingi et de Mme Dube ont changé; veuillez également en prendre note.

L'éditorial de ce numéro a pour auteur Manoj Kurian, chargé du programme « Santé et guérison » au COE.

Relancer la lutte – Le VIH/sida et l'objectif de « la santé pour tous » : une chance ou une menace ?

Il y a 25 ans, à Alma-Ata, l'Organisation mondiale de la santé a affirmé que les **soins de santé primaires** étaient la méthode clé pour atteindre l'objectif de la santé pour tous. Pour l'OMS, « les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination ». Ce qui caractérise principalement cette évolution, c'est le fait qu'on a reconnu que la santé est inséparablement liée à l'amélioration de la justice sociale. Elle a bien fait ressortir les besoins de ceux qui n'ont ni richesse ni pouvoir et qui sont le moins en mesure de profiter du « développement » ainsi que la nécessité de donner aux gens le pouvoir de demander et d'obtenir des soins de santé.

La Déclaration d'Alma-Ata a fortement poussé à repenser radicalement les politiques de santé, ce qui a eu des répercussions sur la planification, l'organisation et la gestion des activités de santé dans le monde entier. Après 1978, des profonds changements se sont produits dans les conditions économiques, politiques et sociales du monde. Beaucoup de progrès ont été réalisés mais, manifestement, il reste encore beaucoup à faire. Certains budgets de santé ont été remaniés pour promouvoir une distribution plus équitable des ressources de santé ainsi que l'expansion des services de santé à des populations qui, jusque là, n'y avaient pas suffisamment accès. On a plus mis l'accent sur la prévention, et de grands progrès ont été réalisés dans le domaine technologique. L'amélioration de la couverture d'immunisation qu'ont permis d'obtenir ces progrès a contribué à faire diminuer globalement la mortalité périnatale et infantile et à réduire, dans le monde entier, la morbidité de nombreuses maladies qui peuvent être prévenues.

Les réseaux de santé travaillant en relation avec les Eglises ont entrepris de créer des systèmes de soins de santé primaires en décentralisant la formation des agents de santé ainsi que la fourniture des soins de santé proprement dits. Des communautés chré-

tiennes ont commencé à former des agents de santé au niveau local, dans les villages. Au moyen de médicaments essentiels et de méthodes simples, ces agents de santé ont ainsi été en mesure de traiter les maladies les plus courantes et de promouvoir l'utilisation d'eau pure et une amélioration des conditions d'hygiène. Ils ont contribué à la mise en place de petits centres de santé offrant des possibilités d'hospitalisation à faible coût ainsi que des soins de santé périnatale et infantile. Dans ces nouveaux systèmes de soins de santé décentralisés, des hôpitaux de district et de nombreux hôpitaux de mission ont commencé à jouer un rôle essentiel en faisant fonction d'intermédiaires entre les services de santé locaux, dans les villages, et les hôpitaux publics centralisés.

Cependant, ces derniers temps, l'objectif de la santé pour tous a perdu beaucoup de terrain. Cela s'explique notamment par la situation géopolitique que le monde connaît depuis 30 ans. La récession économique qui a commencé dans les années 1970 s'est accélérée dans les années 1980. Les bénéfices du redressement économique enregistré dans la seconde moitié des années 1990 se sont limités aux économies développées et à quelques rares économies émergentes. Avec le nouveau millénaire, on voit s'aggraver la pauvreté et s'accroître les inégalités d'un groupe à l'autre dans les différents pays et régions. L'épidémie de sida, la résurgence de maladies transmissibles telles que la tuberculose et le paludisme, les catastrophes naturelles, la violence, les guerres civiles et les déplacements de population n'ont fait qu'aggraver le déséquilibre d'économies instables et de services de santé insuffisants. Dans les années 1980 et 1990, des changements politiques ont poussé vers le capitalisme de marché de nombreuses économies de pays socialistes, qui étaient déjà bancales.

Le renforcement des politiques dans le sens de l'économie de marché a contribué à l'effondrement de nombreux systèmes de santé nationaux et accéléré l'appauvrissement des sociétés. En matière de santé, la croissance démographique et le développement rapide d'une urbanisation incontrôlée ainsi que la dégradation de l'environnement n'ont fait, dans bien des cas, qu'aggraver la situation. L'épidémie de sida a un effet multiplicateur sur les répercussions négatives de ces facteurs.

La manière dont l'humanité affronte le VIH/sida déterminera l'avenir de nombreuses communautés dans le monde entier, et cela pour plusieurs générations. De ce fait, plusieurs questions se posent. Les ressources les plus importantes de la communauté,

en l'occurrence les communautés d'inspiration religieuse (paroisses, laïcs, jeunes, ecclésiastiques), sont-elles suffisamment mobilisées pour combattre cette épidémie aux côtés des agents de santé ? Les institutions de santé se préparent-elles à la nécessité d'intensifier leur activité à mesure que s'accroît le flux des ressources provenant de l'extérieur, alors que les besoins s'accroissent plus encore ? Existe-t-il une synergie entre les programmes de lutte contre le VIH/sida et les systèmes de santé existants ? Les ressources investies dans la lutte contre le VIH/sida viennent-elles bien au secours de la capacité des communautés à avoir accès à des systèmes de santé intégrés ?

Il se pourrait que la stratégie adoptée pour lutter contre le VIH/sida soit l'élément décisif qui permettra de renforcer la fourniture des soins de santé primaire par la communauté.

Pour que l'action de la communauté atteigne son objectif, il faut qu'elle repose sur deux piliers essentiels : une communauté d'amour et d'accueil, et une communauté équipée pour servir efficacement.

Ce à quoi il faut tendre, ce sont des communautés dans lesquelles il n'y a plus ni stigmatisation, ni discrimination à l'encontre des sœurs et des frères qui vivent avec le sida, des communautés de solidarité vécue entre tous leurs membres, qui ne forment qu'un seul corps : le « Corps du Christ », la « Oumma » (concept musulman de la communauté) ou l'« Oubantou » (mot bantou qui signifie : humanité).

Ces communautés deviennent des communautés d'amour, d'accueil et de guérison lorsqu'elles sont fondées sur l'intégration de tous leurs membres et leur cohésion sans exclusive ; cela va dans le sens de l'idée que chaque individu est important et que chacun est aimé par la communauté. « Je suis parce que nous sommes. »¹

Le second pilier apparaît lorsque la communauté est capable et a la volonté de mieux servir les personnes qui vivent avec le VIH/sida et lorsque, pour ce faire, elle prend des mesures pratiques et utiles qui ont des répercussions perceptibles dans la vie de ces personnes, et lorsque cette communauté est en outre compétente dans le domaine professionnel, équilibrée et sûre dans le domaine spirituel et bien équipée, dans le domaine social, pour combattre la pandémie.

¹ John MBITI, théologien africain.

Pour vérifier dans quelle mesure la communauté se rapproche de cet objectif, il convient de considérer, notamment, la *politique* qu'elle adopte, sa traduction en *pratique* et sa capacité de *partenariat*. La *politique* adoptée par la communauté doit aider les responsables et les enseignant(e)s de cette communauté à être ouverts, au lieu de vouloir maintenir une culture du silence. Il faut que la prédication et l'enseignement s'inspirent de valeurs saines et donnent leur place aux thèmes clés et aux politiques qui encouragent la participation de personnes vivant avec le VIH/sida. Il faut par ailleurs que la *mise en pratique* de ces politiques soit telle que la communauté réponde aux besoins de ses membres. Il faut qu'existent des mécanismes qui ne cessent de rappeler l'existence de cette question ; la communauté doit participer à la planification et à la mise en œuvre d'interventions, et la pratique doit veiller à ce

que cette question soit prise en considération dans tous les principaux aspects de la vie de la communauté. Il faut enfin qu'existe un *partenariat* qui favorise les relations de travail avec la société civile et les gouvernements, des actions entreprises en synergie avec d'autres acteurs clés, la création de réseaux et la collaboration entre groupes d'inspiration religieuse ; des relations de partenariat doivent aussi exister avec des personnes vivant avec le VIH/sida, qui non seulement sont des acteurs clés mais encore ont une contribution positive à apporter.

Pour mener et remporter la lutte contre le sida, l'approche des soins de santé primaires sera décisive dans la mesure où elle donnera des moyens d'action aux individus et aux communautés, avec les connaissances théoriques et les capacités pratiques dont ils ont besoin pour arriver à la santé.

De retour du colloque organisé du 7 au 9 mai 2003 par le Partenariat international contre le sida en Afrique, Christoph Mann a écrit l'article ci-après.

Le financement des programmes de lutte contre le VIH/sida mis en place par des organisations d'inspiration religieuse

Ces temps-ci, on entend souvent des représentants d'organismes des Nations Unies participant à la lutte contre le sida affirmer : « Il faut voir grand ». Effectivement, si on veut remporter la lutte contre le VIH/sida, il est indispensable que les programmes s'étendent à des diocèses, des Eglises, des communautés et des pays tout entiers. Quoique souvent très bons, les petits projets qui ne touchent que quelques dizaines de personnes ne sont pas suffisants. Pourtant, les Eglises qui ont accepté d'assumer les responsabilités que fait peser sur elles le VIH/sida, qui essaient de mobiliser toutes leurs ressources humaines (salariés et bénévoles) et matérielles et qui font des propositions aux donateurs traditionnels constatent que l'argent ne suffit pas.

D'un autre côté, des organisations internationales se sont rendu compte que les communautés d'inspiration religieuse permettent de toucher les gens mieux que par d'autres moyens, au travers des services organisés par les Eglises, de réunions de groupes et des équipements dont elles disposent dans le domaine de la santé et qui, dans bien des pays, constituent une partie importante du système national de santé. Leurs systèmes d'interaction, fondés sur des valeurs morales, fonctionnent chaque semaine dans les rassemblements organisés dans les communautés et les paroisses. Des montants non négligeables sont prêts à être distribués à ces com-

munités d'inspiration religieuse mais, souvent, celles-ci ne sont pas au courant de l'existence de tels fonds ; parfois aussi, leur personnel est incapable de remplir les formulaires nécessaires ou de satisfaire aux conditions de l'administration.

Pour combler ce fossé, le Conseil œcuménique des Eglises, Caritas Internationalis et la Conférence mondiale sur la religion et la paix ont organisé à Nairobi, du 7 au 9 mai dernier, une conférence dont l'objectif était d'améliorer les rapports entre les organisations internationales et les organisations d'inspiration religieuse ainsi que pour donner des informations concrètes sur les procédures à suivre. L'EHAIA a engagé des fonds et du personnel pour faire ce travail important. Au cours de ce colloque, des exposés ont été présentés par des représentants du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du Programme MAP de la Banque mondiale ainsi que de l'Initiative CORE mise en place par CARE International. En quelques mots, voici la synthèse de ces exposés :

1. Le Fonds mondial est réapprovisionné chaque année par les pays membres. Un conseil d'administration, composé d'un nombre égal de représentants du Sud et du Nord, auxquels viennent s'ajouter des représentants d'ONG, approuve des propositions qui ont été précédemment sélectionnées par une « instance de coordination du pays » (CCM). Au cours de ce processus de sélection, des institutions publiques et non gouvernementales se mettent

d'accord sur les activités pour lesquelles elles veulent demander un financement. La proposition finale doit avoir l'aval d'ONG et de communautés d'inspiration religieuse. Ces institutions doivent en outre préciser qui recevra les fonds et la manière dont ils seront distribués. On voit donc que ce système inclut clairement, dans son concept même, la coopération avec la société civile ; cependant, son bon fonctionnement dépend dans une large mesure de la volonté politique et de l'intégrité du gouvernement du pays en question parce que, dans la plupart des cas, la responsabilité ultime d'un projet est confiée à un ministère. Lors de ses deux premières séries d'approbations, le Fonds mondial a réparti 1.5 milliard de USD entre 153 programmes dans 92 pays. Cependant, 4% seulement de ce total va à des organisations d'inspiration religieuse ; 23% sont attribués à des ONG et 54% à des institutions publiques. Par rapport à l'importance des efforts qu'elles déploient dans la lutte contre le VIH/sida, les Eglises soumettent relativement peu de projets et, dans de nombreux pays, les communautés d'inspiration religieuse devraient faire de sérieux efforts pour participer à l'instance de coordination de leur pays. On en trouvera des détails à l'adresse : www.globalfundatm.org. Au cours de ce colloque, nous avons eu la satisfaction de voir des représentants de diverses religions venant d'un même pays prendre l'initiative d'organiser une première réunion pour prévoir plus précisément comment les communautés d'inspiration religieuse pourraient mieux exploiter les possibilités offertes par le Fonds mondial.

2. HIV/AIDS Program) pour la région africaine de la Banque mondiale a déjà distribué 550 millions de USD à des pays d'Afrique. Il exerce son activité au travers des Conseils nationaux pour le sida, qui existent dans la plupart des pays. Selon les directives fixées par le MAP, ces conseils définissent les critères locaux applicables aux projets qui peuvent être financés ainsi que les mécanismes d'approbation. Ainsi, les communautés d'inspiration religieuse peuvent soumettre leurs propres propositions sans être obligées de les coordonner d'abord avec le gouvernement et d'autres acteurs, ce qui prend toujours beaucoup de temps. En outre, l'organisme de sélection se trouve dans leur propre pays et donc, pour elles, il est plus accessible. Par ailleurs, le MAP s'efforce d'être accessible aux petites organisations ; à cette fin, il simplifie les procédures administratives pour les

petits projets présentés par des organisations de la société civile. Pour les communautés d'inspiration religieuse, beaucoup dépend de l'efficacité du gouvernement et de sa volonté de faire appel aux ressources et capacités existantes. On trouvera une documentation plus complète sur le MAP à l'adresse suivante : www.worldbank.org/afr/aids/map.htm.

3. L'Initiative CORE est un programme mondial financé par USAID dont l'objectif est de favoriser les programmes de lutte contre le VIH/sida lancés par des organisations de base et des communautés d'inspiration religieuse. Elle a été placée sous la responsabilité de CARE International qui, pour l'exécution de ces projets, fait appel à un consortium de cinq organisations, dont le COE, qui joue le rôle de conseiller. L'une des principales stratégies de l'Initiative CORE consiste à combler une lacune à laquelle se trouvent souvent confrontées des communautés d'inspiration religieuse qui se lancent dans des premiers projets : elle leur accorde des petits dons, dont le montant peut atteindre 5 000 USD. Pour ce qui est des conditions d'approbation, elles ne seront définitivement fixées qu'au moment du lancement officiel de ce programme, qui aura lieu lors de la réunion d'ICASA/CISMA (Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique) en septembre prochain à Nairobi. Les communautés d'inspiration religieuse que cela intéresse trouveront de plus amples renseignements à l'adresse suivante : www.coreinitiative.org

Ces trois sources permettant de financer des projets, petits ou grands, ne sont pas les seuls moyens existant, loin de là. D'autres institutions des Nations Unies – notamment l'OMS, le PNUD et l'UNICEF – donnent des fonds directement, pour certaines activités particulières. En outre, il existe des fondations privées. C'est le bon moment pour s'adresser à elles car toutes cherchent à établir des contacts avec les communautés d'inspiration religieuse. Mais cela ne signifie pas que les Eglises doivent désormais s'abstenir de s'adresser à leurs donateurs traditionnels, de prospecter le marché des offres possibles, de demander, le cas échéant, l'assistance de professionnels extérieurs pour rédiger des propositions et/ou gérer les fonds approuvés, ni de faire preuve de l'intégrité et de la transparence requises pour faire en sorte que les fonds atteignent bien les personnes auxquelles ils sont destinés. L'EHAIA a notamment pour mandat de les aider dans ce processus, par exemple lorsque il apparaît

nécessaire, pour la réussite d'une demande de fonds, de disposer de contacts que n'ont pas les communautés d'inspiration religieuse ou de regrouper les efforts de plusieurs partenaires œcuméniques. Les

Eglises ne devraient pas hésiter à demander son assistance à leur coordinateur ou coordinatrice régional(e) (voir les adresses à la fin de ce bulletin).

Hendrew Lusey-Gekawaku, coordinateur de l'EHAIA pour l'Afrique centrale, nous a communiqué deux récits qui, dans sa région, illustrent les attitudes positives et négatives adoptées par des Eglises et qui ont des répercussions sur la vie des gens.

Faire appel à l'expérience et aux capacités des personnes qui vivent avec le sida – La participation de la Convention baptiste camerounaise à la lutte contre le VIH/sida

L'épidémie de VIH/sida exige de nous tous que nous encourageons le progrès scientifique, que nous trouvions des moyens plus efficaces de pousser les gouvernements et les communautés d'inspiration religieuse de ce monde à prendre des mesures positives en faveur de leur population et de leurs fidèles, que nous promouvions des meilleures manières de manifester autour de nous notre amour les uns pour les autres et que nous fassions en sorte que d'autres n'aient pas à subir ce cauchemar. Pendant une vingtaine d'années, en Afrique, des communautés d'inspiration religieuse ont considéré que le VIH/sida devait être considéré comme « la vallée de l'ombre de la mort ». Aujourd'hui, espérons-le, la plupart d'entre elles sont disposées à admettre que le VIH/sida est, en fin de compte, une aventure spirituelle. La réalité que constitue le VIH/sida dans ses diverses manifestations continue à préoccuper tout le monde dans la mesure où, en soi, ni la science, ni le droit, ni la sociologie, ni la politique, ni la psychologie, ni même la médecine ne permettent de résoudre les dilemmes spirituels associés au VIH/sida. C'est pourquoi la Convention baptiste camerounaise (CBC) a adopté des mesures ayant trait au traitement préventif et aux soins curatifs, ainsi qu'à la recherche scientifique dans le domaine du VIH/sida.

L'exemple présenté ci-après présente le programme mis en place par la CBC pour la prévention de la transmission mère-enfant.

En 2002, ce programme de prévention de la transmission mère-enfant était opérationnel sur 66 sites ; au total, 11 881 femmes ont reçu des soins cliniques prénataux ; en outre, il leur a été proposé de passer un test de dépistage du sida. Sur ce total, 805 femmes (soit 7%), ont refusé le test de dépistage, pour de multiples raisons, notamment la crainte de la

stigmatisation qu'accompagnerait la découverte qu'elles étaient séropositives et le rejet de ce diagnostic, a posteriori, par leur mari. Cependant, 11 088 femmes (soit 93%) ont accepté ce test. Sur ce nombre, 91 femmes ont abandonné et n'ont donc pas reçu d'avis médical complémentaire ; cela s'explique par plusieurs raisons, notamment un temps d'attente trop long, l'éloignement, l'impatience et la crainte de ce que d'autres diraient si elles étaient séropositives. Sur les 11 088 femmes enceintes testées, 1 056 étaient séropositives.

Sur ces 66 sites, 4 760 naissances ont eu lieu. 365 femmes séropositives et 348 nourrissons ont reçu un traitement à la Névirapine, médicament qui avait été offert, après beaucoup de difficultés, aux responsables de l'Eglise. Environ 191 enfants doivent encore être suivis. Comme certains maris accompagnent leur femme pour les examens prénataux, la CBC les encourage à passer eux aussi un test de séropositivité. En 2002, 121 maris ont passé ce test ; la plupart d'entre eux étaient séronégatifs.

Le programme de prévention de la transmission mère-enfant mis en place par la CBC s'étend progressivement à d'autres villages ; en particulier, on fait appel à des accoucheuses traditionnelles, spécialement formées, pour appliquer ce programme à la base. Compte tenu de son expérience en la matière et de sa crédibilité, la CBC a été choisie par le gouvernement du Cameroun pour étendre ce programme de prévention de la transmission mère-enfant aux établissements de santé de cinq autres institutions : gouvernement, Eglises catholique et presbytérienne, PAMOL et CDC.

Les enseignements de cette expérience

1. La Convention baptiste camerounaise mérite d'être encouragée et soutenue dans la mesure où tant le gouvernement que la population camerounaise ont reconnu en elle l'un des acteurs clés dans la lutte contre le VIH/sida.

2. Pour qu'un tel programme donne des résultats, l'une des conditions essentielles est une bonne formation à tous les niveaux.
3. Cette formation doit s'accompagner d'encouragements matériels et d'un appui concret de la part des Eglises, qui doivent veiller à ce qu'il y ait suffisamment de personnel bien formé au bon endroit et au bon moment.
4. Le directeur de la Santé est extrêmement bien qualifié, ce qui est fort utile tant pour l'Eglise elle-même que pour le gouvernement. Cependant, il est noyé sous le travail et les responsabilités.
5. Il est maintenant temps que le gouvernement et les institutions dépendant des communautés d'inspiration religieuse établissent entre eux des liens qui permettront une coopération et une collaboration fructueuses, plutôt que de se considérer mutuellement avec suspicion.

Lorsque l'Eglise est mal préparée à affronter la crise du VIH/sida

En Afrique, les Eglises font partie des rares institutions dont les membres se réunissent régulièrement dans le cadre d'un ensemble commun de valeurs altruistes et qui disposent d'un bon système de communication grâce aux paroisses. Et pourtant, certaines Eglises n'exploitent pas les possibilités qu'elles ont ainsi d'informer avec exactitude leurs membres sur la crise du VIH/sida et de les y sensibiliser. Disposant d'un système de soutien spirituel dans le cadre de leur paroisse, les fidèles devraient éclairer et aider les personnes qui vivent avec le VIH/sida, d'une façon positive et efficace et avec amour, afin d'alléger chez elles le fardeau que constitue le VIH/sida. Pourtant, ce que je vais raconter maintenant démontre tout le mal que certains responsables religieux, ainsi que des laïcs, peuvent causer aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Le docteur Peter NGE (ce n'est pas son vrai nom) a suivi pendant six ans des études de médecine dans son pays. Une fois son diplôme obtenu, il travailla quelque temps comme généraliste à l'hôpital central de la capitale, avant de découvrir qu'il était séropositif. Lorsque cela se sut, il fut rejeté, victime de discrimination et de stigmatisation de la part de sa famille et de ses amis, et il décida en fin de compte de retourner dans son village d'origine pour y mourir en paix et dans la dignité.

Cependant, avant son retour, son village apprit la nouvelle. A son arrivée, le responsable religieux lo-

cal, les laïcs et les autorités administratives locales lancèrent contre lui une campagne de haine, marquée par le sectarisme et la discrimination. Le docteur Nge se vit refuser l'autorisation de vivre dans le village, au sein de sa propre communauté. Cette décision fut prise pour éviter la propagation du VIH/sida dans la population locale.

Du point de vue de l'Eglise locale, parce qu'il était séropositif, le docteur Nge était « intrinsèquement mauvais et débauché » ; aussi les responsables et les laïcs de l'Eglise considéraient-ils qu'il avait bien mérité d'avoir le sida. De ce fait, personne n'était autorisé à lui rendre visite ni à lui apporter du secours. Le docteur Nge ne mit pas longtemps à mourir. Les responsables de l'Eglise et les autorités civiles décidèrent de ne pas l'enterrer dans le cimetière local mais loin dans la forêt. Cela, pensaient-ils, éviterait la transmission du sida aux autres personnes vivant dans la région ainsi qu'aux morts. Le docteur Peter Nge est enterré, seul, dans la forêt, en raison de l'ignorance de cette paroisse et de la stigmatisation qu'elle attachait au VIH/sida.

Il est parfaitement compréhensible que certaines personnes veuillent se distancer de « l'Eglise » en raison des profondes souffrances que leur font subir des responsables d'Eglises qui les condamnent à l'enfer.

Avec l'arrivée du VIH/sida, il nous faut maintenant réexaminer ce que la foi signifie pour nous, comment nous la trouvons, comment nous pouvons l'entretenir et la faire partager par des personnes qui vivent avec le VIH/sida. En fait, les campagnes homophobes de haine, de racisme, de sectarisme et de discrimination ont profondément blessé le cœur et l'âme de personnes déjà marquées par une maladie mortelle. En fin de compte, c'est l'attitude que les Eglises adoptent à l'égard de la crise du VIH/sida qui détermine si, oui ou non, elles sont bien des Eglises de Jésus Christ. On lit dans *The Colour of Light*, utile méditation sur le sida publiée par Hazelden Press: « Il ne s'agit pas, au fond, de savoir si la foi est plus justifiée que la crainte. Fondamentalement, il s'agit de savoir comment notre vie change. La vie n'est-elle pas meilleure lorsque nous plaçons notre confiance dans une force orientée sur le bien ? » En Afrique, c'est dès aujourd'hui que les Eglises doivent s'engager dans l'aventure spirituelle qui les mettra au service de toutes les personnes infectées ou affectées par le sida. Demain, il sera trop tard.

Afrique centrale :

M. Hendrew Lusey-Gekawaku
c/o Quartier Général de l'Armée du Salut
B.P. 8636
Kinshasa-Gombe, RDC
Tél. : +243 9920108
E-mail : hendrewlusey@yahoo.fr

Afrique orientale :

Mme Jacinta Maingi
c/o Norwegian Church Aid
P. O. Box 52802
00200 Nairobi, Kenya
Tél. : +254 2 608299
Fax : +254 2 608511
E-mail : wcc@alphanet.co.ke

Afrique australe :

Dr Sue Parry
Private Bag CH 7408, Chisipite,
Harare, Zimbabwe
Tél. : +263 91 723961
E-mail : sueparry@mweb.co.zw

Afrique occidentale :

Mme Ayoko Bahun-Wilson
c/o FECCIWA/ACCEAO
P. O. Box CT 4317
Cantonments, Accra, Ghana
Tél. : +233 21 779503
Fax : +233 21 779504 /507194
E-mail : ayokowilson@yahoo.fr

Consultante en théologie :

Mme Musa Dube
c/o Botswana Christian Council
P. O. Box 355
Gaborone, Botswana
Tél. : +267 391 4667
Fax : +267 395 1981
E-mail : hivconsult@botsnet.bw

Adresse de l'EHAIA au COE :

Case postale 2100
1211 Genève 2, Suisse
Fax: +41 22 791 6122

M. Christoph Mann
Directeur de projet
Tél. : +41 22 791 6340
E-mail : cma@wcc-coe.org

Tania Zarraga
Assistante administrative
Tél. : +41 22 791 6321
E-mail : ttz@wcc-coe.org

Publié par le Conseil œcuménique des Eglises, Initiative œcuménique sur le VIH/sida en Afrique, C.P. 2100, CH 1211 Genève 2, Suisse

Rédacteur responsable: Christoph E. Mann (cma@wcc-coe.org)

Reproduction intégrale ou partielle autorisée, avec mention de la source