



DOLENTIUM HOMINUM

N. 44 — anné XV — N. 2, 2000

REVUE DU CONSEIL PONTIFICAL
POUR LA PASTORALE DE LA SANTÉ

DIRECTION

S.EXC. MGR JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Directeur
S. EXC. MGR JOSÉ L. REDRADO, O.H., Rédacteur en Chef
P. FELICE RUFFINI, M.I., Secrétaire

CORRESPONDANTS

P. MATEO BAUTISTA, Argentine
MGR JAMES CASSIDY, U.S.A.
DON RUDE DELGADO, Espagne
P. RAMON FERRERO, Mozambique
P. BENOÎT GOUDOTE, Côte d'Ivoire
Pr SALVINO LEONE, Italie
P. JORGE PALENCIA, Mexique
P. GEORGE PEREIRA, Inde
MME AN VERLINDE, Belgique
PR ROBERT WALLEY, Canada

COMITÉ DE RÉDACTION

P. CIRO BENEDETTINI
DR LILIANA BOLIS
SR AURELIA CUADRON
P. GIOVANNI D'ERCOLE
DR MAYA EL-HACHEM
P. GIANFRANCO GRIECO
P. BONIFACIO HONINGS
MONS. JESÚS IRIGOYEN
P. JOSEPH JOBLIN
P. VITO MAGNO
DR DINA NEROZZI-FRAJESE
M. FRANCO PLACIDI
P. LUCIANO SANDRIN
MGR ITALO TADDEI

TRADUCTEURS

MME COLETTE CHALON
MME ANTONELLA FARINA
PR MATTHEW FFORDE
P. BERNARD GRASSER, M.I.
M. GUILLERMO QWISTGAARD

Direction, Rédaction, Administration: CITÉ DU VATICAN; Tél. 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139 E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

Publication quadrimestrielle. Abonnement: 60.000 Lires italiennes (ou équivalent en valeurs locales)
frais de port inclus

Publication aux soins de la Maison d'Editions VELAR S.p.A., Gorle (BG) Italie

Sur la couverture: Vitrail du P. Constantin Ruggeri

Spedizione in a.p. - art. 2, comma 20/c, legge n. 662/96 - Filiale di Roma

Sommaire

4 Télégramme du Saint-Père

L'ÉGLISE CATHOLIQUE
ET LE DÉFI DU SIDA, 9-11 DÉCEMBRE 1999

6 Accueil et introduction

S.E. Mgr Javier Lozano Barragán

8 Le SIDA dans le monde d'aujourd'hui: la situation actuelle et les défis pour le futur

Dr Peter Piot

12 Présentation du travail effectué par le groupe de recherche

S.E. Mgr José L. Redrado

13 Résultats de l'enquête sur "Réalités, problèmes et propositions des églises locales sur les services sociaux/sanitaires et sur l'action pastorale à l'égard des personnes séropositives et malades du SIDA dans le monde"

Mme Fiorenza Deriu Bagnato

1^{ère} PARTIE
LA PRÉVENTION

25 La vie comme valeur essentielle

M. Carlo Casini

29 L'éducation est-elle orientée vers les valeurs?

Pr Stanislaw Grygiel

TABLE RONDE
LES LIEUX D'ÉDUCATION AUX VALEURS

37 I: La famille

S.E. Mgr Francisco Gil Hellin

41 II: L'école

S.Em. Card. Pio Laghi

44 III: Les mass media

S.E. Mgr John P. Foley

TABLE RONDE
EXPÉRIENCES ET PROJETS D'ACTIONS
ET DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION
BASÉS SUR L'ÉDUCATION AUX VALEURS

46 I: Italie, le CUAMM

Dr Giovanni Putoto

50 II: Le SIDA en Inde

Dr Gracious Thomas

58 III: Espagne, la Fondation *Dimensió SIDA*

Dr Antoni Mirabet

63 IV: SIDA et Caritas Internationalis

Mgr Fouad T. El-Hage

72 V: L'Afrique

Dr J. Agness-Soumahoro

2^e PARTIE
L'ACCOMPAGNEMENT
EXPOSÉS SUR LE THÈME
"DE L'ASSISTANCE AUX MALADES DU SIDA"

75 I: Aspects sanitaires

Dr Massimo Fantoni

77 II: La transmission maternelle du SIDA au fœtus. Nouvelles possibilités de prévention

*Dr Massimo Fantoni
Dr Guido Castelli Gattinara*

78 III: Aspects psychologiques

Mme Rosa Merola

83 IV: Aspects éthiques et moraux

Dr Antonio G. Spagnolo

87 V: Aspects spirituels

P. Arnaldo Pangrazzi

EXPOSÉS SUR LE THÈME

"ACCÈS À L'ASSISTANCE, AUX SOINS, EXPÉRIENCES
PASTORALES DANS QUELQUES ÉGLISE LOCALES"

89 I: Asie - Thaïlande

Dr Kumnuan Ungchusak

90 II: Afrique - Congo

Dr Kapepela Kakicha Marie

92 III: Amérique du Sud - Brésil

Mme Maria Inez Linhares de Carvalho

94 IV: Amérique Centrale - Haïti

Dr Jean-Marie Caidor

95 V: Amérique du Nord - États-Unis

P. Robert Vitillo

98 VI: Europe - Pologne

P. Arkadiusz Nowak

100 Conclusion

SÉMINAIRE D'ÉTUDE SUR:

"L'IDENTITÉ DE L'AUMÔNIER CATHOLIQUE
DANS LA PASTORALE DE LA SANTÉ ET LA SANTÉ
AU SEUIL DU 3^{ème} MILLÉNAIRE",
22-23 NOVEMBRE 1999

103 Le prêtre ministériel ordonné, l'évêque et le presbytère dans la pastorale de la santé à la lumière de l'exhortation apostolique "Pastores Dabo Vobis"

S.E. Mgr Javier Lozano Barragán

108 Identité de l'aumônier catholique dans la Pastorale de la Santé au seuil du III^{ème} millénaire Réflexion théologique

Abbé Juvenal Ilunga Muya

117 L'aumônier catholique de la Pastorale de la santé dans le Droit canonique

Mgr Martin Vivies

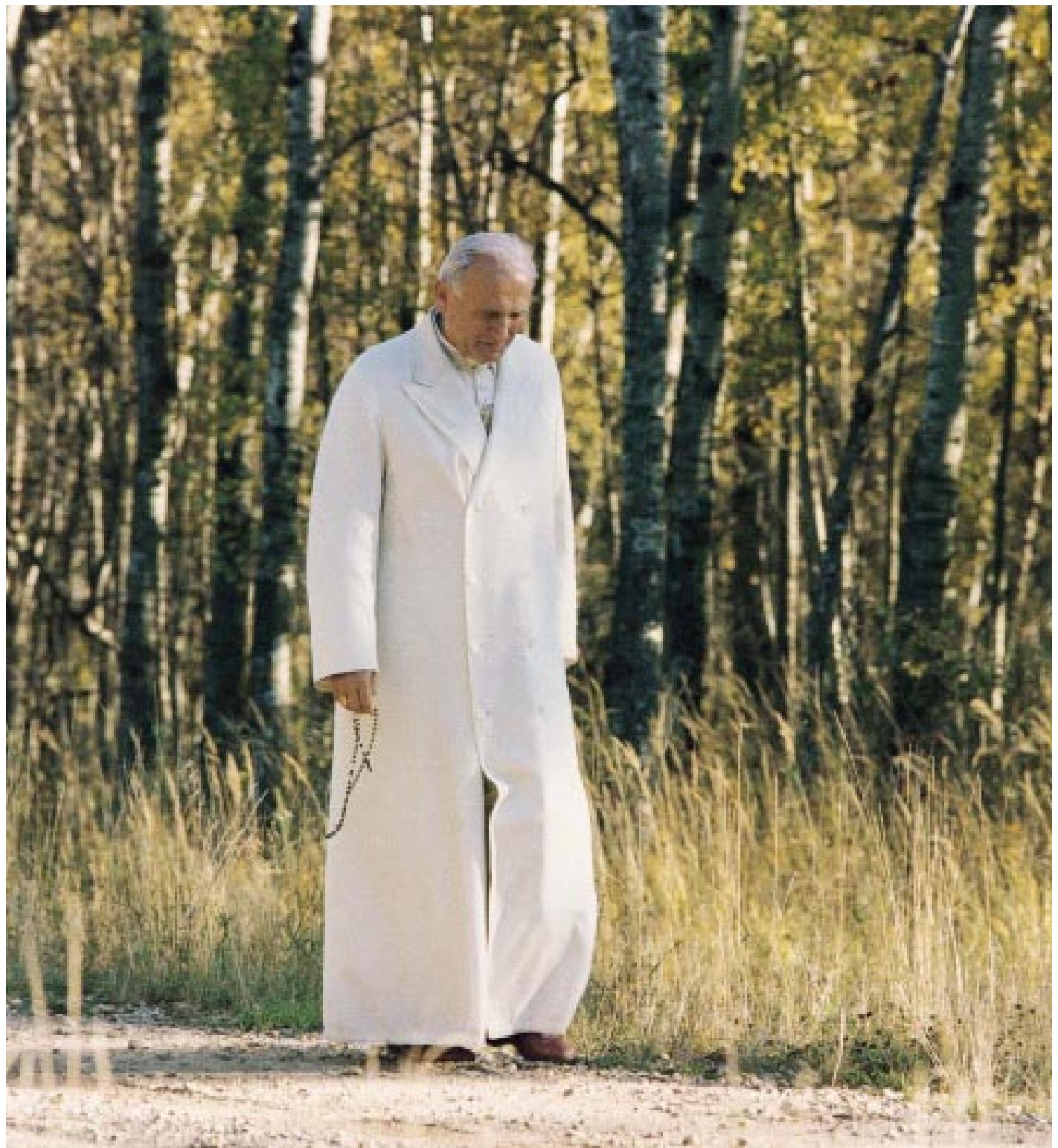
127 L'aumônier catholique en Pastorale de la santé au seuil du 3^{ème} millénaire

P. Renato Di Menna

136 Conclusion

P. Felice Ruffini

*Les illustrations de ce numéro sont extraites du livre
L'antica spezieria della Santa Casa di Loreto
Colapinto, Grimaldi, Bettini
Editore Croce Azzurra, Bologna*



*“Venez vous-mêmes à l'écart,
dans un lieu désert, et reposez-vous un peu”*

(Mc 6, 31)

Télégramme du Saint-Père

Sa Sainteté Jean Paul II salue cordialement les participants des différents pays convoqués par le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé, en vue d'étudier les sujets relatifs au fléau du sida.

En cette circonstance, le Saint-Père vous encourage tous à travailler ensemble, à partir des compétences respectives, dans le soin de ceux qui souffrent de cette maladie, en utilisant les ressources de la science pour alléger leurs souffrances. La solidarité de l'Église et la générosité fraternelle de tant de femmes et d'hommes de bonne volonté, soutenus par l'exemple du bon Samaritain, accompagnent et aident ces malades, par des moyens adaptés et se chargent de leur rétablissement complet ou de leur mort sereine. Avec ces sentiments très forts, le Pape demande au Tout-Puissant, par l'intermédiaire de l'intercession de la Vierge des douleurs et de l'espérance, d'éclairer et de concéder des fruits abondants à tous ceux qui travaillent dans ce domaine spécifique de la souffrance humaine et impartit affectueusement aux personnes présentes la bénédiction apostolique implorée.

S.Em. le Cardinal Angelo SODANO, Secrétaire d'État de Sa Sainteté

*L'Église Catholique
et le défi du SIDA*



9-10-11 Décembre 1999
Nova Domus
Sanctae Marthae
Cité du Vatican

Accueil et introduction

Je salue chaleureusement les participants à cette session de travail sur le Sida organisée par le Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé. Je salue et remercie tous les rapporteurs pour leur présence. Ils apportent réellement une grande contribution à la cause de la santé dans le monde et au développement de la pastorale de la santé.

Cette session vise trois objectifs: 1. soutenir l'aide aux malades du Sida; 2. orienter le problème du Sida selon les critères du Magistère pontifical; 3. cordonner les mouvements et groupes de l'Église catholique qui travaillent dans le domaine du Sida.

Nous partirons de la situation actuelle du Sida dans le monde, et des prévisions pour le futur. Ce thème sera traité par l'Onusida, l'organisation des Nations Unies pour le Sida.

Ensuite, nous présenterons les recherches effectuées par notre Conseil Pontifical sur la situation réelle, sur les problèmes afférents et sur les propositions des églises locales pour le Sida dans le monde, pour porter ensuite notre attention sur trois grandes lignes: prévention, accompagnement et éclairage.

En parlant de la prévention,

nous présenterons la vie comme valeur de base, l'éducation aux valeurs, les espaces d'éducation à ces valeurs, la famille et l'école, les moyens de communication, les expériences et les perspectives futures d'intervention ainsi que les programmes à caractère préventif basés sur l'éducation aux valeurs; ces expériences seront présentées par les pays suivants: Italie, Inde, Espagne, Sénégal, et Caritas Internationalis.

Pour ce qui concerne l'accompagnement, nous étudierons l'assistance aux personnes atteintes du Sida, en prêtant attention aux aspects médico-sanitaires, psychologiques, éthico-moraux et spirituels; nous présenterons ensuite l'accès aux programmes de soin sur le terrain; après cela, nous présenterons les expériences pastorales de quelques églises locales des cinq continents: pour l'Asie, nous entendrons les expériences de la Thaïlande; pour l'Afrique, celles de la République démocratique du Congo, pour l'Amérique, celles du Brésil, d'Haïti et des Etats-Unis; pour l'Europe, les expériences de la Pologne; et enfin, pour l'Océanie, celles d'Australie.

Pour éclairer ensuite cette réalité par la Parole de Dieu,

nous réfléchirons sur la théologie pastorale face au Sida, pour conclure sur une ligne de conduite à adopter pour une meilleure action pastorale dans le futur.

Notre session entend motiver les églises particulières afin qu'elles influent davantage sur les politiques de santé nationales au sujet du Sida; nous souhaitons une présence plus significative de la part des personnels de santé dans le cadre même des structures socio-sanitaires publiques et privées, avec une orientation claire en matière de pastorale de la santé concernant le Sida; notre souhait est que cette session contribue de manière particulière à la promotion de politiques de protection de la vie, en opposant un défi aux politiques actuelles de prévention basées, souvent exclusivement, sur la diffusion du préservatif.

Nous voulons promouvoir la création d'un réseau crédible de groupes désintéressés d'organismes et d'associations non gouvernementales engagés dans la lutte contre cette maladie; nous désirons soutenir les actions des gouvernements nationaux sur ce point; appuyer les initiatives des ONG catholiques et non catholiques; encourager l'acquisition de fonds et de moyens financiers pour la réalisation de projets qui prévoient la facilitation de l'accès aux médicaments antitroviraux et contre les infections afférentes; nous souhaitons des initiatives destinées à soutenir le développement socio-économique des pays les plus touchés par le Sida; enfin, nous voulons apprendre à utiliser de manière améliorée et plus adaptée les moyens de communication sociale, en particulier la presse, la TV et Internet.



On a dit que l'Église n'a pas fait entendre sa voix au sujet du problème du Sida et que son silence est la preuve de son impuissance dans le domaine concret d'une réalité parmi les plus dramatiques d'aujourd'hui. Rien n'est plus faux: ainsi qu'il ressort de la recherche que nous présentons dans cette session, 9,4% de ceux qui s'occupent de malades du Sida sont des organismes d'Église, et 15%, des organisations non gouvernementales catholiques. Par rapport à l'ensemble des moyens engagés, leurs moyens représentent 20,6%; ils sont en grande partie non pas publics mais privés. À tous ces éléments, il est évident qu'il faut ajouter les positions claires du Pape, à qui nous faisons référence dans ce qui suit et les innombrables déclarations pastorales et communications des épiscopats du monde entier publiées dans des documents récents.

Nous souhaitons à cette session la clarté dans ses objectifs et donc la clarté dans l'orientation pour le travail pastoral; tout cela, nous pouvons le trouver dans l'enseignement du Saint-Père concernant le problème du Sida: il a déjà été présenté dans la précédente session organisée par notre Dicastère sur la même question. Nous signalons en particulier l'action de prévention, et pour celle-ci, un point spécifiquement chrétien que le Pape souligne clairement: il faut faire ressortir la force que doit avoir de nos jours la vertu de chasteté.

Il n'est pas douteux que dans l'ambiance de sécularisation de notre monde, cette solution apparaît comme une illusion, et dans certains cas, elle peut sembler pieuse, un pur préjugice, par rapport à la terrible réalité qui semble déborder les limites de la moralité; cependant, il n'y a pas le moindre doute que pour la pastorale de l'Église catholique, la vertu de chasteté constitue actuellement le rappel le plus urgent dans cette ambiance: elle doit être développée tant dans sa présentation, adaptée et claire, que



dans son actualisation pratique.

Il est vrai que la vertu de chasteté semble aller à contre-courant dans une société totalement sexualisée comme l'est la nôtre aujourd'hui. Elle apporte avec elle une vision anthropologique de l'amour et du sexe, elle doit être comprise dans toute son extension sociale, familiale, individuelle et personnelle. Elle doit se comprendre d'une manière dans les exigences de la chasteté dans le mariage et elle se vit sous une autre forme dans l'état de célibat. Sans cette vision acceptée grâce à la foi, on comprend comment il est absurde, pour beaucoup, que l'Eglise catholique n'accepte pas le préservatif dans ses méthodes pratiques de prévention.

Pour ce qui concerne le traitement des séropositifs, notre session mettra en relief les actions des gouvernements des différents pays, actions que nous devons reconnaître et animer. Il faut intensifier l'action de tous ceux qui se préoccupent de ces maladies; il faut développer chez tous une mentalité de bon samaritain, dans la solidarité, afin que nous puissions voir dans ces malades des frères pauvres et moins protégés, qui sont devenus la proie de ce terrible mal et au profit desquels il faut développer une action préférentielle de la part de tous, et en particulier de la part des personnels de la santé.

Face au terrible drame que vivent en particulier les deux millions d'enfants de l'Afrique subsaharienne, orphelins de

parents décédés parce que touchés par le Sida, et dont la plus grande partie est atteinte à son tour par ce mal, il est urgent de sensibiliser tout le monde pour qu'on leur vienne en aide. Il y a eu récemment une initiative que nous estimons bon de soutenir: rendre officielle pour tout le monde l'institution d'une journée des enfants atteints du Sida; cette journée serait fixée au 28 décembre, jour où l'Église catholique célèbre la fête des saint Innocents.

Le Dicastère a fait sienne cette initiative et il a envoyé une demande à ce sujet aux évêques présidents des Conférences épiscopales du monde entier. Dans celle-ci, il les invite, s'ils le désirent, à présenter cette initiative au peuple de Dieu de leur églises particulières. À titre de cadeau de Noël, ils pourront envoyer leurs prières et leurs aides économiques pour la nourriture et les médicaments nécessaires à ces enfants, dans les 6 pays d'Afrique subsaharienne les plus touchés par cette infection. Ces aides peuvent être de tous les genres; une aide est très souvent oubliée, comme il est évident que cela puisse se produire dans un monde sécularisé: c'est la prière et nous insistons sur elle. Elle sera un instrument tout à fait particulier pour combattre cette plaie qui nous a submergés en cette fin du deuxième millénaire et au début du troisième. Vous pourrez trouver la documentation sur ce sujet dans le matériel qui vous a été remis et nous espérons que vous pourrez être les porte-voix de cette initiative dans vos églises locales.

Que la Vierge Marie, santé des malades, vienne en aide à tous ces innombrables enfants qui meurent continuellement à cause de ce terrible mal et qu'elle porte maternellement sur son cœur tous ceux qui sont affligés par le Sida.

S. Exc. Mgr JAVIER LOZANO
BARRÁGAN
Archevêque-évêque émérite
de Zacatecas
Président du Conseil Pontifical
pour la Pastorale de la Santé
Saint-Siège

Le SIDA dans le monde d'aujourd'hui: la situation actuelle et les défis pour le futur

Excellences, Membres du Conseil pontifical, Mesdames et Messieurs,

Tout d'abord, je désire remercier son Excellence Mgr Lozano pour sa présentation élogieuse.

À la demande du Programme des Nations Unies sur le Sida (ONUSIDA), je voudrais vous remercier de m'avoir offert l'opportunité de m'adresser à cet important Congrès sur le sida, qui, je l'espère contribuera à assurer une collaboration plus étroite entre ONUSIDA et tous les organismes de l'Église catholique.

Je voudrais commencer en insistant sur la diffusion de l'épidémie du sida qui affecte le monde d'aujourd'hui et considérer les perspectives qui se présentent dans un futur proche.

Vue d'ensemble de la situation mondiale du sida

L'expansion du sida a largement dépassé nos craintes les plus fortes. Plus de 33 millions d'hommes, de femmes et d'enfants sont actuellement séropositifs ou malades du sida – un nombre équivalant à la presque totalité de la population de la Pologne. Et la moitié de ceux-ci sont des jeunes de moins de 25 ans. Plus d'un million d'enfants sont infectés par le virus VIH, la plupart d'entre eux, de manière périnatale, vivent en Afrique.

Permettez-moi de dire, dès le début, que nous ne sommes pas sans ressources devant cette épidémie. Je peux indiquer les pays et les communautés de chaque région du monde où le taux d'infection a été stabilisé ou même inversé.

Cependant, partout, l'épidémie continue de progresser sans relâche. 16.000 personnes environ sont infectées chaque jour. La plupart des nouvelles contaminations affectent les

personnes entre 15 et 24 ans et l'épidémie atteint de plus en plus de femmes. La majorité écrasante (à peu près 95%) d'hommes, de femmes et d'enfants séropositifs vivent dans les pays *en voie de développement*. Dans le monde, neuf personnes sur dix sont contaminées par le virus et l'ignorent.

Plus de 16 millions d'adultes et d'enfants sont morts à cause de cette maladie dévastante et le tribut de morts augmente chaque année. Cette année, on a enregistré le nombre le plus important de morts dues au sida depuis le commencement de l'épidémie – 2,6 millions. À présent, le sida tue beaucoup plus de personnes dans le monde que n'importe quelle autre maladie infectieuse.

En Asie, la région la plus peuplée du monde, cela engendre de sérieux problèmes. Par exemple, il y a une progression rapide du virus dans certains pays comme le Myanmar et le Cambodge où l'épidémie est bien établie dans la population, avec 4,5% de donneurs de sang (hommes) contaminés. Une des inquiétudes majeures consiste à savoir comment l'épidémie va évoluer dans les deux plus grands pays du monde: la Chine et l'Inde. On a déjà calculé qu'en Inde seulement, il y a plus de 4 millions de personnes séropositives, non seulement dans les centres urbains mais également dans les régions rurales. En Chine, près d'un demi million de personnes sont supposées séropositives, particulièrement chez les toxicomanes et l'éventualité de la propagation du virus VIH au-delà de la population des toxicomanes vers d'autres groupes plus vulnérables est à redouter.

D'autre part, la Thaïlande a enregistré une diminution évidente des nouvelles infections, due en grande partie aux efforts de prévention soutenus qui visent les facteurs affectant à la fois le risque VIH et la vulnérabilité.

Les Caraïbes représentent la seconde région la plus contaminée dans le monde, avec des pays comme Haïti, qui atteignent des niveaux d'infection du virus VIH voisins de ceux des pays de l'Afrique sub-saharienne et des taux d'infection élevés en République Dominicaine, Guyane et Barbade. Au Brésil et au Mexique, le sida a été classé, après la violence, comme la seconde cause de décès chez les hommes de moins de 45 ans, dépassant les accidents de la route. En Amérique centrale, des niveaux d'infection extrêmement élevés ont été attestés chez des femmes enceintes, des homosexuels et des immigrés. Tandis que dans la pointe sud, les taux d'infection augmentent dans les populations les plus vulnérables, surtout chez les toxicomanes et leurs partenaires.

En 1999, la courbe mondiale la plus forte du VIH a été enregistrée dans *les nouveaux états indépendants de l'ancienne Union Soviétique* où la proportion de séropositifs a doublé entre 1997 et 1999. Dans la plus vaste région comprenant ces pays et le reste de l'*Europe centrale et orientale*, le nombre de personnes séropositives a augmenté de plus d'un tiers en 1999, pour atteindre un total de 360.000.

Dans les pays développés, de grands progrès ont été accomplis dès les premières années de l'épidémie. Cependant, la prévention n'a guère évolué pendant une dizaine d'années. Cette année, comme au cours des années précédentes, 75.000 personnes ont été contaminées et l'on peut craindre que des comportements irresponsables soient à nouveau en hausse. Mais, nulle part ailleurs, l'impact du sida n'a été aussi destructeur qu'en Afrique sub-saharienne où, aujourd'hui, il constitue la menace principale au développement.

Au niveau régional, près de

14 millions d'Africains sont déjà morts – plus de deux millions cette année. En 1999, quatre millions d'Africains environ ont été contaminés par le virus, portant ainsi le nombre total des victimes en Afrique à plus de 23 millions. Dans treize pays africains au moins, plus d'un dixième de l'ensemble de la population adulte est séropositive et dans certains pays comme le Botswana, la Namibie, l'Afrique du sud et le Zimbabwe, un adulte sur cinq est contaminé. La longueur moyenne de la vie dans des pays comme le Botswana est tombée en dessous du niveau de 1960 (de 61 ans à la fin des années '80 à 47 ans aujourd'hui, et il faut s'attendre à une nouvelle diminution à 38 ans, entre 2005 et 2010). Cependant, des lueurs d'espoir sont attestées en Ouganda et au Sénégal. Ces deux pays ont démontré que des efforts de prévention précoces et généralisés, associés à la fourniture des services essentiels, ont tenu l'infection HIV à des niveaux extrêmement bas. Ce succès est dû à une politique active et responsable des dirigeants qui, dès le début, ont engagé des groupes de la société civile dans des actions destinées à maîtriser la diffusion de l'épidémie.

Mais les millions de personnes séropositives ou malades du sida et celles qui meurent de la maladie sont seulement la pointe de l'iceberg: un nombre toujours plus élevé de personnes sont affectées par l'épidémie et doivent affronter quotidiennement ses conséquences. Un des groupes les plus importants est formé par les orphelins. Puisque les

adultes sont malades et meurent, le nombre d'orphelins augmente de plus en plus. À la fin de 2000, plus de 13 millions d'enfants seront orphelins du sida, la plupart se trouvant en Afrique et plus de 10 millions ont moins de 15 ans. Autrefois, la famille traditionnelle et les structures de la société prenaient soin des orphelins – mais c'était avant le sida! Leurs grands-parents sont souvent âgés et pauvres et ne peuvent pas s'en occuper. Ils font partie d'un phénomène nouveau et grandissant: le ménage dont le chef est un enfant. Il y a des enfants qui ont vu mourir leurs parents; il y a des enfants sans espoir, qui n'ont personne pour leur apprendre à se débrouiller, à devenir des adultes responsables et des parents à leur tour.

Le sida est une des plus grandes crises du développement de notre temps. Il est évident que le sida est beaucoup plus qu'une épidémie; c'est une catastrophe effroyable affectant le développement de nombreux pays. Tandis que la plupart des maladies infectieuses éliminent les plus faibles – les très jeunes ou les très âgés – le virus VIH prend pour cible des personnes au début de leur carrière et de leur vie parentale. Ce facteur d'âge détruit les bases économiques et sociales des familles.

En outre, le sida menace des communautés entières ainsi que l'économie. Comme le Président Nelson Mandela avertissait en 1997, au Forum économique de Davos: "le sida tue ceux dont la société a besoin pour faire pousser les céréales, travailler dans les mines et les fermes, gérer les écoles et administrer les pays et les na-

tions". Aujourd'hui, dans de nombreux pays africains, le sida a déjà anéanti les principaux bénéfices du développement enregistrés dans les dernières décennies. Les économistes de la Banque mondiale estiment que les pays avec un taux élevé de sida perdront un pour cent de la croissance annuelle du produit intérieur brut.

Le sida atteint de nombreux aspects de la vie sociale et économique.

– *Les systèmes de soins de santé* sont mis à rude épreuve puisqu'ils doivent traiter un nombre de malades du sida toujours plus important et la perte du personnel de santé en raison de la mort et de la maladie. Ils doivent également affronter de plus en plus de cas de tuberculose, l'infection la plus courante associée au sida. En Côte d'Ivoire, Zambie et Zimbabwe, les séropositifs occupent 50 à 80% de tous les lits des hôpitaux urbains. En moyenne, le traitement d'un malade du sida pendant un an coûte presque aussi cher que l'éducation de 10 élèves d'école primaire pendant un an.

– *Le secteur de l'éducation* est également durement touché. Une étude de la Banque mondiale en Tanzanie a estimé que le sida tuerait près de 15.000 enseignants en 2010, et 27.000 en 2020. Le prix de la formation des enseignants de remplacement coûtera 40 millions de \$. En Côte d'Ivoire, un instituteur meurt du sida chaque jour. La qualité de l'enseignement dispensé souffre également du manque d'expérience du personnel qui est "forcé" de remplacer ceux qui tombent malades ou qui meurent.

– L'épidémie du sida exploite jusqu'à l'extrême limite la *capacité de la sécurité sociale*. L'impact sur les familles commence dès qu'un membre de la famille souffre du sida et des maladies associées. Cela se traduit par le manque à gagner du malade, une augmentation importante des frais médicaux et les autres membres de la famille, généralement les épouses et les filles, quittent l'école ou travaillent pour assumer les soins du malade. Les morts ne sont pas seulement une cause de dépenses supplémentaires pour les funérailles et le deuil, mais



également de perte permanente de revenus en raison d'une diminution du travail à la ferme ou des ressources qui s'amenuisent. En Côte d'Ivoire, dans les familles urbaines où un membre est atteint du sida, le revenu moyen diminue de 50 à 60%, les dépenses familiales consacrées à l'instruction diminuent de moitié et la consommation de nourriture tombe à 45%, tandis que les dépenses individuelles de santé quadruplent. D'autres conséquences incluent la dissolution totale ou partielle des familles: les enfants sont envoyés ailleurs, ils vont vivre chez des parents; un des conjoints ou un enfant émigre pour chercher du travail et parfois, à la mort de son mari, la veuve et ses enfants sont obligés d'aller vivre chez un frère, renonçant ainsi aux droits de succession et d'héritage.

— *La productivité économique diminue.* Le sida touche surtout les personnes qui sont au stade le plus productif de leur vie, souvent ceux qui appartiennent à une classe socio-économique élevée et qui ont bénéficié de nombreuses années d'investissement pour leur formation. De même, des travailleurs experts et des directeurs de secteurs comme les mines, le pétrole et l'agriculture tombent malades et meurent, les effets dévastateurs sur la production peuvent même dépasser les coûts les plus facilement calculables en frais médicaux, jours de maladie et formation de remplacement. Dans certains pays, dans le secteur privé, les dépenses liées au sida dévorent plus du cinquième des bénéfices.

Que devons-nous faire pour répondre aux défis lancés?

Beaucoup a déjà été réalisé dans le monde pour relever les défis lancés par cette épidémie dévastatrice et l'Église catholique romaine est un partenaire important dans les efforts déployés pour arrêter sa progression. Mais chacun de nous doit faire davantage. Nous ne sommes pas seulement unis par notre désir commun de faire plus, mais aussi par le douloureux dilemme que cette maladie

comporte. Nous faisons l'expérience de l'angoisse et de la douleur lorsque nous perdons des membres de notre communauté ou lorsque nous ne sommes pas capables de répondre aux besoins des malades du sida et des séropositifs.

Un des domaines essentiels où l'Église fait une grande différence est représenté par le *soin* des séropositifs et des malades du sida. L'Église catholique a joué un rôle exemplaire en aidant les malades du sida et leurs familles. Une force particulière est le soutien spirituel et

une solution parfaite, le fait de travailler à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant peut également aider à édifier l'infrastructure nécessaire pour les soins et le traitement et à renforcer l'accès et la qualité de l'assistance psychologique volontaire et des services de dépistage, requis pour le succès de l'intervention.

La discrimination et le stigmate associés au sida demeurent des obstacles majeurs et augmentent la vulnérabilité à la diffusion du virus VIH. Dans



affectif que l'Église offre aux personnes qui doivent affronter l'immense souffrance entraînée par cette maladie, surtout à ceux qui sont rejetés par leurs familles et leurs communautés à cause de l'infection. À l'avenir, étant donné le nombre croissant de personnes atteintes par l'épidémie, les services fournis par l'Église, qui constituent déjà 25% environ des soins donnés aux malades du sida dans la plupart des pays, devront affronter de nouveaux défis pour tenter de répondre aux demandes toujours plus nombreuses.

La réduction de la transmission du virus VIH de la mère à l'enfant constitue une brèche dans l'épidémie. Des recherches récentes ont montré qu'une intervention efficace et ciblée pour retarder la progression du virus peut réduire de moitié la transmission de l'infection de la mère à l'enfant si l'allaitement maternel est évité. De nombreux gouvernements envisagent à présent la possibilité d'étendre cette intervention aux femmes enceintes séropositives. Bien que ce ne soit pas

un milieu où le stigmate et le préjudice sont présents, les personnes sont moins susceptibles d'accepter la présence du virus dans leur communauté et d'être ouvertes aux initiatives de prévention. La croyance de l'Église catholique dans la dignité de toutes les personnes et la promotion d'une société juste sont importantes dans l'atténuation de la honte et de l'aliénation éprouvées par les malades du sida, les séropositifs, leurs familles et les personnes considérées à risque d'infection, comme les prostitué(e)s et les toxicomanes qui font usage de la drogue par voie intraveineuse.

Dans plusieurs pays, l'Église a été la première à accueillir les malades du sida et les séropositifs qui étaient refusés par leurs communautés – sans aucune considération de leur histoire passée, de leur orientation sexuelle, de leur mode d'infection. Ce défi fut bien exprimé par Jean Paul II: "Dieu vous aime tous sans distinction, sans limite... Il aime tous ceux d'entre vous qui sont malades, ceux qui souffrent du sida. Il aime les pa-

rents et les amis des malades et ceux qui les soignent”.

En suscitant un milieu ouvert au dialogue – sans jugement, sans préjugé – la communauté ecclésiale peut le rendre plus acceptable à tous. En parlant du sida de manière plus ouverte et en des termes de plus grande tolérance, l’Église peut réduire le besoin terrible de dissimuler la maladie et d’atténuer le stigmate et l’insulte du refus. À cet égard, nous pouvons travailler tous ensemble avec d’autres partenaires pour influencer les politiques nationales des droits humains, des problèmes de genre, de culture, d’éthique et de normes.

Un partenaire essentiel pour affronter ce défi est représenté par *le grand engagement des personnes malades du sida et séropositives* dans tous les aspects de la prévention, des soins et de la vie communautaire. Les séropositifs ou ceux qui sont directement atteints par la maladie apportent leur expérience personnelle pour planifier et donner une réponse à l’épidémie. Ceux qui sont ouverts sur leur propre statut de séropositif peuvent aider d’autres à apprécier le besoin de solidarité entre ceux qui vivent avec le sida et ceux qui, jusqu’à présent, ont échappé à l’infection.

Comment l’ONUSIDA peut-elle travailler avec l’Église?

La collaboration avec l’Église catholique et ses organisations est en cours aux niveaux mondial, régional et national. En 1998, un partenariat officiel a été établi entre le secrétariat ONUSIDA et la Caritas Internationalis pour travailler ensemble en vue de:

- promouvoir la connaissance du sida par un comportement responsable, le soin et la dignité de ceux qui sont atteints par l’épidémie,

- traiter le développement des problèmes les plus importants mis en évidence par l’épidémie, tout en conservant l’être humain au centre du développement et

- encourager le travail de défense sur les problèmes du sida.

Chaque organisation fera cela à partir de ses orientations –

Caritas Internationalis à partir de l’enseignement spirituel, moral et social de l’Église catholique romaine et ONUSIDA à partir d’un point de vue pluriel en sa qualité d’organe des Nations Unies.

En mars 1998, en Amérique latine, la Conférence épiscopale de l’Argentine a tenu un symposium régional sur la prévention du sida, auquel participaient des représentants de l’Église catholique de plusieurs pays d’Amérique latine, un ancien officiel du Vatican, le Secrétaire de l’ONUSIDA et la Banque mondiale. Une conférence complémentaire a eu lieu en mars 1999, dans le but de construire sur le dynamisme du symposium et a contribué à entretenir un dialogue plus ouvert et permanent sur les problèmes du sida dans la région. En Argentine, cette collaboration s’est traduite par une aide de l’ONUSIDA destinée à l’insertion de messages d’information sur le sida dans les publications ecclésiales qui atteignent quelque 150.000 paroissiens chaque semaine, ainsi que des messages radio concernant le sida, diffusés par 35 stations radiophoniques catholiques.

L’ONUSIDA collabore activement avec d’autres organisations pour soutenir leurs efforts en vue d’accroître la connaissance du sida et de propager les services de prévention, de soins et d’assistance dans leurs différentes communautés. Quelques exemples de cette collaboration comprennent l’aide au Conseil mondial des Églises, pour encourager les capacités de leurs églises membres à transmettre les moyens de prévention du sida, le soin et l’assistance – un programme pour ériger une base nationale et communautaire de formateurs sur le sida au sein des membres du CME sur le sida a été constitué en Inde et au Zimbabwe.

Une alliance interreligieuse en Afrique pour agir comme point central d’échange d’informations, partage des ressources et capacités d’initiatives a été fondée. Des études d’exemples d’activités sur le sida offertes par des communautés religieuses en Afrique et une analyse attentive de l’engagement des communautés reli-

gieuses bouddhistes, chrétiennes et hindoues en Asie ont été effectuées. L’ONUSIDA a également accordé son soutien au Premier Symposium sur le Sida et la Religion à Dakar, au Sénégal. Au cours de cette conférence, les participants de différentes sphères religieuses comprenant l’islam, le christianisme et le bouddhisme ont partagé leurs expériences pratiques dans les soins et l’assistance du sida, soutenu et discuté de la prévention par l’abstinence, la fidélité réciproque dans le mariage et l’usage responsable du préservatif.

En conclusion, permettez-moi de dire que nous sommes nombreux et très unis dans ce sens. Toutes les traditions religieuses s’efforcent de trouver la manière d’affronter les problèmes du sida et surtout la manière d’atteindre les jeunes par les messages que j’ai mentionnés ci-dessus. Parfois, nous avons des approches identiques, parfois des approches complémentaires. Nous devons continuer à rechercher la compréhension mutuelle et à renforcer le dialogue entre l’Église et les autorités laïques, nous ne devons pas dissimuler mutuellement les efforts. Notre aptitude à trouver de nouveaux moyens de travailler ensemble constitue notre espoir authentique de réduire les conséquences tragiques de l’épidémie du sida. La prochaine génération des jeunes et la génération suivante de nos responsables dépendent de nous pour trouver le chemin. Nous ne devons pas échouer. Merci.

Dr PETER PIOT
Directeur de l’UNAIDS
Nations Unies



Présentation du travail effectué par le groupe de recherche

12

1. L'apparition du sida a suscité dans la société une forte réaction d'agression, de panique et de crainte.

2. Immédiatement après, on a assisté à l'explosion de services et d'attentions aussi bien des professionnels que des institutions, un réveil de témoignages, de solidarité et de professionnalisme. Nous pouvons dire que le sida est devenu une maladie à la mode. Il est certain que nous avons commencé à accorder une valeur à la vie, si fragile et si mortelle, telle que nous la présente cette maladie.

3. Je voudrais souligner la donnée de la sensibilité de l'Église qui, comme toujours, dans ces circonstances, devient pionnier aussi bien par *sa parole* que par *le nombre d'institutions et de personnes* consacrées au service des malades contaminés par le sida.

4. Au cours de la réunion qui s'est tenue à Genève au mois de mai 1998, sur le thème du sida, l'importance de l'Église a été soulignée pour ce qui concerne la définition de son point de vue sur les problèmes éthiques associés à cette maladie.

On a dit que l'élaboration et la diffusion de documents expliquant à un public hétérogène – au point de vue confessionnel et culturel – la position de l'Église et sa réponse dans le milieu social, sanitaire et spirituel, pourrait être utile.

Nous pouvons affirmer que le Pape nous a éclairés plusieurs fois par son magistère à ce sujet.

Nombreux sont les documents que les conférences épiscopales et plusieurs évêques ont écrits aux fidèles afin qu'ils soient présents – comme le Christ l'était – parmi les faibles, les malades et les nécessiteux et qu'ils soient "protagonistes" par une pré-

sence accueillante, guérissante et salvifique.

L'Église invite à "évangéliser la maladie", à l'intégrer, en lui donnant un sens, à célébrer les sacrements, source de grâce et à témoigner le service (diaconie) et la communion (koinonia), la force thérapeutique de la charité.

5. Le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé – bras droit du Saint-Père dans le domaine de la pastorale de la santé – ne pouvait rester indifférent à toute cette problématique. Je voudrais rappeler en cette assemblée, deux étapes importantes du travail réalisé par notre dicastère sur le sujet du sida.

Première étape

– La Conférence internationale intitulée "Vivre, pourquoi? Le Sida", qui a eu lieu en 1989 et était consacrée à ce sujet. Ceux qui suivent notre Revue "Dolentium Hominum", trouveront dans le n° 13 – aujourd'hui épousé – les actes de ce congrès important.

– Au cours de cette première étape, nous avons visité de nombreuses institutions aux États-Unis, en Inde, en Italie ainsi que des hôpitaux et des centres d'accueil pour ces malades.

– Nous avons également participé à d'autres rencontres sur ce thème.

Seconde étape

Elle a commencé par la programmation du travail dans notre dicastère dont les programmes sont indiqués dans le livre intitulé "Plan de travail". Le sida apparaît sous le titre "maladies émergentes".

Dans l'intention de réaliser une réflexion sur le thème, nous avons constitué au sein du Conseil pontifical un groupe de travail dont l'œuvre est à la base de ce symposium. Le parcours suivi par le groupe a commencé par la réunion du 15 juin 1997, suivie de celles du

- 14 juillet 1997
- 2 mars 1998
- 24 mars 1998
- 21 avril 1998
- 14 mai 1998
- 20 mai 1998
- 29 mai 1998
- 16 juin 1998

– En juillet 1998, des questionnaires ont été envoyés à toutes les conférences épiscopales et nous avons demandé à neuf d'entre elles d'envoyer un représentant pour faire partie d'un groupe de travail plus large.

– 18-19 décembre 1998: une réunion a eu lieu avec le groupe d'étude complet, plus les nouveaux membres nommés.

Différentes réunions ont eu lieu en 1999:

- le 23 avril 1999
- le 13 juillet 1999
- le 26 octobre 1999

dont l'objectif consistait à préparer le symposium actuel et à examiner de près – par l'étude et l'évaluation – les réponses au questionnaire. Le résultat de tout ce cheminement est la réunion actuelle.

Au nom du Conseil pontifical, je remercie tout les membres du groupe de travail et du Secrétariat. Tous, chacun à son propre niveau, ont permis la réalisation de cette rencontre qui, nous l'espérons, constituera un tremplin pour continuer à travailler sur ce sujet.

S.E. Mgr JOSÉ L. REDRADO
Secrétaire du Conseil pontifical
pour la Pastorale de la Santé,
Saint-Siège

Résultats de l'enquête sur “ Réalités, problèmes et propositions des églises locales sur les services sociaux/sanitaires et sur l'action pastorale à l'égard des personnes séropositives et malades du sida dans le monde ”

Le cadre logique du projet

Aujourd’hui, le sida-VIH est devenu une épidémie mondiale, liée non plus au stéréotype des comportements homosexuels (comme on l’a cru longtemps depuis son apparition en 1981), mais également à une diffusion principalement hétérosexuelle. De nombreux instituts internationaux de recherches, organisations internationales, de concert avec les ministères de la santé de plusieurs pays sont engagés dans la tentative difficile de surveiller le problème, soit dans le but d’une estimation plus exacte et d’une maîtrise de sa diffusion, soit en vue d’étudier des stratégies opportunes d’intervention à des fins non seulement préventives mais également d’assistance.

Dans ce contexte, l’Église s’est interrogée sur la portée de son action, tant sous l’aspect de l’assistance plus spécifique que sous l’aspect préventif, éducatif et d’accompagnement pastoral; sur la connaissance des difficultés principales qui afflagent les églises locales dans ce milieu très délicat de la pastorale des malades; sur les perspectives futures d’action et d’intervention.

Définition des objectifs cognitifs

L’enquête, à caractère descriptif et d’exploration, se proposait de:

- A) connaître l’état actuel
 - des programmes pour l’assistance sociale et sanitaire des personnes séropositives et des malades du sida;
 - de l’action pastorale, avec référence particulière à l’action de prévention, d’éducation, d’information de la po-

pulation (surtout jeune) et de la formation des opérateurs du secteur;

B) identifier les problématiques urgentes dans la réalisation de ces interventions;

C) enregistrer les propositions et les suggestions des églises locales consultées, en vue de l’application de nouvelles stratégies dans l’ap- proche de cette problématique.

Le relevé a été effectué grâce à la participation de 112 Conférences épiscopales, contactées par l’intermédiaire des Nonciatures apostoliques, afin d’atteindre les évêques responsables de la pastorale de la santé. Il s’agit de personnes qui ont une connaissance approfondie mais également très vaste de l’objet de la recherche.

Afin d’assurer un degré de qualité à la crédibilité des réponses, on a suggéré de se servir de petits groupes d’experts, intégrés dans les différents secteurs de recherches, dans lesquels l’instrument de relevé était articulé. La contribution de nos personnes interrogées ne doit pas être sous-estimée, en ce sens qu’elles sont légitimées par un rôle et une telle représentation, au sein des églises locales ou des organismes internationaux, aptes à les mettre au courant d’informations crédibles, qualifiées à des fins de recherche.

Dans le cadre du relevé, un questionnaire structuré a été préparé, avec des sujets à réponse standardisée ou à réponses multiples et sujets à réponse libre, qui, dès juillet dernier a été envoyé, par l’intermédiaire des Nonciatures apostoliques, aux 112 conférences épiscopales, pour être soumis aux évêques responsables de la pastorale de la santé.

Le questionnaire était articu-

lé en 7 parties: tissu social, perspective éthique/morale, action pastorale, services sociaux/sanitaires, projets et expériences, problématiques nouvelles et enfin, propositions et suggestions. Le 31 août 1999 représentait la date limite fixée pour renvoyer les questionnaires.

À cette date, 56 questionnaires, dûment remplis, ont été renvoyés à ce dicastère par les conférences épiscopales des cinq continents; des rapports synthétiques relatifs aux sujets des questionnaires ont été envoyés par 13 conférences épiscopales, avec des informations sur la spécificité des situations politiques et socio-culturelles. Six conférences épiscopales ont déclaré ne pas pouvoir répondre en raison du caractère marginal du problème dans leur réalité sociale. 37 conférences n’ont pas répondu. En observant la distribution géographique des pays qui ont répondu au questionnaire, on constate, sauf pour le Moyen-Orient et l’Afrique du nord, la présence d’un nombre de pays assez représentatifs des aires déterminées.

Il est important de souligner que les résultats de cette enquête demeurent des résultats que l’on ne peut étendre à tous les pays, car il ne s’agissait pas d’une enquête sur échantillon de probabilités, mais sur échantillon raisonné, cependant ils sont valables et utiles pour les églises concernées et pour la relance d’une action future et la préparation de directives plus générales.

Le tissu social

Dans cette première section du questionnaire, on a essayé de déterminer:

– les problèmes sociaux plus urgents, perçus par les églises locales (analphabétisme, pauvreté, chômage, immigration, affaiblissement des liens familiaux, etc.);

– les carences les plus manifestes (dans le milieu politique, économique et culturel);

– les types de malaise les plus répandus dans la population, associés à des comportements à risque d'infection du sida ou du virus VIH (prostitution, toxicomanie, alcoolisme, délinquance des mineurs, etc.);

– les institutions ou les organismes qui s'occupent surtout des problèmes sociaux ou médicaux et sanitaires du pays (public, privé, organismes ecclésiaux, ONG catholiques et non);

– enfin, la direction dans laquelle la situation sociale et médico-sanitaire évolue (amélioration, aggravation ou impasse).

Quelques statistiques descriptives

On a demandé aux interrogrés d'indiquer les problématiques du contexte social ressenties comme les plus urgentes dans le pays d'appartenance. Parmi les catégories indiquées, la pauvreté et les politiques sociales inadaptées représentent le pourcentage le plus élevé par rapport à toutes les autres problématiques, chacune étant indiquée dans 82% des cas. Cette association de la pauvreté et de l'inadaptation des politiques sociales fait réfléchir sur la situation de tous ces pays en voie de développement, où la pauvreté est un phénomène qui n'est pas encore affronté comme problème de toute la société.

Viennent ensuite le chômage avec 80,4%, le relâchement des liens familiaux avec 76,8%, le processus d'urbanisation avec 63,4% auquel est associé un dépeuplement progressif des régions rurales, en particulier dans les pays de l'Afrique sub-saharienne. Il faut noter que l'analphabétisme, indiqué dans 53,6% des cas, n'est pas ressenti comme

prioritaire, étant donné "la tendance généralisée de l'augmentation de la population scolarisée".

En outre, on a demandé de situer ces problématiques dans un ordre décroissant d'importance. La pauvreté constitue la catégorie modale aussi bien de la première que de la seconde position: elle arrive à la première place avec 33,9% et en seconde avec 28,6% pour un total de 62,5%. La perception de la pauvreté comme problème prédominant semble diffuse dans la majorité des églises interrogées, traversant transversalement des pays appartenant à des aires géographiques et de développement très différentes.

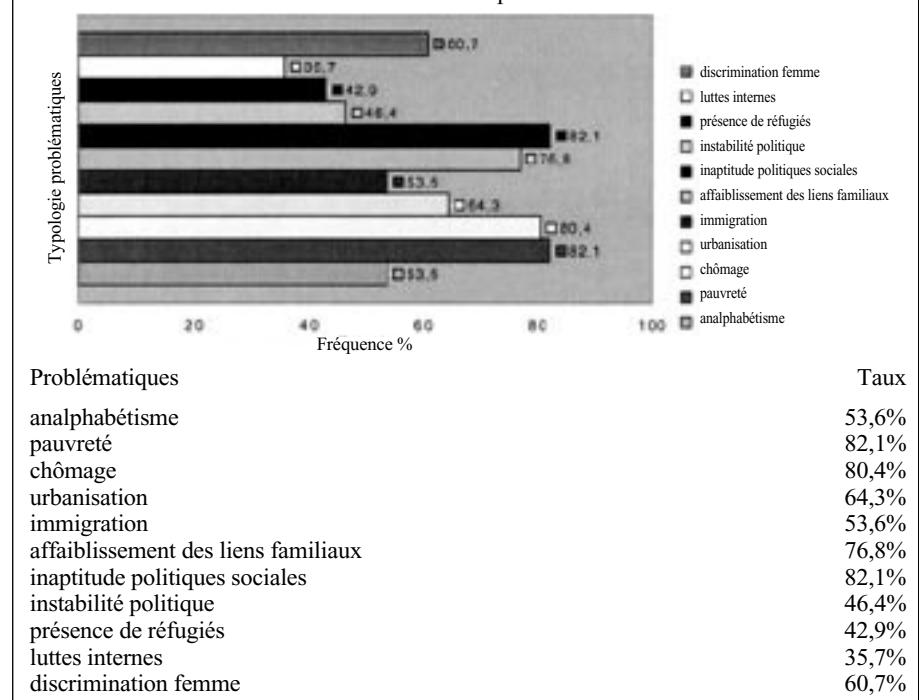
Le chômage et l'affaiblissement des liens familiaux ont été situés à la 3^{ème} place avec 26,8% et à la 4^{ème} avec 16,1%. Il est évident que la perception de ces deux problèmes est très forte, mais elle se concentre surtout sur le chômage, car les difficultés les plus concrètes y sont associées, parce qu'elles sont liées au quotidien et donc plus visibles. Cependant, l'affaiblissement des liens familiaux représente une sonnette d'alarme sérieuse pour les retombées éventuelles sur le contexte social. Tableau 1

Ces données trouvent des équivalents dans les réponses au second point du questionnaire qui tendait à identifier les milieux dans lesquels se manifestent les plus grandes carences. Du tableau, on déduit que les carences les plus importantes concernent les interventions sociales dans 85,7% des cas et l'économie – 74,9%, suivies des carences dans les interventions éducatives et culturelles: 73,2%.

Dans ce cas également, on a demandé aux évêques d'établir un ordre décroissant d'importance entre ces carences. Le pourcentage le plus élevé relevé sur la position de l'ordre se réfère précisément aux carences dans les interventions sociales (32,1%), donnée qui corrobore ce qui a été indiqué dans le questionnaire précédent, dans lequel on observait une grave carence dans les politiques sociales.

Pour ce qui regarde la 2^{ème} place, elle est occupée par les carences économiques qui, même si elles sont indiquées sur ce graphique dans une proportion moindre, sont ressenties pourtant en termes de problématiques beaucoup plus graves. Cette donnée confirme également ce qui a été observé précédemment, par rapport aux problèmes de la pauvreté et du chômage. Tableau 2

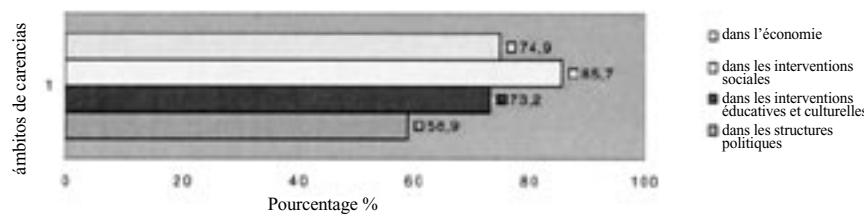
Tableau 1. Problématiques sociales



Milieux dans lesquels se manifestent surtout des carences

- dans les structures politiques 58,9
- dans les interventions éducatives et culturelles 73,2
- dans les interventions sociales 85,7
- dans l'économie 74,9

Tableau 2. Milieux dans lesquels se manifestent surtout des carences



Dans le questionnaire suivant, on demandait d'indiquer les typologies de malaise associées à des comportements à risque pour la contraction du sida ou du VIH. Comme on pouvait s'y attendre, la toxicomanie et la prostitution ont accusé les pourcentages les plus élevés, respectivement 89,3% et 85,7% suivies immédiatement par la délinquance des mineurs avec 83,9% et l'alcoolisme, 82,1%. Bien qu'elles n'accusent pas de valeurs aussi élevées, la marginalisation et l'exploitation des mineurs constituent des malaises profondément enracinés dans de nombreux pays.

On a demandé ensuite de situer ces malaises dans un ordre d'importance décroissant. Une donnée très intéressante est apparue, sur laquelle les indications des églises interrogées se sont concentrées. En effet, le pourcentage le plus élevé se réfère à l'alcoolisme avec 23,2% de préférence, indiquant combien ce facteur influence le comportement sexuel, des jeunes surtout, les exposant plus facilement au risque de contagion.

Tableau 3.

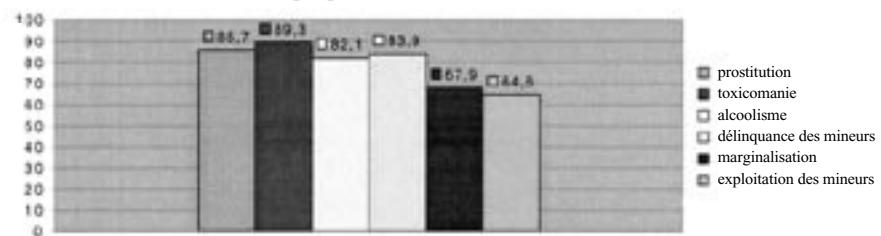
Types de malaises associés à des comportements

à risque pour la contraction du sida

- | | % |
|--------------------------|------|
| prostitution | 85,7 |
| toxicomanie | 89,3 |
| alcoolisme | 82,1 |
| délinquance des mineurs | 83,9 |
| marginalisation | 67,9 |
| exploitation des mineurs | 64,6 |

Tableau 3. Types de malaises associés à des comportements

à risque pour la contraction du sida

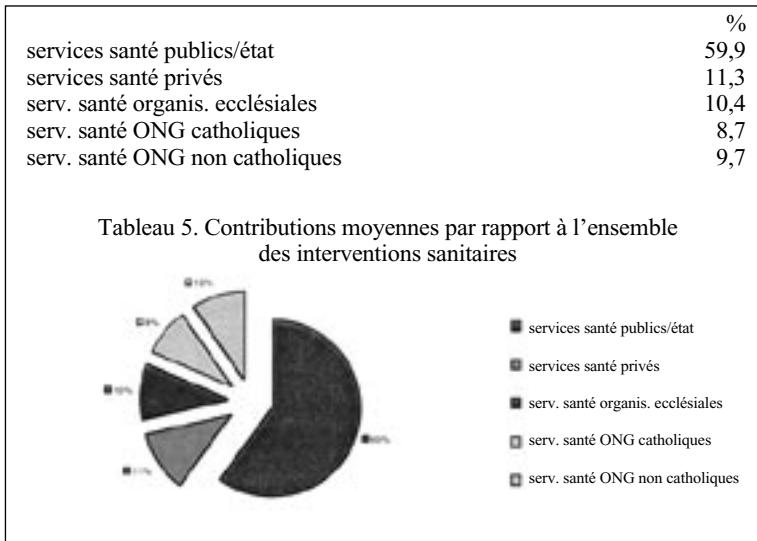


tution avec 26,8% et 19,6%. Ensuite, en 3^{ème} place, on trouve la délinquance et l'exploitation des mineurs, qui incident fortement sur les modèles de comportement des plus jeunes.

Ensuite, en se référant aux interventions, à caractère social, mises en œuvre pour affronter le malaise social dont souffrent les personnes séro-positives ou sidatiques, on a demandé d'évaluer la contribution de certaines réalisations publiques, privées, de l'Église ou d'organisations internationales. Comme on peut l'observer sur le tableau, 45% des contributions moyennes pour des interventions sociales sont soutenues par le secteur public/État, suivi des ONG non catholiques avec 17%. Cependant, si l'on considère l'ensemble des contributions moyennes offertes par les organismes ecclésiaux, 12%, et par les ONG catholiques 13%, on obtient un total de 25% indiquant l'Église comme le premier partenaire de l'État dans le secteur social.

Tableau 4.

Si nous considérons les interventions sanitaires, avec le même critère, on observe que dans ce domaine spécifique, l'engagement de l'État est plus intense et atteint jusqu'à 60% des contributions moyennes et nous trouvons à nouveau l'Église comme premier bienfaiteur, avec 19%, représentant 1/3 des contributions de l'État et le double des interventions des ONG non catholiques (10%) et des privés (11%). Tableau 5.



Quant à la situation sociale en général, la perception du problème par les interrogés se répartit de manière assez équilibrée entre les choix disponibles: 37,5% répondent qu'elle est en amélioration progressive, 28,6% affirment qu'elle se dégrade et 32,1% ne remarquent aucun changement. L'amélioration de la situation sociale est plus accentuée dans les pays de l'Europe orientale, du Moyen-Orient et de l'Afrique du nord et une

amélioration sensible est indiquée également dans l'Afrique sub-saharienne.

Le cadre est extrêmement différent au niveau de la situation médicale/sanitaire dont la distribution est très concentrée sur la modalité qui manifeste la perception d'une amélioration (66,1%) qui apparaît, à son tour, très sensible dans les pays de l'Europe orientale et occidentale, de l'Asie centrale et du Pacifique, tandis qu'elle semble s'aggraver dans les

blématiques et comme ils dessinent un cadre du tissu social bien connu de tous, ils offrent la réponse empirique pour affirmer que les églises locales ont une perception des problématiques et des malaises diffus dans un contexte social très proche de la réalité. En d'autres termes, l'Église est insérée dans le tissu connectif de la société malgré toutes les difficultés objectives qu'elle rencontre dans certains cas (comme le dénoncent l'Église du Lesotho et celle de Cuba par exemple). L'œuvre de l'Église n'est donc pas fondée sur des suppositions théoriques, mais se cache dans le tissu vivant de la société et en y décelant les difficultés, agit en conséquence.

La perspective éthique et morale

Dans cette partie du questionnaire, on a observé le problème de la discrimination raciale dont les personnes séropositives ou atteintes du sida sont souvent victimes, en particulier dans le milieu familial, scolaire et sanitaire. Sur le graphique, on peut observer que les milieux où ces formes de discrimination apparaissent le plus souvent sont d'abord *la famille et le milieu du travail*, tous deux avec 91,1%, suivis du *milieu scolaire*, avec 71,4% qui en souligne la problématique. Quant aux églises, on a demandé d'établir un ordre décroissant d'importance de ces milieux et la catégorie modale se rapportant à la position correspond au milieu du travail (41%), à la 2^{ème} place vient le milieu scolaire (25%) et à la 3^{ème} place, la famille (32,1%). Il convient de souligner qu'il s'agit précisément des contextes sociaux dans lesquels on trouve les processus de socialisation les plus importants: la famille, l'école et le travail.

La raison qui est invoquée le plus souvent est *la crainte de la contagion* (85,7%) associée, surtout dans les pays asiatiques et de l'Afrique sub-saharienne, à un manque d'informations sur les modes de transmission de la maladie et à



des problèmes à caractère plus spécifiquement culturel. Une donnée qui incite à la réflexion nous est offerte par le fait que, dans 21,4% des cas, cette crainte est attestée également dans les pays de l'Europe occidentale en relation avec une correspondance presque mathématique à un niveau aussi élevé du préjudice (21,4%) à l'égard des personnes malades. Tableau 6.

servé pour la pauvreté. Toutefois, il est opportun de se demander à quel niveau des relations familiales ce phénomène se manifeste surtout.

Au sein de la cellule familiale restreinte, les liens *parents/enfants* et *entre les conjoints* semblent résister devant la manifestation de la maladie, tandis que dans 64,3% des cas, c'est la famille élargie, ou les parents du 2^e et 3^e

Dans toutes les grandes aires géographiques et en particulier en Asie (16%), en Amérique méridionale (21,4%) et en Afrique sub-saharienne (17,9%), des initiatives d'information et de formation orientées principalement vers l'*éducation sanitaire à des fins préventives* (67,9%) ont été réalisées, afin de faire face au problème du sida, auxquelles s'associent l'engagement éducatif concernant l'*affectivité du couple* (21,4%) et le dépassement de la discrimination.

Les promoteurs de ces initiatives sont, dans 60,7% des cas, des *organismes gouvernementaux* suivis des *associations de bénévolat* très actives (44,6%).

b) À l'école

17

Pour ce qui concerne le problème de la *discrimination dans le milieu scolaire*, l'autre contexte important de socialisation, on met en évidence, par rapport au milieu familial, une oscillation plus grande entre les différentes aires géographiques parce qu'elles sont influencées de manière diverse par les systèmes de politique sociale adoptés. On indique que dans l'aire asiatique, dans le contexte scolaire, ce phénomène est moins répandu par rapport aux autres pays et il est bien connu que dans des pays comme l'Inde par exemple, l'Église est engagée intensément dans le contexte scolaire où elle encourage une information correcte,

Discrimination dans le milieu familial

Discrimination dans le milieu scolaire

Discrimination dans le milieu du travail

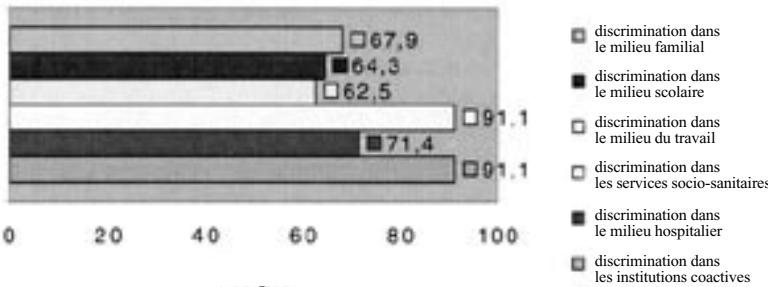
Discrimination dans les services socio-sanitaires

Discrimination dans le milieu hospitalier

Discrimination dans les institutions coactives

%
91,1
71,4
91,1
62,5
64,3
67,9

Tableau 6: milieux dans lesquels on observe des formes de discrimination



a) En famille

La discrimination familiale ne semble pas appartenir à telle ou telle culture, mais au contraire, elle se manifeste comme un phénomène qui traverse transversalement tous les pays, de toute culture, comme nous l'avons déjà ob-

degree qui manifestent des signes de marginalisation et de discrimination envers le parent séropositif.

Les raisons de ces formes de discrimination se trouvent d'abord dans la *responsabilité de la faute* (71,4%) et dans la *crainte de la contagion* (69,6%). Tableau 7.

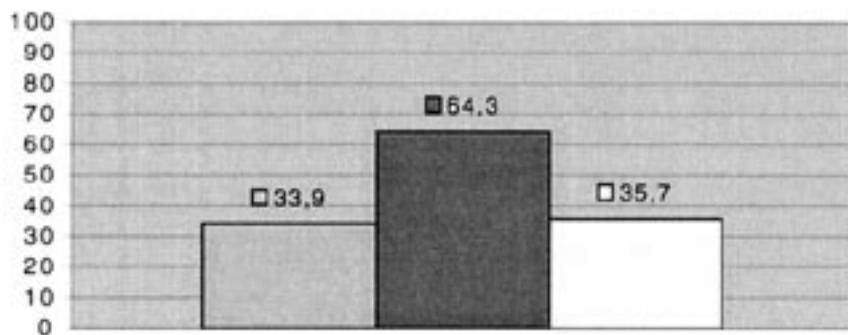
Discrimination entre parents et enfants

entre familiers

entre conjoints

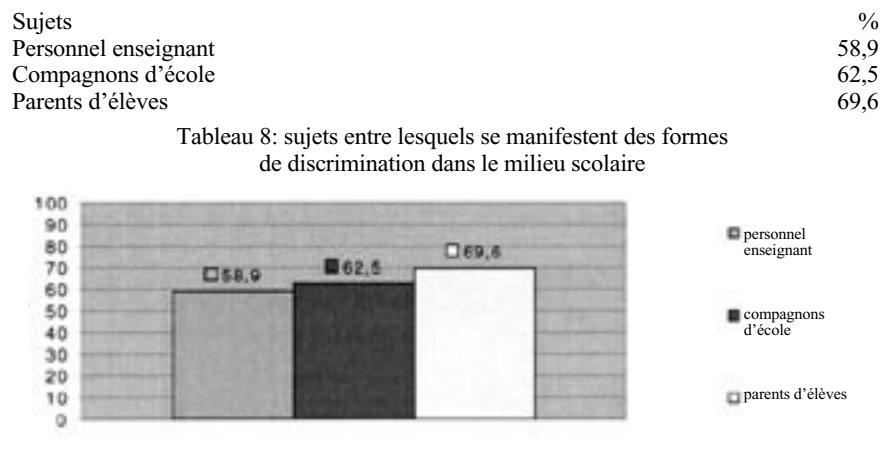
%
33,9
64,3
35,7

Tableau 7: sujets entre lesquels se manifestent des formes de discrimination dans le milieu familial



non seulement des étudiants mais aussi du corps enseignant, sur la maladie et les manières de transmission.

Dans le milieu scolaire, les sujets qui manifestent le plus souvent non seulement des attitudes discriminatoires envers les séropositifs et les malades du sida (69,6% des cas), et qui ont été classés dans la position par ordre décroissant de capacité discriminante, sont précisément les *parents* des enfants (39,3% de la catégorie modale), surtout dans les pays occidentaux. *Tableau 8.*



En revanche, le personnel enseignant représente la partie la plus ouverte à la compréhension et à l'accueil des élèves séropositifs. Cependant, les *activités d'information/formation* dans les écoles publiques sur le thème du sida, sont, dans 51,8% des cas, occasionnelles et en moyenne plus répandues dans les pays occidentaux et ceux d'Amérique latine. Ces initiatives sont orientées surtout vers la diffusion d'une éducation sanitaire à caractère préventif (42,9%) et la formation des enseignants aux formes de prévention (33,9%). Cette donnée pourrait expliquer l'attitude particulièrement compréhensive des enseignants dans les écoles, où la formation semble accorder une attention particulière dans ce sens. Les sujets promoteurs de ces initiatives dans les écoles publiques sont nombreux allant des organismes gouvernementaux aux associations de bénévolat, en passant par les enseignants eux-mêmes et les organes ecclésiaux là où ils sont autorisés.

b.1 Initiatives des écoles catholiques

L'école catholique, surtout dans certains pays comme le Mexique, l'Inde, la Colombie, le Liban semble très engagée sur ce front, bien qu'elle rencontre des difficultés subjectives dues essentiellement au manque de ressources financières plutôt qu'humaines. Les activités des écoles catholiques dans ces pays sont orientées principalement vers l'information et la sensibilisation des étudiants à une connaissance plus approfondie et attentive de

mais où les fonds ne sont pas disponibles.

Les initiatives signalées le plus souvent sont:

- des organisations de rencontres avec des parents, des étudiants et des mouvements catholiques, des spécialistes de l'extérieur, à des fins d'éducation et d'information;

- l'écoute de témoignages de personnes malades du sida;

- les conversations éducatives avec débat, théâtre, vidéo, forum, témoignages de malades et de volontaires;

- publication de matériel de sensibilisation: brochures, dépliants, paquets multimedia pour les écoles, brochures sur la prévention, etc.;

- l'éducation à la promotion, à la découverte et à la mise en valeur des capacités et des attitudes individuelles;

- l'organisation d'équipes d'enseignants pour l'éducation à la prévention du sida et la formation chez les jeunes de clubs contre le sida et de groupes de soutien;

- l'éducation à l'affectivité du couple, à la procréation responsable, à la promotion d'un changement des comportements sexuels à risques, éducation à la vie et à l'amour (Programme EVA du Cameroun);

- l'éducation sanitaire, rencontres avec des responsables du milieu sanitaire, avec des représentants du monde médical, scientifique et politique.

c) Dans les structures sanitaires

Dans les structures sanitaires également, et en particulier dans le milieu hospitalier, on trouve des formes de discrimi-



nation à l'égard des malades du sida et des séropositifs, moins souvent toutefois que dans les milieux qui viennent d'être mentionnés, dans une moyenne de 64,3%.

On note en particulier que dans les pays occidentaux, où la qualité professionnelle du travail est accompagnée d'une culture croissante de la sécurité au travail, le problème est plus sensible que dans les pays en voie de développement où manquent également les conditions minimales de sécurité au travail. Donc, voici que dans des régions comme l'Asie, où jusqu'à présent on trouvait en général des niveaux assez bas de la présence du problème, on enregistre dans ce milieu une hausse sensible et significative.

La récurrence du refus des personnels de santé, dans les structures hospitalières et dans les services sociaux/sanitaires, devant un malade du sida s'observe seulement "quelques fois" (en moyenne dans 41,1% des cas) et cette donnée est également corroborée par le fait que dans 50% des cas, dans les structures sanitaires, se déroulent régulièrement des activités de formation et d'information pour le personnel, en vue de la prévention. Dans 80,4% des cas, on sait que *des personnels de santé sont séropositifs* et dans la majorité des cas, les structures sanitaires, tout en considérant ce fait comme un problème, l'affrontent afin de le résoudre avec l'intéressé en le maintenant à son poste de travail (64,3%). Toutefois, ces sujets font l'objet d'un ostracisme sous-jacent de l'entourage du service ou de l'équipe, malgré les efforts de la structure administrative.

L'obligation de discréetion est toujours observée dans 37,5% des cas et souvent dans 30,4%, c'est pourquoi on peut déduire que le respect d'un droit important de la personne est plutôt répandu. Pour ce qui regarde l'observance effective de ce droit, il n'est donc pas surprenant que, aux États-Unis précisément, où domine une culture individualiste, ce devoir est le plus rigoureusement observé, sauf quelques exceptions, tandis que dans d'autres pays, avec une culture religieuse pré-

dominante, comme l'Amérique latine et l'Europe orientale, l'application rigide de ce principe peut être défaillante en présence de facteurs contingents. On laisse donc une certaine liberté à l'évaluation de la personne qui affronte de temps en temps le cas.

C'est précisément en référence à ces situations, qui posent de graves problèmes éthiques et moraux, que des initiatives destinées à protéger le conjoint/partenaire ignorant le drame, ont été préparées. Parmi celles-ci, la plus répandue semble être, dans 76,8% des cas, l'assistance pour la révélation de la séropositivité au conjoint/partenaire ignorant, soutenue par l'assistance psychologique. Dans les structures publiques, dans 51,8% des cas, on suggère en priorité l'usage du préservatif dans un but de prévention.

À la question délicate concernant la connaissance d'expérimentations, non contrôlées, de nouveaux médicaments, 76,8% des églises locales interrogées ont répondu négativement et 23,2% de manière positive. Ces 23,2% concernent surtout l'utilisation d'enfants (14,7%) et de malades terminaux (8,8%) dans ce but. Suiuent, dans l'ordre, les femmes, les détenus et les malades mentaux.

Pour l'assistance des femmes enceintes séropositives, le *service public* aussi bien que le *service d'inspiration catholique* sont engagés.

Les services publics

– d'information et de soutien psychologique en faveur de ces femmes semblent être insuffisants et se concentrent de manière prioritaire sur le bien-être de la mère (55,4%), ensuite sur celui de l'enfant (35,7%). Cependant, le service public semble être tourné davantage vers l'accompagnement de la femme au terme de sa grossesse (26,8%), plutôt qu'à son interruption (19,6%). Cette donnée est confirmée par les déclarations de nombreuses églises locales qui, au cours des dernières années, ont enregistré une légère inversion de tendance des gouvernants nationaux



concernant une sensibilité et un respect pour la vie plus marqués.

Les services d'inspiration catholique

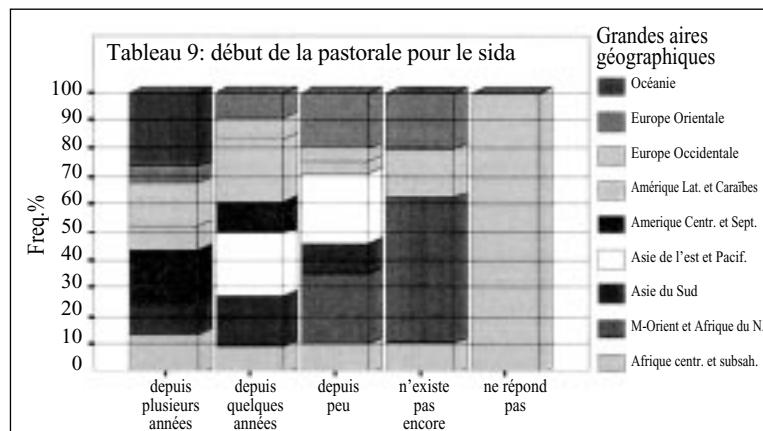
– Dans ce domaine, l'Église catholique semble encore peu présente, cependant là où elle opère, on accorde la priorité au bien-être de l'enfant (46,4%), ensuite à celui de la mère (42,9%), dans le but de porter la grossesse à son terme.

Action pastorale

Quelques statistiques

La pastorale sanitaire des églises locales interrogées a commencé à s'occuper du problème du sida, dans 42,9% des cas, depuis plusieurs années, même si ce n'est pas toujours de manière systématique et planifiée. Le tableau 9 illustre la distribution, selon les grandes aires géographiques, du moment où l'Église a commencé à s'occuper de la pastorale d'accompagnement des malades du sida/VIH. Naturellement, les églises qui, les premières, ont adopté cette pastorale se trouvent dans les pays qui ont vu apparaître le virus en premier lieu: les États-Unis et l'Europe occidentale. Au fur et à mesure que nous arrivons à une époque plus récente, nous trouvons d'abord l'Afrique, où la diffusion du virus a acquis un rythme tellement soutenu que l'Église a dû prendre conscience du problème immédiatement en réalisant une série d'interventions, à caractère éducatif et culturel surtout, afin d'inculquer le concept du sida comme

une maladie et non comme une condamnation; ensuite, nous trouvons certains pays du Moyen-Orient et d'Afrique du nord où l'on tarde encore à prendre pleinement conscience du problème et où l'Église rencontre également de nombreux problèmes de coexistence avec les gouvernements islamiques: tableau 9.



80% environ des églises interrogées n'ont pas indiqué un organisme officiel de la propre église locale qui assume la responsabilité du *travail pastoral sur le thème du sida*. 50% des options se sont concentrées sur la voix "commission santé" à laquelle on associe la pastorale plus spécifique en matière de sida.

66% des églises locales interrogées ont déclaré avoir défini un programme d'action pour affronter le sida. Dans certains pays (la Côte d'Ivoire par exemple), l'église locale fait fonction de coordinatrice nationale de tous les services et de toutes les actions entrepris dans le cadre du sida/VIH, agissant comme courroie de transmission entre les diocèses, les paroisses, les structures sociales et sanitaires, les mouvements et les réalités associatives du territoire. Cet engagement semble se concentrer naturellement dans les régions où l'épidémie tend à se répandre plus rapidement (Afrique sub-saharienne 17,9%, Asie 16%). Les points essentiels de l'action des églises locales peuvent se résumer de la manière suivante:

- formation
- prévention
- soins et assistance sanitaires
- prise en charge et accom-

pagnement pastoral, même si la prise en charge et l'accompagnement spirituel des malades et de leur famille assument un accent particulier. La prise en charge se réfère, outre les malades, aux orphelins de plus en plus nombreux et qui, selon les estimations actuelles, sont en augmentation constante: un problème dont nous entendrons

ternité et à la paternité responsables;

- séminaires pour les personnels de la santé;
- développement de la conscience de soi.

C) Soins et assistance sanitaires

– Engagement d'aumôniers et de bénévoles, de personnel médical catholique;

– service d'assistance avant et après le test et aide aux soins à domicile;

– dépistage et diagnostic de séropositivité;

– participation à des projets avec d'autres organismes de la coopération;

– soutien à des projets nationaux de lutte contre le sida-VIH, M.S.T., TUB;

– soutien à des associations caritatives (Caritas);

– promotion et soutien de groupes d'aide mutuelle;

– création de maisons d'accueil pour les malades du sida;

– centres de réadaptation;

– projets d'assistance aux malades du sida et à leurs familiers au point de vue sanitaire, humain, psychologique et spirituel (Projet Buen Samaritano – Mexique).

D. Prise en charge et accompagnement pastoral

– Prise en charge psycho-sociale et sanitaire des malades du sida;

– prise en charge des orphelins, des veuves et des veufs;

– accompagnement des malades du sida dans des institutions de détention coactive;

– soutien d'activités orientées vers la réinsertion sociale des séropositifs;

– maisons pour les enfants et



leurs mères séropositives (Argentine);

– maisons pour hommes et femmes séropositifs abandonnés;

– maisons communautaires.

Dans le but de réaliser ces actions programmées, des contributions économiques ont été sollicitées dans 48,2% des cas, à différents organismes parmi lesquels:

– MISEREOR

– C.R.S. (Catholic Relief Service)

– MEMISA

– CARITAS INTERNATIONAIS

– ÉGLISES EXTÉRIEURS

– O.M.S.

– BANQUE MONDIALE

– UNICEF

– UNESCO

– UNDP (Programme de Développement des Nations Unies)

– ORGANISMES D'ENTRAIDE EXTÉRIEURS

– ORGANISMES NATIONAUX

– GOUVERNEMENTS ET MINISTÈRES DE LA SANTÉ

avec des résultats positifs dans l'ensemble (42,9%).

Au niveau diocésain également, une action programmée et systématique de la pastorale sur le thème semble exister, comme le déclarent 57,1% des interrogés, mais avec un écart beaucoup plus tenu par rapport aux églises qui affirment ne l'avoir pas encore définie. Les points essentiels de cette action programmée sont:

A. *Prévention*

B. *Formation*

C. *Assistance*

L'action pastorale au niveau diocésain reproduit le modèle défini par les églises locales, même avec une attention supérieure aux exigences concrètes du territoire et de la population.

Des interventions différentes sont dirigées vers la prise en charge sanitaire, psychologique et sociale des malades du sida, des séropositifs et des orphelins qui sont de plus en plus nombreux. Cependant, bien que l'augmentation constante du nombre des orphelins constitue un problème pressant, peu d'efforts sont réalisés dans cette direction. En effet, l'attention semble se concentrer surtout



sonnes ayant l'expérience de cette approche, de sessions illustratives et explicatives du sida-VIH et des M.S.T. (maladies sexuellement transmissibles), de conférences, d'expériences directes de pastorale sociale.

Ensuite, on essaie de développer la capacité de l'aide, d'encourager le contact avec les malades et de stimuler les relations entre les séminaristes et les personnels de santé du secteur.

Les services et les interventions sociales et sanitaires

21

Il faut d'abord préciser que, sur le nombre d'hôpitaux catholiques dotés de départements spécialisés pour le sida et le nombre de centres catholiques non hospitaliers qui assistent les malades du sida, il n'est pas possible d'offrir des données fiables et significatives, étant donné le nombre exigu de pays capables de les dénombrer.

En revanche, on peut signaler que les typologies des centres de récupération catholiques non hospitaliers se présentent selon une distribution assez homogène, attestés aussi bien par les centres médico-santaires que d'assistance sociale, sociaux/éducatifs et de soutien social, dans une moyenne de 35%.

Cependant, les centres d'assistance sociale sont les plus fréquentés, 42,9%, ce qui confirme la direction de l'engagement prédominant de l'Église face au problème du sida. L'assistance s'accompagne toujours d'une action éducative et formative soutenue centrée sur la personne, comprise de manière holistique. Éducation et assistance, voilà les deux éléments fondamentaux de la réponse que, par son action, l'Église offre pour lutter contre le sida.

Les centres hospitaliers catholiques comme les centres non hospitaliers se concentrent dans les zones urbaines, même s'ils sont également présents dans de nombreuses régions rurales ou de l'intérieur, souvent très dangereuses, où l'Église constitue pratiquement la seule

Formation des séminaristes sur la pastorale pour les malades du SIDA-HIV

L'enseignement de cette approche pastorale particulière commence à s'intégrer lentement dans le cours de morale spéciale, dans le cours d'éducation à la vie, ou dans l'unité sur l'assistance pastorale au cours des études de théologie pastorale ou encore dans le cours de médecine pastorale, d'éducation pastorale, de formation pour aumôniers ou dans le cadre de la formation des séminaristes.

L'enseignement et la formation utilisent des cassettes audio-vidéo dont la vision est suivie de commentaires personnels, de témoignages de per-

référence et le seul soutien à une population abandonnée.

Pour ce qui regarde l'évaluation de la *capacité de ces centres à satisfaire les exigences* des malades, les interrogés ne peuvent pas répondre (32,1%) ou alors, ils la définissent assez bonne et, en effet, l'accès des malades et des malades terminaux à l'hospitalisation dans ces centres semble plutôt facile (39,3% – 37,5%). Cependant, l'accès des malades terminaux à des structures spécialisées apparaît plus difficile.

Quant aux services à caractère médical et sanitaire, on a tenté d'indiquer le degré d'accès à certains d'entre eux par des examens plus approfondis du système des services sanitaires disponibles dans les pays de nos interrogés.

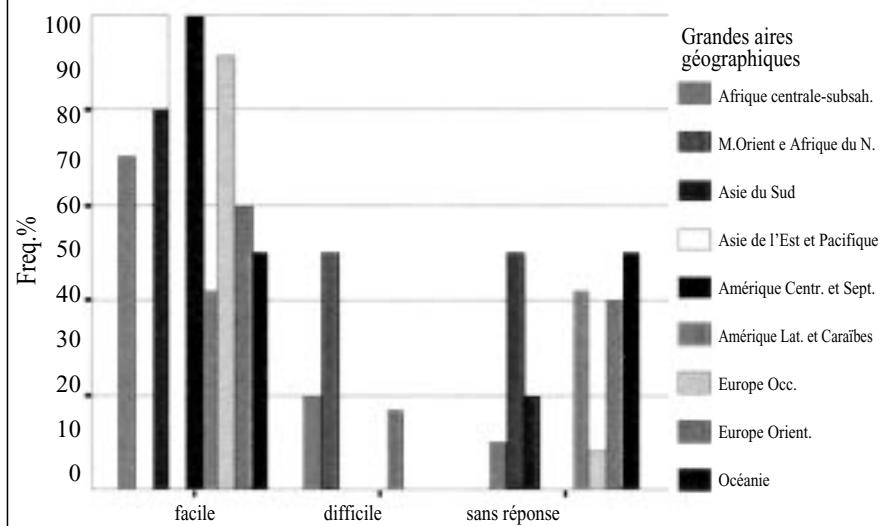
Tout d'abord, il faut dire que sur ces points, de nombreux "sans réponse" ont été relevés, probablement en raison de la spécificité de la question. Toutefois, l'examen de la distribution des opinions exprimées sur le degré d'accès au test de dépistage du sida, dans les grandes aires géographiques, permet de conclure que l'accès à ce type de test est assez répandu et à la portée des pays les plus pauvres, comme les pays asiatiques – cependant, en Afrique où il pourrait représenter un moyen important pour le contrôle du problème, il est encore difficile d'accès: tableau 10.

d'accessibilité à ce type de soutien, qui n'est pas encore assez répandu dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes: tableau 11.

adoptée aux États-Unis, tandis qu'elle est encore inaccessible aux pays en voie de développement.

Ce cadre souligne comme le

Tableau 11: accès à l'assistance pastorale aux malades



Quant aux *examens d'immunologie*, on observe une certaine difficulté d'accès, surtout dans les pays en voie de développement comme l'Asie et l'Afrique.

Pour ce qui est des *inhibiteurs de protéases*, à côté d'un accès généralisé dans les pays les plus riches, comme les États-Unis, on signale une impossibilité d'accès à ces soins dans les pays les plus pauvres, qui ne disposent pas de ressources économiques pour affronter les dépenses occasionnées par l'achat de ce "paquet" pharmacologique.

niveau des services comparé aux besoins apparaît, dans 55,4% des cas, encore insuffisant, surtout dans les pays de l'Afrique sub-saharienne et de l'Asie, malgré l'engagement de professionnels comme les médecins, les infirmiers, les assistants sociaux, assistants spirituels, personnel bénévole et religieux. Les figures professionnelles du psychologue, du technicien de laboratoire et du conseiller légal sont moins connues.

Dans 64,3% des cas, on observe que la mise à jour des personnels de santé s'effectue chaque année, en assurant ainsi un niveau professionnel moyen, qui dans 50% des cas a été qualifié de "bon".

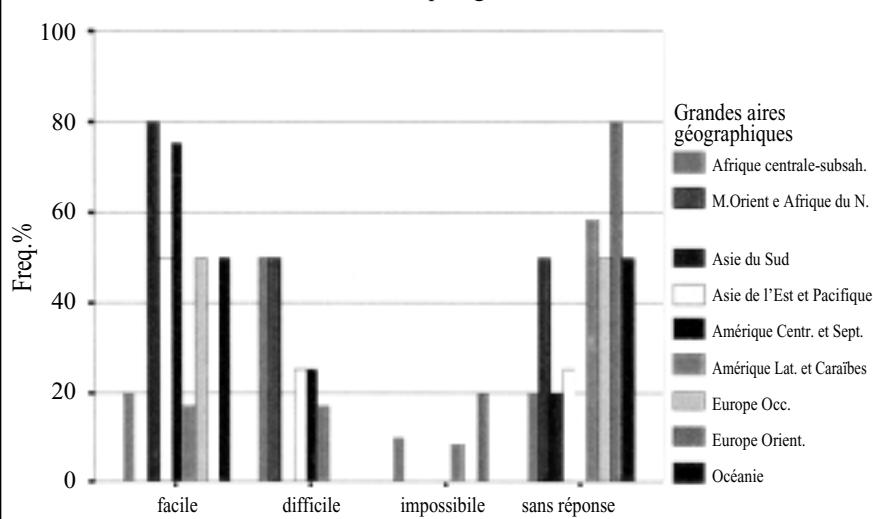
Les projets et les expériences

Afin d'améliorer la réponse aux besoins des personnes malades du sida dans les secteurs d'intervention définis par cette recherche, des projets et des expérimentations à caractère national surtout (64,3%) sont actuellement en cours, soutenus de plus en plus par des réalisations à caractère international (32,1%).

Voici les plus significatifs:

- création d'instituts d'hygiène sociale et de maladies infectieuses, de centres médico-sociaux, de programmes d'in-

Tableau 10: accès aux tests de dépistage du VIH



Au sujet de l'*assistance pastorale*, les opinions semblent assez unanimes sur le degré

Enfin, concernant la *prévention pharmacologique materno/fœtale*, elle est largement

tensification des capacités diagnostiques;

– en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis et en Australie: études pharmacologiques, études sur les mutations du virus en vue de la découverte d'un vaccin;

– programmes œcuméniques de lutte contre le sida; groupes de réflexion sur le sida; formation de bénévoles pour l'assistance de base à domicile;

– en Argentine, ouverture de maisons pour les mères séropositives et leurs enfants;

– au Pérou, projet "Maison Hogar" pour les enfants de parents séropositifs;

– au Burundi: Projet Nouvelles Expériences de Bujumbura, création du Centre Nyamugari de Gitega. Le projet national "Familles pour vaincre le sida", création de l'Association des séropositifs et des malades du sida; programme national d'aide aux orphelins;

– en Ouganda: C.R.S.-CA-FOD-Caritas pour un projet d'assistance médicale et sanitaire et de soutien aux orphelins; ONUSIDA pour la prévention de la transmission de la mère au fœtus; fonds de la Banque Mondiale;

– en Guinée, projet pour la création de trois centres médicaux et d'assistance sociale dans les diocèses du pays; projet pour la création d'un groupe de réflexion et d'action de l'Église catholique dans la lutte contre le sida;

– en Côte d'Ivoire, Plan national "Sida" de l'Église catholique pour le triennat 1995-1997 et plan triennal "Sida" de l'Église catholique 1998-2001;

– en Inde, conférences et séminaires sur le sujet; collaboration entre les Institutions catholiques, les ONG et les diocèses; publication de trois livres: livre de texte sur le sida pour les écoles et livre consacré à l'assistance pastorale;

– en Pologne, projets de collaboration avec le Ministère de la Santé et d'importantes ONG, création d'un téléphone de confiance gratuit consacré au sida grâce à l'action de l'association des Bénévoles contre le Sida; encouragement de la vie familiale, production de matériel d'information destiné aux prêtres;

– au Brésil, projets de lutte contre la pauvreté, projets en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes à risque; projets pour les homosexuels; projets consacrés à l'amélioration de la qualité de la vie des personnes malades du sida et séropositives; Providencia Clinic de Rio de Janeiro.

Actuellement, on remarque une *collaboration grandissante entre les organismes publics/gouvernementaux et les ONG catholiques* (71,4%) même si ce n'est pas toujours de manière satisfaisante (seulement dans 30,4% des cas). Certaines collaborations parmi les plus significatives se sont orientées vers le financement par des organismes publics/gouvernementaux de projets de formation de bénévoles, de préparation au "counselling", d'achat de médicaments contre les infections opportunistes, les aides alimentaires, le contrôle de l'infection chez les femmes enceintes, la création de comités scientifiques et éthiques, des séminaires d'études et d'action œcuménique contre le sida.

La collaboration entre organismes publics/gouvernementaux et les ONG non catholiques est encore plus intense (78,6%) mais dans ces cas également, elle ne se révèle pas satisfaisante (39,9%). Les expériences les plus importantes concernent la réalisation de petits projets, l'organisation de séminaires d'information et de débats, d'aides alimentaires et non, d'aides en médicaments contre les infections opportunistes, la distribution gratuite de préservatifs, des programmes pour l'administration de méthadone et contre l'échange des seringues; des programmes contre la marginalisation et l'exclusion sociale; diffusion de matériel pour la défense de la sexualité.

Les problématiques nouvelles

a) dans le tissu social

La pauvreté constitue incontestablement le problème qui intéresse tous les pays dont nous avons interrogé les églises. De graves formes d'exclusion de la population non

seulement de la vie sociale mais aussi du système sanitaire sont associées à la pauvreté.

Dans ce contexte, il y a également le chômage, puisqu'il n'y a pas de travail et s'il y en a, les salaires sont très bas; il s'ensuit un exode important des jeunes des régions rurales vers les régions urbaines et l'abandon des personnes âgées dans les villages; le niveau d'instruction est très bas, surtout dans certains pays.

Ces problèmes, enracinés dans le tissu social, engendrent l'exposition d'une grande partie de la population à des comportements à risque regardant par exemple la transmission du virus VIH:

– *la prostitution*: des femmes, souvent très jeunes, se prostituent, entrent dans le milieu du tourisme sexuel, dirigent des maisons closes;

– *la toxicomanie*: usage de drogues diverses, échange de seringues.

b) Aspects éthiques et moraux

Aujourd'hui, la forme de transmission du virus VIH la plus répandue est le rapport hétérosexuel. Ce fait pose des problèmes éthiques et moraux extrêmement graves, parmi lesquels:

– la protection du conjoint/partenaire non contaminé.

– La discrimination sociale envers les personnes (les enfants aussi) séropositives ou malades du sida, au travail, dans les services et le milieu familial.

– Rachat des valeurs morales et spirituelles

– Respect supérieur des traditions culturelles



- Une solidarité plus grande entre les groupes menant des styles de vie différents
- La promotion de la vie humaine
- L'éducation à l'amour et à la sexualité.

c) *Interventions de pastorale sanitaire*

On signale une demande récurrente d'un soutien plus accentué de l'action des paroisses et des prêtres par les églises locales ainsi qu'une *demande pressante de directives* de pastorale dans le domaine spécifique, pour fixer des orientations certaines concernant les modes de prévention et de contrôle du sida selon les paramètres éthiques et moraux de l'Église de Rome.

En outre, on ressent la nécessité d'une formation spécifique de religieuses et de religieux dans ce domaine d'intervention; une meilleure coordination des différentes expériences sur ce sujet et une organisation plus rigoureuse et plus systématique de l'action pastorale.

d) *Services et interventions socio-sanitaires*

On souligne le besoin de ressources financières, humaines (formées de manière professionnelle) et matérielles plus importantes afin de répondre plus efficacement aux exigences des malades.

Il faudrait donc:

- une assistance médicale et psycho-sociale plus capillaire,
- utiliser les techniques médicales modernes,
- avoir un accès plus facile aux médicaments qui retardent l'action du virus et aux services sanitaires spécifiques,
- prévenir les maladies opportunistes,
- un nombre plus important de centres hospitaliers et sociaux d'inspiration catholique.

Propositions et suggestions

La communauté internationale devrait intervenir sur le problème du sida en favorisant l'allocation de fonds et de ressources financières pour réali-



ser des projets qui prévoient la facilité d'accès aux médicaments antirétroviraux et contre les infections opportunistes; des initiatives orientées vers la promotion du développement social et économique; la création d'un réseau "crédible" de partenaires désintéressés d'organismes et d'associations non gouvernementales, engagés dans la lutte contre les M.S.T. et le sida, capables de soutenir les activités en cours et de reproduire celles qui ont bien réussi ailleurs; soutien de l'action de chaque gouvernement national; appui aux initiatives des ONG catholiques et autres.

Les églises locales devraient essayer d'influencer les politiques sanitaires nationales, tout d'abord en établissant des liens plus étroits et une meilleure collaboration avec les pouvoirs publics, en devenant un partenaire incontournable de l'État. Une présence plus significative de religieux et de religieuses au sein des structures socio-sanitaires s'avère nécessaire; une lutte commune contre la pauvreté et l'analphabétisme; la définition d'une orientation claire en matière de pastorale sanitaire du sida.

Il faut trouver des aides financières importantes pour favoriser l'activité d'organismes ecclésiaux engagés dans la promotion des politiques de protection de la vie, défiant les politiques de préventions courantes fondées, souvent uniquement, sur la diffusion des préservatifs.

Il faut apprendre à utiliser de manière responsable et appropriée la presse et les moyens de communication.

58,8% des églises interro-

gées reconnaissent que les législations nationales offrent, en partie seulement, une réponse adéquate en matière de sida.

Les aspects à améliorer sont:

- l'intensification du droit à la santé et aux soins appropriés pour tous

- la protection des droits des malades du sida et des séropositifs

- la réduction du prix des traitements et la facilité de leur accès

- l'obligation de l'assistance avant et après le test

- contrôle et analyse du sang

- créer et appliquer des normes contre la discrimination sociale

- étudier des systèmes de prévention efficaces

- garantir la conservation du poste de travail aux séropositifs et aux malades du sida

- aider les groupes à risque.

La législation actuelle semble répondre en partie seulement (58,8%) aux problématiques soulevées par cette maladie et souvent, le problème majeur consiste dans l'application de celle-ci. Enfin, le secteur public ne prévoit pas toujours la possibilité de mettre à la disposition des centres catholiques des ressources financières publiques et ceci suscite un problème supplémentaire à tous ceux qui sont apparus dans cette recherche.

Je crois qu'avec cette enquête d'envergure, le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé s'est fait le porte-parole du courage et de l'engagement que l'Église continue de donner pour affronter le problème du sida, dans un moment où l'on en parle trop peu: démonstration du fait que l'Église n'oublie jamais les derniers et les abandonnés. Ce travail peut être un point de départ modeste, une plate-forme d'indications et de suggestions dont cette honorable assemblée pourra s'inspirer pour entreprendre un travail qui lance les fondations de ces lignes directrices que réclament le majorité des églises locales, en vue d'une action et d'un message plus uniformes et plus décisifs.

Mme FIORENZA DERIU
BAGNATO
Chercheur en sociologie
Italie

1^{ère} Partie LA PRÉVENTION

La vie comme valeur essentielle

Un des plus grands poètes italiens, Giacomo Leopardi, dans une poésie émouvante, interroge la lune sur le sens de la vie humaine: “Ô lune, dis-moi, que vaut donc la vie aux yeux du berger et la tienne à ses yeux? Dis-moi: où me conduit ma brève errance – alors que ton parcours est immortel?”. Dans un crescendo dramatique, Leopardi constate qu’après un parcours douloureux, “un abîme affreux, immense, attend l’homme qui, en s’y précipitant, oublie tout”; que “l’homme naît dans de grandes difficultés et que la naissance comporte des risques mortels – preuve en est la douleur et le tourment – d’abord; dès le début, la mère et le géniteur – se mettent à le consoler d’être né”. La conclusion est désespérée: “Peut-être dans cette forme, dans n’importe quel état que ce soit, le grabat ou la lune, est funeste à celui qui naît le jour de Noël”. En d’autres termes, le poète s’approprie la conclusion: “pour moi la vie est un mal”. Le contraste avec *l’Evangelium vitae* de Jean Paul II ne pourrait être plus radical. En effet, le Saint-Père écrit au paragraphe 34: “la vie est toujours un bien”. Pourquoi ai-je fait dire le contraire par un poète, en confirmation de la conception positive de la vie qui me fait venir à l’esprit les vers d’un autre poète, qui, plein d’étonnement et regardant lui aussi vers le ciel, a écrit les psaumes 131 et 8: “je te rends grâce pour tant de prodiges: merveille que je suis, merveille que tes œuvres” (Ps 139). “À voir ton ciel, ouvrage de tes doigts, la lune et les étoiles que tu fixas, qu’est donc le mortel, que tu t’en souviennes, le fils d’Adam, que tu le veuilles visiter? À peine le fis-tu moindre qu’un dieu; tu le couronnes de gloire et de beauté, pour qu’il

domine sur l’œuvre de tes mains; tout fut mis par toi sous ses pieds” (Ps 8).

Qui a raison et qui a tort?

“Pourquoi la vie est-elle un bien” (Ev 34)? Jean Paul II répond que le bien de la vie est “une intuition et même une donnée d’expérience dont l’homme est appelé à saisir la raison profonde” (Ev 34). Cette raison définitive peut être exprimée par les paroles de saint Irénée: “l’homme vivant est la gloire de Dieu”. L’origine de la valeur de la vie humaine se trouve dans le cœur trinitaire de Dieu. Nous pouvons le dire avec les mots simples de Mère Teresa de Calcutta, en admiration devant le commencement de la vie humaine: “ce petit enfant qui n’est pas encore né a été créé pour une grande chose: aimer et être aimé”. Je connais cette raison profonde, mais puisque depuis près d’un quart de siècle, je suis continuellement appelé à l’expliquer à qui, comme Leopardi, ne veut pas interroger Dieu mais se limite à parler avec la matière (la lune), j’essaierai de raconter mon expérience comme celle d’un homme qui est obligé d’expliquer tout au plus les raisons de la vie par la raison sans faire appel à la foi. C’est une tâche

difficile, spécialement quand la vie humaine croise la souffrance, surtout si – comme en ce séminaire la souffrance et la mort apparaissent à la fleur de l’âge et souvent – même si ce n’est pas toujours le cas, comme conséquence d’une recherche désespérée de joie, de rencontre, de sens, d’évasion, d’avenir, comme il advient dans l’exercice de la sexualité, autrement dit de notre humanité qui, dans la distinction entre la masculinité et la féminité, est l’image de l’intimité même de Dieu et la condition du sens de la création.

Selon l’exhortation du paragraphe 34 de *l’Evangelium vitae*, je me propose de démontrer, dans un horizon simplement humain, c’est-à-dire fait “d’intuition” et “d’espérance”, que la vie est une valeur. Ensuite, je tenterai d’aller au-delà, pour suivre le titre de cette conversation, en démontrant que cette valeur est à la base de toute autre valeur et de la société elle-même dans ses structures essentielles. Enfin, je me demanderai si l’horizon que j’ai appelé “simplement humain” est suffisant ou si, au contraire, l’expérience et l’intuition humaines ne touchent pas précisément le seuil de la religiosité et de la foi et ne lancent pas à celles-ci un appel extrêmement humain et rationnel.

Pendant de nombreuses années, pour proclamer la valeur de la vie, je me suis transformé en biologiste: la vie de l’embryon, du fœtus, du nouveau-né, du malade, du porteur de handicap, de la personne âgée a une grande valeur parce que le titre de noblesse de l’existence dépend exclusivement de l’appartenance à la race humaine et cela suppose exclusivement une démonstration scientifique, autrement dit biologique et géné-



tique. Mais depuis quelque temps, mon attention s'est portée surtout sur la question du sens. Des spécialistes actuels de la bioéthique comme Singer et Engelarth, ne nient pas l'identité humaine des sujets faibles, comme les fœtus, les handicapés mentaux ou les moribonds, mais ils les considèrent comme ayant une valeur moindre qu'un chien dressé ou un ordinateur, en raison de leur prétendue incapacité d'être utiles.

Dans "Éthique pratique", Singer écrit (p. 100 et 126): "il y a beaucoup d'animaux non humains dont la rationalité, la conscience, la capacité de sentir, etc. sont supérieures à celle d'un enfant d'une semaine ou même d'un an". Cependant, "il semble que la vie d'un nouveau-né ait moins de valeur que la vie d'un porc, d'un chien, d'un chimpanzé. En tout cas, le point principal est évident: tuer un nouveau-né avec des malformations n'est pas équivalent moralement à tuer une personne. Et bien souvent, n'est absolument pas erroné".

Face à ces idées, la défense des sujets plus faibles ne peut se limiter à démontrer leur identité biologique humaine, mais doit affronter la question du sens spécifique de la vie humaine.

La complexité du discours relatif à la nature de cette intervention ne permet que d'énoncer les titres de sujets qui mériteraient un développement ultérieur.

La première intuition est que, s'il y a un sens dans tout l'univers, celui-ci se trouve dans la vie de l'homme. Par tout ce que nous connaissons et pouvons expérimenter, l'homme, chaque homme, constitue la partie la plus complexe et parfaite de

tout le cosmos. En outre, les théories modernes de la relativité d'Einstein et de Darwin semblent démontrer scientifiquement que tout effort de l'univers tend vers l'apparition de l'homme. En effet, on sait que, selon l'évolutionnisme, la vie est apparue sur la terre d'abord sous formes élémentaires, ensuite plus complexes: des unicellulaires vivants aux poissons, aux reptiles, aux oiseaux, aux mammifères, à l'omo faber et à l'homo sapiens... Tout cela suivant des temps extrêmement longs. Il a donc fallu une énorme quantité de temps pour avoir l'homme. Mais – affirme la théorie de la relativité – temps et espace sont inévitablement liés entre eux. Il faut un espace énorme pour avoir un temps énorme. Et s'il faut un temps énorme pour avoir l'homme, l'univers entier, avec ses astres innombrables, ses galaxies, ses distances extraordinaires est finalisé à l'homme.

Ici se situe la seconde intuition. Chaque être humain, avant d'être enfant d'un homme et d'une femme, est enfant de l'immensité. Donc sa vie est marquée par quelque chose d'incommensurable, d'extraordinaire et mérite l'admiration et l'étonnement. Elle doit avoir une signification merveilleuse si, pour la réaliser, un chantier aux proportions énormes a été préparé et toutes les ressources imaginables d'une intelligence ont été sollicitées. La vie humaine est vraiment une merveille. Voilà ce que la lune aurait pu répondre à Leopardi.

La troisième intuition est celle d'une distance entre l'homme et tout le reste de la création, d'une mystérieuse transcendance qui le situe dans une diversité absolue par rapport à la matière dont il est pourtant façonné. Ce qui surprend surtout, c'est sa capacité de penser. En réfléchissant bien, toute l'immensité de l'espace et du temps serait inexisteante s'il n'y avait pas l'homme, capable de les penser. Lombardi Vallauri a écrit: "la vie humaine est cet endroit de la matière mûre où s'embrasent mystérieusement la conscience, la pensée, l'expérience morale, les manifestations de spiritualité contemplative et créative, les nostalgies, les dévouements et les tragé-

dies d'amour, toutes choses qui font de la vie humaine une partie plus grande de tout l'univers biologique et physique qui la contient, un effet qui peut transcender l'immense cause d'où elle provient... la majesté ontologique de l'homme en tant que corps et esprit vivant disqualifie la distinction de rôle et de rang social, fait de toute l'humanité simple une grandeur cosmique et plus que cosmique...".

Et voici alors la quatrième intuition. Le big bang qui, selon de nombreux chercheurs contemporains, a donné naissance à l'univers il y a dix ou vingt milliards d'années n'est pas l'authentique big bang créatif. Le commencement de la vie de chaque être humain est le véritable acte créatif, au sens plein de la finalité, le passage authentique de l'inexistence à l'existence. Quelque chose qui auparavant n'existe pas commence soudain à exister et est extraordinairement différent et supérieur à tout ce qui existe uniquement pour préparer son origine.

Cette série d'intuitions et de démonstrations ne dit pas encore si le sceau de la positivité est imprimé dans la vie humaine, comme l'a chanté le poète, ou de la négativité, comme les larmes de Leopardi. "L'immense et horrible abîme" qui semble l'engloutir prédomine ou alors l'immensité grandiose d'un chantier qui la prépare et provoque ensuite le déclenchement du véritable big bang créatif dans la tendresse d'une rencontre entre un homme et une femme, qui devrait exprimer en même temps qu'un désir d'amour, une gratuité inhabituelle et un cri inoui vers l'éternel. Cependant, la majesté de la vie humaine semble tellement grande qu'elle ne peut être rapportée à un sujet collectif quel qu'il soit – classe, race, nation ou espèce, mais apparaît comme une qualité de chaque être humain en tant que tel et ne permet aucune graduation: elle est toujours la plus élevée. Ceci se traduit dans la pensée moderne laïque – philosophique, juridico-politique – par l'expression " dignité humaine", qui se retrouve dans de nombreuses constitutions de la seconde moitié du siècle et surtout dans la Décla-



ration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948. Dans le préambule, on peut lire que "le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde consiste dans la reconnaissance de la dignité de chaque être appartenant à la famille humaine et de ses droits égaux et inaliénables". Parler de "dignité humaine" et de "valeur de l'existence humaine" est la même chose. Voilà pourquoi il convient de souligner le lien établi entre la dignité et l'égalité. Le long processus historique qui a conduit au refus, du moins conceptuel, entre les hommes, divisés autrefois entre esclaves et hommes libres, étrangers et citoyens, noirs et blancs, femmes et hommes, atteint son objectif dans l'affirmation de la dignité humaine égale. Elle est tellement grande qu'elle ne permet pas de distinction entre vies plus dignes et moins dignes et, d'autre part, si on admettait une discrimination dans la dignité, le principe d'égalité si difficilement acquis serait ignoré.

Mais la parole dignité est entourée de mystère. Elle a une nuance religieuse. Quelqu'un a parlé de la déclaration des droits de l'homme comme d'une prophétie laïque. Dans la parole, se trouve l'émerveillement de l'homme devant sa grandeur, mais il n'y a aucune démonstration de la raison de cela. Cependant, l'histoire ajoute une preuve indirecte à l'émerveillement: l'expérience douloureuse de l'humanité démontre que chaque fois que la dignité humaine égale de tous et de chacun a été bafouée, l'angoisse et la douleur ont envahi l'humanité. Pour ce fait d'expérience historique, comme postulat de l'espérance, la Charte de 1948 déclare la foi des peuples de la terre dans les droits de l'homme. Il convient de souligner l'entrée de la parole "foi" dans un acte juridique civil et de se rappeler la signification symbolique de l'année 1948: au milieu de notre formidable siècle, la seconde guerre mondiale vient à peine de se terminer et le risque suprême d'un conflit atomique capable de faire sombrer dans l'absurde toute l'histoire humaine vient d'apparaître. Quelques années plus tard, en 1945, la Cour

constitutionnelle allemande, magistrature suprême d'un État qui avait provoqué l holocauste, écrit: "Face à la puissance de l'État totalitaire qui prétendait la domination dans tous les secteurs de la vie sociale et pour lequel le respect de la vie de l'individu ne signifiait rien, la Constitution a établi un système de valeurs qui met l'homme au centre de toutes ses lois. À la base de cette conception, se trouve l'idée que l'homme, dans l'ordre de la création, possède une valeur propre et autonome qui exige constamment le respect inconditionnel de la vie de chaque personne, même de celle qui peut sembler sans valeur sociale".

Ainsi, la personne sans valeur apparemment devient le paramètre de la dignité, à son tour garantie d'espérance. Jusqu'ici, la pensée humaine n'est certainement pas dépourvue de contradictions. L'opposition entre utilitarisme et personnalisme se fait âpre lorsque le jugement investit les phases les plus marginales de la vie humaine, celle qui n'est pas encore née et celle qui désormais est proche de la mort. Dans cette zone, l'utilitarisme pour lequel compte seulement ce qui est utile, héritier décadent du matérialisme, semble encore avoir le dessus sur le personnalisme, qui perçoit le mystère à l'intérieur et à l'extérieur de l'homme et qui, sur ce mystère de l'existence, fait son pari.

Pourtant, le personnalisme l'emporte déjà quand il réussit à poser la même question que celle du Pape dans l'Evangelium vitae: "comment un individu humain ne serait-il pas une personne?" (n. 58), autrement dit porteur d'un ministère qui le rend différent de toute autre partie de la création, toujours sujet et jamais objet, toujours finalité et jamais moyen, jamais réductible à une chose?

Il faut ajouter quelques mots sur le caractère fondamental de la valeur de la vie.

L'affirmation se trouve déjà dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme: la dignité humaine est le fondement de la liberté, de la justice et de la paix. Dans l'encyclique Evangelium vitae, par un néologisme heureux, la valeur de la vie est appelée "génératrice"



source, fondement de toutes les autres valeurs et la démonstration est beaucoup plus détaillée. Il est inévitable de citer "l'appel passionné" adressé, dans le paragraphe 5, "à tous et à chacun": "Respecte, défends, aime et sers la vie, toute vie humaine! C'est seulement sur cette voie que tu trouveras la justice, le développement, la liberté véritable, la paix et le bonheur!". "Sur la reconnaissance du droit à la vie – avait déjà écrit Jean Paul II un peu auparavant – se fonde la convivialité et la communauté politique même" (n.2). Même la théorie des droits de l'homme (n.18), la solidarité (n.18), la démocratie elle-même (n. 19, 70, 90), la légalité (n. 20), le sens moral qui sait distinguer le bien du mal (n. 4, 20) deviennent incertains si la valeur de toute vie humaine n'est pas reconnue et respectée.

Naturellement, il est impossible en ce lieu d'examiner tous ces aspects. Je ferai une simple allusion à un sujet qui me touche particulièrement à cause de ma profession de magistrat, c'est-à-dire d'homme de loi. La question de saint Augustin m'a toujours beaucoup troublé: "qu'est-ce qui distingue l'État d'une association bien organisée de malfaiteurs"? Et j'ai toujours été très inquiet au sujet d'une question qui, depuis Socrate jusqu'au procès de Nuremberg contre les criminels nazis, traverse l'histoire de la pensée humaine: "qu'est-ce qui distingue la loi du commandement du plus fort"? Une réponse laïque sur ce que la pensée chrétienne avait toujours vu et atteint, précisément au milieu de notre siècle formidable, vient de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme: la

distinction est faite par la dignité humaine, c'est-à-dire par la valeur égale de la vie de chacun. La raison de notre coexistence dans une société organisée est une sorte de pacte implicite par lequel nous sommes prêts à payer le prix fort, pourvu que notre vie individuelle soit garantie. La légalité s'impose pour des raisons éthiques, même lorsque son commandement est erroné, parce que l'ordonnance juridique dans son ensemble, en tant que garant de l'ordre, est un instrument "pour la vie". Mais si l'on se dresse contre la vie, la loi cesse d'être loi.

Il y a d'autres aspects, par lesquels la valeur de la vie révèle son caractère fondamental ou "générateur", auxquels il faut consacrer une attention particulière étant donné la thématique de ce séminaire. Je fais allusion à la signification de la sexualité et de la famille. Du point de vue factuel, c'est la détérioration de la sexualité et de la famille qui réduit la capacité de voir et de respecter la vie humaine, du point de vue conceptuel, c'est précisément la contemplation de la beauté merveilleuse de la vie humaine qui peut reconstruire le sens de la sexualité et de la famille. Dans une vision matérialiste, la recherche sur le sens de la vie aboutit à la banalité du plaisir, dont le plaisir sexuel est une expression particulièrement intense, et à la crainte d'une solitude dans un univers absurde où compte seulement l'affirmation personnellement de l'individu, le pouvoir du particulier en quelque sorte. D'autre part, la vie est donc conçue comme une limite à ne pas franchir sinon cela provoquerait une douleur et une diminution du plaisir. Lorsque cela est possible – comme il advient lorsque la vie d'autrui est particulièrement faible – l'autre est simplement censuré ou supprimé mentalement. Ainsi la "sexualité tous azimuts" devient presque le sens même d'une vie banale parce que privée de grandeur et de mystère et la famille, en tant que structure de don et de victoire sur la caducité, devient un endroit unacceptable. Donc, pour rendre du sens à la sexualité et à la famille, il faut que les deux réalités soient profondément imprégnées du mystère qui entoure la

vie humaine. L'acte sexuel ne peut être banal si, par sa nature, il exprime la manière dont le mystère grandiose de la création se réalise. La famille ne peut être située parmi les structures de la répression et de l'aliénation puisqu'elle génère la vie humaine et illustre l'évangile (= l'annonce joyeuse) de l'amour.

Tout bien considéré, cette réflexion a déjà effleuré la dimension religieuse à différentes reprises. La culture de la mort et la culture de la vie s'affrontent précisément dans le domaine religieux, dans le sens où la première ne voit rien au-delà de la mort (parce que l'homme est conçu seulement comme une partie bien organisée de la matière, que matière il demeure et en tant que tel, il est destiné à finir), tandis que la seconde (l'homme est "mystérieusement autre" par rapport à la matière et comme tel, il ne peut avoir le même destin que les choses), espère, parie, suppose, croit dans un mystère humain même au-delà du tombeau.

Mais il y a une chose que la raison ne réussit pas à comprendre seule, qui est à classer dans "l'étonnement" naturel devant la vie humaine: c'est la souffrance, la douleur innocente.

J'ai dû discuter bien souvent de l'avortement et de l'euthanasie. Même si je n'ai pas introduit Dieu dans mon discours, j'ai toujours senti la supériorité objectivement victorieuse de mes arguments en faveur de la défense de l'enfant qui n'est pas encore né. Mais j'avoue n'avoir pas eu le même sentiment lorsque le débat concernait l'euthanasie. Certes, même au Parlement européen, j'ai réussi à empêcher l'approbation de documents en faveur de l'assassinat d'êtres humains souffrant et proches de la mort en utilisant des arguments humains. J'ai dit que la liberté de supprimer la vie n'existe pas, parce que sans la vie, la liberté prend fin. J'ai démontré qu'aucune accusation de violence, qui empêche par la force le suicide d'un jeune sain, parce que l'argument de l'euthanasie n'est pas la liberté mais plutôt le jugement négatif sur la qualité de la vie qui distingue, précisément, entre vies plus dignes

et moins dignes d'être vécues, ce qui est inacceptable selon le principe d'égalité. J'ai ajouté que le principe de l'euthanasie a une force expansive si bien qu'il peut mettre en danger la vie de tous ceux qui souffrent, des moins capables, des moins utiles, des fardeaux sociaux. Mais devant la souffrance, la vie a besoin de Dieu pour vaincre, et même plus: elle a besoin du Christ, et plus encore du Christ crucifié. Ainsi, j'ai pensé plusieurs fois, même si je ne l'ai pas dit dans les parlements, à ce que saint Paul a écrit: "*Nihil aliud inter vos cupivi scire, nisi Christum et hunc crucifixum*".

La pleine valeur de la vie humaine trouve son entière vérité dans le mystère de l'amour sans mesure de Dieu. Il est l'origine de l'amour et la destination à l'amour de ce qui rend toute vie humaine "mystérieusement autre". Voilà pourquoi le Saint-Père, dans *Evangelium vitae*, voit dans "l'éclipse du sens de Dieu" la perte du "sens de l'homme" (Ev 21). À la fin, pour croire en la vie humaine, il faut croire en l'amour. "*Credidimus charitati*".

Je considère comme un motif de grande espérance que le second millénaire de l'ère chrétienne se termine non seulement par la tragédie du 20^e siècle, mais aussi par la consigne au nouveau millénaire, par tous les peuples de la terre, des paroles qui confient leur espérance (de liberté, de justice et de paix) d'une parole désarmée: la dignité humaine.

Je suis convaincu que pour cette parole, on abandonnera tôt ou tard le mot d'ordre de la modernité: penser et agir "*etsi Deus non esset*", comme si Dieu n'existant pas. "Si Dieu n'existe pas tout est possible" même que la vie humaine n'ait aucun sens. Mais alors, il est simplement impossible de vivre. C'est pourquoi je pense pouvoir conclure en affirmant que la valeur de la vie humaine au troisième millénaire ne constituera plus un mur ou un fossé de division, mais un pont et un terrain de réconciliation entre les ressources de la raison et celles de la foi.

M. CARLO CASINI
Président du Mouvement italien
"Pro Vita", Italie

L'éducation est-elle orientée vers les valeurs?

Dans la civilisation technique, qui imprègne aujourd'hui la pensée et la volonté de l'homme, il est difficile de parler d'éducation. Par celle-ci, on s'exerce à produire des objets de tout et de tous donc, on l'incite à oublier son être et celui des autres. De cette manière, bloqué dans sa "productivité", si on peut utiliser ce néologisme linguistiquement et phonétiquement peu élégant, aujourd'hui appelée erronément culture, le regard de l'homme s'affaiblit au point de modifier les succédanés du réel, qui sont précisément les objets rêvés de manière productive par son *cogito*, pour le réel même.

Dans le monde des succédanés, qui fonctionnent comme s'ils étaient la réalité même, l'homme n'est pas vraiment éduqué mais plutôt familiarisé avec l'art de fonctionner, afin de lui permettre de survivre toujours plus commodément. L'éducation de l'homme fait place à la formation du fonctionnaire, efficace pour faire quelque chose à partir de quelque chose. L'utilité de la fonction, produite par l'homme, substitute en lui le sens de la vie même; il ne se change pas lui-même mais ses fonctions et celles des autres.

Les sophistes modernes, qui suivent l'exemple des sophistes athéniens, se rendent compte

que le *cogito ergo sum* se traduit en *fungor ergo vivere possum*, vendent aux concitoyens les différentes connaissances concernant la production des choses, qui les aident non seulement à survivre mais aussi à s'écraser les uns les autres. En effet, le fonctionnement des succédanés du réel plonge la société dans la dialectique "serviteur-patron". En fin de compte, au lieu d'avoir affaire avec la société, on se trouve dans la nécessité de devoir affronter les collectivités des fonctionnaires, de l'économie, de la politique, du sexe, du mariage, de la famille, des sciences, de la philanthropie, etc. Les uns produisent du "pain" qui sert à survivre plus ou moins agréablement, tandis que les autres produisent des "divertissements" (Pascal) qui servent à oublier le réel. Survivant commodément dans l'oubli du réel, ils se libèrent de l'obligation morale de vivre dignement.

Le *cogito-fungor* des uns et des autres, s'éloignant de l'être, les conduit à ce succédané du salut désiré qui est telle ou telle fonction *utopique*, c'est-à-dire une fonction érigée en idéal. Pour le *cogito-fungor*, il n'est absolument pas important que l'idéal soit vrai ou faux, il suffit qu'il fonctionne comme s'il l'était. Le *cogito-fungor* ne pense même pas aux consé-

quences dévastantes du fait que, privé du désir de connaître le vrai et d'aimer le bien, il conduit l'homme au non être *utopique* et par conséquent, à l'incompatibilité de vivre avec cette fleur, avec ce bois, avec cet homme. L'altérité de chaque être l'épouvante et le bouleverse.

Les fonctionnaires des utopies, par exemple, mentionnent seulement l'utopie communiste ou celle du bien-être, condamnant tout le monde au comportement forcé, ce qui constitue l'éducation à rebours. Ils traitent l'homme comme s'il était un ordinateur qu'il faut programmer. Les ordinateurs fonctionnent mieux que les hommes au niveau de l'efficacité et de la rapidité des opérations mais jusqu'à présent, personne ne parle de l'éducation de ces mécanismes. Ainsi, le lavage de cerveau qui précède la "programmation" des hommes provoque en eux le déséquilibre mental et l'insanité.

L'Église n'est pas exempte non plus du risque de l'éducation sophiste. Cette éducation fragmente l'unité de la vie spirituelle des croyants et dévie leur foi, puisque beaucoup d'entre eux, au lieu de lutter en faveur du sens salvifique de la vie, se travestissent en fonctionnaires et luttent pour les choses qui leur permettent de se sentir à l'aise dans le monde des fonctions. À la foi salvifique, ils substituent aujourd'hui ce demain et cet objet par lesquels ils sont à la merci du *cogito-fungor*. Ceux qui sont éduqués de manière sophiste, n'entament le dialogue avec personne. En effet, les objets ne dialoguent pas, ils luttent pour obtenir le prix le plus élevé.

C'est précisément dans le dialogue que s'accomplit la vie spirituelle de l'homme. En parlant, il s'unit à l'identité sacrée de l'autre, sacrée en ce sens qu'elle ne dépend d'aucun homme. L'identité de chaque



être est un don qui est offert continuellement par la pensée créatrice de Dieu. Le don est à adorer. En l'adorant "dans l'esprit et la vérité" (cf. Jn 4, 23-24), l'homme adore le Principe de tout don, c'est-à-dire Dieu. Il l'adore en contemplant cette montagne sous sa lumière, cette fleur, ce lac, mais il l'adore surtout en contemplant un autre homme qui, à son tour, en se donnant à lui, entreprend un dialogue avec lui et, en le contemplant, adore Dieu.

Qui adore ses propres *cogitata* est obligé de construire ce que l'on appelle les consentements. Sinon, son adoration perd sa signification. Le fonctionnaire qui ne réussit pas à construire un accord ne fonctionne pas, ce qui, pour lui, revient à ne pas vivre. En fin de compte, la vie "spirituelle" des fonctionnaires, qui consiste précisément à construire des accords, n'est qu'une lutte pour atteindre des fonctions toujours plus élevées, puisque celles-ci font augmenter ou diminuer le prix-valeur de la vie. Ne pas être éliminé, mieux ne pas se laisser dépasser par les autres: voilà le fondement et l'idéal de la morale et de l'éducation des fonctionnaires, morale et éducation qui, au fond, se réduisent à une mauvaise politique.

Pour les fonctionnaires qui ne se sentent pas plus grands que le monde dans lequel ils vivent, la liberté se révélant dans l'union désintéressée de l'homme avec le bien, qui ne sert à augmenter ni l'avoir ni le pouvoir, représente la pierre d'achoppement. Ils s'en moquent, la marginalisent et présentent ceux qui y aspirent comme des arriérés. Aux yeux

des fonctionnaires, celui qui aime les choses qui ne servent pas à augmenter l'avoir et le pouvoir doit avoir un grain de folie, parce qu'il entrave le progrès technique. Tourné vers les réalités qui sont au-delà de lui, il ne se préoccupe pas de la direction du progrès et de cette manière, trouble la paix des fonctionnaires. Il importune les fonctionnaires car, en ne cachant pas qu'il est contraint par des réalités invisibles, il les oblige à penser. Socrate a été assassiné par ceux qui étaient "extrêmement habiles à éduquer et à faire ce qu'ils voulaient des hommes et des femmes, jeunes ou vieux"¹. Pour lui, la liberté consistait dans le choix non pas de ce que l'on veut mais de ce qui doit se vouloir. Aujourd'hui, alors que tant de forces se liguent contre l'homme pour le contraindre à accepter la condition propre au "sentiment utile", à produire les choses visibles du début à la fin de sa vie, les paroles de Socrate résonnent encore de manière plus prophétique: "il faut reconnaître que dans une constitution politique sur le modèle des constitutions actuelles, tu peux dire de celui qui se sauve et devient ce qu'il doit être, qu'il se sauve par l'effet d'une grâce divine et tu peux être certain que tu ne te trompes pas"².

La situation devient encore plus dangereuse lorsque l'extériorité de l'État, composée des fonctions administratives, tend de manière totalitaire à faire des citoyens des "administrables". L'extériorité de l'État ne supporte pas que les hommes soient des "personnes", car la personne transcende toutes les fonctions et leur administration. Les fonctionnaires enchaînés à l'extériorité de l'administration, dévastant cette essence de l'amour extatique de la vérité et du bien qui est en l'homme et est supérieure à l'utilité et à l'efficacité, claquent la porte devant le don de la liberté. Dans les moments dispersés du temps et détachés les uns des autres, parce qu'aucun instant ne peut les unir, la liberté se réduit pour ainsi dire à de prétenus libres choix, en d'autres termes à ces réactions aux stimulants actuels et visibles.

Les fonctionnaires du vi-

sible, qui ne sont pas tournés vers la transcendance, ne savent pas gouverner les hommes libres. Ne saisissant pas leur amour des choses plus grandes que le monde visible, ils sont inaptes à la communion des personnes. Ils s'unissent aux autres seulement s'ils en ont besoin afin de pouvoir réaliser quelque chose. Le produit réalisé, ils se séparent. Dans leur univers, la trahison et la fidélité sont des catégories inconnues. En effet, la fidélité et la trahison existent seulement dans le monde édifié sur la connaissance et l'amour de l'autre, jamais dans le monde des fonctions. Seul l'homme qui, connaissant et aimant l'être des autres, s'identifie à lui jusqu'à le devenir, sait ce que signifie la fidélité ou la trahison.

Dans l'Église, la mentalité des fonctionnaires qui corrompent l'amour, corrompt le travail de l'évangélisation. C'est une corruption de l'amour, de la connaissance et du travail. Cette corruption se manifeste dans l'activité des chrétiens et de leurs pasteurs dans de nombreux domaines, tandis qu'ils négligent cette "chose unique" sans laquelle toutes les autres passent et disparaissent dans le néant. Lorsque, chez les chrétiens et leurs pasteurs, ne brille pas la parole qui "extrait" les hommes de l'obscurité et de l'incompréhension de leur immanence et les conduit vers la liberté-amour qui les rend compréhensibles et saufs, l'Église donne l'impression d'être une association fondée pour exercer telle ou telle activité sociale. Les vocations sont entravées et bloquées parce que les jeunes perçoivent la contradiction dans laquelle se trouve l'évangélisation à cause de l'administration des fonctionnaires. Le mécanisme de l'extériorité de l'administration sera tôt ou tard substitué par l'ordinateur et l'homme ne se sent pas appelé à le devenir.

La pasteur *instruit* et *conduit* le troupeau; il est éducateur. C'est un travail difficile.

Alors, que signifie l'éducation?

Étymologiquement, le terme "éducation" indique une action particulière, celle de conduire un homme hors, de l'extraire ("edurre", éduquer) de l'igno-



rance pour le mettre dans la condition d'affronter de nouvelles évidences. L'éducateur réveille. Le réveillé, l'instruct, celui qui sort du sommeil, entre dans le monde réel où il constate comment sont les choses. Il se sent libéré des rêves auxquels se rendaient sa raison et sa volonté, plongées dans le sommeil.

L'homme est éduqué dans la mesure où il permet à la vérité des êtres de le défendre du chaos propre au monde irréel. Le monde réel offre une résistance aux désirs et aux calculs de l'homme. Il exige que celui-ci s'adapte aux autres, c'est-à-dire qu'il abandonne les commodités dont il jouissait dans le monde rêvé. La vérité des êtres invite l'homme à se convertir à eux, cela constitue l'essence même de l'éducation. En effet, celui qui se convertit est informé sur les opinions et appelé à coexister avec les autres. C'est un passage pascal qui n'est jamais facile.

La libération de l'homme, qui a lieu par la conversion, commence par cette question: "d'où viens-je et où vais-je"? Cette question visant l'Invisible dont la présence immortelle à chaque instant de la vie fait que chaque fin n'est qu'un commencement, libère l'homme des choses visibles qui passent. L'homme instruit et guidé par cette question à l'Autre, effleure le sens de la vie. Dans la question "d'où viens-je et où vais-je?" suscitée par l'expérience du temps que l'homme représente de la naissance à la mort, exprime dans n'importe quel sens la mémoire de cet Autre qui est éternité. Dans cette demande vibre l'espérance que la fin de la vie ne nie pas son commencement, mais le confirme et lui accorde de l'importance. La question "d'où viens-je et où vais-je?" constitue le principe de l'éducation au sens le plus profond du terme. L'éducateur est celui qui aide l'homme à devenir cette question. Pour ce faire, il doit déjà savoir unir le commencement et la fin de la vie en se demandant intensément: "d'où viens-je et où vais-je,"? Celui qui sait les unir, sait vivre parce que lui seul sait mourir et renaître. Mourir et renaître demandent "d'où viens-je et où



vais-je?". "Mourir et renaître, cherchant "une seule chose" qui lui manque" (cf. Mc 10,21), en cherchant cet Autre qui est le principe, d'où il provient et la fin vers laquelle le "nouveau pèlerin d'amour oriente son désir"³³. Toute autre éducation arrête l'homme dans les choses qui, détachées de l'unité de la fin et du commencement de la vie en raison de l'absence de la question "d'où viens-je et où vais-je?", reflètent seulement son être enfermé dans l'humain. Se voyant dans les autres et dans les choses comme dans un miroir, l'homme voit seulement ce *hic et nunc* auquel il est réduit et dont le dernier mot revient au plaisir. Les tautologies, pas seulement homosexuelles, n'ont jamais le caractère éducatif, elles n'éduquent pas l'homme par lui-même.

L'éducation de l'homme commence dans son corps. C'est son corps qui indique d'abord à l'homme le moyen de sortir de lui-même. En présence de la personne différente sexuellement, l'homme commence à entrevoir la direction dans laquelle il doit orienter son être extatique à la recherche du principe et de la fin. La vie vécue au-delà de la différence sexuelle fourvoie la demande "d'où viens-je et où vais-je?" et fait que l'homme se comporte de manière idiote; il est "mal informé", c'est-à-dire mal éduqué.

La différence sexuelle "fait sortir" la personne d'elle-même et la conduit vers une autre. Elle les libère toutes deux de la solitude dans laquelle personne n'arrive à se comprendre. En effet, l'homme-mâle ne comprend son être qu'à la lumière

de l'homme-femme et vice versa. La vérité de l'être de chacun d'eux se dévoile seulement lorsqu'ils se révèlent l'un à l'autre. Là où la différence sexuelle est oubliée, l'éducation de l'homme a déjà échoué. Elle a échoué en raison de l'impossibilité de marcher vers la vérité et le bien de l'homme. Oserai-je dire qu'en n'acceptant pas cette différence, l'homme barre le chemin qui le conduit à comprendre l'altérité de Dieu déjà dans le fait de se demander: "d'où viens-je et où vais-je?".

En d'autres termes, l'homme, dans la mesure où il néglige et oublie la différence sexuelle, ne s'oriente pas vers le sens de la vie, sens dont l'altérité commence à briller déjà dans l'altérité de l'autre personne. Si l'altérité du sens de la vie commence à se manifester dans la différence sexuelle, ce sens oblige l'homme à ne pas s'arrêter à celle-ci; la différence sexuelle ouvre seulement la voie. Le sens même, brillant dans le visible, demeure invisible et invite à aller au-delà. C'est l'Invisible qui engage l'homme dans le sens profond du terme, non le visible. Donc, c'est l'invisible et non le visible qui éduque l'homme.

Je pense que nous pouvons nous passer d'explications parce que le monde constitué par les fonctions ne connaît ni la vérité ni la trahison. Seul l'Invisible, qui ne s'identifie à aucune fonction, exige et appelle l'homme à la fidélité inconditionnelle. Précisément, en l'appelant à elle, il le "conduit dehors"; il l'éduque. Mais l'homme peut être fidèle à l'Invisible à condition que celui-ci brille dans le visible. C'est pourquoi la fidélité de l'homme à l'Invisible s'accomplit dans la fidélité au visible, dans laquelle l'Invisible se révèle et se donne à lui, de sorte que celui qui abandonne ce visible trahit les deux. Aimer l'Invisible comme si on abandonnait le visible et aimer le visible comme si on abandonnait l'Invisible: voilà le secret ! Le Christ a révélé ce secret et lui seul, parmi les hommes, a su le réaliser d'une manière divinement parfaite.

En même temps, la fidélité à l'Invisible, s'accomplissant dans la fidélité au visible, exige

que l'homme abandonne le visible et s'élève toujours davantage. Autrement, il ne pourra jamais être fidèle à l'Invisible. Par manque de fidélité à l'Invisible, sa fidélité au visible a échoué, car elle n'essaie pas de le sauver.

La fidélité et la trahison se réfèrent, de manière différente évidemment, au sens de la vie de l'homme. Par conséquent, l'homme fidèle à l'Invisible rayonnant dans le visible est fidèle à lui-même. Lorsqu'il trahit cette totalité duelle, il trahit son être orienté vers celle-ci.

Le sens de la vie, déjà présent en quelque sorte dans la question "d'où viens-je et où vais-je?", se manifeste comme l'unité du principe et de la fin. L'homme vient du principe et va vers la fin où il espère pouvoir le retrouver. L'aurait-il perdu? La réponse peut être seulement *in illo tempore*. Voilà pourquoi il vit ce principe comme s'il continuait à le perdre dans chaque *hic et nunc*. A la lumière de ce qui survient *in illo tempore*, il voit comme sont les choses qui passent et comment il faut se comporter pour leur rendre justice. Son éducation devrait être orientée précisément vers ce qui arrive *in illo tempore* et d'où provient la vérité de tout ce qui existe *hic et nunc*. Seul l'homme tourné vers les réalités qui surviennent continuellement sans jamais passer sait comment se comporter dans chaque situation. Il est préparé aux choses nouvelles; aucune ne le surprend ou ne survient à l'improviste.

C'est ainsi qu'ont été éduqués Abraham et son fils Isaac, sur les pentes de la montagne dans le pays de Moriyya. Tous deux cherchent le sens de la vie, donné par Dieu (cf. Gn 22, 7-8); le père le cherche dans l'altérité du fils et le fils dans l'altérité du père. Ils se confient à la vérité qu'ils croient être d'origine divine et espèrent ne pas être déçus par elle. Pour Abraham, cette vérité brille chez Isaac, pour Isaac, elle brille chez Abraham. L'un *auget* enrichit la confiance de l'autre, mettant la sienne en lui. L'un pour l'autre deviennent *auctoritas*, c'est-à-dire réalité où transparaît l'Invisible "perdu", désiré et cherché par eux,

ensemble. En s'unissant l'un et l'autre, ils se mettent sur le chemin du retour. D'où viennent-ils? De l'exil. Ils font l'ascension, ils atteignent la cime...

Dans la confiance de l'homme en l'homme, la question "d'où viens-je et où vais-je?" ne cesse pas d'être posée, mais elle s'approfondit si je puis dire, en direction de l'Invisible. Elle est toujours plus attendue, adressée à ce qui, même surveillant dans le temps qui passe, ne s'identifie pas à lui. L'homme confiant est fiable; en ne se laissant pas dévorer par le *sae-culum* qui, comme dit Tacite, *corrumpt et corrumpitur*, ne se laisse pas corrompre et ne corrompt pas les autres. Seul, celui qui n'est pas corrompu par les choses qui passent, autrement dit celui qui n'est pas sécularisé est capable d'éduquer les autres. La transparence de son être visible lui permet d'entrevoir l'Invisible d'où, comme du soleil, tout et tous irradient. Voilà exactement ce que signifie être éduqué.

L'homme éduque l'autre dans la mesure où il se révèle à lui. L'éducateur se donne à l'éduqué. En d'autres termes, l'éducateur meurt à lui-même. Il meurt à lui-même en se confiant à l'autre. C'est pourquoi il renaît en lui lorsque l'autre se confie à son tour. Tous les deux, en s'éduquant l'un l'autre, sont éduqués. Les non éduqués ne renaissent pas parce qu'ils ne savent pas mourir.

Les non éduqués sombrent dans la solitude, dans laquelle le manque d'éducation de l'homme envers la réciprocité de donner et de recevoir se manifeste par le fait d'accepter la dialectique "serviteur-maître", dans laquelle le "maître" instruit le "serviteur" et le "serviteur" instruit le "maître" selon les propres besoins. La solitude a toujours un caractère polémique, parfois même agressif. L'utilité et la facilité conduisent le "serviteur" et le "maître" loin de l'Invisible "perdu" *in illo tempore*, le livrant aux choses d'un prix quelconque.

Celui qui s'arrête aux choses utiles et faciles jusqu'à s'identifier à elles sera toujours second, comme le sont les instruments qui servent à quelque chose. Il sera toujours à vendre

ou à acheter; son prix augmentera ou diminuera selon les règles du marché.

Le premier est celui qui se laisse former et conduire vers l'Autre invisible. Les premiers sont Abraham, Isaac et Jacob parce que, brûlant du feu de Celui qui est, ils n'ont aucun prix; ils ne sont ni à vendre ni à acheter. Ils peuvent seulement s'offrir. Chacun d'eux est dignité, qui représente un idéal en soi. Ils vivent dans le monde des choses visibles, mais ils n'appartiennent pas à celui-ci. S'appliquant les mesures de l'altérité du divin, qu'ils cherchent et désirent, ils se mesurent non pas avec leur temps mais avec l'éternité qu'il est. La compréhensibilité d'Abraham, d'Isaac et de Jacob provient du feu dont ils se consument et qui leur permet de se présenter par ces paroles "je suis". Provenant et allant vers la réalité qui advient *in illo tempore*, ils vivent le temps de leur existence terrestre comme le temps du devenir et non comme le temps de la corruption.

La dignité exige l'héroïsme de *l'agere*, c'est-à-dire l'héroïsme de la connaissance de la vérité et de l'amour du bien. La dignité n'est pas acquise. Elle *fit*. Elle se réalise précisément dans le fait de mourir à soi et dans la reconnaissance de ce qui est aimé et connu. Celui qui ne se décide pas à penser et à exister de manière héroïque manifeste qu'il est incapable de dire à l'autre: "je suis toi et tu es moi", qu'il ne sera jamais dignité. Dans son inaptitude à l'héroïsme se manifeste son manque d'éducation. Seul celui qui dit à l'autre: "je suis toi et tu es moi" se comporte dignement. C'est la dignité qui éduque l'autre, en l'appelant à être également dignité, c'est-à-dire à lui répondre: "moi aussi je suis toi".

Le manque d'éducation de l'homme se manifeste dans son incapacité à dire "je suis toi et tu es moi" dans le mariage, la famille, l'amitié. Il se manifeste par son inaptitude à la médiation *pontificale* entre les hommes et Dieu, et de manière particulièrement douloureuse dans celle propre au sacerdoce, au sens strict du terme. Les tragédies dans les mariages, dans les familles, dans les amitiés et

dans l'Église même sont le résultat du fait que de nombreux époux, amis, prêtres sont plutôt "simples ouvriers" (homines fabri) que "pontifes". Ils ne construisent pas de ponts qui unissent l'homme à l'Autre et tous à l'Autre. En d'autres termes, l'inaptitude à l'héroïsme ne les incite pas à se convertir aux autres. Par conséquent, ils n'entrevoient pas le sens et la grandeur de la vie. Celle-ci est la tragédie même du manque d'éducation de l'homme.

Celui qui ne pense pas et n'existe pas héroïquement n'a pas un grand avenir devant lui. Ne sachant où aller *in saeculo*, il se laissera facilement corrompre. L'homme sécularisé fait tout entièrement seul, n'étant pas instruit lui-même, il n'arrive pas aux autres. Enfermé dans sa tour d'ivoire, il devient – diraient les Grecs – *idiotes*. "L'idiot" ne s'unit pas à l'autre, il ne le cherche même pas, c'est précisément pour cela qu'il est "idiot". Réduisant tout et tous, y compris soi-même, à l'objet d'un prix quelconque, il brise l'ensemble organique de l'amour, de la connaissance et du travail. Il les transforme en techniques pour réaliser telle ou telle chose. Il fait l'amour mais il n'aime pas, parce qu'il n'arrive pas à l'autre; il fait connaissance mais ne connaît pas, parce qu'il n'arrive pas à l'autre et, par conséquent, il fait un travail mais ne travaille pas parce que, n'arrivant pas à l'autre, il ne fait que produire des objets à vendre, dans lesquels il ne s'offre pas aux autres. Son amour, sa connaissance et son travail sont malades. Ils per-

dent leur force éducative parce que dans les techniques de l'amour, de la connaissance et du travail, la vérité de l'homme ne se révèle pas, cette vérité qui rend libre. En effet, la vérité de l'homme ne se donne jamais aux "idiots", parce que les "idiots" ne se donnent pas aux autres.

La lumière de l'Invisible, dont l'éducateur ravive la mémoire (*anamnesis*) au plus profond de l'homme, éclaire tous et tout. Et précisément, cette lumière libère l'homme de "l'idiotie" et le conduit à la sagesse même de l'amour, de la connaissance et du travail. Il n'y a qu'un seul éducateur de l'homme: l'Invisible. "Pour vous, ne nous faites pas appeler "rabbi": car vous n'avez qu'un seul Maître et tous vous êtes des frères" (Mt 23,8).

L'éducateur éduque dans la mesure où il s'ouvre et invite l'autre à entrer afin de demeurer avec lui. "Rabbi où demeures-tu?" demandèrent André et Jean au Christ. "Venez et voyez" leur répondit-il. "Ils vinrent donc et ils virent où il demeurait et ils demeurèrent auprès de lui, ce jour-là" (Jn 1,38-39). Celui qui n'a rien à révéler, mieux, qui a tant de choses à cacher, ne sera pas éducateur.

La maison doit être révélée, en revanche la baraque doit être cachée. C'est seulement dans la maison que l'homme éprouve le "tu" que lui adresse celui qui l'a invité à entrer. Ce "tu" le réveille puisqu'il entre dans le monde réel constitué de son "je suis" et de la situation où il lui est donné d'exister et de vivre. Dans le monde réel, différent du monde rêvé par son *cogito*, le "je suis" de l'homme se trouve devant lui comme un don primordial et en même temps, comme un devoir primordial. Le "je suis" ne résulte du "cogito" de personne et par conséquent, ne s'identifie à aucun *cogitatum*. Il se réveille dans l'homme, qui s'en souvient. C'est un peu comme si son "je suis" ne lui appartenait pas, tout en étant à lui. S'en souvenant, l'homme entre dans le travail qu'accomplit l'Autre *in illo tempore*. Donc, en s'élevant à son "je suis", l'homme transcende le temps. Il ne se laisse pas séculariser. Il résiste.

L'homme s'élève jusqu'à son "je suis" en se confiant à celui qui l'appelle en le tuant. Alors, pour pouvoir devenir soi-même, c'est-à-dire "je suis", il faut d'abord mourir à soi. C'est seulement ainsi que l'homme renaît comme "je suis". Chacun est "je suis" dans l'autre. Mais les "idiots" ne le sont pas, parce qu'ils n'y arrivent pas. Sécularisés, les "idiots" se laissent corrompre par le temps.

Le "je suis" résonne divinement. Il brûle du "Je suis Celui qui est". L'homme s'élève vers son "je suis", s'élevant vers le "Je suis Celui qui est", il s'abandonne afin de pouvoir être vraiment soi-même. C'est précisément pourquoi l'homme est sacré, comme l'est le buisson ardent. Devant son "je suis", il se sent appelé "à retirer ses sandales de ses pieds" (Ex 3,5). L'Amour qui est "je suis Celui qui est", en l'irradiant le libère de "l'idiotie" et le conduit à la liberté qui est une seule: la liberté divine. Il n'est pas facile d'être éduqué, c'est-à-dire libre, parce qu'il n'est pas facile de devenir semblable à Dieu.

La maison où chacun est "je suis" se fonde sur la relation "père/enfant". Abraham et Isaac sur les pentes du mont situé dans le pays de Moriyya l'édifient; le père qui court à la rencontre de l'enfant prodigue, les amis qui sont "en marche" vers Emmaüs ou ailleurs l'édifient (cf. Lc 24,13); tous ceux qui cherchent la vérité et le bien confiés à leur connaissance, à leur amour et à leur travail l'édifient. Dans la relation "père/enfant" se réveille chez les hommes la conscience du moi dans laquelle ils se souviennent de cet Autre que l'Évangile leur dit s'appeler "Père". Dans et grâce à cette relation, les hommes découvrent, se "souviennent" d'être aimés et connus "avant la fondation du monde" (cf. Ep 1,4). "N'appelez personne votre "Père" sur la terre: car vous n'en avez qu'un, le Père céleste. Ne vous faites pas non plus appeler "Directeurs": car vous n'avez qu'un seul Directeur, le Christ" (Mt 23, 9-10).

S'il en est ainsi, l'éducation se réalise dans *l'adequatio filii cum Patre, personae cum Per-*



sona et c'est dans cette *adaequatio* que se révèle la vérité indiquée et ciblée par la demande que l'homme se pose: "d'où viens-je et où vais-je?". En d'autres termes, la demande sur le sens de la vie commence la génération spirituelle de l'homme.

Lorsque l'activisme effréné des "idiots" détruit l'homme et, par conséquent, la société et la nature, les médecins-sophistes vendent différentes pommades, qu'ils appellent valeurs, pour masser les parties douloureuses de l'homme aussi bien que de la nature. S'ils sont théologiens, ils parlent de Dieu comme si, même lui, était une des valeurs, la plus importante naturellement.

Je ne m'insurge pas contre les valeurs, au contraire! Je suis seulement contre les sophistes qui en font des objets à vendre. Les sophistes ont tué Socrate dont les questions sur les valeurs précisément (qu'est-ce que la justice, qu'est-ce que la paix? etc.) qu'ils prétendaient connaître et pratiquer, les mettaient dans l'embarras.

La maison dans laquelle nous demeurons est édifiée incontestablement sur différentes valeurs. Nous y trouverons des valeurs vitales, économiques, politiques, esthétiques, morales. Nous possédons certaines d'entre elles; en revanche, nous sommes invités à devenir certaines valeurs plutôt qu'à les posséder. Les valeurs possédées servent à notre survie et à notre commodité, mais sans les autres, nous ne pouvons pas être dignité. La différence entre les valeurs à posséder et les valeurs à "être" apparaît dans la manière dont nous les connaissons et les réalisons.

Les choses apparaissent à l'homme comme des valeurs à posséder; celui-ci voit leur utilité calculable pour son action et son avoir. Sa raison (*ratio*, de *reor*, *ratum*, calculer) en calcule la valeur ou, mieux, le prix et "connaît" son calcul, c'est-à-dire sa construction. Indépendamment du fait que les êtres sont vrais, bons et beaux (*eus*, *bonum*, *verum* et *pulchrum convertuntur*⁴).

Les valeurs à devenir ne dépendent pas de l'homme. Elles s'offrent à lui, en le touchant et

en animant tout son être à s'identifier à elles sans qu'il devienne leur maître. L'homme compatit ces valeurs. La compassion le rend "proche" de l'être qui l'a ému et touché. Le bon Samaritain, passant auprès d'un homme agressé par le mal, "le vit et en eut compassion" (Lc 10,33). Sans doute, cet homme agressé par le mal était en lui-même un bien, un vrai, mais pour le prêtre et le lévite, il ne représentait aucune valeur. Ceux-ci étaient probablement pris et animés par d'autres biens, qui selon les calculs de leur raison avaient la préséance.

Ce n'est pas par hasard si, immédiatement après avoir raconté la parabole du bon Samaritain, saint Luc parle de la visite du Christ à Marthe et à Marie. Marie "qui, s'étant assise aux pieds du Seigneur, écoutait sa parole. Marthe, elle, était absorbée par les multiples soins du service. Intervenant, elle dit: 'Seigneur, cela ne te fait rien que ma sœur me laisse servir toute seule? Dis-lui donc de m'aider'. Mais le Seigneur lui répondit: 'Marthe, Marthe tu te soucies et t'agites pour beaucoup de choses; pourtant il en faut peu, une seule même. C'est Marie qui a choisi la meilleure part; elle ne lui sera pas enlevée'" (Lc 10, 39-42).

Entrevoir que l'être est "vrai" (*verum*) et bon (*bonum*), ne signifie pas encore le vivre comme valeur à devenir. D'une telle valeur cet être s'embrase dans l'homme, quand il se laisse toucher par la vérité, par le bien, par le beau de l'être qui l'appelle à les défendre s'ils sont menacés ou à les réaliser s'ils ne le sont pas encore. Celui qui répond "non" à cet appel commet une injustice, détruit la paix; au contraire, celui qui accepte établit la justice, la paix... La comparaison ne lui permet pas de traiter l'être qui l'appelle comme un objet utile à réaliser ou à posséder. La compassion le pousse à traiter cet être comme un sujet qui peut se donner (la personne) ou, *mutatis mutandis*, qui lui a déjà été donné (la chose). Entre l'homme et l'être qui l'appelle à le défendre ou à l'aider, la valeur apparaît comme une réalité qui est encore à réaliser dans la connaissance et dans l'amour

au sens le plus profond de ces termes. En s'unissant à cette valeur, l'homme s'unit à l'être même. Après avoir rempli ce *con-summatum est*, il peut faire tout ce qu'il veut; son *facere* sera transfiguré par l'*agere* (connaître et aimer). Dans ses libres choix s'exprimeront la liberté de l'amour et l'amour de la liberté.

Donc, ces valeurs dépendent aussi bien des êtres qui sont "bons" et "vrais", c'est-à-dire aimés et connus "avant la fondation du monde", que de l'homme qui, dans sa compassion, se sent appelé à les aimer et à les reconnaître à nouveau. En les aimant et en les reconnaissant à nouveau, autrement dit en pensant et en existant dans la dimension métaphysique, l'homme grandit avec les êtres. Mieux, il s'élève au-dessus du "bien" et du "vrai" de l'être parce qu'il s'élève vers leur commencement et leur fin, plus précisément vers Dieu. C'est lui qui, en tutoyant l'homme, à travers le "vrai", le "bien" et le "beau" de tout être, le conduit à lui-même, c'est-à-dire à la sainteté.

L'éducation, si elle n'est pas orientée vers la sainteté, se limite à enseigner à l'homme à faire telle ou telle chose, dont la valeur dépend d'une part des situations et de l'autre, des désirs et des capacités de calculs. Nous avons dit que l'éducation est liée à la raison. Donc, l'éducation qui n'est pas consacrée à la sainteté de l'homme, sainteté qui transcende toutes les valeurs, le relègue dans les baraques.

Toutes les valeurs, même celles à acquérir, disparaissent dès que l'homme cesse de les accomplir. Elles existent jusqu'à ce que l'homme les réalise, en les calculant (valeurs à avoir) ou compatissant avec l'autre (valeurs à être). Dans les deux cas, l'homme s'identifie à ce qui vaut pour lui. En s'identifiant aux valeurs à acquérir, il devient aujourd'hui ce demain, cet objet calculé, ce que certains appellent "autocréation". En revanche, celle-ci n'est qu'un mauvais traitement de l'homme, un mauvais traitement permis par son oubli de soi. Au contraire, en accomplissant les valeurs à devenir, l'homme existe comme sujet

souverain, qui n'est possédé par rien ni par personne. En effet, qui peut se rendre maître de l'homme en qui s'accomplit l'événement de l'amour, de la foi, de l'espérance, l'avènement de la vérité, de la justice, de la paix et de tant d'autres valeurs insaisissables par des mains avides?

L'être sujet, en qui s'accomplissent les valeurs dont la validité dérive de la sainteté vers laquelle l'homme est orienté, ne sera jamais quelque chose d'acquis une fois pour toutes. L'homme devient sujet en travaillant continuellement; c'est dans son travail qu'il est informé au sujet "de la poussière du sol" (cf. Gn 2,7) et conduit vers la liberté de Dieu créateur qui *sempre laborat* (cf. Jn 5,17).

Pour un homme, le fait d'être sujet résulte, d'une part, de son travail filial continu et de l'autre, du travail continu du Père. Le Père engendre et crée toujours. Lorsqu'il dit à l'homme: "tu es mon fils, aujourd'hui je t'ai créé", il se donne à lui et quand Dieu fait un don, il le fait de manière divine: il ne garde rien pour lui. Même pas lui-même. Le Père est absolument pauvre. Il est seulement Père, c'est-à-dire Amour; "je suis qui je serai" (Ex 3,14); "Dieu est amour, qui demeure dans l'amour demeure en Dieu et Dieu demeure en lui" (1 Jn 4,16). Voilà la vérité de l'être sujet divin et de l'être sujet humain qui le devient. À la pauvreté paternelle de Dieu l'homme doit répondre par la pauvreté filiale qui est encore à réaliser.

Tout cela signifie que les valeurs à devenir, dont l'homme décide la réalisation, le rejoi-

gnent en tant que don. C'est uniquement de sa décision de les recevoir facilement ou non que dépend le fait qu'il existera comme sujet ou comme objet. La capacité de recevoir les valeurs fait défaut lorsque l'homme idolâtre sa raison et sa volonté et, par conséquent, quand il limite la liberté aux libres choix. Les libres choix qui n'émanent pas de la liberté font sombrer l'homme dans la chaos où, dans le meilleur des cas, il cherche le salut dans le moralisme ou dans l'esthétisme, autrement dit, dans la possession des valeurs morales ou des valeurs purement esthétiques.

Les *idiots* peuvent augmenter leur possession, même morale (possession des vertus) et esthétique, mais pas leur bien-être. Afin que l'être de l'homme puisse croître, il devrait savoir arriver à l'autre. Malgré les apparences, les idiots qui n'arrivent pas à l'autre et ne s'unissent pas à lui, ne connaissent pas le réel et ne travaillent pas vraiment, parce qu'ils aiment seulement leurs constructions.

L'être de l'homme grandit seulement lorsqu'il croît avec un autre être; croître avec lui en contemplant son identité. L'identité de chaque être représente un *templum*, un temple et le temple n'est plus un temple pour celui qui est prêt à tout pour s'en emparer. La possession est divisible parce que celui qui est possédé est divisible. Le *templum* divisé n'est plus *templum*. Si le *verum, bonum, pulchrum* étaient divisés chacun en soi, cet Autre auquel ils nous renvoient serait divisé. Notre connaissance de la vérité et notre amour du bien seraient divisés également, en d'autres termes, notre être personne. Être divisé signifie être calculable. Ni Dieu ni l'homme ne le sont.

Alors, en ne s'élevant pas au-dessus de l'avoir, même au-dessus de la possession des vertus, donc en n'édifiant pas la maison avec cet Autre qui est absolument pauvre et que nous appelons Père, l'homme *non contemplatur*, c'est-à-dire qu'il ne devient pas *templum*. Il ne le devient pas parce qu'il n'entre pas dans le *templum* de l'identité des autres. C'est ce que je

veux dire précisément lorsque je parle de la croissance et de la non croissance de l'être de l'homme. Ne contemplant pas, ne devenant pas *templum*, l'homme lui-même n'est pas à contempler. Il ne dit pas à l'autre et l'autre ne lui dit pas: "je suis toi et tu es moi". Il marche à tâtons, gaspillant "les biens hérités" (*verum, bonum, pulchrum*), comme les gaspille l'enfant prodigue dans un "pays éloigné", oubliant son propre être et celui du père, du frère, des autres colocataires⁵.

La contemplation fait défaut, la connaissance, l'amour et le travail disparaissent. L'activisme, même l'activisme moral, corrompt l'homme parce qu'il le sécularise. Marie, assise aux pieds de Jésus "a choisi la meilleure part et elle ne lui sera pas enlevée" et c'est celle-ci: dire à l'autre, de tout son être: je suis toi et tu es moi.

Là où l'identité de l'homme est oubliée, l'homme ne sait où demeurer. La maison est une demeure dans laquelle tout est tourné vers le "centre", d'où provient l'identité de tout ce qui se trouve dans les limites tracées par ce "centre". Devant le "centre", l'homme s'incline en adoration. Si le "centre" n'est pas Dieu mais seulement quelque chose qui essaie de l'imiter, l'adoration dégénère en une prosternation idolâtrique comme devant le "veau d'or", dont la possession dépend de la raison et de la volonté. Alors, il ne faut pas s'étonner si ceux qui adorent le "veau d'or" adorent les soi-disant libres choix de leur raison et de leur volonté. Chez les hommes prosternés devant ceux-ci, les valeurs de l'être ne se ravivent plus. Les prosternés ne voient que la terre, mieux, ils ne voient que ce morceau qui se trouve à la portée de leurs mains et sur lequel reposent leurs pieds. Ils calculent avec la spontanéité dont leurs libres choix répondent aux stimulations déterminées par les situations. Ils ne réussissent pas à aller au-delà, vers la sainteté de la liberté qui, si elle n'est pas divine, n'est pas liberté. L'idolâtrie des libres choix représente le maximum de l'éducation, c'est-à-dire le fait de se laisser arrêter par telle ou telle chose. L'idolâtrie est le principe de la



destruction de la maison, autrement dit le principe de la destruction de l'être filial de l'homme et le principe de la négation de l'être paternel de Dieu.

Dans la société ainsi prostrée, la personne "honnête" sait établir les équilibres sociaux des intérêts individuels, traités de manière idolâtrique. Au contraire, la personne qui n'a pas jeté parmi les objets usés l'*honestas*, qui dans la philosophie classique parle de l'union de l'homme avec le vrai et avec le bien transcendant l'utilité et le plaisir, est classée parmi les fous.

L'homme mal éduqué, au sens le plus profond du terme, c'est-à-dire l'homme dominé par l'agir et par l'avoir, croit même pouvoir faire le "perdu" dans son désir. Parfois, il croit pouvoir le faire avec l'aide de l'éthique recroquevillée dans la science, dans laquelle les vertus morales représentent des instruments pour construire et avoir "le royaume des cieux".

Le jeune homme riche pose à Jésus la question: "que dois-je faire pour avoir en héritage la vie éternelle"? La réponse de Jésus est adaptée à cette demande éthique: "Observe les commandements". Le jeune homme continue: "Tout cela, je l'ai observé dès ma jeunesse". Alors Jésus fixa sur lui son regard et l'aima et lui dit: "Une seule chose te manque: va, vends tout ce que tu as et donne-le aux pauvres... et suis-moi" (Mc 10, 17-21).

L'homme que la possession des biens a rendu impossible à éduquer ne sait pas de tout son être l'appel de Jésus qui l'invite à sortir de l'avoir pour posséder les vertus. Il ne comprend pas que, seuls les hommes libérés de l'avoir arrivent à l'être et sont rejoints pas son *verum, bonum, pulchrum...*

On s'élève vers l'être. Au sommet de l'être, où sont montés ensemble Abraham et Isaac, il n'y a plus aucun avoir auquel se raccrocher; là-haut, l'homme peut seulement se décider à accomplir un pas définitif pour sa libération; là-haut devant l'homme, il n'y a que l'abysse de l'Invisible dans lequel se jeter comme une question/défi façonnée seulement par l'espérance: "d'où viens-je et où

vais-je? Je t'en prie dis-le moi !" Là-haut, sur la cime, Abraham et Isaac, irradiés par l'Invisible, accomplissent un acte de confiance tellement grand dans la sainteté de la liberté divine que, à partir de ce moment-là, tout en existant sur la terre, ils ne lui appartiennent plus. Ils aiment la terre et ils l'abandonnent⁶. Ils vivent comme s'ils volaient. Là-haut sur la cime, celui qui n'ouvre pas ses ailes et ne s'élance pas dans l'abîme, avec l'espoir de pouvoir voler au-delà de lui-même dans la liberté de l'Autre invisible, s'écroule spirituellement, en se livrant aux rêves des fonctionnaires.

Le jeune riche était trop riche pour pouvoir voler. "Mais lui, à ces mots, il s'assombrit et il s'en alla contristé, car il avait de grands biens" (Mc 10,22). Ayant beaucoup de vertus, il pensait gagner aussi le royaume des cieux. Mais il n'était pas capable de vendre tout, de faire le pas décisif. Les vertus peuvent enfermer l'homme dans l'*idiotie* éthique et déformer sa vie spirituelle puisque, avec les ailes qui lui ont été données pour voler, il ira – dirait C.K. Norwid – balayer les rues. "Heureux ceux qui ont une âme de pauvre, car le royaume des cieux est à eux" (Mt 5,3). "Vous donc, vous serez parfaits comme votre Père céleste est parfait" (5,48).

Dans les axiologies détachées de la métaphysique de la relation père/fils, les valeurs s'affolent, tandis que l'homme, essayant de les vivre, devient fou. Les valeurs folles ne l'aident pas à prendre le vol. Elles se contredisent. Arrêtées dans le présent, elles cessent d'être un événement de sainteté. Par conséquent, elles sont facilement utilisées dans les luttes politiques. Que signifient les mots "paix", "fraternité", "amour", "espérance" dans la bouche des politiciens et des fous qui les manipulent? Le "royaume des cieux" vu comme un objet idéal à conquérir et à posséder, se transforme en *utopie*, vers laquelle est orientée l'éducation de l'homme. Eduqué dans l'*utopie*, l'homme devient malade en raison d'une ascension irréelle. Il est absent et donc, traité comme tel. Les riches sont absents. Leur ab-

sence les rend maladroits. Ils perdent tout, même s'ils gagnent le "monde entier" (Mc 8,6).

Si telles sont les choses de l'homme, le seul "manuel" de l'éducation à la pauvreté divine du "je suis" est le discours du Christ sur la montagne (cf. Mt 5 et 6). C'est là que, dans la mémoire de l'homme, se fait insistant la question: "d'où viens-je et où vais-je?", ses ailes se libèrent et se déploient dans le désir de prendre le vol au-delà de tout avoir, vers la pauvreté divine de l'Amour, "qui fait se mouvoir le soleil et les étoiles"⁷.

Pr Stanislas GRYGIEL

Professeur d'anthropologie philosophique à l'Institut "Jean Paul II" pour les études sur le Mariage et la Famille à l'Université du Latran, Rome

Notes

¹ PLATON, *Repubblica*, VI, 492 b.

² *Ibidem*, 492 et 493 a.

³ DANTE ALIGHIERI, *La divine Comédie, Le Purgatoire*, VIII, 1 et 4.

⁴ Je parle de ce que l'on appelle les transcendentaux dans la métaphysique classique, *ens, verum, bonum et pulchrum convertuntur*.

⁵ L'obéissance entendue comme cette ascension dans la contemplation des autres et dans l'adoration de Dieu n'aliène pas l'homme, parce que le fait d'obéir à un autre homme, en le contemplant, et en fin de compte obéir à Dieu en l'adorant, signifie suivre la vérité de la propre identité dont l'accomplissement en Dieu se reflète dans l'identité sacrée des autres. Nous avons affaire à l'aliénation de l'homme, au contraire, lorsqu'il obéit aux fonctions, "en les contemplant" et aux fonctionnaires, "en les adorant".

⁶ Dans cette perspective de se jeter dans l'abysse de la sainteté de la liberté de Dieu, je lis les paroles du Christ: "Qui aime son père ou sa mère plus que moi n'est pas digne de moi. Qui aime son fils ou sa fille plus que moi n'est pas digne de moi. Qui ne prend pas sa croix et ne suit pas derrière moi n'est pas digne de moi. Qui aura trouvé sa vie la perdra et qui aura perdu sa vie à cause de moi la trouvera" (Mt 10, 36-39). L'amour qui n'abandonne pas l'aimé, afin qu'il puisse grimper sur la colline, détruit non seulement l'aimé en l'arrêtant pour lui, loin du mont (cf. Gn 22,4), mais également l'amant. Ce n'est donc pas de l'amour. Si Abraham n'avait pas abandonné son fils Isaac, tous deux seraient restés au pied du mont avec leurs serviteurs, comme leurs "maîtres" et en même temps "serviteurs".

⁷ DANTE ALIGHIERI, *La divine Comédie, Le Paradis*, XXXIII, 145.

TABLE RONDE

“Les lieux d’éducation aux valeurs”

I: La famille

Dès les premières années qui suivirent la découverte de la maladie, on ne s'est pas beaucoup soucié de la famille dans le cadre de la lutte contre le sida. On a d'abord pensé à l'aspect médical et épidémiologique de la maladie et par conséquent, à sa prévention technique. Aujourd'hui, il ne pourrait plus en être ainsi. Le signal d'alarme a été lancé par les travailleurs sociaux et ceux qui soignent les malades à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire par ceux qui se trouvent d'abord en contact avec la réalité humaine du sida. En première ligne, nous trouvons les organisations humanitaires internationales, parmi lesquelles l'O.M.S., qui attirent l'attention sur ce lien polymorphe entre le sida et la famille qui échappe aux règles et aux plans, mais se trouve toujours plus au centre du problème de la maladie et de ses répercussions.

Ceci est vrai à quatre niveaux différents: 1) tout d'abord, il y a un rapport de cause à effet entre la détérioration des structures et des valeurs familiales et l'apparition et la diffusion du sida.

2) Ensuite, il y a le grave problème que pose le sida à la famille: il détruit les familles et les liens familiaux, mine la solidarité et l'esprit de famille, conduit les parents à la mort et les enfants restent orphelins.

3) La famille est le meilleur endroit pour soigner le malade du sida, pour l'aider et l'accompagner jour après jour, pour l'assister dans son cheminement vers la mort.

4) Enfin, la famille devrait représenter le point fort dans la lutte contre le sida, l'endroit d'où doit partir la contre attaque, dans la mesure où elle reprend son premier rôle éducatif, où elle parvient à transmettre ses valeurs à ses enfants et les ouvre à l'amour authentique.

La réflexion présente se limitera à ce dernier point, celui des valeurs propres à la famille qui lui permettent de prévenir la contamination du sida à ses enfants. Ce sont ces valeurs qui doivent être soignées, soutenues et encouragées dans le cadre de la lutte contre le sida.

1. L'infection du sida, signe d'une crise dans les valeurs humaines

Malgré la diversité évidente du contexte et de l'épidémiologie, la même réflexion est valable aussi bien dans le domaine du sida transmis par voie sexuelle que dans le domaine du sida transmis par la toxicomanie. Dans les deux cas, celui de la contamination par un rapport homo ou hétérosexuel et celui de la transmission par les seringues contaminées par le virus, nous trouvons chez le sujet un terrain de faiblesse psychique: immature, peu responsable envers lui-même et les autres, disposition qui le conduit vers le comportement à risque.

Dans cette faiblesse de caractère de l'enfant, qui l'expose à la contamination, on peut souligner, selon l'expression du Pape Jean Paul II, une "sor-

te de déficience immunitaire sur les valeurs essentielles qui ne peut manquer d'être reconnue comme une pathologie authentique de l'esprit”¹ Cette “crise des valeurs préoccupante”² “caractéristique de l'apparition et de la diffusion du sida”, continue le Saint-Père, trouve une de ses origines principales dans la crise de la famille. Lorsque la famille est déficiente, détruite ou infidèle à sa propre vocation, elle perd sa “chaleur” et, selon l'expression de Jean Paul II, “l'immunologie psychologique et spirituelle de ses enfants tend à s'estomper”³.

2. La famille comme lieu de formation du caractère de la personne humaine

Si cela est un élément qui se constate de manière empirique, il est également vrai que les enfants trouvent dans le climat familial les défenses nécessaires pour surmonter le défi que comporte aussi bien l'attrait vers une activité sexuelle prématûrée, immature, peu responsable, réduite au seul plaisir individuel, que vers l'usage et la dépendance de la drogue. Il en est ainsi parce que la famille devient la clé de voûte et l'élément primordial dans la formation du caractère de la personne et donc, guide décisif pour le comportement avec autrui et avec la société entière.

a) *La famille, première école fondamentale pour la vie*

Si on peut parler d'une éco-

logie humaine, la première école fondamentale et la structure en faveur de celle-ci est la famille. En effet, au sein de la famille, “l’homme reçoit les premières notions déterminantes concernant la vérité et le bien, dans la famille il apprend ce que signifie aimer et être aimé et, par conséquent, ce que veut dire concrètement être une personne”. Il est évident qu’ici, on parle de la “*famille fondée sur le mariage où le don de soi réciproque de l’homme et de la femme crée un milieu de vie dans lequel l’enfant peut naître et éprouver ses capacités, devenir conscient de sa dignité et se préparer à affronter son destin unique et irremplaçable*” (CA 39).

Et c'est ici que nous touchons le cœur de la famille, soit comme *lieu d'éducation* d'hommes et de femmes maîtres de soi, soit comme l'opposé, comme occasion perdue pour acquérir ces valeurs humaines fondamentales. L'éducation dans la famille est avant tout *vie, valeurs vécues*, plus tard seulement et de manière secondaire, il s'agit de quelque chose de conceptuel. La vie vécue peut ensuite se transformer en concept, en expression intellectuelle dans la réflexion postérieure, pour fixer la valeur vécue précédemment, en devenant alors une valeur consciente.

Reconnaître et désirer la valeur aide à l'intégrer à la vie, mais ceci n'est pas nécessairement acquis et automatique. L'école et les autres moyens de formation peuvent aider à approfondir ces valeurs qui exis-

tent déjà dans la personne au niveau de la disposition, mais elles pourront difficilement les développer si elles n'ont pas été apprises déjà dans la structure primaire de formation reçue dans le milieu familial.

b) *Le don de soi comme cellule génératrice dans l'éducation familiale*

“On ne peut oublier que l'élément le plus radical dans l'éducation, telle qu'elle qualifie le devoir éducatif des parents, est l'amour paternel et maternel”. C'est cet amour qui conduit à la perfection l'œuvre de l'enfant commencée par la procréation.

D'une part, il y a la relation d'amour entre les parents et les enfants qui constitue la meilleure école pour leur formation et leur éducation. Mais d'autre part, il y a l'enfant qui, comme tout homme, a besoin d'amour et “ne peut vivre sans amour”. Il “reste pour lui-même un être incompréhensible si l'amour ne lui est pas révélé, s'il ne le connaît pas et ne le fait sien” (RH 10). Donc, d'une part il y a le besoin d'amour et de l'autre, la structure appropriée pour satisfaire pleinement ce besoin. Voilà pourquoi, la famille fonctionne parce que les personnes compétent en tant que telles, sont aimées et traitées comme des personnes.

Le centre et la *cellule génératrice* de la capacité de la famille dans l'éducation des enfants est précisément *le don de soi* que se font mutuellement les parents. Don qui, outre les parents, concerne et unit également les enfants. En effet, à la base de leur existence se trouve une réalisation concrète de ce don initial qui les a fait devenir *une seule chair*. Les *enfants* manifestent au moins dans un sens physique la réalité de cette *seule chair* qui, malheureusement, serait pauvre si elle n'était pas la manifestation de la communion de leur esprit. C'est cette *communion profonde* des personnes des parents qui doit informer et régir la vie quotidienne de la famille comme communication et participation de tous ses membres. Et précisément parce qu'elle est

communion fondée sur le don réciproque des conjoints, toutes les relations entre les membres de la communauté familiale sont inspirées et guidées par l'accueil, la rencontre et le dialogue, la *disponibilité* généreuse, le service désintéressé, la profonde *solidarité* (cf. FC 43).

En effet, de source qu'il était, l'amour des parents doit devenir “*l'âme* et donc la *norme* qui s'inspirent et guident toute l'action éducatrice concrète, en l'enrichissant des valeurs de douceur, de constance, de bonté, de service, de désintéressement, d'esprit de sacrifice, qui sont les fruits les plus précieux de l'amour” (FC 36).

3) *La famille, lieu d'éducation aux valeurs personnelles*

Dans une famille bien constituée, les enfants sont considérés comme des personnes uniques et *originales*, avec leurs dons et *leur vocation spécifique*. Par conséquent, ils sont donc guidés vers le respect de soi, la découverte de *leurs capacités de discerner les valeurs morales*. C'est pourquoi la famille doit être la source principale de transmission des valeurs morales.

Les parents forment donc les enfants dans *les valeurs essentielles* de la vie humaine. Si certaines de ces valeurs ne s'acquièrent pas dans le milieu familial, il est très difficile de les acquérir ensuite. Par conséquent, c'est dans la famille que l'on apprend la liberté correcte face aux biens matériels, par un style de vie simple et austère. En effet, les enfants peuvent s'enrichir dans le sens de la vraie justice, du *respect de la dignité personnelle* des autres et également du véritable amour comme sollicitude sincère et service désintéressé à autrui.

C'est précisément dans la famille que l'on apprend le sens véritable de la sexualité et que l'on prépare chaque enfant au don de soi comme point de départ d'une vie d'amour. Ici, l'éducation sexuelle vise à intégrer la sexualité dans la ri-



chesse de toute la personne – corps, sentiment et âme – et manifeste sa signification dans le don de soi que la personne réalise dans l'amour.

4. La famille, lieu d'éducation aux valeurs sociales

Le *don de soi*, inspire l'amour des conjoints et se situe comme *modèle* et norme de ce don qui doit se réaliser entre frères et sœurs et entre les différentes générations qui co-existent dans la famille (cf. FC 27). La communion et la participation quotidienne aux moments de joies et de difficultés familiales, représentent la *pédagogie la plus concrète et la plus efficace* pour l'intégration active, responsable et féconde des enfants dans l'horizon plus large de la société (ib.).

La famille est le "lieu de rencontre de plusieurs générations qui s'aident mutuellement à acquérir une sagesse plus étendue et à harmoniser les droits des personnes avec les autres *exigences de la vie sociale*" (GS 52). "C'est pourquoi, face à une société qui risque d'être de plus en plus dépersonnalisante et anonyme, et donc inhumaine et déshumanisante, avec les conséquences négatives de tant de formes d'«évasion» – telles que l'alcoolisme, la drogue ou même le terrorisme – la famille possède et irradie encore aujourd'hui des énergies extraordinaires capables d'arracher l'homme à l'anonymat, de l'éveiller à la conscience de sa dignité personnelle, de le revêtir d'une profonde humanité et de l'introduire activement avec son unicité et sa singularité dans le tissu de la société" (FC 43).

Pour ces rapports humains qui dépassent son cercle, la famille devient également l'école nécessaire et incontournable des *valeurs personnelles et sociales* comme le respect de la personne, la justice communautaire et sociale, la solidarité, le travail, etc. La famille ne peut se réaliser comme telle sans servir la vie des enfants, c'est-à-dire engendrer et éduquer les enfants dans les ver-



tus, donc servir *au bien de la société*. C'est de la famille en effet que sont issus les *bons citoyens* qui ont compris et tentent de vivre pour les plus proches et les plus éloignés dans le sens du *don de soi*. Ils ont trouvé dans le milieu de la famille la meilleure école de vertus humaines et sociales. Voilà pourquoi la famille est considérée comme *l'âme de la société* (cf. FC 42). C'est pour cela que "la famille constitue le berceau et le moyen le plus efficace pour *humaniser et personnaliser la société*" (FC 43).

5. La famille dans la lutte contre le sida transmis par voies sexuelles

La famille n'est pas seulement l'élément transmetteur des valeurs personnelles et sociales, mais elle est aussi éducatrice à l'égard de ces valeurs, elle a un rôle essentiel dans la prévention de l'infection du sida chez ses propres enfants.

Lorsque l'on se pose la question de l'éducation à donner aux jeunes pour prévenir le sida transmis par voies sexuelles, on se situe dans une perspective négative: *que faire pour ne pas contracter le sida?* À cette question, il n'y a qu'une seule réponse possible, qui ne trompe pas et est positive: il faut adopter un comportement chaste, c'est-à-dire se préparer à l'amour conjugal pour se donner au vrai conjoint.

Dans le milieu familial, la prévention contre le sida transmis sexuellement, passe en effet par l'éducation aux valeurs

essentielles, personnelles et sociales de la chasteté, de la responsabilité et de la solidarité.

Aujourd'hui, on parle beaucoup de l'information des jeunes sur le sida et sa transmission. Mais on oublie que l'information ne suffit pas: comme le déclarait le Saint-Père dans son discours du 15 novembre 1989, au IVe Congrès du Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé à Rome: "en premier lieu, il faut donc confirmer avec force que la prévention pour être à la fois *digne de la personne humaine* et vraiment efficace, doit se proposer deux objectifs: *informer* de manière appropriée et *éduquer* à la maturité responsable" (n. 5).

Informier les jeunes sur l'infection du sida, sur les modes de transmission et son évolution est certainement important. Mais cette information n'est pas suffisante en soi pour empêcher ces jeunes d'adopter le comportement irresponsable qui favorise le sida. Pour porter du fruit, l'information sur le sida doit rencontrer chez ces jeunes un *sentiment de responsabilité enraciné dans l'enfance*.

L'éducation aux valeurs, dispensée par la famille est donc fondamentale dans la prévention du sida. Le Saint-Père a clairement indiqué la condition par une éducation efficace dans la prévention du sida. Il s'agit d'aider les jeunes à découvrir "*le sens fondamental de l'existence qui se trouve dans l'amour* qui se donne" (discours du 15 novembre 1989, n.5). "C'est seulement" par ce genre d'éducation "*que les adolescents et les jeunes peuvent avoir la force de vaincre les comportements à risque*" (ib.). Donc cette éducation doit être une "*préparation à l'amour responsable et fidèle*" (ib.). L'encyclique *Evangelium Vitae* (25/3/1995), reprenant la "*Familiaris Consortio*" insiste sur l'importance de cette éducation sexuelle donnée par la famille, qui doit être une "*formation à la chasteté*", *vertu qui favorise la maturité de la personne et la rend capable de respecter le sens 'sponsal' du corps*" (EV n.97).



6. La famille dans la prévention du sida associé à la toxicomanie

Le problème de la prévention du sida transmis dans le milieu de la toxicomanie semble éloigné du précédent. Ici, il ne s'agit plus de l'éducation à l'amour responsable, mais de la lutte contre la toxicomanie. Dans ce domaine, nous retrouvons, avec la même importance, les valeurs transmises au sein de la famille. Là où la famille remplit son rôle éducatif, il n'y a pas de place pour la drogue. Il est vrai hélas! que la transmission des valeurs est difficile aujourd'hui dans bien des foyers. L'usage de la drogue est attesté dans de très bonnes familles. Mais il est utile de rappeler que le toxicomane est souvent issu d'une *famille faible*, fragile ou instable pour de nombreuses raisons; une famille qui ne peut ou ne sait pas réagir en offrant une éducation intégrale pour affronter les problèmes courants de la vie.

Les toxicomanes sont victimes, à la première personne, de leur propre décision, mais pour une bonne part, ils sont d'abord *victimes d'une société sans âme* qui produit ses modèles de vie et incite les personnes à les admirer, en les façonnant à l'image et à la ressemblance de ces déformations vides de sens.

Aujourd'hui, ceux-ci sont en augmentation préoccupante dans la société et aboutissent à des *crises matrimoniales et familiales*: séparations, divorces, cohabitations, qui manifestent le manque de maturité de la plupart de ceux qui, ayant fait

le don de soi dans le mariage, ne savent pas vivre les exigences de ce don. Les conséquences pour les conjoints se traduisent par des difficultés dans leur vie de relation avec la famille, l'incapacité de se réaliser de manière cohérente par le don effectué et pour les enfants qui ont vécu ces troubles, par le *vide* et la *désorientation* dans leur âme au sujet du sens de la vie et des valeurs qui la structurent dans les relations avec les autres.

Dans le milieu de la drogue, tous ceux qui sont parents, amis et accompagnateurs des drogués, reconnaissent comme une donnée incontestable que l'élément principal qui favorise l'usage de la drogue est l'absence absolue ou relative de la vie de famille. En effet, l'*absence de famille* prive la personne des valeurs humaines et lui laisse peu ou pas de ressources pour se protéger contre la dépendance insidieuse de la drogue. Ceci est une des premières causes, mais certainement pas la seule.

La toxicomanie est avant tout un symptôme qui exprime une situation intérieure de *vide profond*. Vide de ces valeurs morales qui aident à orienter l'existence. Ce vide de valeurs essaie d'être compensé artificiellement par la fuite vers les mondes irréels, imaginaires que produit la drogue. Voilà pourquoi, cette thèse est concluante: "on ne résorbe pas la drogue par la drogue" ou, en d'autres termes, le problème n'est pas médical ou psychiatrique, du moins dans un premier temps, mais il est essentiel, humain, de valeurs.

Les recherches sur le phénomène de la drogue montrent clairement la relation existant entre la famille et la drogue. Lorsque les valeurs réelles n'ont pas été inculquées aux enfants au sein du foyer, ceux-ci font l'expérience du vide avec angoisse. Cela peut être une conséquence de la désarticulation et de la désagrégation de la famille ou, en raison de sa faiblesse, de l'absence d'une autorité qui doit être également soutenue par l'exemple. Les jeunes sont obligés de porter le lourd fardeau d'une adolescence interminable, dans un état

permanent d'immaturité dans leur personnalité.

Quant la famille est fidèle à sa vocation, quand on vit au quotidien, dans la famille, le don de soi, la générosité, la solidarité et le respect de la personne et de sa liberté, alors cette famille est le milieu idéal aussi bien pour la prévention que pour la récupération et l'intégration dans la société.

Conclusion

Le problème de la prévention domine aujourd'hui la discussion éthique sur le sida. Le message que l'Église adresse à tous les hommes de bonne volonté au sujet du sida est beaucoup plus vaste que la discussion sur l'usage du préservatif ou sur le genre d'informations à donner aux jeunes: c'est un "oui" à la vie, un "oui" à une vie vécue noblement et humainement, dans le respect du propre corps et de celui des autres. À la question: "préservatif ou non?", l'Église répond "chasteté", maîtrise de soi, éducation à l'amour véritable, fidélité, responsabilité individuelle et sociale. Ce n'est pas un message anachronique; ce n'est pas un message impossible. Mais ce message suppose que la famille soit forte, fidèle à sa vocation d'éducatrice d'hommes, parce que fidèle à sa vocation d'amour et de don, source de vie et de liberté authentique.

S.E. Mgr FRANCISCO
GIL HELLIN
Secrétaire du Conseil pontifical
de la Famille, Saint-Siège.

Notes

¹ JEAN PAUL II, *Discours aux participants à la Conférence internationale organisée par le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé* (1989), Enseignements de Jean Paul II, XII, 2, p. 1270.

² *Ibid.*

³ *Ibid.* p. 1273.

II: L'école

Introduction

Luc Montagnier qui, avec Robert Gallo, a découvert le virus responsable du sida, a précisé que pour empêcher sa diffusion “les moyens médicaux ne suffisent pas: il est beaucoup plus important qu'il y ait des campagnes qui aillent en profondeur et auxquelles participent les différents acteurs de la société, contre des pratiques sexuelles contraire à la nature biologique de l'homme. Et surtout, il faut éduquer la jeunesse contre le risque de la promiscuité et du vagabondage sexuels”. Les paroles de l'homme de science français introduisent bien le thème qui m'a été confié. Parmi les acteurs de la société appelés à effectuer ces campagnes, figure certainement l'institution scolaire. De différents côtés, on invoque l'intervention de l'école comme lieu de prévention, on élaboré des programmes pour expliquer en quoi consiste le sida, les modalités de transmission du virus, l'information ou les rapports à risque. Mais on parle plus rarement des valeurs, de la maturation affective et du sens de la vie. Cela ne doit pas surprendre en ce sens qu'une réalité difficile et complexe est mise à nu, qui concerne l'identité même de l'école et investit son rôle éducatif. À juste titre, mon intervention se situe dans une table ronde qui a pour thème “les lieux de l'éducation aux valeurs”, mais la véritable question est de savoir si l'école, dans certaines régions du monde au moins, est vraiment éducative. Malheureusement, il ne s'agit pas d'une demande rhétorique. De la capacité d'éducation de l'école dépend la possibilité de rendre les valeurs plus proches des jeunes et de développer une authentique “prévention” d'une maladie comme le sida, qui atteint les comportements, les valeurs, le sens de la vie, la sexualité, etc. Je développerai mon interven-

tion en trois parties: le défi éducatif aujourd'hui, l'éducation aux valeurs, l'éducation sexuelle et affective.

Le défi éducatif aujourd'hui

On a souvent affirmé que l'époque historique où nous vivons n'est pas seulement une époque de changements, mais un véritable changement d'époque. Lumières et ombres, conquêtes de civilisation et nouveaux défis, pauvreté et richesse, marginalité et développement représentent le clair obscur à l'aube du nouveau millénaire. Paradoxalement, nous nous trouvons devant une réalité où les changements en cours ont augmenté la possibilité de chacun d'accéder à l'information, au savoir et à des lieux comme certaines régions de l'Afrique et de l'Asie, mais également de nombreuses périphéries européennes ou d'Amérique du Nord où l'accès à l'instruction est refusé, où le taux de “mortalité” scolaire est élevé et où l'on compte des millions d'analphabètes. Un monde développé et technologique et un monde qui souffre l'exclusion et l'analphabétisme: malheureusement, dans l'éducation aussi, le monde est divisé en deux. En même temps, dans le “premier” monde, les éléments de changements scientifiques, technologiques et économiques exigent une modification des compétences et des adaptations notoires, provoquant, dans une partie toujours plus importante de la population, un sentiment d'incertitude et des situations de nouvelles marginalisation. Nous sommes plongés dans un événement qui n'est pas seulement partiel, mais a les caractères de la globalité et de la totalité.

Dans ce contexte, l'éducation a été déclarée, à juste titre, “question centrale” de ce changement d'époque. La communauté civile en est convaincue,

l'Église encore plus. La société civile redécouvre, en effet, la grande valeur de l'éducation et la considère comme une des priorités absolues pour assurer l'avenir non seulement des individus, mais de l'humanité entière. En particulier, l'école est devenue le carrefour sensible de ces changements et est appelée à en relever les défis et à les vaincre. Aujourd'hui, on observe deux tendances directrices prédominantes: d'une part, on s'efforce de faire en sorte que l'école et l'éducation soient de qualité et adaptées, puisqu'elles doivent enseigner “à lire et à faire les quatre opérations” dans la société d'aujourd'hui.

Éducation et valeurs

Cependant, j'estime que le défi éducatif est tout autre. En effet, les perplexités que cette situation éducative suscite sont nombreuses: je fais allusion particulièrement aux valeurs, à la personne, à la conception de l'éducation et de l'école. Je me demande en effet s'il est suffisant pour éduquer d'instruire les jeunes à utiliser des techniques et à gérer des systèmes complexes. Ou de mettre celui qui est éduqué en condition d'acquérir de nouvelles attitudes au travail. Et encore, si l'éducation a atteint ses objec-



tifs lorsqu'elle fait d'un élève un manager ou un professionnel affirmé. Le problème du sida est une réponse éloquente à l'insuffisance de cette formulation méthodologique. Ces demandes me rappellent un récit de Postmann, un pédagogue américain qui parlait de la "fin de l'éducation". Alors, pour que l'école et l'éducation aient encore un sens, il faut vaincre l'équivoque de leur réduction à une simple instruction et endroit d'instruction. Il ne s'agit pas de fournir simplement des connaissances, mais de faire sortir du garçon l'homme, de permettre au jeune garçon de devenir un homme dans la pleine maturité de tout son être.

L'homme, la personne a une dimension spirituelle, éthique, affective, religieuse, sociale qui ne peut être oubliée dans le parcours éducatif, sous peine d'assister à "la fin de l'éducation". Dans un document publié par la Congrégation pour l'Éducation catholique il y a plus de vingt ans et consacré à l'école, on lit: "Si on écoute les exigences les plus profondes d'une société caractérisée par le développement scientifique et technologique, qui pourrait aboutir à la dépersonnalisation et à la "massification" et si on veut donner à celles-ci une réponse adaptée, alors il faut que l'école soit vraiment éducative, à même de former des个人nalités fortes et responsables, capables de choix libres et justes. Cette caractéristique peut se déduire davantage de la réflexion sur l'école comprise comme une institution où les jeunes sont formés à s'ouvrir progressivement aux réalités et à se préparer une conception de vie déterminée" (Congrégation pour l'Éducation catholique, *L'école catholique*, n. 31). En un mot, il faut récupérer dans le parcours éducatif et scolaire le sens total de l'homme.

Mais qui est donc l'homme accompli, celui vers lequel doivent tendre les efforts éducatifs? Aujourd'hui, on insiste beaucoup sur les différents aspects de la formation, mais le noeud de la question se trouve ailleurs. Outre les différentes "formations", le *proprium* éducatif est différent, il consiste à permettre à celui que l'on éduque de savoir opérer

des libres choix en se fondant sur des valeurs assumées librement. Du point de vue pédagogique et éducatif, l'essentiel est d'enseigner à la personne, pour utiliser un terme cher à Aristote, "le métier d'homme". Tout ceci nous introduit dans le discours fondamental de l'éducation aux valeurs, le centre de cette table ronde.

La pédagogie de notre siècle, qui a influencé de manière décisive la manière d'être de l'école, est plus "fonctionnelle" au sujet, à ses goûts, à ses motivations et à ses exigences qu'orientée vers les fins et les valeurs. Nous devons reconnaître que, aujourd'hui encore, la composition de ces deux pôles n'est pas atteinte, même si le problème commence à être ressenti de plusieurs côtés, incluant des auteurs et des chercheurs d'extraction culturelle et idéologique diverse, qui souhaitent un retour aux valeurs dans les milieux éducatifs authentiques et en particulier à l'école. Il est juste que la personne qui fréquente l'école, qui est en contact avec la culture, soit aidée à dépasser les différents conditionnements (biologiques, psychologiques et sociaux) hérités du passé ou présents dans le contexte où elle vit, mais cette "liberté de" n'est pas suffisante si elle ne devient pas "liberté pour". Il s'agit, en somme, de donner aux jeunes la possibilité de s'interroger sur les valeurs auxquelles ils veulent consacrer leur vie, sur quels idéaux investir le propre capital humain. Il faut atteindre l'autre rive de la liberté, celle de la responsabilité, sans tourner dans le vide, dans le désengagement. La liberté qui choisit, sans valeurs, quelque chose ou quelqu'un, se transforme en lourdeur, fardeau, "enfer". Il faut pouvoir choisir "pour", de manière positive. Concrètement, l'école doit pouvoir, à travers ce qui lui est propre, former à une chose essentielle: le courage d'une véritable liberté. Le sida malheureusement est souvent le symptôme extrême d'une liberté mal gérée, d'un vide existentiel rempli de paradis artificiels produits par les drogues, d'un vagabondage sans but et privé de sens.

Éducation affective et sexuelle

J'ai d'abord parlé de la totalité de l'homme et l'affectivité et la sexualité sont une partie importante de cette totalité. Un discours organique sur la maturité affective ne peut oublier les conditions existentielles personnelles et relationnelles, ainsi que l'insécurité sociale et économique, les difficultés d'intégration sociale des jeunes et la crise des valeurs qui caractérisent notre société.

L'éducation affective, envisagée dans le processus unitaire de maturation de la personne, dont l'école ne peut manquer de se charger, est elle aussi une ouverture progressive aux valeurs morales, à l'acquisition de la capacité de la personne de vivre la dimension émotionnelle, sentimentale, psychosexuelle, amicale, dans une indépendance de jugement et à la lumière de valeurs pleinement assumées par la rationalité même de l'homme. L'élève apporte à l'école tout son "moi". Les complexes dynamiques et les modalités par lesquelles l'école contribue à la formation des enfants et des adolescents sont l'objet d'étude par des experts, mais la force de son influence n'est pas mise en discussion.

Les rapports entre les personnes englobent des valeurs et des éléments variables sur lesquels les rédacteurs des programmes scolaires (fonctionnaires, directeurs, etc.) n'exercent que peu ou aucun contrôle. La relation enseignant-élève s'affirme, en effet, dans une psychologie personnelle et de valeurs où l'on peut difficilement situer des méthodes ob-



jectives claires, en ce sens que chaque personne est un "monde en soi". Certes, le rapport affectif entre les personnes suit des stratégies, mais les modalités par lesquelles il s'explique demeurent à peu près inconnues. L'enfance et l'adolescence sont les phases où la personnalité forme ses structures affectives de base et coïncident avec l'époque scolaire. La responsabilité de l'institution scolaire appelée à être la "maison" où les élèves peuvent s'épanouir est donc très grande. Plus grande encore, la responsabilité des éducateurs dont dépend essentiellement la réussite du projet scolaire éducatif.

Le domaine de l'éducation sexuelle, pour reprendre un jugement du philosophe Abbagnano, est le secteur le plus difficile et le plus instable de la formation des jeunes, dans laquelle personne ne se sent vraiment à l'aise, même s'il a devant lui une longue expérience d'enseignant et un cheminement de réflexion consolidé. En effet, l'éducation sexuelle, ayant pour objectif la maturation de la personnalité féminine et masculine, ne peut être simplement conçue comme une initiation à l'hygiène et aux aspects physiologiques de la sexualité, ni être réalisée à l'extérieur de la formation totale de l'homme.

Les jeunes qui se préparent à la vie ont besoin de connaissances précises et élaborées scientifiquement, mais ils doivent être guidés sur le sens global de la sexualité, de l'affection et de leurs finalités objectives. Cela nous rappelle que dans le rapport éducatif, la transmission éducative n'est jamais détachée des attitudes des éducateurs et n'est pas neutre de par sa nature, mais fortement liée à la conception anthropologique sous-jacente. Dans le cadre d'une anthropologie permissive par exemple, le sujet en croissance sent qu'il a droit au plaisir sexuel en dehors de n'importe quelle indication morale et culturelle. L'âge juvénile doit entrer dans l'âge adulte dans une atmosphère libre de toute contrainte. Dans le cadre d'une anthropologie naturaliste, l'homme est considéré comme un objet de la nature et étudié par rapport au

monde extérieur. Les conséquences de ces formules sont facilement prévisibles. Dans notre cas, elles se traduisent en remèdes pseudo-éducatifs et partiels comme la distribution de préservatifs et l'usage de seringues stériles. Très souvent, dans les écoles, on se contente d'éduquer au minimum, en se limitant à une information qui se veut "scientifique". Au contraire, il faut essayer de "voler haut", surtout à l'école, en fondant sur la personne concrète et réelle le parcours éducatif. La personne est perçue pour ce qu'elle est: un être rationnel, doté de liberté et donc de rationalité, orienté vers le transcendant et ouvert à l'autre, non pour des contingences sociales, mais pour des nécessités intérieures, propres à l'être humain. La maturation affective et sexuelle implique donc des projets, l'oblation et la responsabilité. La maturation sexuelle saine et correcte n'est possible que s'il y a chez l'individu des motifs qui la justifient et comblent le sujet dans sa totalité. Dans ce sens, la sexualité ne doit jamais être considérée comme un absolu, parce qu'elle doit être vivifiée continuellement par l'esprit et trouver sa plénitude dans la dignité de l'état conjugal. L'amour humain, dans un contexte éducatif et scolaire sain et significatif, doit être compris dans la perspective de l'engagement responsable, afin que la vie soit vécue à l'enseigne du sérieux et du projet.

Comme on le voit, une telle "anthropologie" concentre l'attention éducative non pas sur l'instruction mais sur l'éducation et sur l'objectif de la croissance. Elle réaffirme, en outre, la valeur de l'idéal dans la structuration de la personne, parce que celle-ci est considérée comme un être qui ne réagit pas mécaniquement à des incitations de la nature ou extérieures, mais est capable d'accepter une autodiscipline et de sublimer ses impulsions sans compromettre sa propre réalisation. Dans ce contexte, l'éducation aux valeurs trouve sa place et sa signification et devient "prévention" de maladies comme le sida.

L'école est certainement le lieu de formation aux valeurs,

mais elle fait partie d'un contexte plus large. Les milieux dans lesquels on acquiert des valeurs ou des "non valeurs" sont nombreux. Ces milieux sont subdivisés par les spécialistes en deux catégories. Fonctionnels et intentionnels. Fonctionnels sont les contemporains et la société dans ses aspects instrumentaux et de communication sociale. Ils mettent le sujet devant la problématique sexuelle et non seulement (par exemple de la violence, des drogues, etc.) et agissent souvent de manière traumatisante, ils se désintéressent des mineurs et de ses réactions éventuelles. Il suffirait de citer ici certaines transmissions de la télévision, des films ou de penser aux milieux dans lesquels les jeunes vivent leur temps libre.

Au contraire, les milieux intentionnels sont constitués par la famille, l'école, les groupes de jeunes. Au sein de ceux-ci, on essaie d'éclairer les jeunes à la recherche, de satisfaire leurs intérêts et leurs exigences, de susciter des attitudes positives par rapport à la vie, au divertissement, à la sexualité et d'en encourager la maturation. Selon les données de la recherche, les milieux fonctionnels prévalent de loin sur les intentionnels. Seule une moyenne d'environ 20 à 25%, pour demeurer dans les problématiques de l'éducation sexuelle, reçoit les informations d'adultes compétents. La majorité est informée par les faits et les nouvelles de sources non qualifiées, qui rendent instable l'équilibre personnel et au lieu de les réssoudre, ne font que compliquer les situations individuelles. Ceci doit faire réfléchir profondément, rendre toujours plus responsables les éducateurs et les préparer à leurs devoirs auxquels ils ne peuvent renoncer.

L'école en tant qu'institution éducative ne peut donc ignorer les problèmes du développement émotif des élèves et permettre qu'ils subissent des développements préjudiciables de modèles alternatifs. Même dans l'hypothèse idéale où les parents accompliraient pleinement leur devoir, l'école devrait pouvoir amplifier et approfondir l'œuvre. Mais lorsque celle-ci est tout à fait absente, comme cela semble

advenir malheureusement dans la plupart des cas, ses responsabilités augmentent de manière démesurée, compliquent les modalités d'intervention. Pour ce devoir, l'école a besoin d'un corps enseignant bien préparé, d'un équipement suffisant et de la présence de spécialistes. Les soucis principaux concernent l'engagement des familles, la définition des contenus adaptés à chaque âge, les méthodes à utiliser en groupe et avec chacun, la physionomie de la classe à laquelle on s'adresse. Malgré ces obstacles, l'école doit garder une position de critique, de recherche, d'expérimentation pour remplir son rôle de guide dans le développement des jeunes. La tâche est ardue et problématique. Cette fonction s'aggrave en raison des pièges dans lesquels peuvent tomber les enseignants: penser que tout peut se résoudre par l'information biologique, vouloir se passer de la famille, inculquer des conceptions déterminées sur la vie, l'affectivité et la sexualité. Le contenu de l'éducation sexuelle, affective et humaine est po-

lyvalent; il comprend, en effet, l'information sur les aspects descriptifs de la sexualité et sur les questions relatives au sens de la vie qui angoissent les jeunes et l'éducation propre et authentique visant à leur faire comprendre les raisons de maîtriser l'instinct sexuel, pour l'assujettir à la raison et à la volonté, pour intégrer harmonieusement la sexualité à la personne, à l'affectivité, à un projet de vie. Le premier aspect de nature scientifique n'implique pas un objectif moral, le second est de caractère moral, mais suppose une base de nature scientifique et dans ce sens devient éducation aux valeurs.

Conclusions

Il me semble que ce que j'ai essayé de dire peut se résumer dans un concept fondamental: l'école doit être éducative et non seulement informative pour devenir "lieu d'éducation aux valeurs". La récupération de cette dimension éducative exige une synergie profonde entre école, famille, société, en un

mot, la constitution d'une authentique communauté qui éduque. L'Église offre en cela sa contribution et son "expérience en humanité", comme Paul VI aimait à le dire. En particulier, les institutions scolaires catholiques avec leur projet éducatif, qui trouve son inspiration dans le Christ et dans l'Évangile, peuvent offrir leur apport valable pour une éducation "dans tous les domaines", où les valeurs et la responsabilité ont pleinement "droit de cité". Certes, le problème du sida n'est pas seulement de nature éducative, et dans certains pays du monde comme l'Afrique par exemple, son incidence est tellement élevée qu'elle peut également compromettre l'avenir des peuples et des nations, mais il est certain que l'école et l'éducation peuvent beaucoup en formant des femmes et des hommes responsables, capables de faire de leur vie un don responsable.

S. Em. le Cardinal PIO LAGHI
Préfet émérite de la Congrégation
pour l'Éducation catholique,
Saint-Siège

III: Les mass media

Comment les mass media peuvent-ils prévenir la diffusion du SIDA?

Je sais que certains répondront que les media doivent promouvoir la notion de ce que l'on appelle "le sexe en toute sécurité" – c'est-à-dire l'usage des préservatifs dans l'activité sexuelle.

Vous ne serez donc pas étonnés si je ne partage pas ce point de vue.

Tout d'abord, laissez-moi vous expliquer pourquoi.

À mon avis, la promotion de l'usage du préservatif est une invitation à une activité sexuelle immature et irresponsable ainsi qu'à une promiscuité sexuelle. La promotion du préservatif est, à mon avis, mensongère également, parce que la méthode n'est pas efficace à cent pour cent dans la prévention de la maladie.

Donc, au lieu de considérer la relation sexuelle comme un acte de don de soi et d'amour désin-

téressé dans le contexte d'une union d'amour permanente et exclusive d'un homme et d'une femme dans le mariage, il semblerait que l'utilisation des préservatifs soit destinée à éviter la responsabilité des partenaires et les conséquences indésirables d'une activité sexuelle envisagée surtout comme un divertissement plutôt qu'une activité de procréation.

Je pense également que cette réduction à l'objet ou instrumentalisation de l'activité sexuelle et des partenaires conduise à la réduction à l'état d'objet d'antidotes contre la diffusion de maladies graves. Voici ce que je veux dire: l'activité sexuelle est considérée comme un simple moyen de plaisir personnel et le partenaire est vu comme l'objet grâce auquel ce plaisir est obtenu; l'antidote contre les conséquences indésirables de cette activité se transforme en vente d'objets et il y a de l'argent à ga-

gner par la vente de ces objets. Personne ne gagne de l'argent avec la maîtrise de soi et l'abstinence. Personne ne gagne de l'argent en respectant les autres. Cela explique peut-être pourquoi la maîtrise de soi, le respect des autres et le respect du caractère sacré de l'activité sexuelle ne sont pas encouragés et pourquoi la vente de préservatifs est favorisée.

Lorsque je préparais ces quelques remarques, j'ai demandé aux membres de notre groupe de discussion, au cours de l'assemblée générale du Synode des Évêques pour l'Europe, s'ils avaient des suggestions à ce sujet et l'Évêque de Gibraltar m'a donné un stylo sur lequel étaient écrits ces mots: "combattez le SIDA par un nouveau style de vie".

À une époque où la médecine préventive est encouragée dans le but d'éviter de contracter des maladies qui sont à la fois diffi-

ciles et coûteuses à soigner ou à contenir, il est incroyable de constater que certains ont le courage de dire "combattez le SIDA par un nouveau style de vie".

Permettez-moi donc de dire ce que je pense au sujet de ce que peuvent faire les media pour empêcher la transmission du SIDA.

Tout d'abord, les media peuvent aider en faisant connaître les dangers de l'activité sexuelle débridée et en encourageant l'abstinence sexuelle en dehors du mariage comme une règle de conduite à observer. Les media ont déjà fait beaucoup dans certaines sociétés pour rappeler au public les dangers du tabac et ils ont fait de l'abstinence du tabac la norme acceptée. Quant au désir sexuel, qui est beaucoup plus fort et plus essentiel que le désir de fumer, la norme judéo-chrétienne a toujours décreté que l'activité sexuelle doit être réalisée et encouragée dans le mariage et que l'abstinence sexuelle doit être observée en dehors du mariage. Pendant des siècles, la loi judéo-chrétienne a également servi de règle à la société elle-même. Ensuite, la révolution sexuelle est arrivée. Pourtant, il devrait être assez réconfortant, pour ceux qui travaillent dans les media, de savoir que la norme de la moralité dans l'activité sexuelle est également une norme de santé. Dans les media, on pourrait dire que l'abstinence sexuelle en dehors du mariage est bonne pour la santé physique et que ce n'est pas simplement un idéal spirituel de la tradition judéo-chrétienne.

Des programmes de télévision peuvent et doivent présenter une image positive de la vie de famille. Sans négliger les différentes tentations qui surviennent

à tout âge, les programmes doivent bien illustrer la possibilité de vaincre ces tentations, le grand prix psychologique et même physique à payer si l'on cède à la tentation et la nécessité du pardon, de la réconciliation et du soutien désintéressé dans les difficultés. Donc, les programmes ne peuvent pas promouvoir uniquement la vertu de l'abstinence mais également la compassion envers ceux qui souffrent soit en raison de la maladie, soit en raison de la lutte contre une forte tentation.

Des campagnes publicitaires peuvent faire passer le message que l'évêque de Gibraltar a fait imprimer sur le stylo: "Combattez le SIDA par un nouveau style de vie". Si des campagnes publicitaires ont été capables de dire: "Fumer est dangereux pour la santé", pourquoi ne pourraient-elles pas dire la même chose au sujet de l'activité sexuelle débridée en dehors du mariage?

Il y a eu des campagnes publicitaires contre l'alcoolisme – pourquoi n'y aurait-il pas de telles campagnes contre l'activité sexuelle déréglée?

S'il est évident que la meilleure manière d'éviter le cancer du poumon consiste à ne pas fumer, s'il est évident que la meilleure manière d'éviter la toxicomanie est de s'abstenir complètement de la drogue, si les media sont encouragés non seulement à rapporter ces faits mais à construire un service public de campagnes publicitaires ciblées sur ces sujets, pourquoi les media ne sont-ils pas encouragés à mener des campagnes pour promouvoir l'abstinence de l'activité sexuelle trop libre et en dehors du mariage? Il faut tenir bon et dire "non" jusqu'au mariage!

Maintenant, ce n'est plus la mode de fumer; ce n'est plus la mode de se droguer; maintenant, on ne boit plus avant de conduire et il est bon d'avoir un chauffeur désigné. Pourquoi ne pas lancer la mode de s'abstenir de l'activité sexuelle avant le mariage, d'être capable de s'offrir pur et sans tache à celui que l'on aime dans le mariage seulement? Je suis certain que la plupart des femmes ne désirent pas épouser un gigolo et que la plupart des hommes voudraient épouser une vierge; pourquoi craignons-nous de le dire et de le préconiser?

Tandis que le problème du SIDA a dépassé actuellement le

problème de l'activité homosexuelle, il n'en reste pas moins vrai que la cause principale du SIDA, du moins aux États-Unis, est transmise par l'activité sexuelle déréglée et la seconde cause, du moins au cours des dernières années, est l'échange de la même seringue entre les drogués.

Si ces activités constituent clairement un danger pour la santé, pourquoi ne pas avoir le courage de le dire? Le moyen le plus sûr d'éliminer, ou du moins de contrôler le SIDA, est d'éliminer toutes les activités qui sont censées le favoriser: activité sexuelle effrénée, surtout homosexuelle, et l'utilisation d'une même seringue par plusieurs drogués.

Si le tabac a été combattu si activement et si efficacement, pourquoi les media ne pourraient-ils pas utiliser les mêmes normes dans le traitement des problèmes de la drogue et de l'activité sexuelle? Dans les feuilletons à la télévision, ils pourraient faire appel à des acteurs sympathiques, qui ne consomment pas de drogues et donnent des conseils contre leur usage, en dénonçant le danger de partager la même seringue et, surtout, en montrant des personnages connus et sympathiques qui, eux-mêmes, donnent l'exemple en menant une vie sexuelle morale – qui s'abstiennent de toute évidence de l'activité sexuelle en dehors du mariage. Il est assez déplorable de constater que de nombreux exemples de comédies modernes considèrent les personnes qui s'abstiennent de l'activité sexuelle comme des anémiques, alors qu'elles devraient être considérées comme courageuses – en tout cas ayant un profond respect d'elles-mêmes et des autres.

Peut-être les media peuvent-ils découvrir et même avoir le courage de faire savoir que la santé, le bonheur et même la sainteté vont de pair – que l'activité morale bien ordonnée peut contribuer efficacement à un style de vie personnel beaucoup plus sain et à une société plus saine.

S.E. Mgr JOHN FOLEY

Archevêque

Président du Conseil pontifical
pour les Communications sociales
Saint-Siège



TABLE RONDE

“Expériences et projets d’actions et de programmes de prévention basés sur l’éducation aux valeurs”

I: Italie - Le CUAMM

Introduction

46

Le CUAMM (Collège universitaire d'Aspirants et de Médecins Missionnaires) est né de l'idée d'un médecin catholique, le Pr Francesco Canova, de former des médecins italiens et étrangers, hommes et femmes, qui, dans l'exercice compétent de la profession donnent le témoignage de la charité évangélique. Sa devise est "*Euntes curare infirmos*" extraite de l'évangile de saint Luc.

Le CUAMM est né officiellement le 3 décembre 1950 et est une partie intégrale de la Fondation religieuse St François Xavier du diocèse de Padoue, il possède une personnalité juridique canonique et civile.

Depuis 1954, le CUAMM a travaillé dans différents continents du monde par l'envoi de médecins, d'infirmières et de techniciens – plus de 1.000 – engagés dans des projets sanitaires hospitaliers, de soins de santé de base, de formation dans le milieu universitaire également, en collaborant avec les diocèse catholiques, plusieurs congrégations religieuses missionnaires, des ONG locales et en établissant des relations de coopération avec les gouvernements locaux.

Actuellement, les projets sanitaires du CUAMM sont concentrés en Afrique et plus précisément en Angola, Éthiopie, Kenya, Ruanda, Ouganda, Tanzanie et Mozambique. Le contexte dans lequel opère le CUAMM est surtout rural, avec

des exceptions comme il se doit.

La présente contribution se fonde sur l'expérience d'interventions de lutte contre le sida menées par le CUAMM auprès de quelques hôpitaux ruraux dans le nord de l'Ouganda.

Cette contribution se situe davantage sur le plan de la méthode du dialogue et du repérage des perspectives futures que sur la défense des positions personnelles et de la concentration sur la situation contingente. Tout d'abord, la situation du sida en Ouganda sera décrite ainsi que les expériences de prévention en cours, ensuite, nous présenterons quelques réflexions sur trois points critiques: soigner le couple "incomplet", aider la jeunesse à sortir de la solitude, conjuguer la responsabilité personnelle et la responsabilité sociale.

L'Ouganda en chiffres

L'Ouganda et le sida

Les estimations de l'UNAIDS indiquent que 930.000 personnes sont séropositives ou malades du sida, 1,8 million sont décédées et 1,7

million d'orphelins ont perdu un ou les deux parents à cause du sida.

En Ouganda, une tendance à l'enracinement de l'épidémie du sida a été enregistrée. Les données sur la prédominance de femmes enceintes séropositives indiquent une diminution graduelle de l'infection en milieu urbain, déjà à partir de la moitié des années '90 (UNAIDS, 1998).

Cette diminution semble particulièrement significative chez les femmes plus jeunes dont l'âge s'étend de 15 à 19 ans.

Deux enquêtes menées à une distance de 6 ans semblent indiquer un changement réel des comportements sexuels, surtout chez les jeunes appartenant aux régions urbaines où ont été menées les recherches sur la prédominance de la séropositivité.

Les changements de comportements sexuels des jeunes concernent:

- l’élévation de l’âge des premières expériences sexuelles,
 - l’élévation de l’âge du mariage,
 - la diminution des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels.

– l'augmentation de l'usage du préservatif.

Expériences à caractère préventif

Sur le terrain de la prévention, on rencontre de nombreuses associations. Deux organisations non gouvernementales de Kampala TASO et AIC ont lancé un projet intitulé "Initiative Philly Lutaya", qui a pour objectif de changer les comportements sexuels avec l'aide de volontaires séropositifs, disposés à raconter leur expérience et leur condition aux étudiants en particulier.

Le "Club Jeunesse vivante" s'adresse toujours aux jeunes. Il a été fondé en 1992 par Sr Myriam Duggan, de la congrégation des Franciscaines missionnaires de Marie, médecin à l'hôpital Nsambya de Kampala: à partir de l'Évangile, on demande aux jeunes de comprendre le sens de la sexualité dans la vie de l'homme et de prendre, en conséquence, des décisions cohérentes avec l'aide de la prière individuelle et communautaire.

Dans tous les hôpitaux des diocèses catholiques, y compris ceux dans lesquels opère le CUAMM et dans de nombreuses paroisses, il y a des sections consacrées à l'information aux communautés locales, à l'éducation et à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies sexuelles, aux consultations et à la mobilisation des communautés pour aider les personnes atteintes du sida.

Les perspectives futures: affronter avec courage certains points critiques

Au cours des dernières années, on a réalisé beaucoup en Ouganda dans la lutte contre le sida; les campagnes d'information ont atteint des couches toujours plus larges de la population; de nouvelles initiatives vigoureuses ont été développées dans le domaine de l'éducation, de la prévention et de l'assistance psychologique; les services de santé pour le diagnostic et le traitement des

maladies sexuelles et pour l'adoption de pratiques correctes pour la transfusion de sang ont été améliorées en ce qui concerne la facilité d'accès et l'efficacité; les communautés ont été engagées intensément dans la fourniture de services d'aide aux victimes du sida.

Ces résultats sont évidents, bien documentés et encouragés. Ils sont le fruit d'un ensemble de facteurs comme l'ouverture et la transparence du gouvernement ougandais dans la reconnaissance par le gouvernement de la gravité du problème du sida et sa détermination à combattre l'épidémie en réalisant un programme national; il faut associer à cela l'intervention décisive des églises engagées dans les campagnes de sensibilisation, dans le travail éducatif et dans l'assistance aux malades; enfin, il ne faut pas minimiser l'engagement massif des organisations non gouvernementales et le soutien appréciable de l'aide internationale.

Ces résultats sont attribués aussi à la collaboration des malades du sida qui ont témoigné, avec beaucoup de courage et une grande humilité, leur parcours personnel, entrelacé de souffrances et d'acceptation de la maladie. Nous connaissons ces malades par leurs noms. Il faut leur reconnaître le tribut le plus significatif dans le fait d'inciter les gens, nous-mêmes, à réfléchir et à lutter contre cette terrible maladie.

Il est incontestable que c'est un héritage extrêmement précieux que nous devons apprécier et diffuser, cependant, je crois que nous ne devons pas

être victimes d'un optimisme trop facile. Nous devons discerner, être réalistes: l'épidémie du sida nous accompagnera encore longtemps et les résultats positifs obtenus en Ouganda risquent d'être vains si on n'affronte pas avec courage certains points critiques, qui sont à la base de la diffusion des comportements à risque et des déterminants culturels, sociaux et économiques, qui favorisent la diffusion du virus.

Si le problème, comme tous le reconnaissent, consiste à changer le comportement sexuel de la population, alors il y a encore beaucoup à faire dans la transmission appropriée du message de la responsabilité sexuelle, de la valeur de la fidélité et de la chasteté.

Le cœur de la prévention du sida est constitué des problèmes d'éthique sexuelle.

Voilà pourquoi, j'estime que nous devons nous confronter à certaines résistances qui, comme cette maladie effraie, sont entourées de silence et d'embarras. Dans ce sens, je pense que les perspectives d'avenir en termes de prévention du sida devront tenir compte de la pluralité des perspectives.

Soigner les couples désunis

Je voudrais partir de certaines réalités constatées dans mon expérience personnelle de médecin. Il est bien connu que la majorité des personnes contaminées et malades du sida sont les femmes. Il est certain également que les cliniques pour maladies sexuelles, les sessions pour la régulation responsable des naissances sont fréquentées par les femmes. Au contraire, les choix en matière de rapports sexuels, de planification familiale, certaines pratiques traditionnelles comme par exemple les mutilations génitales, la polygamie, l'obligation pour une veuve d'épouser un frère du mari défunt et d'autres, appartiennent à la sphère d'influence, pour ne pas dire au règne, de l'homme.

La réalité des couples désunis ne se fonde pas seulement sur le système de décisions conjugales unilatérales, mais aussi sur une absence notoire de dialogue et de communica-



tion entre les époux sur des sujets aussi délicats et intimes que ceux mentionnés. Ceci se reflète également dans le comportement orienté vers le souci attentif d'éviter la transmission d'une maladie sexuelle ou de la condition séropositive au conjoint. À cela s'ajoute la tendance persistante d'attribuer le stigmate social à la femme parce qu'elle est affectée de maladies sexuelles, ou séropositive ou malade du sida, alors qu'il est notoire que, souvent, les comportements sexuels de beaucoup d'hommes prédisposent le couple aux maladies vénériennes et à l'infection du sida.

Il est donc pressant de contribuer à favoriser la diffusion des vertus conjugales par l'intérêt paritaire, réciproque, responsable des conjoints dans le choix de vie et de la sexualité.

Éduquer aux valeurs chrétiennes du couple responsable, de la fidélité et de la chasteté pourrait alors signifier avoir le courage de lire, à la lumière de l'évangile, les tabous, les superstitions et la négativité – inhérents et pratiqués dans toutes les cultures, de tous temps et en tous lieux – qui provoquent frustrations et appauvrissement dans le couple et dans l'image de la figure féminine en particulier.

Cela pourrait signifier également récupérer de manière chrétienne les valeurs religieuses et sociales que chaque culture manifeste quant à la signification des relations sexuelles et promouvoir ces témoignages conjugaux exemplaires, concrets, qui accompagnent même de manière discrète, en les instruisant, les communautés dans les étapes alternatives et mystérieuses de la conversion.

Nous avons besoin d'études et de maîtres qui indiquent clairement les clés de lecture des cultures locales, mais il faut aussi des témoignages et des témoins qui démontrent que la valeur chrétienne du couple intégral n'est pas seulement un énoncé, en ce sens qu'elle se situe dans les déclarations de principe mais se transforme aussi en un critère d'action, en un principe moral selon lequel le couple oriente ses choix et les soutient par un

dialogue intense et enrichissant. On ne sait et on ne fait pas encore assez dans ce domaine.

Aider les jeunes à sortir de la solitude

Les violences sexuelles, les grossesses non désirées et les avortements, les maladies sexuelles sont des phénomènes attestés, de manière assez diffuse, chez les jeunes.

Nous nous en apercevons de manière limitée et tardive dans nos cliniques où seule une petite partie des jeunes se présentent, timides et honteux, avec ce fardeau de problèmes à résoudre. Même dans ce cas, la réponse médicale et sanitaire apparaît généralement partielle et insuffisante.

En Afrique, les jeunes sont nombreux, mais dans beaucoup de domaines comme celui de la sexualité, ils sont seuls ou abandonnés à eux-mêmes. C'est une solitude qui se traîne depuis longtemps et est due à des raisons multiples. En premier lieu, à la disparition des rites sociaux d'initiation, la famille n'est pas substituée. Et encore, au silence en vigueur dans le couple s'associe un manque de dialogue entre les parents et les enfants. Et lorsqu'il y a un dialogue, il semble être dominé par les remontrances des parents contre les éventuels manquements, fautes ou erreurs des enfants en matière de comportement sexuel. Pour les parents, le dialogue devient rarement une occasion de transmission aux enfants des connaissances, des idées et des expériences sur les raisons de la sexualité; la propre sexualité est un élément humain et chrétien d'identité et de croissance, dans lequel l'enfant peut, à condition qu'il le veuille, se reconnaître et enfin, imiter.

L'absence des adultes s'étend aussi à l'école où l'éducation à la sexualité est rare et se traduit souvent par des explications embarrassées et furtives sur la physiologie et la reproduction de l'homme, avec peu de réponses, en tout cas inefficaces, aux nombreuses questions que les jeunes, surtout les adolescents, se posent. Questions qui

demeurent sans réponses.

Les réalités pastorales laissent parfois beaucoup à désirer en matière de propositions et d'initiatives s'adressant aux jeunes. On perçoit un malaise et des difficultés de la part des jeunes et des couples pour s'approcher de l'Église avec confiance. J'ai l'impression que pour des raisons historiques et culturelles, qui ne sont pas évangéliques, on continue, en tant qu'Église, à donner l'impression qu'il y a des réserves morales dans le fait de parler ouvertement de la valeur positive de la sexualité, d'affronter librement les problématiques sexuelles, de s'engager avec détermination dans l'éducation et l'éthique de l'amour.

En l'absence des adultes dans la famille et dans la communauté, on trouve en contrepartie une pluralité de valeurs très répandues dans la société. Salles de thé, discothèques, hôtels, magazines sont largement diffusés dans le milieu urbain et rural et véhiculent des modèles de comportement où prédomine une "culture sexuelle masculine dans laquelle l'excitation, la transgression, le plaisir, la violence et le danger font partie de la même sémantique". En outre, les étudiants et les étudiantes des écoles secondaires sont nombreux à ne pas vouloir se contenter du train de vie de la famille et ils se prostituent par nécessité, afin de s'assurer des rentrées d'argent. À la base de ces comportements, nous retrouvons des problèmes plus profonds comme les abus sexuels, un manque de respect de soi, des relations privées d'affection, une carence de "valeurs et d'objectifs".

Les résultats obtenus en Ouganda concernant les modifications des comportements sexuels des jeunes sont accueillis favorablement. Cependant, le défi à affronter est plus important. Il s'agit d'obtenir des changements comportementaux à long terme. J'estime que pour vaincre ce défi, l'apprentissage des seules techniques – apprises auprès de formateurs occasionnels – pour éviter la contagion représente une solution minimale et insuffisante si elle n'est pas accom-



pagnée d'un discours plus complexe sur le sens relationnel profond de la sexualité humaine, faite d'autodiscipline, d'harmonie, de croissance, de respect de soi et des autres, de projets de vie. Pour répondre à la complexité des attentes de l'amour chez les jeunes et chez les adolescents, il faut des programmes ciblés, gérés par des adultes et des jeunes formés convenablement comme éducateurs, il faut des centres de réunions pour les jeunes et les familles, il faut des centres de sécurité et de protection pour les jeunes sans droits.

Conjuguer la responsabilité personnelle et la responsabilité sociale

À la base de la diffusion du sida, se trouvent non seulement le problème du comportement humain et de la responsabilité éthique de la personne, mais également des éléments déterminants sociaux et économiques fondés sur l'inégalité et l'injustice et aussi un problème de responsabilités éthiques et sociales.

On a dit que le sida est le problème de tous et de chacun, mais en réalité il concerne surtout et pour la énième fois les pauvres. Il est incontestable que le fardeau le plus lourd de la maladie du sida retombe en grande partie sur les pays pauvres et les pauvres. Ceci est également valable pour l'Ouganda où, malgré le développement marqué de ces derniers temps, le revenu réel pro capite est retombé à nouveau, cette année, au niveau de 1970. Mais la pauvreté n'est pas seulement une question de crois-

sance économique. L'état d'infériorité des femmes, le chômage extrêmement important, les guerres civiles, l'urbanisation désordonnée, la privatisation croissante des services publics, l'accès difficile, souvent refusé, des jeunes et des femmes à l'éducation et aux services sanitaires sont des éléments qui favorisent la diffusion de l'épidémie.

Devant cette réalité, on peut douter que la prévention puisse à elle seule arrêter l'épidémie du sida, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'autres mesures qui contribuent à construire un contexte social et économique favorable, disposé à soutenir et à amplifier des programmes à caractère préventif. C'est la question du développement, processus de changement social qui libère les personnes et les communautés des liens de la pauvreté, élargit les possibilités de choix entre différentes options, renforce la capacité d'autosuffisance, encourage la participation, améliore la qualité de la vie.

Cette approche "concorde avec la nature même du virus et de sa caractéristique dans l'épidémie invisible (asymptomatique), visible (symptomatique) et mortelle". Par conséquent, tous les programmes devraient se fonder non seulement sur l'accès à la prévention, au test du dépistage, au traitement et à l'aide communautaire mais plus généralement, sur un continuum entre prévention et développement.

Le chemin à suivre pourrait être celui de la construction de ce que l'on appelle "le capital social". Une route très longue à parcourir mais ouverte à tous.

Les organisations non gouvernementales pourraient jouer un rôle important si, renonçant à rivaliser entre elles, elles travaillaient avec le tissu social diversifié en favorisant la participation des personnes à des réseaux formels et informels, en encourageant des normes sociales positives, en suscitant des niveaux élevés de confiance, en exaltant la cohésion sociale, en servant de médiateurs entre les personnes et les institutions publiques.

L'action même de l'Église apparaîtrait plus efficace si

l'enseignement social était diffusé aux clercs et aux laïcs, si elle encourageait des formes innovatrices de pastorale politique et économique ainsi que des modèles expérimentaux de solidarité intra et extraecclésiale.

Les mass media du Nord et du Sud pourraient intensifier leur rôle de véhicules essentiels d'éducation sanitaire en accordant plus de place aux informations sur les progrès médicaux, sur les problèmes et les cas concernant les questions de la santé et de la sécurité, sur les politiques sanitaires plutôt que de sacrifier l'objectivité et l'indépendance à la raison de l'influence commerciale.

Les chercheurs et les hommes de science pourraient aider à analyser les éléments économiques, démographiques, psychologiques, socioculturels et d'organisation qui influencent les comportements des personnes sur la perception des maladies, des maladies sexuelles en particulier, et à la recherche de traitements.

En considérant les prix élevés des médicaments, une responsabilité de première importance pour le monde scientifique occidental consiste à développer un vaccin efficace, sûr, dont le coût soit supportable. L'accent mis actuellement sur les traitements pharmacologiques antirétroviraux associés risque de concentrer les efforts sur les bénéfices en faveur d'un nombre restreint de personnes plutôt que sur les bénéfices potentiels en faveur de beaucoup.

Il faudrait demander aux gouvernements locaux et à la communauté internationale d'agir de manière responsable au niveau de l'équité dans la distribution des ressources et de l'aide pour soutenir le développement. Je suis certain que le dialogue et les rapports entre le Nord et le Sud sur le sida présentent beaucoup d'affinités et de correspondances avec les discussions sur l'économie globale, le commerce mondial, le rôle des Nations Unies et d'autres problèmes similaires.

Dr GIOVANNI PUTOTO
Conseiller du CUAMM
Organisation de Bénévolat des
Médecins de Padoue (Italie)

II: Le SIDA en Inde

50

Introduction

Le virus du SIDA n'est arrivé en Asie, patrie de la moitié de la population mondiale, que vers la fin des années '80 début '90. Aujourd'hui, la région compte à elle seule près de 20% des infections mondiales. Les experts s'inquiètent au sujet de l'importance de la propagation de l'épidémie en Inde, où plus de quatre millions de personnes sont infectées – le plus grand nombre de personnes infectées dans un seul pays (UNAIDS, 1999).

En Inde (NACO, 1998), l'épidémie du SIDA a déjà dix ans. Au cours de cette brève période, elle est apparue comme un des problèmes de santé les plus graves du pays. Les premiers cas de SIDA ont été identifiés chez les prostituées à Mumbai et Chennai et chez les toxicomanes dans l'état de Manipur au nord-est. Même si les officiels signalent des milliers de cas d'infection du SIDA, il y a cependant une grande différence entre les cas signalés et les estimations, en raison de l'absence de données épidémiologiques dans la plupart des régions du pays.

Donner une estimation précise de la situation n'est pas une chose facile. L'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de Contrôle du SIDA (NACO – Inde) établissent des statistiques sur les personnes atteintes du SIDA et font de leur mieux pour les mettre à jour, mais la maladie progresse plus rapidement que les statistiques (Lebel, 1988), qui sont très approximatives (et parfois font totalement défaut) pour certains pays. Tandis que nous devrions savoir davantage sur les personnes malades du SIDA, nous ne savons pratiquement rien des personnes vivant avec le virus qui n'ont pas encore développé la maladie et qui ne savent même pas qu'elles en

sont porteuses. En fait, nous vivons dans un monde "où il y a 16.000 infections du SIDA chaque jour et où 9 personnes sur 10 sont séropositives et ignorent qu'elles sont infectées" (ONUSIDA, 1999).

Situation du SIDA en Inde

En Inde, la population atteinte du SIDA n'est pas uniformément répartie et n'augmente pas selon un pourcentage uniforme. Les facteurs déterminants sont (Thomas & Pereira, 1999):

- a) le temps et le lieu où l'infection apparaît d'abord;
- b) l'efficacité des campagnes de prévention;
- c) l'efficacité des tests de dépistage;
- d) le niveau socio-culturel et religieux des personnes;
- e) les voies de transmission;
- f) la présence d'autres systèmes de transmission de la maladie et d'autres maladies transmissibles;
- g) le genre de distribution de soins et de rapports disponibles dans le pays et

h) d'autres facteurs (Panos, Dossier, 1990) comme un système de surveillance sanitaire peu subventionné et manquant de personnel suggèrent qu'il n'est pas toujours possible d'évaluer précisément l'étendue de l'épidémie dans un pays.

En 1986, les quelques séropositifs signalés dans le pays venaient de Chennai (Shiv Lal & Sengupta, 1985). Depuis, plus de 8.000 cas de SIDA et plus de 85.000 cas de porteurs du virus HIV ont été signalés par NACO, le Ministère de la Santé et de la Famille, dans 32 états et territoires de l'Union jusqu'au mois d'août 1999 (NACO, 1999). Il y a certainement une augmentation importante des nouveaux cas signalés dans le pays. Une bonne

partie de cette augmentation est due aux meilleurs rapports et dépistages de cas qui ont suivi les différentes activités du NACO

Les données de contrôle recueillies au niveau national (NACO, 1988) indiquent clairement que l'infection du SIDA prédomine dans toutes les parties du pays. Au cours des dernières années, elle s'est répandue à partir des régions urbaines vers les régions rurales, transmise par les individus ayant un comportement à risque élevé à la population en général. Des études montrent que de plus en plus de femmes fréquentant les cliniques pré-natales sont positives au test VIH, indiquant l'augmentation du risque de transmission pré-natale.

Le rapport 1997-98 NACO montre que 75% environ des infections se transmettent par voies sexuelles (aussi bien homosexuelles que hétérosexuelles): 8% environ proviennent de transfusions sanguines et 8% de l'usage de drogues. Plus de 90% des cas signalés sont transmis par l'activité sexuelle dans le groupe économiquement productif de 15 à 49 ans. Un cas sur quatre est une femme.

Voici quelques facteurs auxquels on peut attribuer la diffusion rapide de l'épidémie dans le pays: la migration des travailleurs et la mobilité des gens à la recherche d'un emploi, des régions économiquement en retard vers les régions plus développées, la promiscuité sexuelle, des taux d'alphabétisation très faibles conduisant à un manque de connaissance des groupes à risque, avec l'inégalité des sexes, les infections sexuellement transmissibles et infectieuses de l'appareil génital chez les hommes comme chez les femmes.

Dans certains cas, des malades du SIDA ont été refusés

dans les hôpitaux et les cliniques aussi bien privés que publics. Cela a encore aggravé la tragédie des malades du SIDA. Très souvent, on commet l'erreur de considérer le SIDA comme une maladie contagieuse et les malades sont isolés dans une chambre et suscitent la peur chez les autres malades. Sur le lieu du travail, il y a des exemples de discrimination aboutissant même, dans certains cas, à la perte de l'emploi. Des malades infectés par le virus du SIDA ont été chassés des communautés de leurs villages, des femmes ont été tondues, des enfants atteints du virus ont été chassés des écoles; des institutions dispensant une aide aux malades du SIDA ont été attaquées ou détruites et on a même refusé la sépulture à des personnes mortes du SIDA: telles sont les réactions des gens contre la terrible maladie et ses victimes. Le tableau 1 illustre les cas de SIDA et le nombre d'échantillons de sang prélevés et analysés dans le pays jusqu'au 31 mars 1999 (NACO, 1999).

Programmes de prévention contre le SIDA: Initiatives gouvernementales

Peu de temps après le signallement des premiers cas de SIDA dans le pays, en 1986, un Comité national contre le SIDA a été constitué, la même année, par le Gouvernement indien et un Programme national de Contrôle du SIDA a été lancé en 1987. Voici les points principaux du Programme national de Contrôle du SIDA:

a) organisation du programme par l'établissement de différentes organisations au niveau national et de l'État.

b) Information, éducation, communication et mobilisation sociale par le développement de marchés multimédia, programmes de formation et campagnes d'information.

c) Promotion du préservatif et de son marché social.

d) Sécurité du sang: la Cour suprême de l'Inde a interdit la "profession" de donneur de sang, à partir du 1^{er} janvier 1998.

e) Surveillance des centres de donneurs de sang volontaires dans toutes les facultés de médecine de l'État.

f) Contrôle des maladies sexuellement transmissibles en renforçant les 504 cliniques de MST existantes

g) Organisation clinique par la formation de médecins dans les hôpitaux de l'État de plus de 200 lits et

h) réduction de l'impact par la réalisation d'un programme pilote de soins continus dans l'état de Manipur et développement d'un Programme national de Formation pour les conseillers.

Critique

Les efforts du gouvernement ont été largement soutenus par plusieurs ONG présentes dans tout le pays. Cependant, ces programmes et ces efforts n'ont pas donnés les résultats souhaités, en raison de l'adoption de programmes et de politiques suivis dans les pays développés, qui ne répondent pas aux valeurs sociales, culturelles et religieuses de la société indienne. Par exemple, un message comme "utilisez le préservatif pour une sexualité sans danger" n'est généralement pas bien accueilli par les parents ni par les enseignants, bien que les actions immorales ne soient pas moindres qu'ailleurs chez les Indiens.

Une bonne partie de la documentation imprimée est représentée par des copies de matériel d'autres pays ou des publications d'organes des Nations Unies et d'organismes donneurs qui ont été conçues sans tenir compte du milieu socio-culturel de la société indienne.

Programme d'éducation contre le SIDA en Inde

Le programme d'éducation contre le SIDA en Inde en est encore à ses débuts. Il y a de nombreux domaines où les problèmes sur la pandémie du SIDA agissent de concert avec la formation de la société. Cette réaction devient par-

Tableau 1 – Distribution des cas signalés de Sida au 31 mars 1999

S. No	Territoire État/Union	Echantillons de sang examinés	VIH +	SIDA
1	2	3	4	5
1.	Andhra Pradesh	74.566	704	48
2.	Assam	12.717	173	22
3.	Arunachal Pradesh	495	0	0
4.	Andaman & Nicobar Islands	14.447	115	0
5.	Bihar	10.194	41	3
6.	Chandigarh	56.687	260	
7.	Punjab	1.488	65	100
8.	Delhi	317.457	1.282	219
9.	Daman and Diu (UT)	250	8	1
10.	Dadra & Nagar Haveli (UTa)	160	1	0
11.	Goa	69.395	2.104	15
12.	Gujarat	451.464	1.675	137
13.	Haryana	160.330	494	1
14.	Himachal Pradesh	3.851	92	9
15.	Jammu & Kashmir	8.981	40	2
16.	Karnataka	402.142	4.845	172
17.	Kerala	44.547	215	106
18.	Lakshadweep (UT)	1.194	8	0
19.	Madhya Pradesh	96.083	587	210
20.	Maharashtra	429.045	47.408	3.354
21.	Orissa	83.127	217	2
22.	Nagaland	8.548	429	10
23.	Manipur	38.362	5.644	310
24.	Mizoram	37.251	122	7
25.	Meghalaya	14.250	60	8
26.	Pondicherry (UT)	84.579	2.971	141
27.	Rajasthan	22.446	465	79
28.	Sikkim	510	6	2
29.	Tamilnadu	741.774	13.375	1.881
30.	Tripura	5.613	4	0
31.	Uttar Pradesh	106.936	1.253	125
32.	West Bengal	163.991	649	57
	Total	3.457.080	85.312	7.012

ticulièrement intense, voire conflictuelle, à l'égard des problèmes associés au SIDA, à la vie familiale et à l'éducation sexuelle – sujets qui n'apparaissent que sporadiquement dans le programme de nos études médicales, sans parler des autres disciplines (Thomas & Ranga, 1995). Ceci est vrai pour les écoles, les universités conventionnelles et les institutions d'enseignement primaire. Jusqu'à ce jour, il n'y a aucun programme de perfectionnement ou un certificat, diplôme ou licence contenant des cours sur le SIDA, sur l'éducation à la sexualité ou à la vie familiale dans le pays (Thomas, 1998).

Cette carence dans la formation en vue d'une information authentique et appropriée pour favoriser la connaissance du SIDA, de l'éducation à la vie sexuelle et familiale par des programmes adaptés ne peut s'expliquer que par des considérations rationnelles, parce qu'il y a peu de domaines de la vie qui touche aussi profondément chaque individu. Bien que la recherche sur des sujets comme la toxicomanie, le SIDA, le sexe et la sexualité ne soit pas attestée et que les intellectuels soient conscients de la menace du SIDA et des conséquences entraînées par sa propagation non maîtrisée, aucun moyen légitime n'est disponible pour la prévention et le contrôle intelligent de la maladie (Thomas, 1998).

La Commission universitaire des Subsides (Gangurd 1994) a déjà proposé l'introduction d'un cours obligatoire sur le SIDA à l'intention des étudiants. Quelques instituts de formation pour assistants sociaux, des facultés de médecine et des écoles d'infirmières ont introduit le SIDA dans leurs programmes. En 1991, un programme intitulé "Discussions universitaires sur le SIDA" a démarré au Service national du Plan, Département de la Jeunesse et des Sports, en collaboration avec l'O.M.S. et le Ministère de la Santé dans 59 universités du pays (Shiv Lal, 1993). Plus tard, ce programme a été étendu à la plupart des universités de l'Inde. À part cela, plusieurs ONG se sont engagées à donner des informations sur le SIDA et le virus VIH à leurs bénéficiaires par une organisation communautaire et des programmes de développement. Cependant, il faut signaler que les responsables ont décidé de ne pas intégrer l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires (Inderjit, 1994).

Critique

Les contradictions susmentionnées dans l'objectif et les stratégies ont exacerbé la crise dans un pays comme l'Inde, avec sa vaste population (980 millions) et ses différences linguistiques, communautaires et géographiques (18 langues officiellement reconnues, 1.652 dialectes et 23,5% de la population comprenant des groupes tribaux). Il y a 32 états et territoires de l'Union et le taux d'alphabétisation, selon le recensement de 1991, est de 52,1% (Manorama, 1994). Il est parfaitement raisonnable d'avancer que la crise peut être endiguée à condition que des programmes d'éducation sur le SIDA, la vie sexuelle et familiale soient lancés rapidement et efficacement par les différents établissements de formation dans le pays.

Un examen général du matériel préparé pour les écoles, les collèges, les universités, les facultés de médecine et les écoles d'infirmières montre clairement qu'il y a peu de changement dans le style, le contenu et la présentation. C'est un peu comme si "la même soupe" était servie dans différentes assiettes. De même, des expériences dans différents séminaires, ateliers et conférences attestent que les mêmes participants discutent généralement des mêmes sujets, sauf l'une ou l'autre exception. Bref, on peut conclure en disant que peu d'efforts sont accomplis en commun pour élargir l'action proposée dans des conventions et des réunions nationales et internationales.

Stratégies d'intervention et programmes de l'Église en Inde

Politique sanitaire: 1992

La Conférence des Évêques Catholiques de l'Inde (CECI) a entrepris une action opportune pour affronter les problèmes concernant le SIDA. La politique de la Conférence épiscopale est clairement expliquée dans la *Politique sanitaire de l'Église en Inde* qui a été distribuée à tous les évêques et à toutes les institutions sanitaires catholiques du pays. Elle réclame "la correction des habitudes permissives et de la trop grande liberté sexuelle, la nécessité d'informer le peuple sur le SIDA". Voici les directives principales de cette politique.

Politique

Nos institutions doivent donner des soins pleins de sollicitude et de compassion à tous les malades du SIDA. Jusqu'à présent, la prévention est le seul moyen de lutter contre le SIDA. Elle demande la correction des habitudes permissives et de l'immoralité sexuelle, la prévention contre l'utilisation d'une même seringue par plusieurs personnes et l'attention aux groupes à risque.

Stratégie

1. Susciter une bonne connaissance du problème et éduquer les gens sur le SIDA.

2. Accueillir les malades du SIDA; en même temps, des précautions seront prises afin que la maladie ne se transmette pas à d'autres malades ou au personnel de la santé ou autre.

3. Orienter les gens vers un comportement sexuel sain.

4. Promouvoir le don volontaire du sang par des donneurs sains qui ont effectué le test de dépistage du SIDA et décourager les donneurs professionnels.

5. Utiliser des seringues stériles et jetables aussi souvent que possible.

6. Surveiller de près les résultats d'analyses du sang pour observer le test légal.

7. Collaborer aux programmes nationaux contre le SIDA.

Réponse de la C.E.C.I. au SIDA: 1996

En 1996, la C.E.C.I. a largement publié sa seconde déclaration sur le SIDA. La déclaration disait: "La réponse de la Conférence des Évêques Catholiques de l'Inde sur le SIDA" lance un appel aux institutions d'instruction catholiques pour s'embarquer dans une mission destinée à encourager un *programme d'éducation consacrée à la vie de famille*, par une information complète et soigneuse sur le SIDA. Elle ajoutait encore: "le temps est venu pour les institutions d'enseignement catholique et les parents de devenir beaucoup plus conscients du changement rapide des perspectives sociales des jeunes. Il est important et opportun que nos enfants reçoivent des réponses immédiates, correctes et fidèles à leurs questions sur le sexe, la sexualité et le SIDA. La C.E.C.I. invite tous les frères catholiques à reconnaître les grandes valeurs contenues dans la Bible et dans les enseignements de l'Église concernant la relation homme-femme, le plan de Dieu pour la procréation et la réalisation de son amour par un don total et inconditionnel de soi au conjoint pour la vie" (C.E.C.I., 1996).

Politique pour le traitement des malades du SIDA en 1997

Le St. John's Medical College à Bangalore (la seule faculté de médecine catholique dans tout le pays) a élaboré sa politique en faveur du traitement des malades du SIDA, qui a été approuvée par la C.E.C.I. en septembre 1997. Cette politique déclare: "une éducation permanente doit être organisée pour toutes les catégories d'employés avec un accent spécial sur ceux qui courent le plus de risques. Les objectifs de ces sessions doivent faire connaître que le tra-

tement d'un malade du SIDA est sûr, à condition d'adopter toutes les précautions recommandées" (St. John's Medical College, 1997).

La politique du CHAI sur le SIDA

Dans sa déclaration publiée en 1994, l'Association des Hôpitaux Catholiques de l'Inde (CHAI) affirme:

– l'Association s'engage dans un programme de prévention contre la diffusion du SIDA par un processus d'éducation et de formation à tous les niveaux et par le traitement inconditionnel des malades atteints de cette infection.

– La politique de l'Association veut attirer l'attention sur les valeurs éthiques, sociales et spirituelles, outre les nécessités physiques et les soins, ainsi que sur les aspects de la justice sans juger pour autant.

– L'Association et les institutions membres encourageront une éducation complète sur la sexualité humaine et les valeurs en vue d'une vie positive par un comportement sexuel responsable.

Critique

Une analyse des déclarations de cette politique par les différents organes de l'Église en Inde montre que l'Église catholique a répondu aux problèmes liés au SIDA, dès l'apparition de cette maladie dans le sous-continent indien. L'Église et ses institutions de formation et de soins sont extrêmement concernées par la lutte contre le SIDA et sont enga-

gées dans la promotion d'une éducation valable des personnes et des employés; elles assurent le traitement, la sollicitude et le soutien spirituel aux malades du SIDA et à leurs familles dans la mesure de leurs ressources limitées – aussi bien financières qu'en personnel qualifié.

Autres interventions fondées sur l'éducation aux valeurs

Publications

La Commission pour la Santé de la C.E.C.I. a élaboré et publié des informations sur le SIDA et le virus VIH fourni un travail et une politique de base et des directives pour le clergé, les religieux, les enseignants et les laïcs. Voici quelques exemples:

a) *Le SIDA et le soin pastoral* comprenant 14 chapitres, glossaire, bibliographie et détails concernant les centres de contrôle du virus VIH et les centres régionaux d'analyses du sang dans le pays. Ce livre a été écrit en respectant la perspective biblique, surtout le nouveau Testament. Les auteurs sont un prêtre et un laïc; le livre est édité par un théologien moral et contient une préface du Président de la C.E.C.I., S.E. Mgr Alan de Lastic, archevêque de Delhi.

b) *Prévention du SIDA: Manuel pour les écoles* composé de 12 chapitres avec cinq exercices dans chaque chapitre sous forme de rôle à jouer, débats, discussion de groupe et d'autres contenus fondés sur les activités de la classe. Il contient un certain nombre d'illustrations et a été préparé dans le respect des valeurs morales, sociales, culturelles, spirituelles et familiales. Ce livre est disponible en anglais et en hindi.

c) *Programme sur le SIDA, l'éducation à la vie sexuelle et familiale* a été réalisé en collaboration avec des spécialistes de différents domaines: médecins, psychologues, assistants sociaux, conseillers et autres experts sur ce sujet. Ce volume est destiné aux instituts d'enseignement pour aider le développement de pro-



grammes d'études, fondés sur les valeurs et spécialisés dans les différents domaines susmentionnés afin de répondre aux besoins locaux.

d) Une brochure sur le "SIDA: la Conférence des Évêques Catholiques de l'Inde lance un appel pour la prévention et le contrôle du SIDA" a été préparée dans le but d'être distribuée gratuitement au cours de réunions, de conventions, de programmes de formation, etc. Suite aux nombreuses demandes, cette brochure a été rééditée avec une modification du titre: "Une invitation à la prévention et au contrôle du SIDA". Des valeurs morales et spirituelles sont insérées dans cette brochure.

Collaboration avec l'Université Libre Nationale

La C.E.C.I. a signé un accord avec l'Université Libre Nationale Indira Gandhi pour élaborer et diffuser dans tout le pays des programmes d'études pour le plus grand intérêt des professeurs, des personnels paramédicaux, des parents, des fonctionnaires des ONG.

D'abord, avec l'Université, un processus pour développer un véritable programme sur l'étude du "SIDA et l'éducation familiale" diffusé par "l'enseignement par correspondance". C'est la toute première tentative entreprise par une Université en Inde (le pays compte 250 universités environ) pour développer et lancer un programme sur ce sujet. Les bénéficiaires se compteront par milliers.

Il est très satisfaisant de constater que l'Université a appuyé la position de l'Église en ce qui concerne l'approche et les stratégies pour la prévention du SIDA dans le pays.

Le comité d'experts constitué par l'Université comprend plusieurs chrétiens (prêtres, spécialistes en théologie morale et d'autres éminents professeurs). Le programme qu'ils ont proposé a été approuvé par l'Université et adopte la position de l'Église sur les problèmes et les valeurs morales.

J'ai également le plaisir de

signaler que l'Université Libre Nationale Indira Gandhi a accepté un dépliant intitulé "SIDA: un guide pour la prévention des étudiants", préparé par la seule faculté catholique de cette Université. Ce dépliant, qui respecte les valeurs morales, sociales et familiales, a reçu l'approbation de NACO et de l'O.M.S. En réalité, NACO et l'O.M.S. ont accepté d'imprimer ce dépliant qui sera envoyé par l'Université à ses 800.000 étudiants.

En résumé, nous pouvons dire que l'approche suivie par l'Église en Inde sur des sujets sensibles comme le SIDA et l'éducation familiale gagne du terrain dans les institutions universitaires du pays. Il y a encore beaucoup à faire, mais il faudrait que les ressources financières pour ces initiatives soient plus généreuses.

Études d'initiatives au niveau diocésain

La Commission de la santé de la C.E.C.I. a entrepris une vaste étude nationale pour recenser les initiatives lancées par les 144 diocèses concernant la prévention et le contrôle du SIDA. Un questionnaire destiné à découvrir les différents aspects du programme comme l'éducation sur le SIDA, la vie familiale, la connaissance du SIDA, des programmes de formation, des séminaires, la réadaptation, des services de traitements, de soins, de soutien, conseils et tests de dépistage, etc. ont été élaborés dans ce but. Ce questionnaire a été envoyé à tous les évêques et les réponses commencent à arriver. On espère que l'étude sera terminée dans six mois. En se fondant sur les données recueillies, je voudrais présenter deux cas illustrant l'expérience de certaines de nos institutions engagées dans le traitement du SIDA.

Études de cas

St. John's Medical College à Bangalore

La faculté de Médecine St Jean est située à Bangalore, la

capitale de l'état de Karnataka, au sud de l'Inde. Elle se trouve dans l'archidiocèse de Bangalore.

Lorsque le Conseil Indien de la Recherche médicale a commencé à établir des centres noraux de dépistage dans tout le pays, à la fin des années '80, St John a refusé de devenir un centre nodal. C'est seulement en 1990 que l'hôpital a introduit ELISA, un test de laboratoire pour dépister le SIDA et rendre l'analyse du sang obligatoire dans tout le pays.

Le conseil du test préventif est donné au client avant de faire l'analyse du sang et le caractère confidentiel est respecté. Lorsque le malade quitte l'hôpital, la feuille de décharge mentionne seulement qu'il a souffert d'une infection virale.

Le premier cas de SIDA fut signalé en 1989 et un lit fut mis à la disposition, en isolement, dans la salle de garde. En 1992, l'hôpital a commencé à traiter de plus en plus de cas et aujourd'hui, les patients sont soignés sans aucune discrimination et ne sont ni séparés ni isolés. Au début de 1992, une salle de travail séparée était réservée aux mères infectées. Aujourd'hui, il n'y a plus de salle de travail séparée et les précautions voulues sont prises afin d'empêcher la transmission du virus pendant le travail.

Le personnel infirmier et les aides soignent les malades du SIDA sans manifester aucune crainte, cependant beaucoup de chirurgiens ont peur. Au cours des trois dernières années, on a signalé cinq blessures accidentelles dues à des piqûres de seringues chez les médecins, s'expliquant par la négligence et la fatigue. Les pathologistes refusent encore d'effectuer l'autopsie de malades morts du SIDA.

Le département d'assistance sociale fournit toute l'aide voulue aux malades et à leurs familles, aide qui s'étend de la recherche d'un travail, d'une maison, au soutien affectif et même à l'aide financière pour affronter les besoins les plus pressants.

La formation permanente

du personnel sur le SIDA constitue un aspect prépondérant à l'Hôpital St John. Des cours réguliers sont dispensés par des médecins et des paramédicaux non seulement aux employés de l'Hôpital, mais aussi aux personnel d'autres institutions médicales et sanitaires.

Pour coordonner et diriger le programme sur le SIDA, l'Hôpital St John a établi une cellule SIDA, formée d'un médecin, un psychologue, un dermatologue et un psychiatre. Il a aussi un conseil consultatif composé des membres de l'administration et des chefs des principaux services. Ils se réunissent régulièrement pour examiner et planifier l'avenir.

SHALOM

Un centre de réadaptation

Shalom est un centre pour la réadaptation des toxicomanes (porteurs du virus VIH) et pour intensifier la connaissance du SIDA. Il est situé à Dimapur, dans le diocèse catholique de Kohima, au nord-est de l'état de Nagaland. Nagaland et son état voisin de Manipur comptent le plus grand nombre de toxicomanes et de séropositifs du pays.

La disponibilité importante de drogues à bon marché est la raison principale de cette habitude déplorable chez les jeunes de cette région, qui se trouve à la frontière du Triangle d'Or, la route traditionnelle du trafic de drogue mondial.

Près de 2,5% de la population totale du Nagaland sont indiqués comme toxicomanes, sans compter ceux qui utilisent

l'alcool et d'autres drogues douces. La plupart de ces toxicomanes font usage de l'héroïne également.

Shalom peut accepter 20 patients à la fois. Ils reçoivent un traitement et un programme de suivi pendant six mois environ. Shalom fournit aussi des services de conseils aux toxicomanes qui sont à la prison de Dimapur. L'aide médicale est assurée par des médecins résidents et par le personnel d'un centre de santé voisin.

Au cours des sept années de son existence, la priorité de Shalom consistait à fournir le traitement et la réadaptation aux drogués et aux séropositifs qui n'ont pas les moyens de s'offrir un traitement coûteux.

Shalom a une caractéristique unique: en effet, trois anciens toxicomanes sont employés comme animateurs et conseillers. À part cela, plusieurs autres toxicomanes qui ont été soignés à Shalom sont en service dans d'autres centres de désintoxication comme conseillers. L'expérience a prouvé que ces animateurs sont extrêmement efficaces dans le service de réadaptation et les conseils dispensés aux patients.

Pendant un bref laps de temps, Shalom a étendu son programme de formation et d'information aux écoles, aux collèges et aux groupes de jeunes du nord-est, en organisant des séances de films sur la drogue et le SIDA et en dirigeant des ateliers.

Shalom offre également des cours par correspondance comprenant 8 leçons sur la toxicomanie et le SIDA. Plus de mille étudiants participent à ce programme. Shalom assure aussi régulièrement des séminaires de formation sur le SIDA et la toxicomanie aux prêtres, religieux, enseignants dans les écoles et les collèges, aux professionnels de la santé et à d'autres travailleurs auprès des jeunes. Shalom pense également créer un programme de formation professionnelle pour les toxicomanes qui ont reçu un traitement et pour ceux qui sont à des stades différents de la réhabilitation.

Les efforts de Shalom dans

cette partie du pays semblent remporter un certain succès pour ce qui regarde leur intervention dans le domaine de la prévention et du contrôle du SIDA et de la toxicomanie.

Snehadaan:

St. Camillus Home of Charity (Foyer de Charité St Camille)

Snehadaan appartient à la Congrégation de l'Ordre de St Camille. La présence des Camilliens est attestée dans trois états de l'Inde et ils sont actifs dans le pays depuis 1980. L'organisation témoigne d'une option préférentielle pour le soin des malades du SIDA, c'est ainsi que Snehadaan a commencé officiellement son activité le 14 juillet 1997 à Bangalore.

Snehadaan a une vision prophétique des soins aux malades du SIDA. Les Camilliens affirment qu'il y a encore de l'espoir, même après le diagnostic fatal d'un individu séropositif, le pronostic dépend surtout de la manière dont il est traité. Les malades admis à Snehadaan sont invités à faire partie d'une famille où chaque membre peut aimer et être aimé par les autres membres de la communauté. Cependant, chaque hospitalisé est accepté en se fondant sur sa personnalité et devient une partie de toute la communauté.

Snehadaan accepte en priorité les malades du SIDA, à n'importe quelle étape de la maladie. Cependant, la préférence est accordée à ceux qui sont le plus gravement touchés, ceux que la maladie a déjà ravagés. La communauté de Snehadaan offre des soins aux malades 24 heures sur 24 et traite toutes les maladies liées d'une manière ou d'une autre au SIDA. Snehadaan offre également de l'aide lorsque le milieu familial du malade n'est pas disponible, n'existe pas ou peut les mettre en danger.

Snehadaan est un havre de paix pour ceux qui cherchent un abri et un endroit de convalescence pendant leur traitement. Il joue également le rôle d'une sorte de foyer après que le malade ait été admis à l'hô-



pital, s'il ne peut rentrer dans son milieu habituel. Les soins assurent des interventions opportunes pour les maux grands et petits qui peuvent survenir pendant la maladie. Le Foyer garantit la sécurité aux pensionnaires. Une attention spéciale est accordée aux malades qui ont besoin d'une réadaptation physique. Snehadaan dispense aussi des soins palliatifs (ou hospices) à ceux qui vivent la dernière étape de leur vie. Celle-ci est considérée comme une priorité. Snehadaan désire assurer une existence digne aux séropositifs. Cela signifie les aider à accepter avec dignité leurs épreuves – qu'elles soient physiques, familiales, psychologiques, financières ou affectives.

En accord avec ses valeurs essentielles, Snehadaan encourage une conception holistique des soins et s'efforce de donner une réhabilitation totale. Les malades du SIDA vivant à Snehadaan sont invités à grandir moralement, spirituellement et socialement, dans la mesure du possible. Chaque personne est traitée comme un individu unique, capable de changer et de contrôler sa vie. À la fin du séjour, une réinsertion sociale et une réconciliation familiale sont souhaitées et fortement encouragées.

Snehadaan considère que le besoin le plus pressant consiste à former les familles et les communautés pour qu'elles soignent les malades du SIDA. En outre, il y a des appels constants pour des programmes de formation adaptés aux besoins particuliers d'organes du gouvernement ou d'ONG – provenant d'écoles d'infirmières, de techniciens, d'étudiants en administration, de personnels de la pastorale de la santé, d'équipes d'hospices, etc. Les Camilliens offrent un service vraiment extraordinaire en faveur des malades du SIDA.

Autres tentatives similaires

Plusieurs communautés religieuses et des diocèses sont engagés de différentes manières au service du SIDA. Voici un bref coup d'œil sur leurs réalisations.

Foyer Ste Catherine: Snehalia

Snehalia, à Bombay, est engagé dans le soin et la réadaptation des enfants nés de mères atteintes du SIDA. Snehalia compte 24 enfants. La plupart d'entre eux sont complètement détruits physiquement et mentalement. Trois ne sont pas séropositifs et certains enfants qui n'étaient pas séropositifs ont été adoptés ou sont rentrés dans leur foyer ou chez des parents. Les soins à domicile et l'acceptation sont les principales politiques de traitement et du travail de réadaptation des religieuses dans ce foyer.

Sneha Bhawan

Sneha Bhawan se trouve à Imphal, la capitale de l'état de Manipur, au nord-est de l'Inde. Dans cet institut, les femmes toxicomanes et séropositives reçoivent des soins et de l'aide. La plupart des résidentes ont entre 15 et 25 ans, Sneha Bhawan fournit des conseils, des soins à domicile et d'autres services de réadaptation aux clientes. La plupart des pensionnaires sont séropositives.

Hôpital du Rédempteur: Theni

L'Hôpital du Rédempteur est situé dans le sud de l'état indien de Tamil Nadu. Ici, les religieuses sont engagées dans la diffusion d'informations sur le SIDA. Leur travail s'effectue par la communauté des coiffeurs. Plus de 200 coiffeurs adhèrent au projet de diffusion d'informations sur le SIDA. En moyenne, les hommes de chaque famille se rendent une fois tous les deux mois chez le coiffeur. Donc, il s'agit d'un moyen sûr pour atteindre chaque foyer.

Le programme d'intervention pour faire connaître le SIDA à Theni comprend aussi des programmes de soins comme le contrôle de la tuberculose, en collaboration avec le gouvernement. Les sœurs de Theni travaillent également parmi les groupes "nomades" comme les conducteurs de véhicules, les ouvriers de la construction et les prostituées.

Expériences, réalisations et limitations

L'analyse des premières réponses au questionnaire, provenant de plusieurs parties du pays, montre que nos personnels de la santé, professeurs, assistants sociaux, prêtres et religieux/ses ont acquis une expérience riche et variée au cours de leur travail sur le SIDA et les problèmes qui y sont associés. Les méthodologies et les stratégies d'intervention adoptées comprennent: des services de conseils, ergothérapie, yoga et exercices, informations, éducation, formation professionnelle, programmes de divertissement, soins spirituels et soutien moral.

Plusieurs de nos institutions sont également engagées dans le réseau en organisant des groupes de soutien pour les séropositifs, des soins et des rencontres entre les groupes de soutien dans les hôpitaux, les équipes thérapeutiques, les soins institutionnels décentralisés, le partage des informations et la connaissance des personnes de toutes les classes de la société.

Quelques limitations ou domaines qui doivent être améliorés:

- a) la difficulté de trouver des ressources à long terme;
- b) la carence de médicaments à des prix abordables;
- c) l'indifférence des hôpitaux et du personnel;
- d) les difficultés dans le contrôle des membres de la famille et les soignants;
- e) réadaptation et remise en liberté dans la communauté;
- f) manque de participation et d'acceptation de la communauté;
- g) la crainte du personnel, etc.

Suggestions

L'Église en Inde a lancé un certain nombre de programmes dans tout le pays pour la prévention et le contrôle du SIDA, surtout dans les régions où les problèmes sont apparus en premier lieu. Cependant, étant donné l'étendue géographique

extrêmement vaste, la population immense, les ressources limitées, un système sanitaire mal subventionné et mal fourni en personnel, le grand nombre de personnes séropositives, le nombre toujours croissant de cas de SIDA et les nombreux besoins des malades infectés ont imposé une tâche presque insurmontable à l'Église. Pourtant il faut y répondre de manière immédiate.

– Il est urgent d'élaborer une “politique commune”, forte, globale, faisable, pour affronter le problème du SIDA dans le pays. Actuellement, différents organes ecclésiaux mènent leurs propres politiques. Celles-ci doivent être intégrées par une approche holistique afin d'inclure différents acteurs comme les groupes socialement désavantagés, femmes, enfants, jeunes, communautés paroissiales, etc.

– Il faut concevoir des stratégies réalisables qui accorderont la place au partage d'expériences au niveau national, régional, diocésain et paroissial. Il est urgent de mobiliser des ressources (pour des projets à long et à court terme) en matière de finances, d'expertises et de facilités infrastructurales.

– Pour une réalisation adéquate de ces stratégies, l'Église doit former un grand nombre de personnes parmi les personnels de la santé, les enseignants, les assistants sociaux, les conseillers, etc.

– L'Église en Inde doit discuter et préparer des projets pour affronter cette situation: il y a de plus en plus d'orphelins et la plupart sont nés séro-

positifs; de plus en plus d'accoucheuses sont infectées et de plus en plus de personnes meurent du SIDA.

– Il ne suffit pas que l'Église manifeste sa forte opposition contre “la culture du préservatif et contre le sexe en toute sécurité”. Elle doit faire connaître ses stratégies, ses politiques, ses réalisations et ses expériences de travail couronnées de succès avec les malades du SIDA dans le pays, même sans l'adoption de pratiques immorales.

– L'Église en Inde et l'Église internationale doivent éduquer leur peuple à rejeter les suggestions, les propositions et les enseignements qui sont opposés aux valeurs morales, éthiques, de justice sociale et qui lancent un défi à la structure de notre communauté catholique.

Le rapport récent des Nations Unies ONUSIDA de juin 1999 déclarait, p. 35-36: “Les adversaires des campagnes en faveur de la sécurité du sexe ont diffusé la désinformation sur les préservatifs – un des moyens les plus efficaces pour arrêter la transmission du SIDA – allégeant qu'ils ne fonctionnent pas et contribuent actuellement à la diffusion du SIDA. Une défense résolue est nécessaire pour contrer des arguments peu scientifiques et soutenir ces gouvernements et institutions qui encouragent cette pratique”. *L'Église a-t-elle une réponse à offrir à cette déclaration? Est-il correct que nous ignorions ces arguments?*

Conclusion

Les rapports parus et publiés par différentes conventions nationales et internationales, indiquent que de tous les pays du monde, c'est l'Inde qui a le plus grand nombre de séropositifs. On a même prétendu que l'Inde aurait le triste privilège de devenir la capitale du SIDA au XXI^e siècle. La diffusion impitoyable du SIDA en Inde, au cours des dernières années, a dévoilé ses graves conséquences sur la santé et le comportement des personnes à

tous les niveaux de la société.

En l'absence de médicaments et de vaccin pour la prévention, l'éducation en vue de la prévention est la seule option efficace disponible pour contenir une diffusion ultérieure du fléau. L'Église en Inde et la Commission pour la Santé de la C.E.C.I. en particulier se sont embarquées dans une mission destinée à affronter le problème en lançant une *campagne d'éducation fondée sur les valeurs*, malgré les limites, surtout financières. Nous espérons que l'Église en Inde poursuivra ses efforts en empêchant une diffusion ultérieure du SIDA par *l'éducation fondée sur les valeurs*. L'Église doit également faire un examen de conscience concernant ses politiques, ses orientations et les méthodologies adoptées pour réaliser différents programmes et des mesures adéquates doivent être prises pour parer à toute future éventualité.

Dr GRACIOUS THOMAS
Coordinateur du Programme SIDA
et Éducation familiale
Université Libre Nationale
Indira Ghandi, New Delhi, Inde

Bibliographie

- CBCI (1992). Health Policy of the Church in India: Guidelines, CBCI, New Delhi, p. 24.
- CBCI (1996). The Response of the Catholic Bishop's Conference of India to HIV/AIDS, CBCI Centre, New Delhi.
- CHAI (1994). Policy on AIDS. The Catholic Hospital Association of India, Secunderabad, p. 2.
- CHAI (1999). Proceedings of the consultation of Church Bodies in India on HIV/AIDS. CHAI, Secunderabad.
- GANGURDE, R.P. (1994). Action plan for preventing and controlling AIDS with the help of University and College community (letter D.O. No. F.29-1/93 (NFE-I dated March 1994).
- INDERJIT SABINA (1994). “No to Sex Education in School”, TOI, New Delhi, 22 September.
- LEBEL (Most Rev. Robert Lebel 1988). AIDS: Is there a Catholic Response? Extraits d'un discours donné par l'Évêque de Valleyfield, Vice-Président de la Conférence des Évêques du Canada, à la convention annuelle CHAC, Chac Review, Summer 1988.
- Manorama (1998). India and the



States: the principal languages (The Manorama Year Book), Malayala Manorama, Kottayam.

NACO (1988). Country Scenario 1997-98, National AIDS Control Organization, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, New Delhi, p. 1.

NACO (1999). AIDS update (signalé à NACO par les 32 états et les territoires de l'Union, chaque mois) NACO, New Delhi, September.

OUSEPARAMBIL, SEBASTIAN (1999). St. John's Experience with AIDS: Achievements, failures and aspirations. (Paper presented at the consultation of Church Bodies in India on HIV/AIDS organized by Catholic Hospital Association of India in New Delhi on 28-29 April 1999).

Panos Dossier (1990). The 3rd Epide-

mic-Repercussion of the fear of AIDS, The Panos Institute, London, p. 5-6

SHIV LAL (1993). Preventing AIDS: Educating youth to protect themselves from infections, Swash Hind (Nov-Dec) Central Health Education Bureau, New Delhi, p. 270.

SHIV LAL AND DR. SENGUPTA (1995). HIV/AIDS pandemic: The Indian context, in AIDS in India, NACO, New Delhi.

St. John's Medical College (1997). Policy for management of HIV/AIDS Patients, Bangalore, p.9.

THOMAS GRACIOUS & V. RANGA (1995). Prevention and Control of AIDS Through Distance Education. In: One World, Many Voices (Conference paper): 17th World Conference for Distance Education, Birmingham, 26-30 June 1995.

THOMAS, GRACIOUS (1996). Concept paper on establishment of a 'Teaching, Research and Extension Centre for AIDS Programme' at Utkal University (unpublished) Bhubaneswar.

THOMAS, GRACIOUS (1998). "Need for programme of study on AIDS and Family Education" in Contemporary Social Work, Lucknow University, vol XV April, p. 37-44. Thomas Gracious (1998). Situation of AIDS in India: Strategies for prevention (Thesis for Doctors of Letters) Utkal University, Bhubaneswar, p. 212.

THOMAS GRACIOUS AND PEREIRA GEORGE (1999). HIV and Pastoral Care, CBCI Commission for Health, New Delhi, p. 76.

UNAIDS (1999). The UNAIDS Report – A joint response to AIDS, UNAIDS, Genève, Suisse, p. 16.

III. Espagne: La Fondation Dimensió SIDA

58

1. Introduction

La Fondation *Dimensió Sida* de Barcelone remercie la Conférence épiscopale d'Espagne de lui avoir confié la mission de la représenter à ce Congrès sur le sida, organisé par le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé (Cité du Vatican, 9-11 déc. 1999).

Afin d'éviter d'éventuelles confusions, nous faisons remarquer que la Fondation *Dimensió Sida* ne dépend pas de la Conférence épiscopale espagnole ni d'aucun organisme de l'Église catholique ou autre institution. Nous sommes une fondation *privée et civile* (non ecclésiastique), d'inspiration chrétienne, à tendance interreligieuse, constituée légalement en Espagne et en Catalogne. Nous sommes simplement une organisation non gouvernementale de service dans le secteur du sida (ONG/AIDS), avec les avantages et les inconvénients que cela suppose.

Le sida, trois épidémies

Nous devons partir du fait que le sida comprend trois épidémies distinctes bien qu'interdépendantes:

1) épidémie d'infection par le virus VIH

2) épidémie du sida (maladies opportunistes)

3) épidémie de l'impact psychologique et du refus social qui frappe les personnes at-

teintes de cette maladie.

Il est opportun de rappeler les données épidémiologiques du sida dans le monde, avec la différence importante entre les pays dits développés et ceux en voie de développement. La nécessité d'établir des échanges et des politiques réalistes de collaboration et d'aide entre les pays est évidente, surtout avec ceux qui ont le plus de difficultés.

L'Espagne est le pays d'Europe comptant le plus grand nombre de cas de sida "déclarés"

La situation des cas de sida "déclarés" en Europe nous montre que l'Espagne est le pays européen accusant le nombre le plus élevé, le double par rapport aux pays ayant une incidence majeure comme l'Italie et la Suisse et trois fois celle de la France.

2 Le sida, un défi pour les églises

Attention pastorale de l'Église en Espagne

L'attention pastorale de l'Église catholique en Espagne en matière de sida se réalise principalement de la manière suivante:

1) délégations diocésaines de la pastorale de la santé

2) Caritas diocésaines

3) congrégations religieuses

4) attention religieuse dans les hôpitaux

5) chrétiens dans les ONG/Sida

ICASO

Grâce au soutien de l'O.M.S. et du Programme de l'ONU sur le sida, il y a un organisme international appelé ICASO (International Council of AIDS Service Organizations) qui encourage, au niveau mondial, l'action volontaire citadine des organisations non gouvernementales de service dans le domaine du sida. Celui-ci dispose d'une simple structure dans les cinq continents.

Conférence internationale des ONG/Sida (Paris, 1-4 novembre 1990)

Du 1^{er} au 4 novembre 1990, s'est tenue à Paris la II^{ème} Conférence internationale des Organisations non gouvernementales de service dans le domaine du Sida (ONG/Sida) sur le thème "Politiques de solidarité". 1.200 personnes de 80 pays du monde y ont participé, parmi lesquelles un nombre important de séropositifs et de malades du sida.

Le groupe de travail "Religion et sida" a élaboré une recommandation qui a été présentée à l'assemblée finale et largement approuvée par les participants. Cette recommandation voulait être un cri

d'alarme lancé aux différentes religions et confessions religieuses dans le monde:

“Les participants à la IIème Conférence des ONG de service dans le domaine du sida (ONG/Sida) sur le thème “*Politiques de solidarité*” – croyants, chrétiens de différentes églises et athées – annoncent aux membres de ces églises et à leurs autorités:

1) que les personnes contaminées par le virus du sida attendent d'être aidées toujours davantage par les croyants dans leur recherche en vue de conférer un sens à la vie et dans leur accompagnement spirituel;

2) que, en recevant parfois cette aide, elles se heurtent souvent à l'incompréhension, à la méfiance et au refus dans les églises;

3) Nous déclarons que le sida n'est ni un châtiment ni un don de Dieu, mais une maladie qui implique:

– le risque de vivre de manière positive dans un monde frappé par le virus du sida,

– le risque de partager les ressources dans une société essentiellement inégale,

– un défi pour la vérité et l'esprit,

– un défi pour les églises”.

ICAN (International Christian AIDS Network)

L'ICAN, dont le siège se trouve actuellement à Amsterdam, travaille dans le domaine chrétien et œcuménique. Les ONG de différents pays qui œuvrent dans le domaine du sida et ont pour point de référence le message évangélique en font partie.



3. Nature et objectifs de la Fondation *Dimensió Sida*

Dans la perspective et la liberté d'être une ONG/Sida et membre de l'ICAN, la Fondation *Dimensió Sida* de Barcelone présente à ce Congrès du Vatican son intervention sur les *expériences et perspectives de la prévention du VIH/Sida: éducation aux valeurs*.

Nature

La fondation *Dimensió Sida* a été créée à Barcelone le 7 mars 1995. Il s'agit d'une fondation privée, civile (non ecclésiastique), d'inspiration chrétienne et dans la sphère interreligieuse.

Objectif

Les objectifs de la fondation *Dimensió Sida* sont les suivants:

1. stimuler la *dimension intérieure et spirituelle* des personnes atteintes par le virus du sida, en respectant leur parcours particulier.

2. Susciter la sensibilité et l'action des *différentes églises et confessions religieuses* en matière

– d'accueil des personnes atteintes;

– d'accompagnement spirituel que demandent ou dont ont besoin les personnes malades et leurs parents ou amis;

– de solidarité et convivialité entre les personnes qui ont effectué différentes options de vie,

– de prévention de l'infection .

3. Réunir et publier du matériel d'information et de documentation, en particulier sur *Spiritualité et sida*, qui peut aider d'autres personnes, groupes, églises et confessions religieuses.

4. Réaliser *d'autres activités utiles*, surtout à l'égard des jeunes et *collaborer* avec les administrations publiques et les ONG.

4. Valeurs et activités de la Fondation *Dimensió Sida*

Quelques membres actuels de la fondation *Dimensió Sida*

ont travaillé dans différentes organisations et activités consacrées au Sida/VIH dès 1985. La Fondation *Dimensió Sida* a été créée en 1995 pour réunir les efforts déployés pour acquérir certaines valeurs que nous considérons fondamentales. Nous signalons ci-dessous les valeurs qui nous guident et les activités principales avec lesquelles nous voulons les stimuler et les diffuser.

Valeur n° 1: le courage

La pandémie du sida demande à tous, à l'Église catholique et aux autres confessions religieuses également, le courage de voir la réalité sous ses aspects multiples.

Parler du sida dans nos églises

L'inscription d'une affiche française sur “*Chrétiens et sida*” déclare: “SIDA, nous pouvons en parler aussi dans nos églises”. Aucun aspect de ce problème ne doit être étranger à l'Église.

Activités valeur n°1

La Fondation *Dimensió Sida* veut faire face à la triple épidémie du sida/VIH par diverses activités. Certaines ont exigé de notre part un courage authentique. Nous signalons les deux plus importantes en raison de la répercussion exercée sur le public:

1. Publication de “l'Église de Catalogne et le Sida” (1997)

Élaboration et publication du livre en catalan: “*L'Església de Catalunya i la sida: expériences, reflexions i propositions*” (l'Église de Catalogne et le sida: expériences, réflexions et propositions). Le livre est divisé en trois parties principales:

- une *réalité* de notre temps,
- certaines *personnes* discutent, agissent et vivent,
- quelques *services* d'attention, d'accompagnement et de sensibilisation.

2) Rapport présenté et exposé au Vatican (1998)

Composition et publication du rapport présenté à la réunion du Groupe Sida du Vatican (18-19 décembre 1998)

comme représentation de la Conférence épiscopale d'Espagne: *Action pastorale de l'Eglise catholique espagnole face au sida*.

Le rapport concerne:

- les aspects épidémiologiques et sanitaires,
- les aspects psychologiques et sociaux,
- les aspects pastoraux et l'action de l'Église,
- annexes.

Le Secrétaire de la Conférence épiscopale d'Espagne, Mgr Asenjo, a envoyé une copie du rapport mentionné à tous les évêques du pays. Ensuite, la Conférence épiscopale nous a demandé d'envoyer un exemplaire du rapport aux délégués de la pastorale de la santé de chaque diocèse d'Espagne. La fondation *Dimensió Sida* l'a fait volontiers et dans un effort économique remarquable.

*Valeur n° 2:
écouter les hommes de science et les professionnels*

Une autre valeur que nous encourageons constamment est le fait d'*écouter* ceux qui sont expérimentés en matière de VIH/Sida, dans le domaine de l'épidémiologie, de la médecine, de la psychologie, de la sociologie, des droits humains, etc. Nous essayons d'être attentifs aux contenus apportés par les hommes de science et les professionnels dans les différents aspects de cette pandémie.

Nous sommes en contact permanent avec l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et avec l'ONUSIDA, ainsi qu'avec des personnes et des organisations nationales et internationales.

Activités valeur n° 2

Nous signalons deux activités principales concernant cette valeur:

1) Sida, les faits, l'espoir.

En 1993, quelques membres de notre fondation ont été les promoteurs de la traduction, publication et diffusion en catalan et en castillan des travaux du Pr Luc Montagnier, découvreur du virus VIH à l'Institut Pasteur de Paris. Le titre de cet ouvrage: *Sida, les faits, l'espérance*.

Cette œuvre est divisée en trois parties:

- le virus du sida et sa transmission,
- l'infection par VIH et son traitement,
- la prévention.

2) Édition et diffusion

à un million d'exemplaires

La banque "la Caixa", qui a de nombreux sièges en Catalogne et dans toute l'Espagne – et même à l'étranger – a accepté notre travail et a fait imprimer un million d'exemplaires (500.000 en catalan et 500.000 en castillan). L'édition a été distribuée gratuitement aux clients de la banque, aux écoles et aux organisations de jeunes. La fondation *Dimensió Sida*, comme beaucoup d'autres ONG/sida, utilise ce matériel dans des conférences d'information.

Toi, écoute!

La science et tous ceux qui travaillent dans la recherche, dans le traitement et dans la prévention du sida ont lancé un cri d'alarme *Toi, écoute!* aux citoyens, aux associations, aux institutions civiles et religieuses – sans oublier l'Église – sur la base de données fournies par la science et par l'expérience, qui invitent à un changement des attitudes et des comportements à risque. Il convient d'être attentif aux nouveaux résultats scientifiques dans ce domaine sans se retrancher dans des conceptions et des attitudes dépassées.

*Valeur n° 3:
conduites "salutaires"
au point de vue scientifique
(dialogue interdisciplinaire)*

De nombreux citoyens, mais aussi des membres de l'Église catholique et d'autres églises, ont donné et donnent encore, dans différentes parties du monde, un magnifique témoignage de solidarité et de fraternité dans l'attention aux personnes contaminées par le sida ou séropositives. Partout, on trouve des centres pour ces malades – gérés par des religieuses, des religieux, des prêtres et des laïcs – qui méritent la reconnaissance de nombreuses personnes.

*Valeur n° 4:
s'approcher des malades
du sida et des séropositifs*

Dans l'évangile, Jésus nous raconte la parabole du bon Samaritain (Lc 10, 25-37), modèle et exemple de l'attitude à suivre en présence de toute personne marginalisée et nécessiteuse. La première chose à faire consiste à s'approcher de ces personnes, partout où elles se trouvent.

"Mais un Samaritain, qui était en voyage, arriva près de lui, le vit et fut pris de pitié. Il s'approcha, banda ses plaies, y versant de l'huile et du vin, puis le chargea sur sa propre monture, le mena à l'hôtellerie et prit soin de lui. Le lendemain, il tira deux deniers et les donna à l'hôtelier en disant: 'Prends soin de lui et ce que tu auras dépensé en plus, je le rembourserai, moi, à mon retour'".

*Jean Paul II
et les malades du sida*

Le Saint-Père nous a donné de nombreux exemples concernant l'*approche* des personnes atteintes de cette maladie. Nous rappelons sa visite pastorale aux États-Unis, lorsqu'il a pris un enfant malade du sida dans ses bras (1987) et en Afrique, lors de sa rencontre avec de nombreux malades.

*Citoyens, croyants et non croyants, ensemble
avec les malades du sida
et les séropositifs*

De nombreux citoyens – croyants et non croyants – sont unis aux personnes atteintes du sida. Plusieurs religieuses et religieux, prêtres et laïcs se consacrent entièrement à l'attention et à l'accompagnement des malades du sida et des séropositifs, surtout les plus nécessiteux de la société. Ils sont la personification authentique du bon Samaritain.

Dans cette proximité, ce qu'il faut faire en premier lieu, c'est découvrir les blessures, la douleur, les sentiments et les désirs de la personne que l'on approche. Nous devons surtout voir et écouter. Les paroles suivantes adressées par un malade à son médecin, sont également valables pour nous.

Paroles d'un malade à son médecin

“Docteur, s'il vous plaît, écoutez-moi sans me juger, sans m'évaluer, sans m'étiqueter. Docteur, s'il vous plaît, soyez juste avec moi et pour cela, soyez juste avec vous-même et soyez serein. Docteur, s'il vous plaît, pour m'écouter, le silence ne doit pas vous faire peur, offrez-moi votre patience: je trouverai le moment de ma parole authentique lorsque ce corps que je ne connais pas bien parlera, car les douleurs cachent souvent une grande souffrance. Docteur, s'il vous plaît, enseignez-moi à essayer et à consolider mes pas dans ce cheminement fructueux où vous marchez à mes côtés, où vous m'apprenez à m'accepter. Je veux me soigner, ou du moins me dépasser”.

Dr Françoise Roday
Docteur, s'il vous plaît écoutez-moi!
Pour une médecine rationnelle,
Ed. Jouvence, Genève, 1992

Activités valeur n° 4

Nous indiquons quatre activités principales de la Fondation *Dimensió Sida* sur la proximité des personnes malades du sida ou séropositives.

1) Attention et accompagnement personnel

La Fondation *Dimensió Sida* s'occupe et accompagne différentes personnes malades du sida ainsi que les familiers et amis qui le demandent. Leurs besoins psychologiques et leurs inquiétudes spirituelles et religieuses font l'objet d'une attention particulière.

2) Publications consacrées aux personnes mortes du sida

Pour expliquer notre travail d'accompagnement, nous mentionnons deux publications sur les personnes malades du sida. Nous avons contribué à ces publications car nous avons accompagné



ces personnes lors de leur cheminement personnel:

– Joseph M. Mercader. *Recherche secrète.*

– Joan Ferrer i Sisquella: *AIDS, stimolo di vita?*

3) *Mémorial Proyecto de los Nombres*

Nous collaborons également avec l'association “Proyecto de los Nombres” qui veut maintenir vivant le souvenir de ceux qui sont morts du sida.

4) *Guide pour l'accompagnement pastoral des personnes atteintes du sida ou séropositives*

Le Conseil mondial des Églises (Genève) a publié un guide pour l'accompagnement pastoral des personnes malades du sida ou séropositives, en français et en anglais. Notre Fondation l'a traduit en catalan et en castillan:

– *Guia per l'acompanyament pastoral de persones que viuen amb VIH/sida.* Editorial Claret, Barcelona 1996.

– *Guia para el acompañamiento pastoral de personas que viven con el VIH/sida.* Gayata ediciones. Rubí (Barcelona) 1997.

Valeur n° 5: Droits humains (Justice et solidarité)

Nous avons souvent constaté une négation et même une violation des droits humains dans le traitement des personnes malades du sida/VIH. Il faut faire attention aux discriminations dont souffrent ces personnes et défendre leurs droits.

Activités valeur n° 5

Nous signalons une publication sur les “Droits humains et VIH/Sida”.

Publication des “Droits humains et VIH/Sida”

Le 10 décembre 1998, à l'occasion de la célébration du cinquantième anniversaire de la *Déclaration universelle des Droits de l'Homme* (Genève, 10 décembre 1948), la Fondation *Dimensió Sida* a publié le Carnet de Travail n° 4 (157 pages) intitulé *Droits humains et Sida/VIH*.

Le recueil des documents de cette publication a été réalisé par David Xancho, coordinateur de notre fondation. La pu-

blication est divisée en trois parties et accompagnée d'annexes.

Voici les trois parties:

– Documents généraux sur les droits humains.

– Documents spécifiques sur Sida/VIH et droits humains.

– Résolution du Parlement de Catalogne sur la garantie de la discréction personnelle et du caractère confidentiel dans les tests diagnostiques du sida.

Les annexes sont:

– Documents des Nations Unies sur l'histoire de la reconnaissance des droits humains en matière de sida/VIH (New York et Genève, 1998).

– Message de Jean Paul II à l'occasion du 50ème anniversaire de la Déclaration universelle de l'ONU (*L'Osservatore Romano*, n. 51, 18-21-98).

– Fondation *Dimensió Sida*

Valeur n° 6: Réflexion religieuse “Le sida, signe des temps”

Notre Fondation constate la nécessité d'une réflexion religieuse plus intense sur le problème du sida par tous ceux qui constituent l'Église, considérée comme “peuple de Dieu”. La pandémie du sida est un “signe authentique de l'époque actuelle”. Dieu nous parle à travers cette réalité dure et universelle, nous invite à la solidarité envers les personnes atteintes et à la prévention de l'infection afin d'éviter son expansion. Voilà pourquoi nous rassemblons les documents de la hiérarchie ecclésiastique auxquels nous associons parfois la réflexion et la critique des malades.

Activités valeurs n° 6

Nous signalons trois publications de notre fondation:

1) *Jean Paul II et le sida (1987-1997)*

Elle contient 17 discours et écrits de Jean Paul II sur le sida datant de 1987 à 1997: deux aux États-Unis, sept au Vatican et huit en Afrique (Burundi, Madagascar, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Ouganda). L'introduction au dossier est due à une personne qui a contracté la maladie en 1989: “à mon frère Jean Paul II, à partir de l'expérience du sida”.

2) Déclaration du Conseil mondial des Églises (Genève 1988)

Notre fondation a traduit et publié en castillan la Déclaration du Conseil mondial des Églises, dont le siège se trouve à Genève, éditée en 1998.

3) Evêques et conférences épiscopales du monde sur le sida (1986-1999)

Nous avons recueilli et publié 49 documents d'évêques et de conférences épiscopales de 20 pays des cinq continents concernant le sida. Certains documents sont présentés dans une seule langue, d'autres dans deux ou trois langues. Le total des documents réunis, y compris les différentes langues, s'élève à 76.

Nous soulignons que nous avons transcrit tous les documents trouvés dans des revues, des bibliothèques et ailleurs. En aucun cas, nous n'avons sélectionné ou exclus des documents d'évêques et de conférences épiscopales traitant du sida. Notre travail a exigé beaucoup d'honnêteté ainsi que le respect de la "collégialité épiscopale" dans ses différentes manifestations. Nous avons agi avec la liberté requise pour toute recherche du matériel existant, qui caractérise les formulations et le travail de la fondation "privée et civile" *Dimensió Sida*.

Le document qui, en son temps, a eu la plus forte résonance dans la presse internationale fut celui des évêques de France (cf. *Le Monde*, 13 février 1996).

Valeur n° 7: la prière interreligieuse

La fondation *Dimensió Sida* croit profondément dans la valeur de la prière, aussi bien individuelle que communautaire. Jésus nous a dit: "demandez et l'on vous donnera; cherchez et vous trouverez; frappez et l'on vous ouvrira" (Mt 7, 7-8). "De même, je vous le dis en vérité, si deux d'entre vous, sur la terre, unissent leurs voix pour demander quoi que ce soit, cela leur sera accordé par mon Père qui est aux cieux. Que deux ou trois, en effet, soient réunis en mon nom, je suis là au milieu d'eux" (Mt 18, 19-20).

Activités valeur n° 7

Nous indiquons deux activités de prière communautaire de notre fondation:

1) Rencontre mensuelle de prière

Le deuxième jeudi du mois, nous organisons une rencontre de prière pour les malades du sida et les séropositifs, pour les personnes qui sont mortes et pour leurs parents et amis. Nous prions aussi pour que tous les membres de la société donnent plus de preuve de tolérance, de respect des droits humains et de solidarité fraternelle.

Ces rencontres mensuelles ont lieu dans la crypte de la Basilique de Santa Maria del Pi de Barcelone, à 20h30 et durent une demi heure. Depuis novembre 1995 jusqu'à ce jour (décembre 1999), nous avons eu 45 rencontres. Trente à quarante personnes y participent habituellement.

2) Rencontre annuelle de prière interreligieuse sur le sida

À l'occasion de la Journée mondiale du Sida (1er décembre), depuis 1996, nous célébrons chaque année une rencontre de prière interreligieuse sur le sida à laquelle participent des représentants de diverses églises et confessions religieuses.

À cause du sida, beaucoup de personnes restent seules, mais la maladie unit également les anglicans, les bouddhistes, les catholiques, les juifs, les musulmans, les orthodoxes, les protestants et les personnes de toutes croyances.

En 1999, nous avons célébré la quatrième de ces rencontres avec la participation de plus de 1.000 personnes.

Valeur n° 8: communication spiritualité sida (page web)

La fondation *Dimensió Sida* s'est spécialisée dans l'accompagnement intérieur, spirituel, des personnes malades du sida et dans la sensibilisation des forces spirituelles et religieuses face à cette pandémie. C'est pourquoi elle a voulu connaître, tenir et mettre à la disposition de ceux qui le désirent le matériel existant sur "Spiritualité et sida". Ce maté-

riel exige la communication et l'interaction.

Activités valeur n° 8

Nous indiquons deux de nos activités principales:

1) Centre de documentation et publication "Spiritualité et sida"

Dans l'annexe 1, nous signalons les publications de notre fondation dans les cinq secteurs suivants:

- a) livres
- b) Documents "Église et sida"
- c) Carnets de travail
- d) Collection "Spiritualité et sida"

e) Mémoires de la Fondation et projets prioritaires

2) Page web "Spiritualité et sida"

Avec la page web et la poste électronique de notre fondation, nous voulons faciliter la tâche des usagers dans:

- l'accès à la documentation et aux publications de la fondation,
- la connaissance de la fondation,
- la réflexion sur le matériel existant et disponible,
- la communication avec la fondation et ses membres,
- l'établissement d'un contact avec d'autres institutions et pages web qui traitent du thème "Spiritualité et sida".

4. Synthèse et conclusion

En conclusion de notre intervention, nous résumons les valeurs et les domaines de réalisations de la fondation *Dimensió Sida*.

Résumé des valeurs

1. Courage face à la pandémie du sida/VIH
 2. Écouter les spécialistes et les professionnels
 3. Comportements salutaires au point de vue scientifique (dialogue interdisciplinaire)
 4. S'approcher des malades du sida
 5. Droits humains (justice et solidarité)
 6. Réflexion religieuse "Le sida/VIH, signe des temps"
 7. Prière interreligieuse
 8. Communication "spiritualité et sida" (page web).
- Les principaux domaines

d'activité de la fondation *Dimensió Sida* sont:

1. attention et accompagnement pastoral des malades du sida et des séropositifs,
2. sensibilisation des églises et confessions religieuses,
3. prière communautaire et interreligieuse,
4. publications,
5. Centre de documentation (page web "Spiritualité et sida").

Conclusion

Nous terminons en citant le mot d'ordre du Congrès sur le sida qui s'est tenu à Hambourg en Allemagne, en 1992: "Si nous ne communiquons pas, le sida nous vaincra". Autrement dit, si nous refusons la réalité complexe du sida et de ses différents aspects, si nous ne communiquons pas avec les personnes malades du sida

et les séropositifs et leur milieu, si nous ne dialoguons pas avec les hommes de science et les professionnels sur les différents moyens de prévention et d'attention, le sida nous vaincra.

Dr ANTONI MIRABET
Président de la Fondation
Dimensió Sida
Espagne

IV: SIDA et Caritas Internationalis

Le sida a représenté une réalité dans notre vie à tous pendant plus d'une décennie. À présent, l'arrivée de la thérapie associée, malgré ses limitations, a changé fondamentalement notre perception de l'impact du virus. La technologie biomédicale progresse en vue de dominer l'infection du sida qui augmente, comme une infection chronique, dans l'hémisphère Nord. Nous avons des raisons d'espérer là où autrefois il y avait peu d'espoir.

Cependant, l'approvisionnement très répandu de thérapie associée dans le Nord souligne de manière très vive l'abîme profond entre ce qui est disponible ici et ce qui l'est dans le Sud. Les statistiques les plus récentes fournies par l'UNAIDS (déc. 1998) montrent que plus de 47,3 millions de personnes ont été contaminées par le virus du sida depuis le début de l'épidémie et 14 millions d'adultes sont morts du sida.

Beaucoup de personnes se demandent pourquoi il y a un tel intérêt à l'égard du sida alors que tant de personnes meurent de maladies traitables comme la malaria. L'an dernier, l'O.M.S. a estimé que deux millions de personnes sont mortes de malaria. L'an dernier, les morts dues au sida étaient estimées à 2,5 millions. Ainsi, pour la première fois, les morts associées au sida ont dépassé celles dues à la malaria.

Un coup d'œil sur une carte

de décembre 1977, illustrant la diffusion du sida dans le monde, montre que la triste réalité de la pandémie se concentre dans les pays du Sud.

La diminution de la longueur de la vie pour les adultes devient une caractéristique désolante dans un certain nombre de pays africains, bouleversant la santé et l'économie au cours des dernières décennies. Il s'agit d'un indice supplémentaire de l'effet dévastateur de la pandémie, surtout dans les pays du Sud.

Chaque heure qui passe indique que la majorité des personnes contaminées par le virus VI.H., vivant dans le Sud, reçoivent toujours moins des ressources mondiales dépensées pour le sida. L'ONUSIDA estime que moins de 10% des dépenses consacrées au sida sont allouées aux 95% de la population mondiale contaminée dans le Sud.

Dans des pays comme la Zambie, le Malawi, la Tanzanie et le Zimbabwe, les gouvernements nationaux ne sont pas capables d'assurer que les personnes malades du sida reçoivent les médicaments essentiels comme les antibiotiques, les antifongicides, les antidiarrhéiques et les analgésiques. La réapparition de la tuberculose s'est produite de manière exponentielle dans des régions où la prédominance du sida est élevée et les programmes nationaux contre la tuberculose luttant pour la contrôler, échouent lamentablement dans le diagnostic et

le traitement des malades. Les ONG sont de plus en plus sollicitées pour intervenir et soutenir les systèmes de santé qui fonctionnaient auparavant. La tuberculose est une infection que l'on peut soigner, bien qu'elle fauche encore 3 millions de personnes dans le monde chaque année. 30 à 40% de personnes meurent de tuberculose à cause de l'infection du sida. Des personnes meurent à chaque minute de la journée quelque part dans les pays en voie de développement, en raison d'infections et de conditions qui pourraient être facilement soignées par des médicaments coûtant moins que le prix d'un quotidien. C'est un scandale!

L'impact sur les communautés locales est énorme. Des parents meurent prématurément laissant des enfants orphelins, dans le dénuement.

Au cours des récentes visites sur le terrain par l'équipe de la CAFOD en Afrique orientale et australie, le problème du nombre croissant d'orphelins représentait le problème n°1 indiqué par les partenaires locaux. Les structures familiales et communautaires locales ne répondent plus de manière adéquate et demandent désespérément de l'aide. En Zambie, moins de 50% des enfants fréquentent l'école. L'influence à long terme de ce phénomène est effrayante.

Un autre domaine d'inégalité frappante est le fait qu'au cours des six ou sept dernières années, les traitements effi-

caces pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant ont pratiquement éliminé le risque que des enfants naissent avec le virus dans l'hémisphère nord. Le problème du manque d'accès au traitement et aux interventions appropriées a poussé certains officiers de la santé au Zimbabwe et ailleurs à se demander s'il fallait même prescrire cette intervention, parce que les bébés seront inévitablement orphelins et la mère n'aura, de toute façon, pas accès à un traitement à long terme pour elle-même. Ceci est un exemple très dur qui démontre l'inégalité cruelle et injuste entre le Nord et le Sud et les problèmes éthiques engendrés par ces inégalités.

Il n'est pas juste que dans le domaine du traitement et des ressources, il y ait une telle différence entre le Nord et le Sud. Selon l'avis de l'ONUSIDA, seule une personne contaminée par le virus sur dix sait qu'elle est infectée. L'accès à l'aide psychologique volontaire et aux tests est malheureusement inadéquate dans le monde. Beaucoup prétendent qu'il n'est pas recommandé de faire les tests là où le traitement et les soins des séropositifs ne sont pas assurés. En général, ceux qui affirment cela ont raison. Cependant, de nombreuses personnes qui croient être contaminées veulent connaître leur état et ne jouissent pas de ce droit, parce que l'aide psychologique et les tests ne sont pas disponibles localement.

Le virus VIH se développe dans des situations de pauvreté. Fikansa Chanda, du Programme sida dans le diocèse de Ndola en Zambie, lorsqu'il fut interrogé sur la trithérapie par une chaîne de télévision anglaise a remarqué que la majorité des personnes de la région de Copperbelt en Zambie, ont juste de quoi se nourrir. Je cite: "pourquoi donner aux gens des médicaments sophistiqués alors que, de toute manière, ils mourront de faim".

Dans une communauté rurale assez riche en Ouganda, Seeley et autres (Medical Anthropology Quarterly 1994,

8(1): 78-89), concluait que, chez les hommes et les femmes, plus le ménage est pauvre et plus il est vraisemblable que le chef du ménage soit séropositif. Comme le sida réduit ces sociétés, la production agricole diminue en raison des maladies, des morts et du temps perdu en funérailles.

Nous savons que de nombreuses jeunes femmes trouvent que le seul moyen de nourrir leur famille consiste à se prostituer. Des stratégies réalistes et significatives pour la réduction du risque doivent être conçues dans le contexte de la plus large réalité des entraves économiques et structurelles au développement. Laissez-moi vous raconter l'histoire de Marguerite.

Marguerite a 9 ans et vit à Kitovu, dans l'Ouganda rural. La mère de Marguerite a élevé sa famille en se prostituant afin de payer la nourriture, les vêtements ou les frais scolaires de ses enfants. Aucun, y compris Marguerite, ne la considérait comme une prostituée. Marguerite, sa mère et la communauté savaient que cette activité assurait la subsistance de la famille. La mère de Marguerite est morte du sida. Bien qu'elle ait plusieurs oncles et tantes, Marguerite est une des 13 petits enfants dont s'occupe sa grand-mère. Marguerite est également contaminée par le virus VIH. Seule, elle est assise, en rang, dans la clinique pour les malades du sida, la seule enfant faisant la file au milieu de centaines d'adultes. Lorsque son tour arrive, elle s'approche du conseiller tenant sa fiche médicale et lui raconte qu'au cours des derniers mois, elle a été malade, avec des hauts et des bas, mais à présent, tout va bien. Lorsqu'il lui demande si elle a été à la clinique pendant un certain temps, elle répond que sa grand-mère n'a pas d'argent pour payer les (petites) factures que l'hôpital a envoyées récemment. (On a dit également que la clinique avait distribué gratuitement de la nourriture ce mois, une raison de plus pour s'y rendre!).

La Caritas internationale fait

beaucoup pour que les communautés chrétiennes se concentrent sur la responsabilité individuelle que nous avons de dénoncer les injustices de nature structurelle et communautaire telles qu'elles sont perpétrées par IMF/World Bank Structural Adjustment Programmes et souligner comment celles-ci affectent directement les pauvres.

Un avenir incertain?

Les inégalités mises en lumière par le sida donnent une image très incertaine de l'avenir.

Quel avenir peuvent espérer les personnes du Sud concernant les traitements et les vaccins? Les thérapies associées qui, dans le Nord, donnent l'impression que le sida n'est qu'une infection chronique mais surmontable sont au-delà des rêves les plus fous des habitants du Sud. L'usage sporadique et non surveillé de ces thérapies, dans le contexte d'une infrastructure sanitaire inadaptée, comme et quand les ressources le permettent, font apparaître un scénario de cauchemar potentiel du virus VIH résistant aux médicaments, devenant la tendance prédominante du virus dans de vastes zones de l'Afrique et de l'Asie du sud. Il vaut la peine de souligner que, récemment, un reportage des media britanniques sur le problème important de l'accès au traitement insistait sur le risque pour le Nord d'un virus du sida provenant du Sud. En fait, nous savons que cela constitue déjà un problème grave aux États-unis et en Europe, avec une certaine résistance du sida à la thérapie antirétrovirale décelée chez un nombre important de personnes en traitement.

En tous cas, comment les malades peuvent-ils espérer avoir accès aux antiviraux, lorsque les armoires d'analgésiques ou d'antibiotiques sont vides? Le Dr Kevin de Koch, ancien membre de l'Institut d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres a observé, dans sa conférence consacrée au sida à la Conférence sur l'Afrique tenue à Kampala en

1995: "Nous avons déjà des traitements efficaces, abordables, pour la tuberculose, pourtant l'indice de tuberculose, surtout dans les pays du Sud, est plus élevé que jamais et augmente constamment. Si nous ne pouvons obtenir ce droit, comment pourrions-nous même espérer affronter efficacement le sida?"

Un domaine d'incertitude important est celui du vaccin. Bien que les efforts communs pour prévenir le virus du sida aient enregistré quelque succès, dans certains pays du Sud, les chercheurs sont d'accord sur le fait que le meilleur espoir à long terme pour vaincre l'épidémie est de trouver un vaccin. Cependant, en raison des difficultés techniques inhérentes aux tentatives de développer n'importe quel vaccin, le succès dans ce domaine est souvent une question de chance pure. Les compagnies pharmaceutiques et les instituts de recherche ont voulu développer à tout prix un vaccin contre le sida, en se concentrant plutôt sur les traitements orientés vers le profit le plus élevé, qui ont une influence sur le cours de l'infection pour des milliers de personnes dans les pays du Nord.

Paradoxalement, il semble y avoir une certaine répugnance à investir de l'argent dans une recherche difficile qui ne promet que de faibles revenus financiers. Les pays qui ont le plus grand besoin de vaccin sont les pays pauvres où les compagnies ne sont guère disposées à investir. Le développement d'un vaccin est également chargé de défis éthiques.

Dans la bonne conscience du Nord, toute recherche est soumise à des directives éthiques qui ne sont pas toujours appliquées aussi scrupuleusement lorsque les essais se situent dans le Sud. D'ailleurs, certaines des premières recherches de vaccin dans le Sud, effectuées par des chercheurs du Nord, ont soulevé des sujets éthiques importants concernant les bénéficiaires de leurs recherches.

Un peu plus encourageante, l'information du début de cette année selon laquelle l'Initiative internationale du Vaccin contre le Sida a investi 9,1 millions de \$ en faveur de deux partenaires internationaux de recherches du vaccin. Le premier concerne des chercheurs de l'Université d'Oxford et de l'Université de Nairobi au Kenya et le second entre l'Université de Cape Town et Alpha Vax Corporation North Carolina. Les vaccins résultant seront dérivés de certains virus VIH circulant au Kenya et en Afrique du Sud et les deux initiatives comprennent des dispositions financières, intellectuelles et d'organisation pour assurer que les résultats de la recherche soient facilement disponibles dans les pays les plus sévèrement touchés par le sida.

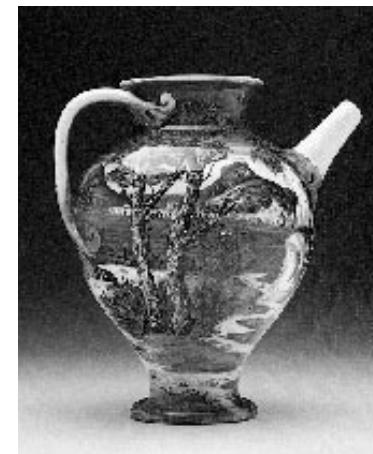
Les statistiques sur le sida augmentent l'incertitude pour l'avenir. L'importance extrême de l'épidémie et son impact en Afrique conduisent de nombreuses personnes à se tordre les mains de désespoir, prétendant que le problème est beaucoup trop grand pour savoir où il commence. D'autres laissent tomber les bras en disant que "c'est (encore) un problème de l'Afrique et qu'il n'a rien à voir avec nous". La plupart des pays d'Afrique envisagent un futur où, à cause du sida, ils seront qualifiés de "sans espoir" par ceux qui détiennent les cordons de la bourse dans le Nord.

L'efficacité de la réponse de la communauté internationale au sida dans les pays du Sud est extrêmement incertaine. Les ONG internationales, les gouvernements de l'hémisphère Nord, les organes des Nations Unies et de l'Église

sont encore trop souvent occupés à réaliser des programmes avec peu ou pas de participation dans les discussions consultatives avec les communautés locales. L'engagement des personnes séropositives est souvent oublié, particulièrement dans la conception et l'élaboration de programmes d'activité. Le sida nous lance continuellement un défi sur l'authenticité du partenariat dans notre travail.

À la fin de ce millénaire, nous sommes fiers des énormes progrès réalisés dans la reconnaissance des droits humains essentiels de chacun. À bien des égards, la pandémie du sida a affiné notre connaissance de nombreux abus inhérents à notre société et a accru les efforts pour lutter contre la discrimination fondée sur le genre, l'orientation sexuelle ou l'état de santé. Cependant, dans de nombreux pays du Nord et du Sud, le préjudice provoqué par le sida ou le seul intérêt pragmatique dans l'efficacité du coût a fini par accroître la discrimination à l'égard des séropositifs ou des malades du sida et à leur enlever le droit fondamental à un logis, à l'éducation et à l'emploi.

Le test obligatoire du dépistage du sida, trop souvent utilisé comme un filtre pour l'emploi, l'assurance, la sélection des étudiants (dans les institutions de l'Église et de l'État) et la sélection à l'immigration remporte de plus en plus de succès dans certains milieux, comme une obligation avant le mariage. Dans plusieurs pays d'Afrique, en Tanzanie et au Malawi, par exemple, les églises demandent de plus en plus le test obligatoire de dépistage du sida à ceux qui désirent se marier et le mariage est refusé aux personnes séropositives. Elles considèrent que ces actions sont justifiées par l'ampleur de l'épidémie affligeant leur pays ou leur diocèse et elles estiment que leur initiative est nécessaire et représente une mesure de prévention. Offrir le test de dépistage volontaire et l'aide psychologique, qui est confidentielle et fait partie d'un processus de pré-



paration plus large des couples qui vont se marier, est souhaitable en effet. Cependant, la conséquence la plus vraisemblable du test obligatoire peut aboutir au problème sous-jacent. C'est également une violation de l'un des droits humains essentiels, le droit au mariage.

Nous avons vu les énormes conséquences sociales et économiques pour les communautés et les pays qui accusent des niveaux élevés de contamination. La perte d'une force de travail experte exerce déjà une influence négative sur la productivité de certains pays dans l'Afrique du sud et de l'est. L'absentéisme dans les secteurs du commerce et des services, dû à la maladie et aux deuils familiaux, atteint des proportions considérables. Dans certains cas, les patrons limitent la présence du personnel à deux ou trois enterrements par semaine, ou uniquement aux funérailles des époux, parents ou enfants. Dans le secteur agricole, les champs ne sont pas cultivés parce que les gens sont trop malades pour s'en occuper. Le sida doit être reconnu de plus en plus comme un facteur qui, avec les ravages de la guerre et des catastrophes naturelles, intensifie la faim de millions d'Africains. La négligence agricole exerce des influences à long terme sur l'environnement car les terres non cultivées retournent à de vastes aires désertiques et l'érosion du sol succède au manque de plantations forestières. Quelle sera alors la forme de l'Afrique en ce troisième millénaire?

La mention de la guerre et des catastrophes naturelles nous rappelle que dans tous les continents, il ne s'agit pas d'une simple coïncidence si les aires de conflit majeur comportent un taux élevé de cas de sida. Les déplacements massifs de personnes, la dégradation des services de base et des infrastructures, des mouvements de forces indigènes et internationales contribuent à intensifier la vulnérabilité des personnes au sida. Par exemple, les statistiques de contrôle ONUSIDA-OMS

montrent que, au Ruanda, Liberia, Mozambique et Sierra Leone, on a observé une augmentation frappante de l'incidence du sida pendant la période qui a suivi les "états d'urgence" respectifs. Tandis que la réalité de ces situations est plus complexe que celle décrite ici, ces statistiques sont révélatrices d'un lien entre les cas d'urgence et l'incidence du sida. Les données d'ONUSIDA pour le Cambodge indiquent une augmentation de l'incidence du sida parmi les prostituées à Phnom Penh, allant de 10% en 1992 à plus de 40% en 1996. On pense, avec raison, que la présence d'une force de paix des Nations Unies au Cambodge représente un des facteurs ayant contribué à cette augmentation.

Changement de comportement: un espoir pour le futur?

Pour revenir à l'histoire de Marguerite, nous devons comprendre les raisons pour lesquelles la mère de Marguerite s'est comportée comme elle l'a fait si nous voulons offrir à sa fille et à d'autres femmes une aide réaliste. La Congrégation médicale missionnaire de Marie a entrepris un Programme de soins à domicile, à partir de son hôpital St Joseph, à Kitovu, depuis 1987. Comme résultat de leur expérience, les religieuses ont développé un programme de changement de comportement appelé "Éducation pour la vie". Elles ont témoigné de la mort de centaines de personnes dans les villages voisins, des malades qu'elles avaient soignés jusqu'à leur mort et elles ont continué de travailler avec les communautés pour fournir des soins aux enfants orphelins. À cette époque, de nombreux enfants, aujourd'hui adolescents, avaient été contaminés par le virus. Cela brisait le cœur des religieuses de voir que les enfants de ces jeunes adultes dépendaient entièrement d'elles et cela constituait évidemment une réelle tragédie pour les jeunes. Malgré des années de bonne éducation et la conscience croissan-

te du sida, les jeunes avaient été contaminés. Les religieuses ont réalisé que ces problèmes devaient être affrontés sérieusement, sinon les jeunes continueraient d'être contaminés et de mourir.

Le changement de comportement est concerné par trois considérations principales et complémentaires:

le changement de comportement par des attitudes et des pratiques permettant de réduire la vulnérabilité à l'infection du sida. Cela exige que les individus et les communautés soient autorisés à faire des choix, dans leurs situations spécifiques, pour diminuer les risques de l'infection. Cette mise au point souligne la responsabilité des programmes de l'Église pour offrir, dans une structure holistique plus large, une information médicale complète, capable de diminuer le risque individuel du sida.

Le changement d'attitude comporte également un processus où les comportements et les pratiques de préjudice, discrimination, hostilité et violation des droits humains des personnes contaminées par le sida soient réduits ou éliminés. Ce processus de changement peut se réaliser au niveau individuel et à celui des communautés, ainsi que dans les pratiques contenues dans les normes religieuses ou culturelles et dans la législation nationale et internationale.

En outre, les programmes de prévention contre le sida qui ne tiennent pas compte de la pauvreté économique, des inégalités de genre et des pressions de la société ne réussiront pas à arrêter l'expansion du sida. Il est clair que l'histoire de Marguerite prouve que la pauvreté est une cause essentielle de la diffusion du sida, surtout chez les femmes et les jeunes filles.

Les résultats d'une enquête menée par la CAFOD en 1998 ont donné les recommandations suivantes:

besoins réels: il est essentiel que ceux-ci soient le point de départ de tout travail, d'où l'importance de consacrer du temps à explorer et à recon-

naître les besoins réels d'une communauté et à établir un programme dans ce sens. Lorsque nous avons demandé aux partenaires du Zimbabwe pourquoi le sida ne figurait pas dans leur diagnostic des problèmes de la communauté, ils ont répondu qu'il n'y avait aucune raison de parler du sida lorsque le problème principal de la communauté était représenté par les éléphants qui dévastaient leurs champs de céréales!

Leurs programmes, pas les nôtres. À partir des besoins réels de la communauté, le fait de s'assurer que tous les secteurs d'une communauté sont des acteurs authentiques à chaque étape, constitue un des éléments clé dans le renforcement du sentiment d'appartenance à une communauté, de souligner et de minimiser les dangers de la dépendance.

Approche holistique: elle souligne l'importance, pour l'organisme financier et ses partenaires, de reconnaître la complexité des problèmes compris dans chaque programme de travail/approche du sida pour changer les comportements.

Analyse du genre. Tout travail de changement d'attitude doit examiner les rôles des femmes et des hommes, les relations entre eux et les facteurs qui déterminent la force ou l'absence de force de chacun.

Besoins des malades: les différents besoins des malades du sida doivent être connus et affrontés. Ils ont besoin de soins mais aussi de revenus pour créer des activités, pour développer leurs stratégies de réduction de risques sexuels,

le soutien et les conseils sont également nécessaires. Les organisations doivent s'assurer que les malades du sida sont des acteurs actifs dans l'établissement et l'amélioration de programmes et les prises de décision.

Clarté du programme/philosophie. Il est essentiel de définir clairement que le programme et la philosophie sont des programmes d'information sollicitant le changement de comportement.

Groupes de personnes du même âge et groupes spécifiques de genre. L'enquête souligne l'importance de travailler avec des groupes séparés, en se fondant sur le genre et l'âge et en même temps, sur les critères importants localement (par ex. statut du sida, bien-être socio-économique, groupe religieux, fonction des employés dans une organisation, etc.). Le succès d'une telle approche représente un pas qui peut également rapprocher des groupes séparés de manière régulière, afin d'apprendre et de partager. Cela assure également que les activités développées par un groupe spécifique, sont approuvées par la communauté au sens large.

Équilibre entre les besoins pratiques et stratégiques. Dans la mesure du possible, il est important de veiller à ce que les besoins stratégiques d'une communauté soient pris en compte afin que les besoins pratiques les plus immédiats soient satisfaits. Travailler en vue de satisfaire les besoins stratégiques, de manière holistique, demande aux organisations d'intégrer une analyse des genres et d'interroger les facteurs traditionnels, religieux, sociaux et culturels, qui définissent les rôles des hommes et des femmes au sein des communautés et définissent ainsi leurs comportements et leurs relations réciproques.

Contrôle et évaluation. Le fait de trouver des organismes et des partenaires exige l'introduction et le développement ultérieur, au niveau local, d'une signification et des systèmes pour définir le contrôle des objectifs et des

progrès, qui peuvent être adoptés par les membres de la communauté. Cela se fonde sur cette supposition: si les gens sont intéressés et capables d'enregistrer leurs progrès, ils ont plus de chance d'être engagés dans le programme qui, à son tour, rendra plus vraisemblable les objectifs à réaliser.

Violence. La violence interne fondée sur la différence est répandue dans les communautés. Elle comprend la violence sexuelle, la violence physique et l'abus psychologique. L'enquête a mis en lumière les relations entre la vulnérabilité au sida et la nécessité pour tous les programmes d'affronter ce problème comme une partie centrale de leur travail.

Jeunes gens: le respect de soi, un avenir. Les jeunes gens sont très incertains au sujet de leurs rôles en raison de la nouvelle autosuffisance et de l'indépendance économique de certaines jeunes filles. Les jeunes gens doivent être épaulés dans leurs propres définitions de futur emploi et de relations afin de pouvoir trouver de nouveaux rôles et de nouvelles valeurs dans la société. Des programmes doivent identifier et développer les moyens d'atteindre les jeunes gens "là où ils sont".

Importance des programmes de soins à domicile et des soins des orphelins. Les lourds fardeaux que ces programmes imposent aux femmes doivent être reconnus et affrontés. Les communautés doivent s'engager à développer les moyens de réduire ce fardeau. Ils doivent concerner les hommes, surtout les jeunes, dans un travail de soins direct ou indirect. Il sera nécessaire de développer des approches méthodologiques qui permettront ces changements stratégiques afin que les rôles traditionnels de genre soient encouragés.

Soutien et possession. Ces deux termes doivent être expliqués plus clairement dans un programme de travail. En général, beaucoup de programmes sont censés appartenir aux organisations, aussi bien aux partenaires qu'aux communautés avec lesquelles elles travaillent. Cela a amené



de nombreuses communautés à développer une dépendance malsaine à l'égard du bien-être des réalisateurs de projet ou des organismes financiers. De leur côté, les organisations risquent d'imposer un programme qui n'est pas en relation avec les besoins réels de la communauté.

La tension extrême que le sida suscite dans ces communautés signifie que le soutien du programme n'est pas réalisable à court terme. Cependant, en termes de saine pratique de développement, c'est un élément qui doit au moins être considéré. Bien que les programmes de l'Église soient supposés être partagés pour le bien d'une communauté, les efforts en vue d'assurer le soutien sont le secret de l'efficacité d'un programme à long terme. Le concept de soutien dans le contexte africain est complexe et plein de difficultés.

Rural/urbain. Le sida commence à exercer toujours davantage un effet dévastateur sur les communautés aussi bien urbaines que rurales. Les organisations doivent revoir constamment leurs programmes afin de vérifier si ceux-ci sont centrés exclusivement sur les régions plus urbanisées ou seulement sur les régions rurales, avec des infrastructures plus grandes (par exemple, près d'un hôpital).

La communauté mais avec des liens plus larges. Les organisations et leurs partenaires doivent soutenir et développer une approche qui associe leur intérêt fondé sur la communauté et la liaison avec les ONG, d'autres groupes ecclésiaux et le gouvernement local. Cette approche est importante afin d'assurer que les besoins locaux soient affrontés et de faciliter la compréhension mutuelle et le partage des expériences. Il est également important en termes de programme de soutien et de propriété.

Conclusion

Comme nous approchons du XXI^e siècle, nous devons faire face à un nombre

toujours plus grand de pays où le conflit et la situation politique instable sont de règle. Que pouvons-nous donc prévoir, dans ces circonstances, pour les communautés lourdement affligées par le sida?

Dans un pays d'Afrique du sud, un participant à un séminaire de travail a décrit un scénario assez courant où le mari bat fréquemment sa femme lorsqu'il rentre du bar, la nuit. Finalement, celle-ci a demandé au prêtre de sa paroisse d'intervenir dans sa situation insoutenable; le curé lui a dit de rentrer chez elle et de supporter courageusement ses souffrances.

Dans un pays d'Afrique orientale, tous les prêtres locaux ont refusé de rendre visite à une femme malade du sida, parce que c'était une prostituée. Lorsque l'évêque a appris cela, il lui a rendu visite régulièrement jusqu'à sa mort. Quand elle est morte, l'évêque a célébré une messe solennelle de requiem dans la cathédrale.

Dans un pays asiatique, un prêtre qui avait été contaminé par le sida s'est vu retirer sa paroisse d'abord, ensuite toute l'activité diocésaine et il a été envoyé dans un centre de retraite à des centaines de kilomètres, oublié de tout son diocèse.

Lors d'une conférence en Afrique du Sud, en juillet, un évêque à qui on demandait ce qu'il conseillerait à une femme dont le mari était séropositif, a répondu qu'elle devrait sacrifier sa vie pour sauver son mariage. Un signe de courage est venu de la part d'autres participantes qui ont quitté la conférence en signe de protestation.

Dans les pays du Sud, les femmes sont extrêmement vulnérables sexuellement. En effet, dans le monde, la plupart des femmes atteintes du sida ont été contaminées par la personne qu'elles croyaient être leur partenaire pour la vie, leur mari. Le genre déséquilibre terriblement de nombreuses cultures et sociétés, laissant les femmes impuissantes et dépendantes des hommes dans le domaine familial, social et économique.

Des statistiques récentes sur le sida nous donnent de petits signes d'espérance. Des rapports provenant de l'Ouganda, de la Thaïlande et récemment de Zambie indiquent que dans certaines parties de ces pays, le nombre de jeunes contaminés par le sida est en régression. Ceci peut être attribué aux efforts concertés du gouvernement et des initiatives de la communauté pour éduquer les gens sur le sida. Peut-être est-il prématuré de lire trop rapidement ces résultats, mais ils sont encourageants.

En même temps que l'évidence statistique, nous voyons des signes de changement dans le respect de la vie dans les cultures et les traditions. La discrimination issue de la peur et de l'ignorance fait progressivement place à la compréhension et à l'acceptation dans de nombreuses communautés. Les coutumes traditionnelles (par exemple, héritage de l'épouse, excision, sacrifice rituel et circoncision sans utiliser des instruments stériles, etc.), qui accroissent les risques de contamination du sida par voies sexuelles et sanguines, sont remplacées dans beaucoup d'endroits par des rites alternatifs ou des pratiques plus sûres consistant à percer la peau etc., tout cela donne également de l'espérance.

Dans notre travail de la Caritas, avec ses nombreux partenaires de programmes associés au sida, nous sommes constamment renouvelés et confrontés par le témoignage de centaines de bénévoles mobilisés par les différents soins à domicile, l'aide aux orphelins et des programmes de conseils et d'assistance. La réflexion suivante du père Jon Sobrino, s.j., écrite au sujet de la situation politique au Salvador, exprime bien comment, lorsque nous sommes confrontés à ces témoignages puissants, face aux souffrances et aux injustices du sida, nous pouvons toujours trouver de l'espérance:

“Il n'est pas facile de savoir comment garder l'espérance et nous devons tous répondre à notre manière.

Il semble que tout soit contre l'espoir

*Mais pour moi au moins,
lorsque je vois qu'il y a eu
beaucoup d'amour*

*je vois qu'un grand espoir
est né à nouveau.*

Ceci n'est pas une conclusion rationnelle et peut-être même pas théologique.

*C'est simplement la vérité.
L'amour suscite l'espoir*

Et un grand amour fait naître un grand espoir.

Jon Sobrino, El Salvador.

Ces bénévoles offrent généreusement leur temps et leurs ressources non pas à partir du luxe de leurs moments de loisir (qui, généralement n'existent pas), mais de leur temps précieux qui pourrait être consacré à leur famille ou à assurer un peu plus de revenus ou de nourriture. Souvent, ils sont affectés également par le sida et ils se déparent sans compter afin de témoigner, avec ceux qu'ils servent, de la vie et non de la mort. Ils sont notre force et notre inspiration. Ils engendrent un nouvel espoir né de leur grand amour, ainsi nous osons espérer.

Dans l'Église également, nous percevons des signes d'espoir. Nous trouvons de plus en plus de communautés désireuses d'embrasser le message de justice de l'évangile et l'acceptation prêchée par ceux qui vivent avec le sida. Nous voyons des cas où ceux qui sont marginalisés en raison de leur comportement sexuel ou de leur tendance nous incitent à reconnaître en eux les frères et les sœurs du Christ. Nous voyons appa-

raître peu à peu des crevasses sur nos masques de justes alors que les paroles des prophètes de malheur sont si nombreuses aujourd'hui. Enfin, nous reconnaissions que l'Église, le corps du Christ, a le sida. Au niveau pastoral également, nous apercevons des signes qui semblaient des différences insurmontables entre et dans les églises et entre les peuples de différentes croyances, qui se transforment en efforts pour répondre à la pandémie du sida.

Un membre important du Programme de soins de santé et de l'éducation sur le sida, de l'archidiocèse de Khartoum, est un docteur musulman.

En Éthiopie, les responsables religieux, plus enclins à marquer des points, oublient leurs différences pour participer ensemble à une conférence de la CAFOD sur le sida.

Un programme diocésain à Dar-es-Salam, qui fournit un test sur le sida, des conseils, de l'aide et des soins à domicile, est formé de chrétiens de différentes dénominations et de musulmans, tous travaillent et prient ensemble dans la joie et l'efficacité.

Récemment, au Botswana, un séminaire patronné par ONUSIDA, avec l'aide de la CAFOD et de l'Armée du Salut a été organisé avec l'Église et les responsables religieux de différents continents pour examiner les défis pastoraux que leur lance le sida.

Nous nous inspirons de l'expérience de la CAFOD en tant qu'organe de liaison principal de la Caritas Internationale au cours des douze dernières années. Pendant ce temps et malgré les lourds défis et combats, de nombreux programmes ecclésiaux ont été définis, offrant les conseils et le soutien à tous les malades du sida, fournissant l'éducation, les soins à domicile, le soutien aux orphelins, des projets générateurs de ressources et de défense et des groupes de pression en faveur des victimes de la discrimination due au sida. Nous avons convoqué des réunions nationales et régionales d'évêques et d'autres responsables religieux, parce que ceux-ci vou-

laient connaître davantage les problèmes du sida qui les concernent ainsi que leurs églises. Ces responsables religieux veulent apprendre et donner des réponses pastorales dans leurs juridictions. Nous avons constaté l'investissement de ressources importantes par les organismes de la Caritas pour répondre aux besoins suscités par le sida dans le monde entier.

Puisque le Jubilé du millénaire est un temps de réconciliation, peut-être y a-t-il certaines indications que l'Église et les gouvernements du Nord et du Sud commencent à reconnaître les erreurs passées. Parfois, nous entendons énoncer les fautes de notre cupidité et de la manipulation financière du Sud par le Nord; les péchés de corruption et d'appropriation injuste des ressources par les gouvernements du Sud et du Nord.

Un aspect central du jubilé biblique est la remise des dettes en suspens. À la conférence sur "le Sida en Afrique", qui s'est tenue à Lusaka le mois dernier, le Ministre des Finances de la Zambie, M. Godfrey Simasiku, a réitéré la proposition de son pays: au moins une partie de la dette internationale de la Zambie devrait être "échangée" dans le but de fournir des ressources supplémentaires, afin que le pays puisse affronter correctement le problème du sida. Le R.P. Peter Henriot, du Centre jésuite pour la Réflexion théologique et la Campagne du Jubilé 2000 dont le siège est en Zambie, a déclaré dans sa relation: "Vos préoccupations sur le sida concernant le futur sont intégralement liées au contenu de la campagne contre la dette, c'est-à-dire la construction d'un développement juste, réalisable et centré sur les personnes, puisque nous entrons dans un nouveau millénaire". Jonathan Simon de l'Institut pour le Développement international de Harvard a observé que même si le montant absolu de la dette consacré aux programmes sociaux était modeste, il aurait certainement une influence significative sur les efforts de prévention du sida.



	Dépense pro capite pour les soins et la prévention du SIDA en 1996	Economie potentielle pro capite de l'exonération de la dette (1997)
Zambie	\$ 0.73	\$ 10.73
Kenya	\$ 0.76	\$ 5.24
Nigeria	\$ 0.03	\$ 1.69
Ouganda	\$ 1.81	\$ 3.66

Source: relation présentée par Jonathan Simon, Harvard Institute for International Development, à la 11^e Conférence ICASA, Lusaka, septembre 1999.

L'Ouganda, où la campagne nationale contre le sida a réussi à faire diminuer le taux chez les jeunes de 28% en 1992 à 10% en 1996, n'a pas investi davantage dans le contrôle de l'épidémie que ce qui pourrait être exonéré à la plupart des régions sub-sahariennes par l'annulation bilatérale de la dette.

Puisque nous ajoutons notre voix à la campagne du Jubilé 2000 en faveur de l'exonération de la dette aux pays les plus pauvres (parmi lesquels figurent certains de ceux qui sont le plus durement frappés par la pandémie du sida), nous osons également espérer.

En tant que chrétiens, fréquemment confrontés à la question "où est Dieu dans tout cela?", je me souviens d'une histoire que le père Enda McDonagh, le spécialiste irlandais en théologie morale et conseiller à la Task Force de Caritas Internationalis, a raconté à ce sujet: dans un camp de concentration de l'Allemagne nazie, trois prisonniers juifs, deux hommes et un garçon, allaient être exécutés publiquement par pendaison pour quelque méfait mineur. Tous les autres prisonniers étaient rassemblés pour assister à l'exécution. Les deux adultes meurent rapidement, mais le garçon, qui était plus léger, connaît une mort lente et douloureuse, il se débat et s'étrangle. Alors un des prisonniers s'est mis à hurler: "Où est votre Dieu maintenant?" et un autre a solennellement répondu: "notre Dieu est là, pendu sur la potence".

En cette époque de sida, nous devons dénoncer ceux qui prétendent que la pandémie est la punition d'un Dieu furieux. Ils ne connaissent pas le Jésus de l'évangile. C'est seulement en nous mettant du

côté du Dieu "pendu sur la potence" que nous pouvons embrasser et proclamer Dieu présent chez les malades du sida, sommes-nous assez audacieux pour donner cet espoir?

Informations de base

Introduction

La Caritas Internationalis (CI), la confédération globale de l'assistance humanitaire gérée par l'Église catholique et les organisations de développement incluent d'abord les activités relatives au sida dans les priorités de leur programme, établi à l'assemblée générale de 1987. Depuis ce temps, la Confédération a mobilisé une réponse au sida en respectant sa mission générale *d'animation, de coordination et de représentation* et s'est engagée dans les activités suivantes:

- parrainage des consultations régionales, nationales et locales sur le sida pour aider les responsables religieux et ceux qui sont engagés dans l'éducation, les services socio/pastoraux, les soins de santé et spirituels pour assister, dans leurs apostolats propres, les personnes contaminées par le sida;

- collecter des fonds pour aider les efforts nationaux et locaux dans le domaine de l'éducation et des services;

- organisation de consultations théologiques sur le sida en Afrique, en Asie, en Europe et en Amérique du Nord;

- remplir un rôle de représentation aux Nations Unies et dans d'autres forums internationaux;

- constitution d'un groupe de travail international (entre 1988-1995) et d'une Task Force sur le sida (1995-2003) afin de contrôler l'expansion de

l'épidémie, motiver la réponse la plus compréhensible par les organisations membres de la Caritas Internationale et d'autres organisations ecclésiales, pour partager l'expérience dans les différents continents.

La Task Force actuelle de la C.I. a été reconstituée en juillet 1999 par le Secrétaire général de la C.I. pour aider la Confédération à réaliser le plan de travail 1999-2003, qui a défini à nouveau le sida comme un sujet prioritaire de réflexion et d'action. La Task Force est étroitement associée à l'Agence de liaison de la C.I. pour le sida, la CAFOD, et a été chargée par le Secrétaire général de la C.I. de coordonner les activités de la Confédération dans ce domaine. La CAFOD est l'organisation membre de la Caritas pour l'Angleterre et le Pays de Galles et sert d'agence de liaison à la Caritas pour les activités sur le sida depuis 1987. Donc, la Task Force assure à l'organe de liaison un point de référence et un forum où elle discute et rapporte ses activités de coordination. Le directeur de l'organe de liaison CAFOD, M. Julian Filochowsky et le père Robert Vitillo ont été reconduits à nouveau dans leurs fonctions lors de l'assemblée générale de la C.I., en juin de cette année.

La Task Force habituelle a reçu le mandat suivant:

- assister la Confédération de la C.I. dans le maintien de l'attention à la priorité de la pandémie du sida à travers l'activité de ses organisations membres et avec d'autres organisations importantes de l'Église catholique.

Objectifs

- 1) Partager les informations entre la Task Force et la Confédération de la Caritas sur l'état de la pandémie en relation avec les problèmes médicaux, pastoraux, spirituels, sociaux et de développement.

- 2) Soutenir la réflexion théologique sur les problèmes soulevés par la pandémie du sida.

- 3) Encourager la Confédération de la Caritas à approfondir ou à entreprendre une ac-

tion pour répondre aux malades du sida dans le contexte local.

4) Diffuser sur l'ensemble du réseau, à la demande de la C.I., avec des organisations catholiques et autres, y compris l'ONUSIDA, afin de donner une réponse adéquate aux malades du sida.

5) Construire sur la dynamique de la Conférence C.I./CIDSE sur le sida et la tuberculose, afin d'assurer que les leçons apprises soient divulguées et intégrées dans les activités de la Confédération.

Depuis 1987, la Confédération de la C.I. a consacré beaucoup d'énergies et d'expérience à la prise de conscience chez les responsables de l'Église et d'autres collaborateurs religieux. Voici quelques publications parues sous les auspices de la Task Force: *Caritas training Manual on the Pandemic of HIV/AIDS* (1994); *Proceedings of the CI/CIDSE Workshops on Sustainable Health Care* (1995), *The Church responds to HIV/AIDS* (1996); *AIDS, Emergenza Planetaria* (1997). En outre la CAFOD a entrepris plusieurs évaluations sur la participation à des programmes de soins à domicile au Kenya, en Ouganda et au Brésil. Plus récemment, la CAFOD a mené une étude sur le changement de comportement intitulée *Safely through the Night* (1998), en collaboration avec des partenaires du Malawi, de Tanzanie, du Zimbabwe et de Zambie et a donné un rapport sur l'accès au traitement et aux soins intitulé: *Valuing Life* (1999), qui se fonde sur les expériences des partenaires en Zambie.



La C.I. s'est étendue jusqu'aux responsables de l'Église et aux agents pastoraux en organisant et en participant à des séminaires de formation sur le sida dans de nombreuses parties du monde. Dans ces séminaires, les membres de la CAFOD et de la Task Force de la C.I. sur le sida ont servi en qualité de présentateurs et d'intermédiaires. Au cours des années 1995-1999, ces programmes ont été fournis dans de nombreux pays, incluant notamment:

AFRIQUE	Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Congo-Brazzaville, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Afrique du Sud, Sudan, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe
ASIE	Birmanie/Myanmar, Inde, Corée, Philippines, Thaïlande
EUROPE	Lituanie, Pologne
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	République Dominicaine, Pérou

Ces ateliers comprennent:

1. Consultations et suivi en Asie et dans la région du Pacifique

Avec l'aide de la Caritas Internationalis, la Task Force sur le sida et les représentants de la CAFOD de 12 pays du Pacifique, ainsi que des collègues d'Europe et d'Amérique du Nord, se sont réunis pour partager les expériences des services sur le sida à l'initiative de l'Église catholique, du 2 au 6 février 1998 à Manille, aux Philippines. L'organisation locale d'accueil était la Caritas de Manille.

2. Séminaire sur les soins de santé réalisables

Comme résultat de leur engagement dans l'éducation et les services sur le sida, les organisations membres de la Caritas internationale ont témoigné de l'impact significatif du sida sur les services de soins de santé gérés par l'Église dans les pays du sud. On a observé que la carence d'infrastructures sanitaires dans ces pays était une des causes principales de la diffusion rapide du sida dans les populations les plus pauvres et les plus vul-

nérables. Donc, la Task Force de la C.I. sur le sida, associée à Caritas, CIDSE et d'autres organisations catholiques internationales, a organisé un séminaire aux Pays-Bas sur les soins de santé réalisables.

3. Conférence sur la tuberculose et le sida

La tuberculose a été déclarée "urgence sanitaire mondiale" par l'O.M.S. En réponse à cette situation terrible, la Commission de la C.I. sur le sida et d'autres organisations

de service social et sanitaire de l'Église ont organisé une conférence sur la tuberculose et le sida à Wurzburg en Allemagne, du 8 au 12 mars 1999. Le but de la conférence était de donner une réponse des organisations de la C.I./CIDSE sur le sida et la tuberculose, pour rendre les opérations plus efficaces, plus opportunes au point de vue éthique et plus attentives à l'évidence scientifique.

4. Consultations théologiques sur le sida

Dans un effort destiné à encourager une nouvelle diffusion théologique sur les implications de justice sociale suscitées par la pandémie du sida, la C.I. et d'autres organisations de l'Église ont invité des théologiens à étudier davantage ce phénomène mondial. En outre, des théologiens ont été invités à partager différents points de vue théologiques sur la réponse la plus appropriée aussi bien de l'Église que de toute la communauté humaine. De 1995 à 1999, ces consultations se sont tenues en France (pour l'Europe et l'Afrique francophone) et en Afrique du Sud.

C.I. et ONUSIDA

Depuis 1987, la Caritas internationale a entrepris la défense aux niveaux mondial et national, avec les organisations nationales gouvernementales et intergouvernementales, sur des problèmes concernant les malades du sida. Le 7 janvier 1999, la C.I. a signé un mémorandum de compréhension avec le Programme associé des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA). À cette date, le Secrétaire général, M. Luc Trouillard et le Directeur d'ONUSIDA, M. Peter Piot, ont signé le mémorandum pour encourager la coopération en vue d'une réponse au problème du sida aux niveaux local, national et international.

L'accord précisait les domaines de coopération suivants:

– l'ACCÈS AUX SOINS, afin de répondre aux besoins

des personnes malades du sida, l'ONUSIDA travaillera avec la C.I. pour documenter son expérience dans le domaine des soins comme exemple de meilleur usage pouvant être exploité par d'autres organisations, en créant et en renforçant leurs propres programmes. ONUSIDA partagera également le meilleur usage développé par d'autres organisations avec la C.I.

– POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT, pour réduire la discrimination et le stigmate associés au sida et pour intensifier l'approche de la communauté aux soins, la C.I. et ONUSIDA partageront des expériences sur le développement de politiques liées au sida portant sur les droits de l'homme, les problèmes de genre, de culture, d'éthique et de lois, ainsi que leur diffusion dans les secteurs publics et privés, y compris les struc-

tures ecclésiales, le lieu du travail, les associations professionnelles, les organisations de jeunes et les organes gouvernementaux, en tenant compte de leurs perspectives différentes.

– INFORMATION PUBLIQUE, la prévention du sida doit être attentive et l'information adaptée pour motiver une attitude responsable, inscrire le sida dans le programme mondial, assurer que le droit des personnes séropositives soit respecté et pour informer les politiciens. La C.I. et l'ONUSIDA renforceront les activités d'information publique sur le sida comme il se doit et s'efforceront de respecter les valeurs éthiques les plus élevées.

S.E. Mgr FOUAD EL-HAGE
Archevêque maronite de Tripoli
du Liban

Président de Caritas Internationalis

V: L'Afrique

Introduction

Depuis bientôt deux décennies, une terrible et redoutable maladie frappe des dizaines de millions de personnes dans le monde, sans distinction de race, d'ethnie, de couche socio-professionnelle, de sexe, d'âge.

Jamais aucune autre affection n'a pu mobiliser autant de chercheurs de tout ordre, et autant de ressources financières.

En Afrique sub-saharienne, où les problèmes de ressources se posaient déjà pour assurer une bonne santé des populations, le SIDA est venu aggraver la situation.

En effet, les infrastructures socio-sanitaires sont de plus en plus inadaptées face à la pandémie du SIDA.

La pauvreté aggrave les conditions de vie des populations:

- Impossibilité d'avoir accès aux médicaments même essentiels pour la plupart.
- Impossibilité d'assurer une bonne alimentation

– Mauvaise condition d'hygiène.

– Manque d'éducation pour la santé.

La prise en charge de cette affection requiert les compétences de plusieurs catégories professionnelles:

les médecins, les biologistes, les chercheurs, les socio-anthropologues, les psychologues, les religieux, les communautés, etc.

Au cours de notre présentation, nous allons aborder successivement:

– la situation actuelle en fonction des groupes cibles,

– le rôle de l'Église par rapport aux stratégies de prévention,

– le dispositif actuel existant pour répondre à cette épidémie et quelle est la relation entre ce dispositif et la réponse de l'église au niveau:

- des pays
- de la communauté internationale.

– Comment peut-on renforcer ce dispositif?

L'expérience que nous avons acquise en Afrique et élargie aux autres continents grâce aux échanges d'expérience, nous permet de focaliser notre présentation au niveau de l'Afrique.

Objectif

1 - Orienter la problématique du VIH/SIDA en accord avec le Magistère pontifical.

2 - Coordonner les mouvements et les groupes de l'Église catholique qui travaillent dans le domaine du VIH/SIDA.

3 - Promouvoir l'aide aux malades VIH/SIDA.

Quelques données épidémiologiques du SIDA dans le monde et en Afrique en particulier		
	Prédominance moyenne chez les adultes	Prédominance
Afrique Méridionale	17,2	2,7 - 27,0
Afrique Orientale	9,6	3,2 - 14,5
Afrique Centrale	4,3	0,1 - 11,1
Afrique Occidentale	2,4	05 - 10,1

Stratégies de prévention

Transmission sanguine

– Assurer la sécurité transfusionnelle de façon standardisée dans tous les pays du monde (tant dans les pays industrialisés que ceux en voie de développement).

– Combattre les pratiques traditionnelles qui utilisent les objets tranchants (excision, scarification, tatouages).

– Assurer la stérilisation du matériel médical.

– Promouvoir l'utilisation du matériel à usage unique.

– Assurer l'équipement ou matériel nécessaire pour prévenir la transmission accidentelle professionnelle.

Transmission sexuelle

– Encourager le dépistage volontaire avant toute liaison (mariage, concubinage) en vue de procréer

– Fidélité

– Abstinence

– Éducation sexuelle dans le contexte religieux

– Enseignement des valeurs morales, le respect du corps, la signification de l'amour

– Inclure le module SIDA dans le programme d'enseignement du catéchisme.

Transmission materno-foetale

– Proposer le dépistage volontaire du VIH en prénuptial.

– Proposer le dépistage volontaire en consultation pré-natale.

– Assurer le traitement des femmes enceintes séropositives pour réduire le taux de transmission mère-enfant.

Quel peut être le rôle de l'Église dans les stratégies de prévention du SIDA?

Les actions menées doivent viser des groupes cibles tels que:

– Les jeunes (garçons et filles)

– Les femmes

– Les couples

– Les hommes.

Les jeunes

Ils sont les plus touchés et la prévalence du VIH est de 27%.

Renforcer l'éducation des

jeunes sur des thèmes spécifiques:

- la santé reproductive des adolescents
- les maladies (MST-SIDA)
- les grossesses précoces
- les abus sexuels précoces
- les rapports sexuels précoces.

L'éducation des jeunes doit se faire dans les écoles et familles:

- Primaires
- Secondaires (menstruation, sexualité)
- Universitaires
- Familles (renforcer les valeurs morales et familiales par la communication).

Quelles sont les structures existantes au sein de l'église pour renforcer les stratégies de prévention?

- Mouvement des scouts
- Les CVAV (Âmes vaillantes, Cœurs vaillants)
- Le renouveau charismatique
- La JEC (jeunesse étudiante catholique)
- La légion de Marie
- Le groupe du Rosaire
- Toutes les congrégations
- Les laïcs et catéchistes
- L'association des familles chrétiennes
- Association des cadres catholiques
- Commission Justice et Paix.

Des causeries et débats sur les thèmes spécifiques pourraient être abordés soit:

- au cours des messes
- après les messes
- pendant la formation des jeunes au catéchisme
- etc.

La communauté internationale pourrait contribuer en apportant un appui technique à la formation des membres de tous ces mouvements.

Les femmes

Au début de l'épidémie, il y avait autant d'hommes que de femmes infectés.

Aujourd'hui, sur 10 Africains infectés, on compte 12 à 13 Africaines infectées.

A la fin de 1999 on estime à 12,2 millions de femmes et 10,1 million d'hommes âgés de 19 à 49 ans vivant avec le VIH en Afrique sub-saharienne.

- Analphabétisme élevé.
- Les facteurs socio-culturels ne permettent pas à la femme de s'épanouir et de prendre des décisions.

Elles sont soumises aux hommes, économiquement faibles (dépendance, se livrent pour subvenir à leurs besoins), divorce, séparation.

Qu'est-ce qui existe dans les structures pour aider les femmes?

Une éducation et un développement de projets générateurs de revenus doivent être entrepris en direction de ces femmes car les femmes jouent un rôle très important dans la cellule familiale:

- éducation des enfants
- soins des enfants et du mari
- veille à la propreté et à l'hygiène de la maison.

Comment l'Église peut-elle aider à travers le dispositif existant?

Existe-il des centres d'écoute et de soutien pour les femmes démunies ou violées.

Comment les mouvements associatifs religieux peuvent-ils intégrer dans leurs activités les questions actuelles?

Au niveau des pays, il existe des groupements de jeunes, des coopératives féminines qui pourraient être des modèles.

Les hommes

Les MST se manifestent cliniquement très vite chez les hommes, d'où une sensibilisation pour une prise en charge précoce pour le traitement.

L'éducation dans ce groupe doit viser le changement de comportement:

- s'abstenir des rapports sexuels extraconjugaux.
- Enseigner les questions d'abus sexuels.
- Favoriser la communication dans le couple (impliquer les hommes dans les mouvements des femmes).

– Renforcer les valeurs morales et familiales.

– Utiliser le système de la confession pour faire le counselling et le soutien psychosocial.

Les couples

– Sensibilisation et éducation pour assurer respect et fidélité dans le couple.

– Pendant la préparation au mariage, aborder ces questions.

– Certains mouvements chrétiens existant doivent saisir l'opportunité du SIDA pour or-

ganiser des causeries sur la pandémie afin d'éviter les relations sexuelles extraconjugales et autres comportements pouvant nuire au mariage.

Impact socio-économique

- Baisse de l'espérance de vie.
- Absentéisme.
- L'employé atteint du VIH/SIDA sera amené à s'absenter souvent à cause des repos médicaux répétés suite à des manifestations cliniques.
- Baisse du rendement et de la productivité.
- Baisse de l'indice de développement humain.
- L'employé malade du SIDA à un certain stade, est incapable de fournir des efforts.
- Licenciement ou retraite anticipée.
- Suite aux différentes absences, l'employeur est amené souvent à procéder à un licenciement ou à une retraite anticipée.
- Conséquences sur les allocations des employés.
- Le coût du traitement est très élevé pour le budget de la santé.
- Conséquences familiales.
- Impossibilité de subvenir aux besoins de la famille; baisse du revenu mensuel.
- Appauvrissement (paupérisation).
- Problème psychologique
 - abandonné
 - dépendance
 - dépression
 - orphelins du SIDA.

Accompagnement du malade VIH/SIDA

Que fait la communauté internationale pour la prise en charge des malades VIH/SIDA?

Les agences coparrainées: L'OMS, le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale, l'Union Européenne ont créé un programme, l'ONUSIDA pour réfléchir sur les questions relatives au SIDA.

Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé reste l'agence technique pour apporter un soutien technique dans l'exécution et la mise en œuvre des activités de prise en charge des personnes infectées par le VIH/SIDA.

La prise en charge des ma-

lades est très délicate en ce sens que les problèmes psycho-sociaux constituent un poids très lourd.

Pour aborder le volet psychosocial, une approche par le counselling a été développée, des groupes de soutien à l'école dans les entreprises, dans les communautés doivent être organisés pour assurer une intégration sociale.

Concernant les activités de soins, il existe des services de soins pour les patients VIH/SIDA intégrés dans les structures de soins existantes.

Pour éviter l'immobilisation de longue durée des lits dans les hôpitaux par ces malades, des programme de soins à domicile avec des kits de soins sont développés dans certains pays en Afrique.

Les malades doivent donc être référés dans ces structures de soins où des professionnels de la santé sont formés à cet effet.

- Assurer le confort du malade.
- Chambre avec lit propre, agréable).
- Vêtements et linge propre avec une bonne hygiène.
- Gavage.
- Assistance.
- Lutter contre la douleur.
- Donner des antalgiques majeurs pour les douleurs.
- Assurer un soutien psychologique.
- Écoute du malade.
- Affection.
- Disponibilité.
- Fournir un soutien spirituel.
- Certains malades demandent à recevoir le baptême.
- Préparation à l'acceptation de la mort.

Qu'est-ce qui existe au niveau de l'église que l'on peut renforcer?

Les structures de santé catholique doivent:

- assurer le dépistage précoce des symptômes.
- Fournir un traitement précoce si possible.
- Référer vers les structures plus spécialisées.
- Assurer la formation et l'éducation des professionnels.
- Impliquer les familles dans la prise en charge des malades.
- Assurer l'éducation de la communauté sur les questions de santé (que faire? Où aller? Affiches? Posters?)
- Ouvrir un service de VCT

– Aider les malades en phase terminale à faire leurs testament.

– Permettre aux partenaires des malades de faire le test de dépistage et leur assurer le counselling post-test et soutien psychosocial.

Conclusion

La pandémie du SIDA nous interpelle tous.

L'implication des religieux est très salutaire pour un changement de comportement par l'influence de l'enseignement des valeurs morales à la population jeune.

En effet, la tranche d'âge la plus touchée par ce fléau est celle jeune/adulte entre 15-49 ans. Cette tranche est exposée par des comportements à risque tels que: activité sexuelle précoce, multipartenariat, utilisation de la drogue par échange de seringues...

L'éducation et l'enseignement des attitudes néfastes à la vie doivent constituer le cheval de bataille des religieux pour préserver une jeunesse saine.

Par ailleurs, les gouvernements doivent augmenter le budget du ministère de la santé de leurs pays respectifs, afin de faire face aux conséquences du SIDA sur les structures de santé.

L'Afrique sub-saharienne continue de supporter le plus gros fardeau du SIDA avec près de 70% du total des personnes infectées par le VIH dans le monde.

La plupart d'entre elles mourront dans les 10 années à venir et laisseront derrière elles des familles détruites et des perspectives de développement paralyssées.

Par conséquent, les programmes de lutte contre la pauvreté déjà prévus par le système des Nations Unies pour le développement, doivent se mettre en place assez rapidement dans les pays les plus touchés.

Enfin, la communauté doit se mobiliser davantage (les mouvements associatifs, les groupes religieux, les coopératives etc.), pour faire face à ce fléau.

Dr JUSTINE
AGNESS-SOUMAHORO
Responsable Régionale pour
le traitement du Sida
Office Régional pour l'Afrique
Côte D'Ivoire

2^{ème} Partie L'ACCOMPAGNEMENT

Exposés sur le thème “de l’assistance aux malades du SIDA”

I: Aspects Sanitaires

Parmi les multiples aspects qui ont caractérisé l'épidémie du SIDA au point de vue de la santé, au cours de ces dernières années, il me semble important d'en mettre en relief quelques-uns qui, en raison de leur impact sur la santé publique ou sur la santé des individus, sont particulièrement importants.

1. La prévention de la transmission maternelle au fœtus

Cette question est une des plus actuelles dans diverses régions, particulièrement en raison de l'ampleur du problème et des récentes perspectives encourageantes de prévention. Pour ce qui est de l'étendue du problème, on calcule que l'an dernier 600.000 enfants sont nés de mères séropositives. La très grande partie de ces enfants naît en Afrique où les problèmes liés à la pauvreté, à la malnutrition, aux mauvaises conditions d'hygiène et aux déséquilibres socio-politiques rendent déjà toute entreprise de prévention beaucoup plus compliquée que dans les pays industrialisés. Il faut rappeler que chaque enfant qui naît infecté par le SIDA est en plus appelé à devenir orphelin dans un temps relativement bref. En fait, le problème des orphelins du SIDA a déjà pris des proportions dramatiques en Afrique.

De nombreuses recherches ont mis en lumière le fait que c'est au moment de l'accouche-

ment qu'un enfant est contaminé par le virus du SIDA: il est donc possible de réduire les risques d'infection pour le nouveau-né grâce à une thérapie antivirale au cours des derniers mois de la grossesse et au moment de l'accouchement. Depuis quelques années déjà, on a mis au point des programmes de traitement au cours de la grossesse des femmes séropositives et des nouveau-nés, pour réduire le taux de transmission materno-fœtal de l'infection. Ces procédures, basées jusqu'à présent sur l'utilisation de l'AZT, le premier médicament antirétroviral largement diffusé, ont permis de réduire de manière importante le nombre d'enfants contaminés pendant la grossesse et à l'accouchement. On a calculé qu'il y a eu une réduction du taux de transmission qui a passé de 20-30% à moins de 10%, selon les diverses études. Mais ces brillants résultats n'ont été acquis que dans les pays industrialisés, à cause du coût élevé et de la complexité de l'organisation du traitement. Là où, par contre, la nécessité d'intervenir serait plus grande, c'est-à-dire dans les pays d'Afrique, les limites économiques et l'absence de réseaux médicaux efficaces ont contrarié une diffusion élargie de ces pratiques préventives. Plus récemment, quelques signes d'espérance sont venus d'études effectuées avec un autre médicament antirétroviral, la nevirapine, qui permettrait un programme de traite-

ment beaucoup plus simple (une seule dose à la mère en travail et une au nouveau-né), des coûts moins élevés et une efficacité préventive identique ou supérieure à celle de l'AZT. De nombreuses agences internationales, des gouvernements et des ONG se mobilisent déjà pour lancer des projets pilotes ou des interventions pour répandre le plus possible ce nouveau programme de traitement, si plein de promesses.

2. La double infection HIV-tuberculose

Au cours des dernières années, la pandémie de l'HIV a aggravé le problème de la tuberculose, déjà très grave dans tous les pays du monde, mais en prenant une fois encore des dimensions dramatiques dans le sud de la planète, particulièrement en Afrique. Pour 1999, on calcule qu'il y a eu environ 2,5 millions de décès de personnes atteintes du SIDA, dont au moins 30% étaient causés directement par la tuberculose. Il est désormais scientifiquement acquis que l'infection par l'HIV favorise tant l'infection par la tuberculose que la progression d'une infection tuberculeuse latente. Par ailleurs, la présence de tuberculeux facilite la progression de l'infection par l'HIV qui crée une relation de développement négatif des deux infections. Chez les malades du SIDA, la tuberculose peut se présenter sous des formes clini-

quement et radiologiquement atypiques, avec des difficultés plus grandes de diagnostic et des retards possibles dans la mise en route du traitement. Cette circonstance a de grosses répercussions en termes de santé publique. Il est connu en effet que le plus important facteur de contrôle épidémiologique de la tuberculose est le dépistage et le traitement rapide des sujets atteints: un retard dans le diagnostic entraîne un prolongement de la période de contagiosité et en conséquence une plus grande diffusion de l'infection. Un autre phénomène inquiétant, lié à l'augmentation des cas de tuberculose est celui de la résistance du *mycobacterium tuberculosis* (le bacille responsable de la maladie) aux plus puissants remèdes antituberculeux. On calcule qu'environ 2% des souches sont actuellement résistantes, mais ce pourcentage est appelé à augmenter. La résistance aux médicaments est liée à divers facteurs, dont le plus important est la fidélité avec laquelle sont suivis les longs et complexes programmes de traitement. Une thérapie antituberculeuse efficace se fait effectivement avec des médicaments divers en association pendant au moins six mois. Il est évident que là où les structures sanitaires ne sont pas efficaces et où les coûts sont insupportables, le risque de traitements inadaptés ou trop brefs est très élevé, ce qui augmente la probabilité d'arrivée de souches résistantes.

3. L'affinement des techniques de diagnostic et l'arrivée de nouveaux médicaments antirétroviraux puissants

Vers le milieu des années 90, on a fait deux pas importants dans l'assistance des malades infectés par l'HIV. Le premier a été la possibilité, grâce à des techniques sophistiquées de biologie moléculaire, de mesurer la quantité de génome vital dans le sang et donc, indirectement, la capacité de réponse du virus chez chaque sujet. Il s'agit d'une analyse qui, jointe au dosage plus classique des lymphocytes CD4+, permet d'évaluer l'"activité" de l'infection, sa progression et aussi l'éventuelle réponse au traitement. L'autre

progrès important a été la mise au point de nouveaux et plus puissants médicaments antirétroviraux, en particulier les inhibiteurs des protéases (saquanavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir) et les inhibiteurs non nucléosidiques (névirapine, efavirenz). Ces médicaments, utilisés en association avec les inhibiteurs nucléosidiques les plus classiques (zidovudine, didanosine, zalcitabine, stavudine, lamivudine), ont permis des améliorations spectaculaires chez des patients à un stade déjà avancé de la maladie et la stabilisation immunologique et clinique des patients aux phases intermédiaires de l'infection. Il ne s'agit évidemment pas de la solution définitive, principalement parce qu'on n'a jamais obtenu chez aucun malade une véritable et réelle éradication de l'infection; il faut également considérer que les programmes de soins sont complexes et sont mis en action sur un temps illimité; ils sont suivis dans un cadre spécialisé, ils ne sont pas exempts d'effets secondaires, quelquefois graves. Le principal inconvénient des nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques reste celui des coûts: ceux-ci sont déjà élevés pour les pays industrialisés à gros revenus par tête d'habitant, et ils sont absolument prohibitifs pour les pays pauvres. Il n'y a hélas! pas de possibilité réaliste d'appliquer à grande échelle les nouvelles analyses diagnostiques ni les nouvelles thérapies. Cela doit faire réfléchir ultérieurement sur l'importance cruciale des programmes de prévention contre l'infection de l'HIV.

4. Diagnostic et soins des principales infections interférentes

Au cours des dernières années, on a fait des progrès décisifs dans le traitement des principales infections interférentes. Les remèdes utilisés depuis le début de l'épidémie restent substantiellement efficaces, comme par exemple le cotrimoxazole pour la pneumonie de *Pneumocystis carinii*, la piriméthamine et la sulfadiazine pour la toxoplasmose cérébrale, ou les azoles pour les infections fongiformes. La prophylaxie et le traitement des principales in-

fections interférentes peuvent souvent aussi être vus en termes de coûts et ceci est donc un des domaines sur lesquels on pourrait concentrer les efforts de planification des interventions. De plus, il a été démontré que la prévention des infections interférentes, même en l'absence de traitement antirétroviral, peut améliorer la survie, la qualité de vie et réduire le nombre des hospitalisations.

5. Les soins palliatifs

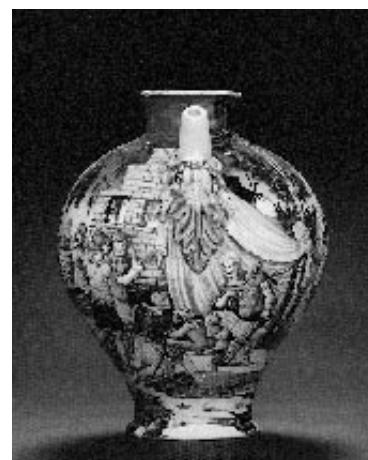
Celui qui soigne les malades du SIDA se trouve en face de malades qui présentent un pronostic peu favorable, exposés à mourir dans un temps plus ou moins bref. Pour ce motif, il est important de mettre en pratique de manière intense les principes de la médecine palliative, considérée comme discipline qui s'occupe de repousser les conséquences plus que les causes d'une maladie. En particulier, il faut apporter une grande attention au traitement de la douleur et des autres symptômes qui accompagnent inévitablement le malade du SIDA en phase avancée de la maladie. Il faudra multiplier les efforts pour accompagner le malade vers une mort digne, en évitant l'isolement d'avec la famille et les personnels socio-sanitaires. Il faudra favoriser la qualité de vie restante en évitant les traitements inutiles et accablants pour le malade, lorsqu'il n'y a pas de perspectives raisonnables d'amélioration.

Docteur MASSIMO FANTONI

Université Catholique

du Sacré-Cœur

Rome



II: La transmission maternelle du sida au fœtus Nouvelles possibilités de prévention

La pandémie du virus VIH, le virus qui provoque le sida, ne s'est pas arrêtée, mais elle continue à se répandre toujours davantage dans le monde. Les estimations récentes de l'O.M.S. parlent de 33,6 millions de personnes contaminées par le virus VIH, tandis que l'année dernière 5 millions d'adultes et 600.000 enfants ont été contaminés. Au cours de l'an dernier, 2,6 millions de personnes sont mortes, portant ainsi le nombre total des décès dus au sida à 16,3 millions de personnes.

Les modalités principales de diffusion de l'infection sont au nombre de trois: transmission sexuelle hématique, sang infecté et transmission de la mère au fœtus.

Au cours des dernières années, de nombreuses recherches ont mis en évidence le fait qu'un enfant est presque toujours contaminé par le virus au moment de l'accouchement et qu'il *est* donc possible de diminuer la probabilité d'infection du nouveau-né, grâce à des traitements médicaux antiviraux administrés au cours des derniers mois de la grossesse et à l'accouchement.

Ces dernières années, la démonstration qu'un traitement avec l'azidothymidine (AZT, appellation commerciale Retrovir) pouvait réduire le nombre d'infections chez les enfants et a entraîné en Occident un traitement intensif des mères séropositives avec *une réduction significative des nouveaux cas pédiatriques*. Aux États-Unis, entre 1992 et 1997, il y a eu une réduction jusqu'à 80% des infections des nouveau-nés; on peut dire la même chose des pays européens qui ont adopté ces traitements préventifs.

Même l'incision césarienne diminue le risque d'infection du nouveau-né par le virus VIH. Des recherches euro-

péennes portant sur des populations qui utilisent les deux précautions signalent un risque réduit à peu d'unités pour cent pour le nouveau-né.

Ces systèmes de soins et de prévention ont réduit de manière importante le nombre de nouveau-nés séropositifs en Europe et aux États-Unis, mais on a réalisé bien peu de choses pour les pays de l'Afrique subsaharienne où vit plus de 70% de la population contaminée par le virus VIH.

A la fin de 1999, une recherche extrêmement importante a été publiée dans "Lancet", la plus grande revue médicale européenne (L. GUAY, Lancet 1999; 3354:795-802): les traitements, même très courts, de la mère au moment de l'accouchement et du nouveau-né dans les premières heures de vie sont encore plus efficaces que les traitements longs et coûteux disponibles jusqu'à présent dans les pays plus riches. Pratiquement, un seul comprimé de névirapine (appellation commerciale viramune), un puissant antiviral administré au moment de l'accouchement et une seule dose du même produit donné au nouveau-né seraient suffisants pour réduire de manière significative (47%) la possibilité de transmission du virus VIH.

Les avantages de ce traitement sont multiples, liés à la simplicité du traitement - une seule dose à la mère et une à l'enfant - au prix modéré de 4\$ environ, en tout - au moment de l'administration - à l'accouchement - lorsque la majorité des femmes se rendent à l'hôpital ou sont assistées de toute manière par le personnel de santé ou paramédical.

Des études sur l'évaluation du rapport coût/efficacité de ce traitement en confirment les avantages incontestables (Marseille E., Lancet 1999; 354:803-9).

Au niveau scientifique international, se manifeste une conscience importante des potentialités sociales et de santé publique de ces recherches et les Nations Unies (ONUSIDA) ont démontré un grand intérêt envers *la promotion et l'encouragement de projets de prévention de la transmission de la mère au fœtus*.

Les problèmes à résoudre sont encore nombreux, comme celui de l'allaitement maternel qui est également source de contagion, celui de la maladie de la mère et le sort d'orphelins de ces enfants qui, s'ils ne sont pas contaminés, ont de meilleures possibilités de vie.

En résumé, la démonstration scientifique qu'il suffit d'une seule pilule administrée une seule fois pour réduire de moitié le nombre effrayant de 600.000 nouveau-nés infectés chaque année, impose la programmation urgente de nouvelles stratégies de prévention dans tous les pays du monde en voie de développement.

Un raisonnement très pratique nous amène à considérer la possibilité d'appliquer ce traitement aux quelque deux millions d'enfants qui naissent chaque année dans le monde de mères contaminées par le virus VIH, le prix total du traitement serait d'environ 8 millions de \$, une somme vraiment dérisoire si on la compare au coût total social et humain de la maladie, qui pourrait probablement être prévenue chez 300.000 enfants au moins. Cependant, l'organisation capillaire de la distribution et l'éducation des personnels de santé locaux est beaucoup plus difficile. En réalité, l'expérience démontre que même les maladies les plus simples à soigner et les moins coûteuses (comme la dysenterie ou la rougeole) ne sont pas traitées en raison de l'absence d'organisation et d'informa-

tion. Une initiative qui présenterait le Saint-Siège et les Nations Unies (ONUSIDA) comme promoteurs d'activités orientées vers la programmation d'interventions vraiment efficaces en faveur de la santé des nouveau-nés aurait de grandes possibilités de réalisation grâce à l'association de

capacité organisatrice élevée de l'ONUSIDA et de la présence capillaire et motivée de l'Église catholique, tant au niveau des institutions qu'au niveau territorial.

Une rencontre est donc souhaitable pour définir les milieux respectifs d'intérêt et d'action, les ressources hu-

maines, organisatrices et financières nécessaires.

Dr MASSIMO FANTONI
Université catholique du Sacré-Cœur, Rome

Dr GUIDO
CASTELLI GATTINARA
Hôpital pédiatrique de l'Enfant-Jésus, Rome

III: Aspects psychologiques

Dans l'imaginaire collectif, le sida se caractérise comme une "catastrophe sociale", une "maladie coupable", prégnante de symbolismes inconscients, contagieuse, préjudiciable et discriminante, incurable et mortelle, associée à des styles de vie déviants, transgressifs, amoraux¹.

Voilà pourquoi elle déclenche une réaction sociale émotive, pathophobique², psychologiquement défensive, ambiguë et contradictoire, qui tend à éloigner de soi la dévaluation morale de la maladie et, de fait, à justifier et à légitimer "la mise au ghetto" des personnes malades, pour lesquelles les interventions de solidarité, d'aide et de soins, qui doivent tenir compte aussi bien du droit à la liberté individuelle que de programmes de protection et de prévention pour la collectivité³, sont des interventions encore loin d'être équitables, coordonnées, efficaces et éthiques.

Le temps d'un diagnostic et la vie change

Pour autant que soit notoire l'engagement informatif des spécialistes dans la distinction des différentes étapes de la maladie, prendre conscience de son état d'infection comporte, pour le patient, un niveau d'angoisse tellement intense qu'il peut se transformer en une angoisse paralysante, qui mine le sens du projet de vie, avec des fantasies de mort immanente, d'inévitables répercussions déstructurantes sur les relations affectives, interpersonnelles, sociales et de travail⁴. Il faut également dire que la diffusion pandémique du sida et la publi-

cité qui lui est faite par les moyens de communication⁵ induisent chez les sujets psychologiquement troublés, qui sont conscients des comportements à risque de contagion, ce que les auteurs anglo-saxons appellent "worried well"⁶, des convictions hypocondriaques qui peuvent évoluer dans un cadre obsessionnel délirant, même en l'absence de symptomatologie clinique.

Même si des recherches récentes indiquent une augmentation notoire de la contagion chez les hétérosexuels⁷, dérivant, au moins pour ce qui concerne les pays occidentaux, de modèles d'identité de vie toujours plus proposés et répandus par les *mass media*, orientés vers la libération des mœurs avec tendance à l'exaltation de la transgression, il ne faut pas oublier que l'infection du sida privilégie des sujets avec des histoires et des styles de vie à haut risque de contagion, comme les toxicomanes et les homosexuels⁸.

Les causes qui ont déterminé leur problématique sont bien connues: en ce lieu, il suffit de dire que l'oscillation de la personnalité chez ces sujets va d'une grave dysfonction psychologique à une maturité psychosociale plus appropriée⁹.

Les personnalités des toxicomanes, en raison de leur vulnérabilité, de l'immaturité de leur caractère, de la faible capacité de tolérer les frustrations et de leur aliénation spirituelle, ont tendance à refuser la gravité de la maladie et le risque de contamination, ayant confiance dans la capacité de réaction de leur organisme. Pour ces raisons, ils sont des sujets difficiles, peu réceptifs à des programmes de

prévention, d'éducation sanitaire, de consultation.

Chez les patients homosexuels, le diagnostic de séropositivité et du sida suscite de graves sentiments de culpabilité relatifs à leurs choix sexuels: ils se sentent responsables de la maladie, mais sont plus respectueux et attentifs à l'égard de la diffusion de la contagion. Leur préoccupation principale est représentée par la crainte d'être découverts, ils veulent garder le secret de leur état qui les stigmatise, soit par les choix de diversité soit par l'appartenance à un groupe transgressif et amoral considéré comme potentiellement contaminé et dangereux¹⁰.

Une considération importante regarde les problèmes psychologiques dérivant du rapport avec le ou la partenaire séropositif: dynamiques d'autant plus importantes et bouleversantes si elles sont examinées chez les personnes contaminées accidentellement et avec un vécu de "responsabilité" de vie¹¹.

Cela conduit à des situations d'angoisse et de peur pour ce qui est arrivé éventuellement ou pour la future contamination, qui donne lieu à des changements profonds dans la situation du couple, en la privant de la dimension du quotidien. On peut déterminer son "éclatement" ou le maintien du lien, par la conscience des risques et le partage des responsabilités résolument dépressives, comme si plus rien ne comptait dans la vie; ou si on choisit l'abstention du rapport sexuel comme perte de la libido par un investissement objectuel à haut risque, mais avec l'extinction rapide du rapport.

De ce qui précède, il semble

toujours plus évident qu'il est important et nécessaire d'investir dans l'action de prévention qui, tandis qu'elle réalise une information adéquate, éduque à la maturité responsable: une maturité qui, dans le cadre du couple, aboutit à la redécouverte de la valeur spirituelle de l'amour qui se donne comme sens fondamental de l'existence. Concept, que j'approfondirai davantage ensuite, à divulguer déjà chez les adolescents, afin qu'ils acquièrent la force de caractère pour éviter de dépasser les comportements à risque opposés à ceux que l'Église propose comme un idéal positif, qui comprend et applique les règles morales de conduite, capable de préparer à l'amour responsable et fidèle, garantie principale pour la tutelle de la propre santé et de celle des autres.

En se fondant sur cet idéal, comme le déclare le Saint-Père, "...il est extrêmement préjudiciable pour la dignité de la personne et donc, moralement illicite, de se battre pour une prévention de la maladie du sida basée sur le recours à des moyens et à des remèdes qui violent le sens authentiquement humain de la sexualité et sont un palliatif pour ces troubles profonds, où la responsabilité des individus et de la société est mise en cause...et prétexte à un fléchissement qui ouvre la voie à la dégradation morale"¹².

Réactions psychologiques lors de la communication de l'état séropositif

Des recherches scientifiques internationales ont démontré que les réactions psychologiques possibles lors de la révélation diagnostique du caractère séropositif, ont une interférence soit avec les paramètres immunitaires soit avec l'acceptation du traitement¹³ et dépendent de certains facteurs: des caractéristiques de la personnalité et des capacités des réponses d'adaptation; du style de vie adopté, qui expose les sujets à un risque supérieur de contamination et enfin, des complications organiques déterminées par l'infection. Ces réactions peuvent se résumer en négation, colère et dépression.

Négation, comme réaction immédiate destinée à exorciser la maladie; attitude d'abord incrédule, hypertrophique et ensuite introspective, se transformant peu à peu en mutisme tourné vers la rupture des rapports interpersonnels.

Colère, pour être la victime désignée de la contamination; le plus souvent, capables d'arriver, dans les cas extrêmes, à la volonté de contaminer les autres, en propageant la maladie dans le but de se venger.

Dépression, déterminée par des sentiments de désespoir et de culpabilité très forts à l'égard d'un vécu immanent de mort, qui renforce et amplifie la vision mythique et symbolique du sida.

Les différentes phases de la maladie

Dans la période qui s'étend de la contamination au caractère positif appelée "phase fenêtre", un sujet apparaît séronegatif tout en étant déjà contaminé et contagieux: on peut supposer les dangers potentiels et graves de transmettre et de contracter la maladie qui peuvent retomber sur la collectivité, en raison de choix comportementaux à risque, spécialement dans le domaine de la sexualité.

Lorsque le diagnostic séropositif est confirmé par les analyses cliniques, la personne met en action différentes réactions psychologiques, qui la plongent dans une oscillation continue entre pensées de vie et de mort, l'engagent dans de fréquentes et nouvelles élaborations cognitives et comportementales, qui devraient lui permettre de

connaître de nouvelles formes d'équilibre psychologique¹⁴.

Le devoir d'assistance, très délicat chez la personne séropositive, doit encourager l'acceptation de son état et reconstruire une image positive de soi, qui lui permette d'établir des objectifs futurs et réalistes, en maintenant vive l'espérance qu'ils peuvent être réalisés¹⁵.

Dans le contexte de la maladie déclarée, les régimes thérapeutiques récents, induisant des réductions significatives de la charge virale, ont engendré de nouvelles expectatives sur la qualité de la vie et parfois, des espoirs de guérison non réalistes qui, trompés par le caractère tragique de la maladie, voient le malade perdre le contrôle de la réalité, sombrer dans le désespoir et la déchéance psychophysique qui, dans les cas extrêmes, peut conduire au suicide¹⁶.

Comme le rapporte Nichols¹⁷, le cheminement psychologique du malade du sida est caractérisé par trois phases: l'état de crise initiale, l'état de transition et enfin celui d'adaptation et de préparation à la mort.

La douleur morale pour le préjudice social, à côté de la terrifiante perte d'espoir, le malaise dérivant de l'isolement et de l'abandon des autres et enfin, l'identification avec la mort d'un ami cher avec lequel les choix de vie ont été partagés, s'opposent de manière conflictuelle au besoin d'aide affective, psychologique et sociale, compensé en principe par la figure maternelle dans un rapport symbiotique de type régressif/infantile, à côté d'un intérêt retrouvé et renouvelé pour la recherche d'un conseiller spirituel com-



pétent, point de départ de nombreux processus de réhabilitation morale et élément interactif important du traitement thérapeutique.

C'est dans cette phase existentielle que le malade du sida redécouvre et réaffirme les valeurs fondamentales de la vie, avec un esprit combatif envers la maladie qui, malheureusement, de manière inéluctable, conclut le cycle vital¹⁸.

La famille du malade du sida: réactions

En général, les sujets séropositifs tentent, jusqu'à la phase asymptomatique, de tenir la situation sous contrôle, en minimisant, même envers eux, les pénibles conséquences de la maladie. Lorsque cela n'est plus possible, en raison de la complication et de l'évolution des symptômes et des traitements urgents, le diagnostic du sida frappe souvent de plein fouet la famille non préparée à la révélation de la maladie, l'amenant à la connaissance des problématiques de la toxicomanie ou des comportements infidèles ou transgressifs du conjoint¹⁹.

Il s'ensuit un changement profond dans le milieu familial, qui modifie, par une réorganisation globale, toutes les variantes relationnelles impliquées; dans les cas extrêmes, pour rendre encore plus complexes et désagrégées les dynamiques familiales, interviennent les craintes de la condamnation morale, les stigmatisations de l'opinion publique à l'égard d'un diagnostic "honteux".

La famille tend à dissimuler, se repliant sur sa souffrance, d'où réapparaissent des conflits internes très graves, avec échanges d'accusations et de culpabilisation à l'égard du malade, jusqu'à arriver à son expulsion, afin de se défendre d'être associée à la déviance, au style de vie et aux fausses valeurs qui en déterminent les divergences²⁰. Tout cela survient avec de profondes lacerations intimes, qui empêchent les deux parties d'adopter des décisions constructives capables de se réconcilier avec la vie; dynamique soulignée par Sa Sainteté dans le discours tenu en 1990, à l'occasion de la Conférence in-

ternationale sur le sida, organisée par le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé: "...la perte de la chaleur familiale provoque chez les malades du sida la diminution et même l'extinction de cette immunologie psychologique et spirituelle qui souvent, se révèle aussi importante que celle physique pour soutenir la capacité de réaction du sujet"²¹.

malade, qui cause préjudice à l'image professionnelle, qui exige de toute manière empathie, solidarité, charité au sens le plus élevé du terme²³.

Le problème le plus ressenti par les personnels de santé est certainement celui de la contamination pour eux-mêmes et leur famille. Les précautions, parfois supérieures aux nécessités réelles, représentent une



Les personnels de la santé

Les implications psychologiques du sida et des infections dues au virus VIH méritent d'être analysées également dans la relation avec les personnels de la santé qui, outre à influencer l'équilibre du personnel, est souvent importante pour le caractère formel de la structure sanitaire et la qualité de l'assistance. La personne malade développe à l'égard des personnels de santé un état de dépendance psychologique, tandis que la famille, leur reconnaissant l'autorité du savoir, se met dans un état de sujétion: patients et famille projettent sur les personnels de santé des désirs de survie, à travers un mécanisme que je définirais "d'accrochage à la vie".

Inversement, le personnel d'assistance peut structurer deux attitudes défensives opposées, plus ou moins inconscientes, qui servent à éloigner les angoisses de mort et les sentiments d'impuissance thérapeutique: soit l'éloignement affectif envers le malade, considéré comme un "cas clinique", porteur de symptômes, privé de son humanité et de sa personnalité, soit un engagement hyper-affectif par un processus d'identification à la personne

barrière psychologique ultérieure interposée dans la relation avec le malade, tandis que le recours à des modalités de communication imprécises, équivoques, contradictoires, tend à éviter des prises de responsabilités qui peuvent expirer dans le phénomène bien connu "burn out"²⁴.

Le cas du refus de soigner les personnes malades du sida contrevenant de manière éclatante aux art. 5 et 7 de la loi 135 du 18/9/1990 de l'actuel Code Déontologique italien sont très rares: refus symptomatique de malaises personnels profonds autre que professionnels²⁵. Il est évident qu'il est absolument nécessaire d'offrir à tout le personnel qui soigne les malades du sida une consultation psychologique, favorisant la maîtrise de l'angoisse et diminuant la tension du travail, qui améliore aussi bien la compréhension des devoirs professionnels que la capacité d'assurer une relation de dialogue positif, une aide humaine présente, capable, efficace.

Réflexions

Tous ces arguments traités, d'une actualité brûlante, sont encore plus cruciaux par les di-

vergences culturelles évidentes dans les réponses de solution aux problèmes de la prévention du sida. Des questions qui considèrent d'une part le grand rôle/guide moral et pédagogique de l'Église, de l'autre une vision culturelle de la société moderne qui, en vertu du principe de la rationalité scientifique, n'est pas exempte d'implications avec le pouvoir politique et/ou économique, se fonde toujours davantage sur la technologie et le contrôle du réel.

Des optiques différencierées, d'où jaillissent des courants émotifs opposés, trouvent l'homme normal dans une situation d'égarement et de crise des valeurs préoccupante, qui peuvent conduire à l'insinuation d'une subjectivité éthique tendant à rechercher un modèle d'Église répondant davantage aux besoins personnels, déterminant un dualisme irréel, commode entre éthique laïque et éthique chrétienne, entre science et religion, entre État et Église.

Comme le Saint-Père l'a souligné dans la Conférence internationale sur le Sida déjà citée: "...on ne s'éloigne pas de la vérité si on affirme que, parallèlement à la diffusion du sida, une sorte de défense immunitaire s'est manifestée sur le plan des valeurs essentielles, qui ne peut manquer d'être reconnue comme une véritable pathologie de l'esprit"²⁶.

En effet, le sida et ses problématiques importantes constituent, même dans le caractère dramatique de la maladie, seulement la pointe de l'iceberg d'une réalité psychologique et spirituelle plus complexe sur laquelle il faut intervenir.

Voilà le véritable défi: conjurer le risque de l'annulation des consciences, de la négation de la dignité de la personne humaine, pour promouvoir une *culture de la vie*, destinée à constituer une société plus forte et plus humaine. Ce défi est relevé par l'Église mère et maîtresse, qui agit depuis toujours dans ce sens²⁷; en répondant avec le cœur, elle sait parler aux hommes dont elle connaît la fragilité et comprend les troubles et les difficultés; elle encourage constamment de nouvelles lectures du com-

portement humain, avec le courage de qui cherche la vérité, celle des valeurs, du caractère sacré de la vie dans le respect des principes inévitables de son magistère, de la foi et de l'éthique.

Cependant, comme le confirment les données apparues dans le questionnaire entrepris par le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé, l'accélération historique exige aujourd'hui de nouvelles stratégies d'évangélisation et d'espérance, que l'Église, au-delà de toute initiative locale louable, devra et sera capable d'organiser en faveur des malades du sida et de leurs familles, ou une aide concrète, solidaire, charitable et spirituelle, qui leur apporte un soulagement, en repérant par exemple de vieux couvents qui pourraient être transformés en maisons d'accueil ou en chargeant des ordres religieux de s'occuper des orphelins du sida. Une aide qui, par l'institution d'un observatoire central avec fonction de coordination des recherches humaines, sociales et scientifiques sur le sida, pourrait être un centre de connaissances et d'information, une incitation pour toutes les réalités complexes des églises locales ainsi qu'une juste reconnaissance de leur action pastorale.

Donc, une aide de l'Église qui doit se concrétiser, autre que dans l'exaltation active des grandes valeurs mises à la base de la vie, par des programmes d'information, d'éducation, de formation et de prévention, réalisés de manière capillaire dans tous les secteurs sociaux et rendus plus bénéfiques par des actions déterminées, engagées et très médiatisées, en synergie avec d'autres initiatives de l'État ou privées.

L'Église elle-même doit être le trait d'union entre l'État et la communauté scientifique afin d'entraîner la société dans ses idéaux, "valeurs authentiques" par lesquelles dépasser des positions stériles de politique démagogique et de déterminisme scientifique, en faveur de comportements plus mûrs et plus responsables, à commencer par les très jeunes, comme un choix de vie responsable, valeur essentielle de ce projet humain fondé sur la signification et le

caractère incisifs, moraux et spirituels.

Tout cela sera possible grâce à des interventions tendant à l'affirmation des principes universels, proposés et réalisés de préférence dans les contextes plus difficiles, par des modalités pragmatiques respectueuses et adaptées aux différentes réalités politiques et économiques, anthropologiques et culturelles de la planète, capables de s'opposer à l'appauvrissement et à la dégradation morale qui trouve, malheureusement, des espaces de conquête parmi les problèmes d'ignorance, d'analphabétisme, de chômage, de prostitution, dans des contextes sociaux peu évolués ou très développés au point de vue technologique et souvent dépersonnalisés.

Dans ce but, les interventions de médiation diplomatique de l'Église avec les autorités de gouvernements, devront se faire pressantes, afin de réduire le fossé entre pays riches et pays pauvres en matière de tutelle de la santé en général et dans la lutte contre le sida en particulier, inégalités scandaleuses et inhumaines dont nous devons assumer la responsabilité.

C'est seulement dans la collaboration totale que nous pourrons, par un élan humanitaire, soustraire ces personnes malades et leurs familles, marquées à la fois dans le corps et l'âme, à la solitude dramatique et au désespoir que le sida engendre, pour les conduire à une assistance sanitaire et psychologique égale et valable (pour procéder à une élaboration catartique de la maladie, qui les codifie à nouveau intérieurement), associée à un réconfort spirituel, sensible comme toujours, mais préparé spécialement à la connaissance des techniques d'assistance (*crisis counselling, problem-solving counselling, decision-making counselling*)²⁸, pour aider à ouvrir le cœur des malades à l'espérance et à la redécouverte de la propre dignité d'hommes et d'enfants de Dieu. Par une action de *feedback* (réaction), les interventions éducatives précoces pourront être plus incisives, si elles sont orientées vers des facteurs *plus personnels* (perte de l'estime de soi, recherche d'un rôle, angoisse

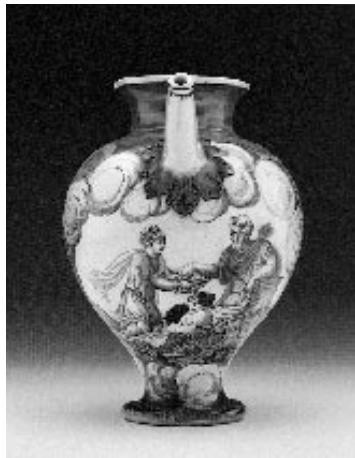
de crise d'abandon ou de mort, conflits profonds, insécurité, recherche de gratification, etc.); *sociaux* (marginalisation, changement des structures sociales dans un processus accentué d'accélération historique, d'immigration, d'urbanisation, de chômage, etc.); *sanitaires* (accessibilité aux traitements, coûts, etc.), en tenant compte de deux objectifs fondamentaux, extrêmement importants et nobles pour leur incidence sur la société actuelle, qui semble souvent avoir perdu ses points de référence: d'une part, la réévaluation du rôle de la femme dans son essence de mère, épouse et fille, déléguée spirituelle de l'amour qui se donne et témoin particulier dans le cheminement de chaque être humain²⁹; de l'autre, la récupération de l'importance de la famille, aujourd'hui trop souvent absente par manque d'harmonie, crise, conflictualité entre parents, ou même paradoxalement inexiste dans son essence institutionnelle quand, au contraire, comme l'affirme le cardinal Trujillo, elle est "témoignage de la fidélité au projet de Dieu et cœur de la civilisation de l'amour, don et engagement pour le futur de l'humanité"³⁰.

L'engagement de l'Église, par la mission de ses "héritiers de l'Évangile"³¹, comme le Pape a qualifié les prêtres, les religieuses et les religieux, ainsi que tous les catholiques qui s'inspirent à ses idéaux, pourra faciliter, à travers la réhabilitation d'une conscience morale, l'atteinte des objectifs proposés, afin de combattre et de vaincre les aberrations et les négations des valeurs de la personne, pour permettre cette dignité et cette plénitude de vie qui doit récupérer sa véritable essence, sa spiritualité, sa transcendance.

Mme ROSA MEROLA
Psychologue,
Rome, Italie

Bibliographie

- ¹ NICHOLS S.E.: *The social climate when the AIDS develops*. In NICHOLS S.E., OSTROW D.G.: *Psychiatric implication of AIDS*, Am. Psy. Press Inc. pp. 86-92, Washington (USA), 1984.
- ² OSTROW D.G.: *Models for understand-*
- ³ NICHOLS S.E.: *An overview of the psychological and social reactions to AIDS*. In J.C. GLUCKMAN et E. VILMER: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*: Conférence internationale sur le Sida, Paris, 23-25 juin 1986. Paris: Elsevier, p. 261, 1987.
- ⁴ DENMAN A.: *Immunity and Depression*. British Medical Journal, n. 293, pp. 464-465, 1985.
- ⁵ DILLEY J.W., OCHTILL H.N., PERL M., VOLBERDING P.A.: *Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome*. American Journal of Psychiatry, n. 142, pp. 82-86, 1985. GREEN J.: *Dealing with anxiety and depression*. In Green J., McCREANER A.: *Counselling in HIV infection and AIDS*. Blackwell Scientific Publication, pp. 147-177, 1989.
- ⁶ HEDGE B., ACTION T., MILLER D.: *The Worried Well: identification by simple checklist*. In Abstract Books of the Vth International Conference on AIDS, p. 701, Montréal, 1989.
- ⁷ MUSICCO M., LAZZARIN A., GASPARINI M.: *Trasmissione eterosessuale HIV: conoscere per prevenire*. Actes de la Première Journée Italienne d'Etudes sur la transmission hétérosexuelle du Sida, Milan, 1983.
- ⁸ CAZZULLO C.L., GALA C., et autres: *Psychopathologic features among drug addicts and homosexual with HIV infection*. In International Journal of Psychiatric Medicine, USA, 1989.
- ⁹ DSM IV, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Masson, 1995.
- ¹⁰ MARTINI S., ROSSINI M., RUSSO R.: *Problematiche e aspetti psicosociali*. In Psichiatria & Medicina, anno II, n. 2, pp. 34-38, Edimedica, Milano, 1988.
- ¹¹ SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE: *Manuale pratico sull'infezione da HIV per i medici di medicina generale*. Supplemento a SIGM - Medicina Generale, anno X, n. 6, UTET Periodici Scientifici, Torino, 1993.
- ¹² JEAN PAUL II: *Discours tenu à la Conférence internationale sur le Sida*. In *Dolentium Hominum* n. 13, éd. Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé, Cité du Vatican, 1990.
- ¹³ SOLOMON G.F., TEMOSHOK L., O'LEARY A., ZICH J.: *An intensive psychoimmunologic study of longsurviving persons with AIDS*. Annual of the New York Academy of Science, n. 496, pp. 6647-655, 1987. TEMOSHOK L.: *Psychoimmunology and AIDS*. In *Psychological, neuropsychiatric and substance abuse aspects of AIDS*, ed. BRIDGE T.P., pp. 187-197, Raven Press, New York (USA), 1988.
- ¹⁴ BELLOTTI G.G., BELLANI M.L.: *Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 97-120, McGraw-Hill, Milano, 1997. BELLANI M.L., BELLOTTI G.G.: *Aspetti psicologici dell'infezione da HIV e linee guida per il counselling*. In DIANZANI F., IPPOLITO G., MORONI M. (ed.): AIDS 1988: *Il contributo italiano*, pp. 135-142, Piccin Editore, Padova, 1998.
- ¹⁵ TROTTI E., BELLANI M.L.: *Il counselling nella fase di HIV sieropositività asintomatica*. In BELLOTTI G.G., BELLANI M.L.: *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 159-169, McGraw-Hill, Milano, 1997.
- ¹⁶ MARZUK P.M., TIERNEY H., TARDIFF K. et autres: *Increased risk of suicide in persons with AIDS*. In JAMA n. 259, pp. 1333-1337, 1988.
- ¹⁷ NICHOLS S.E.: *Psychiatric Aspects of AIDS*. In Psychosomatics, n. 24, pp. 1083-1089, 1984.
- ¹⁸ MILLER R., BOR R.: *AIDS: a guide to clinical counselling*. Science Press Ltd, Philadelphia (USA), 1991.
- ¹⁹ BOR R., LEASK C.: *Il counselling nell'HIV/AIDS e la famiglia*. In BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 459-470, McGraw-Hill, Milano, 1997. MILLER R., GOLDMAN E., BOR R.: *Application of a family system approach to working with people affected by HIV disease. Two cases studies*. In *Journal of Family Therapy*, n. 16, pp. 295-312, 1994.
- ²⁰ SCHWARTZ P. ET AUTRES: *Projective report about self, family, environment and discomfort associated with symptomatic HIV infection in children*. In Abstract Books of the Vth International Conference on AIDS, p. 272, Montréal, 1989. LEVINE C.: *AIDS and changing concepts of the family*. In *The Midlank Quarterly* n. 68, pp. 35-58, 1990.
- ²¹ JEAN PAUL II: *Discours à la Conférence internationale sur le Sida*, op.cit.
- ²² BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., DE MEI B., GRECO D.: *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 95/28, Roma.
- ²³ DI GIANNANTONIO M., MATTIONI T., FAVETA S., TEMPESTA E.: *Burn-out: Helping Professions and AIDS. The stressing care of AIDS patients*. In *Italian Journal of Psychiatric and Behavioural Sciences*, vol. I, n. 1, pp. 85-93, Idelson, Napoli, 1991.
- ²⁴ CHERNISS C.: *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*. Centro Scientifico Torinese, Torino, 1983.
- ²⁵ COMMISSION NATIONALE DU SIDA - MINISTÈRE DE LA SANTÉ: *Aggiornamento dell'epidemiologia dell'AIDS e dell'infezione da HIV in Italia*. In *Giornale Italiano dell'AIDS*, vol. III, n.3, 1992.
- ²⁶ JEAN PAUL II: *Discours à la Conférence internationale Sur le Sida*, op.cit.
- ²⁷ JEAN PAUL II: *Encyclique "Mater et Magistra"*, III, in AAS 53, 1961.
- ²⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: *Programme mondial sur le Sida*. Rapport 1992-1993, Genève, 1995.
- ²⁹ JEAN PAUL II: *Lettre aux femmes*. Ed. du Vatican, Cité du Vatican, 29/6/1995.
- ³⁰ TRUJILLO L.A.: *Famiglia: Vita e Nuova Evangelizzazione*. Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo, 1997. CAFARRA C.: *AIDS: aspetti etici generali*. In *Dolentium Hominum* n. 13, Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé, Cité du Vatican, 1990.
- ³¹ JEAN PAUL II: *Discours à la Conf. Int. sur le Sida*, op. cit.



IV: Aspects éthiques et moraux

Le conflit entre les valeurs en jeu

La perspective éthico-morale sous laquelle nous examinerons l'assistance à la personne malade du sida a dû tenir compte, dès l'apparition de l'épidémie, d'un nombre impressionnant de problèmes. On peut dire que l'infection due au virus VIH a joué le rôle de catalyseur de nombreux conflits éthiques qui sont apparus, comme d'un vase de Pandore du XXe siècle, interpellant la conscience de chacun, tant sur le plan personnel que sur celui des politiques de la santé.

Au début du siècle, le célèbre clinicien Sir William Osler, traitant de la syphilis – maladie avec laquelle on fait souvent une analogie en parlant du sida – écrivait, dans la préface de son fameux traité de médecine interne, que la syphilis était, précisément, la seule maladie que les étudiants de médecine devaient étudier à fond, étant donné la complexité des cadres cliniques dans lesquels elle pouvait se manifester: “étudiez la syphilis dans toutes ses manifestations et ses corrélations cliniques – disait-il – et toute autre pathologie vous apparaîtra en plus”. Aujourd’hui, on pourrait dire également que connaître le sida dans toutes ses corrélations éthiques et morales revient à se confronter à tous les problèmes de l'éthique biomédicale ou du moins, à une grande partie de ceux-ci, étant donné toutes les facettes de l'infection du sida.

Si nous examinons les différents problèmes éthiques/moraux que l'assistance à la personne malade du sida a soulevés, nous voyons qu'il s'agit de problèmes extrêmement différents entre eux, mais qui tournent tous, en substance, autour du conflit entre: a) le droit-devoir de prévenir l'infection chez les sujets sains – c'est-à-dire de protéger la société et b)

d'assister et de protéger l'individu contaminé qu'il soit seulement séropositif ou même atteint de la maladie déclarée. De ce conflit proviennent, précisément, toutes les questions déjà affrontées dans d'autres domaines de la bioéthique, qui deviennent particulièrement critiques dans le cas de l'infection du sida en relation avec les particularités de la maladie qui, jusqu'à présent, est privée de traitement définitif, et avec les modalités mêmes de sa diffusion.

En particulier, ce conflit apparaît lorsqu'il s'agit de définir les principes éthiques de référence et plus encore, quand il s'agit de les accorder et de les harmoniser entre eux. La littérature éthique, en effet, met en évidence une pluralité de valeurs et de devoirs éthiques/moraux qui en dérivent, mis en cause dans l'aide à la personne malade du sida.

Tout d'abord, *le principe du respect de la dignité et de l'autonomie* des sujets concernés, plus particulièrement du sujet séropositif ou malade, que l'on ne peut faire disparaître comme personne en raison de sa condition, quelle que soit la manière dont la maladie a été contractée. Au contraire, il doit être aidé à affronter les conséquences de son état par des choix personnels et responsables, qui vont de la réflexion sur ses comportements aux décisions d'informer les autres sur son état, de contracter mariage, de procréer, de refuser ou d'accepter un traitement expérimental, etc. En d'autres termes, il s'agit de promouvoir la liberté responsable des sujets, de sorte que cette responsabilité rencontre la responsabilité de la société en vue d'éviter que des occasions de discrimination ou de violation de la vie privée des malades se manifestent.

En vérité, il faut également souligner que, souvent, au nom du principe d'autonomie, on a

revendiqué des libertés qui ne sont pas toujours associées à la pleine responsabilité, comme par exemple le fait de persévérer dans des comportements désordonnés et dangereux. De fait, dans les premières années de l'infection du sida, le débat éthique a souvent accentué le sentiment de l'autonomie individuelle du sujet malade et le sida a été fortement “idéologisé” par des groupes de pression sociale impliqués dans des comportements à risque, qui ont fait de l'infection un drapeau pour légitimer leurs comportements et revendiquer une série de “priviléges” (lois spéciales, financements par l'État en faveur de leurs associations, de leurs projets de distribution massive et gratuite de préservatifs, du respect absolu de leur vie privée, etc.). L'attention à la protection de l'individu contaminé a souvent prédominé, en substance, sur celle due à la société, en tant que bien commun et bien des sujets particuliers sains, courant le risque d'être contaminés.

Un article paru au début des années '90, dans la revue *New England Journal of Medicine* intitulé “An End to HIV exceptionalism?” décrivait ainsi la politique adoptée devant l'apparition du sida: “Au cours de la première décennie de l'épidémie, une communauté d'intérêts, composée des porte-parole d'homosexuels, de défenseurs des libertés du citoyen, de médecins et de fonctionnaires des services de santé, a développé une politique de comportement à l'égard de la maladie en se fondant sur le concept d'un “traitement spécial”. Non seulement aux États-Unis, mais également dans de nombreux pays industrialisés occidentaux, la politique sanitaire a été déterminée par une alliance qui mettait la liberté individuelle au-dessus des responsabilités envers le prochain et la société. On atteignit ainsi l'objectif de

faire reconnaître un statut spécial du sida parmi les maladies infectieuses et en particulier, parmi celles sexuellement transmissibles.

Aujourd’hui, étant donné que la maladie est tellement répandue, que les contaminés vivent – et peuvent contaminer – plus longtemps, que la jouissance des services sanitaires n'est pas nécessairement associée à l'infection, que parmi les personnels de la santé, il y de nombreux sujets contaminés, la peur réciproque entre médecins et patients semble déplacer le débat. Autrement dit, on est tenté de laisser de côté l'autonomie et le droit à l'anonymat absolu de la personne tandis que l'on accorde plus d'importance à la nécessité d'une implication majeure de la communauté et des institutions dans la connaissance de l'état infectieux, afin de protéger les intérêts communs, dans un contexte de responsabilité. En d'autres termes, il n'y a pas de raisons médicales, ni d'autre nature, qui demandent de réservé un statut spécial au sida ou de ne pas le traiter sur la base de critères déjà considérés pour les maladies infectieuses, surtout transmises sexuellement. Voici ces critères: la protection de ceux qui ne sont pas encore contaminés, l'identification de qui est contaminé, le renforcement du sentiment de responsabilité et de la motivation à ne pas propager la maladie; des mesures coercitives dans une minorité de cas dans lesquels manque le sens de responsabilité; le dévouement au malade afin de diminuer ses souffrances.

Cette exigence – qui, en vérité, a un fondement qui va bien au-delà des modifications sociologiques contingentes auxquelles doit se confronter le sida – confirme, précisément, que le principe de l'autonomie est insuffisant sans la référence à la responsabilité personnelle et sociale.

Un autre principe est le *principe de "bénéficialité"*, invoqué aussi bien à l'égard du sujet contaminé – qui doit être soigné et assisté de la meilleure manière possible – qu'à celui des sujets sains et de la collectivité en général, et de la famille

en particulier, dont la santé doit être protégée de la contamination par des programmes de prévention efficaces et opportuns, qui prévoient également le contrôle des causes proches, éloignées et concomitantes, comme la toxicomanie et l'usage désordonné de la sexualité.

Par exemple, au nom du principe de la "bénéficialité", le médecin a le devoir de soigner les malades contaminés, car il ne peut pas refuser de dispenser l'assistance voulue uniquement par crainte d'être contaminé à son tour; les chercheurs ont le devoir de s'appliquer à faire progresser la recherche afin de trouver un remède pour la pathologie; la société doit intervenir par des campagnes de prévention opportunes afin d'enrayer l'expansion de l'infection et de protéger les sujets sains.

Ensuite, le *principe de justice* est rappelé: il s'applique non seulement dans le sens d'une équité sociale dans la répartition des charges, mais aussi dans le sens d'une intervention en relation avec les besoins de chaque individu (qui ne sont pas égaux pour tous) et avec les possibilités d'y pourvoir personnellement. Ce principe rappelle donc la solidarité et la subsidiarité et ne signifie pas simplement l'égalitarisme. Sur le principe de justice et sur celui de la "bénéficialité" déjà mentionné, se fonde également le devoir d'informer et d'être informé sur l'état séropositif d'un sujet afin de mettre en œuvre toutes les interventions pour prévenir la contamination. C'est seulement en connaissant le risque que l'on peut effectuer des interventions préventives et il serait certainement injuste de faire les informations décisives pour modifier un comportement. Cet argument est soutenu, par exemple, en relation avec le problème du secret professionnel qui, précisément dans le cas du sida, a été profondément remis en question sur les critères de dérogation, non seulement pour des raisons légales mais aussi pour des motifs socialement importants, comme le danger imminent d'infection d'un sujet ignorant le risque.

À la lumière du principe de justice également, on ne peut

s'empêcher d'être perplexes au sujet de l'orientation de nombreuses législations qui n'intègrent pas l'infection du sida dans la liste des maladies infectieuses existant déjà – et d'appliquer en conséquence les mesures de prévention – mais plutôt de créer une législation *ad hoc*. Cette orientation n'est justifiable que partiellement à cause des particularités de l'infection du sida par rapport aux autres maladies infectieuses. En revanche, les raisons qui ont déterminé ce choix sont apparues très clairement et ne sont pas étrangères à ces comportements ni à ces groupes sociaux précisément (toxicomanes et homosexuels) qui, dès le début, ont été associés aux modalités d'infection. En d'autres termes, l'infection a constitué une occasion, comme on a dit, de réaffirmer sur le plan idéologique que l'on ne pouvait mettre en discussion certains comportements, mais qu'il fallait faire tout pour continuer de les garantir, avec une sécurité supérieure, pour éviter l'infection.

Et à ce sujet, les dénonciations de grands cliniciens n'ont pas manqué; en effet, ils ont souligné que le traitement "de faveur" accordé au sida – lois spéciales, fonds spéciaux pour la recherche et l'assistance – semblait injuste à l'égard des politiques de santé adoptées pour d'autres maladies et concernant un nombre de malades aussi important, comme dans le cas des maladies néoplastiques. En Italie, par exemple, malgré l'incidence élevée de ces maladies, il n'y a jamais eu de lois spéciales ni, pendant longtemps, de fonds publics destinés spécifiquement à subventionner la recherche et les traitements dans ce domaine.

Ces considérations mises à part, le principe de justice souligne de toute manière que la dimension sociale du sida est étroitement associée à la dimension éthique et assume une importance particulière dans cette maladie, car elle concerne la personne non seulement en tant qu'individu, mais aussi par rapport aux autres personnes. C'est pourquoi tous doivent se sentir engagés dans une série de responsabilités sociales et de

devoirs professionnels qui font appel aux valeurs et indiquent des obligations morales.

Les principes qui viennent d'être exposés, sont nés en particulier dans la littérature bioéthique nord-américaine et n'ont de sens que dans un modèle éthique qui les accorde et les harmonise entre eux. Du point de vue de la méthodologie, plus précisément de la réflexion éthique, il est important d'avoir clairement le cadre des valeurs que l'on veut atteindre, pour réussir à comprendre également la manière dont il faut réaliser leur harmonisation. Et l'harmonie à poursuivre n'est pas un simple compromis obtenu par un "équilibrage pragmatique des valeurs", mais elle comporte aussi la recherche, pas toujours facile sur le plan pratique, d'une hiérarchie des valeurs en question, car l'homme est unitaire et croît dans sa perfection, se maintient dans sa rectitude personnelle et éthique uniquement s'il recherche continuellement cette unité convergente, faite de l'harmonie/hiérarchie des valeurs.

La valeur centrale et primaire concernée dans le problème du sida, comme dans chaque problème d'assistance sanitaire, est la personne humaine: c'est vers la personne humaine et son avantage que converge l'action du médecin et de l'homme de science, celle du pasteur des âmes, l'action de la société et de la culture. La personne humaine, en vertu de la vision qui résulte d'une anthropologie philosophique accomplie, n'est pas seulement le point central de l'écosystème – gravement perturbé par l'apparition du phénomène sida com-

me d'autres épidémies à d'autres époques – mais est également le point de référence et la source même de la société, elle est enfin le bien ou la valeur objective et transcendantale par rapport au cosmos.

Problèmes éthiques particuliers dans l'assistance à la personne malade du sida

À présent, nous examinerons brièvement quelques problèmes éthiques soulevés, qui dérivent précisément de ce conflit déjà évoqué entre devoir de protéger la société et devoir de protéger les droits des personnes contaminées. J'en ai choisi quelques-uns parmi les plus significatifs et je renvoie à la littérature abondante pour leur traitement systématique.

A) Un premier problème soulevé a été celui du *refus de l'aide par le personnel de la santé*. Le thème a proposé à nouveau la réflexion sur le sens, tout à fait particulier, de l'activité médico-sanitaire. Au point 2 de la Charte des Personnels de la Santé (Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé, 1995), on déclare que cette activité est "la rencontre entre une confiance et une conscience. La confiance de l'homme atteint par la souffrance et la maladie, donc, dans le besoin, qui s'en remet à la conscience d'un autre capable de l'assumer et de venir à sa rencontre pour l'assister, le soigner, le guérir".

Malheureusement, aujourd'hui, on veut altérer ce sens de la profession, en soulignant l'aspect du *contrat* entre le médecin et le malade plutôt que celui du *bénéfice dans la confiance* et il est donc plus difficile de soutenir l'obligation de soigner et d'assister les malades: moi, médecin, je suis obligé parce que j'ai accepté le contrat, mais je ne suis pas obligé d'accepter le contrat.

Le refus de recevoir et de soigner les malades contaminés est contraire au sens même de la profession, sens qui a besoin d'être redécouvert actuellement par les personnels de la santé, fortement tentés par l'idée du contrat.

Conformément à ce qui a été déclaré par la Commission de l'Épiscopat des États-Unis, il faut affirmer que les personnels ne peuvent pas refuser les soins, d'abord parce que l'obligation de soigner les malades sans discrimination fait partie de la déontologie professionnelle et ensuite, parce qu'il y a des précautions valables et suffisantes pour éviter la contamination dans le milieu sanitaire; ces mesures, comme on sait, ne sont ni plus importantes ni plus contraignantes que celles exigées par d'autres infections virales, comme l'hépatite B, par exemple.

Évidemment, le malade qui connaît son état de séropositif est obligé d'en informer le médecin et le personnel soignant, afin que ceux-ci puissent prendre ces précautions pour eux et pour les autres malades, tout en sachant que le risque subsiste, et est même plus insidieux lorsque l'on surestime l'information de négativité du test, qui peut toujours cacher une infection étant donné la "période fenêtre" bien connue qui suit la contamination.

Cependant, les diverses obligations de diligence et d'assistance du médecin doivent être interprétées à la lumière de leur "ratio" et des possibilités opérationnelles effectives, appliquées également à la sécurité du personnel médical et infirmier auquel on doit demander l'accomplissement diligent, professionnel et non discriminatoire de leur travail, sans aller jusqu'à un héroïsme inutile.

B) Toujours dans le cadre du devoir d'assistance, nous rappelons aussi le contexte particulier de la phase terminale de la maladie. L'aide au malade du sida en phase terminale se pose comme une perspective concrète – plus ou moins à brève échéance – qui engage les personnels de la santé et toute la société face à une pathologie qui ne présente, jusqu'à présent, aucun traitement résolutif. Dès le moment du diagnostic certain de la maladie, le sida entre alors dans une phase où il n'y a plus rien à faire pour bloquer la maladie, tandis que l'on peut et l'on doit faire encore beaucoup sur le plan de l'assis-



tance, des soins palliatifs et de l'accompagnement de ces malades. Dans cette assistance, le médecin soignant doit tenir compte de ses valences émotionnelles et de celles du patient, de la flexibilité du rôle qu'il peut assumer dans la progression de la maladie, des possibilités de traitement, des techniques, etc., même dans le seul but d'aider, sans objectif thérapeutique en l'absence de directives causales. En cas de refus aussi bien de l'euthanasie que de l'acharnement thérapeutique, il faut proposer les soins palliatifs, dans lesquels on considérera le traitement de la douleur, tous les soins normaux dus à chaque malade, la communication de la vérité et l'assistance humaine et religieuse.

Aujourd'hui, certains érigent en théorie une sorte de "rationalité" dans la décision du suicide des patients chez lesquels la maladie est diagnostiquée, soutenant une "obligation morale des autres de protéger et même de favoriser le plus possible – là où la loi le prévoit – la rationalité de ce choix". Or, à propos de cette "assistance", *l'Evangelium vitae* confirme avec force que "partager l'idée suicidaire d'un autre et l'aider à la réaliser au moyen de ce que l'on appelle le "suicide assisté" signifie se faire collaborateurs et parfois acteurs à la première personne d'une injustice, qui ne peut jamais être justifiée, même lorsqu'elle est demandée... Le geste de l'euthanasie apparaît encore plus pervers s'il est accompli par ceux qui – comme les parents – devraient assister avec patience et amour leur conjoint ou par ceux qui – comme les médecins – en raison de leur profession spécifique, devraient soigner le malade même dans les conditions terminales les plus pénibles".

C) *Le droit à la confidentialité* mérite également une réflexion d'ordre éthico-moral, le thème du secret étant devenu un sujet crucial pour une série de raisons: 1) jamais, avant l'apparition du sida, le secret professionnel n'avait été mis en discussion au point de déterminer de profonds conflits entre droit, déontologie et éthique; 2)

la réflexion éthique s'est rapidement heurtée à la difficulté d'interprétation des principes de l'éthique, surtout dans la mise en pratique de cette réflexion; 3) le problème du secret ou de la révélation a suscité une attention renouvelée au rapport médecin/patient, rapport qui est certainement la référence principale pour expliquer certains "points obscurs" qui peuvent apparaître face aux décisions éthiques, mais qui n'est pas toujours interprétée dans le sens d'un devoir de bienveillance du médecin, même à l'égard de la société et du patient lui-même. C'est pourquoi, tout en observant l'importance absolue et la reconnaissance fondamentale du secret professionnel dans l'activité médicale, il est impérieux d'accorder une attention – si pas plus grande, au moins égale – à ces sujets qui, à la suite de la non observance du secret, pourraient encourir des risques graves. Pourtant, l'intérêt social de la santé peut exiger parfois la révélation du secret (comme dans la situation de l'infection du sida, aussi longtemps qu'elle est incurable et mortelle) et les principes classiques d'éthique médicale, comme le recours au principe du respect nécessaire dû à la personne humaine, convergent dans l'indication des caractères de relativité du secret professionnel et des conditions auxquelles une révélation à des tiers peut être considérée légitime.

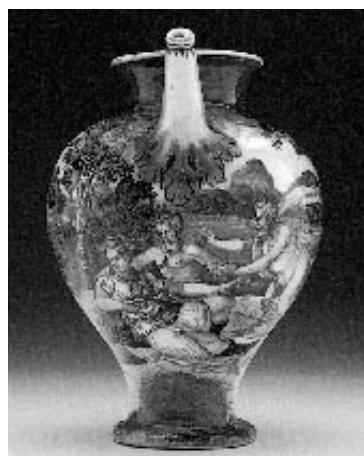
Du point de vue éthique, la conscience que le principe d'autonomie ne peut jouer un rôle absolu dans le cadre du rapport médecin/patient incite à ouvrir quelques brèches dans le mur de la discréetion. Le fondement de la dérogation au secret se retrouve dans le principe de justice, c'est-à-dire dans la nécessité d'éviter un préjudice injuste à un tiers innocent ou à soi-même, en ce sens que le destinataire du secret représente un agresseur injuste. Évidemment, la priorité concédée ne doit pas dépasser les limites du nécessaire et ne peut être un motif de discrimination.

D) Enfin, le thème de la recherche scientifique et de l'ex-

périmentation de nouveaux médicaments, rentre de plein pied dans les devoirs d'assistance aux personnes contaminées. Certes, devant une maladie dont on connaît l'origine et l'épidémiologie mais pour laquelle on ne dispose pas encore du remède, le premier engagement consiste à programmer une prévention valable. Toutefois, il faut également encourager les scientifiques dans la recherche de nouveaux médicaments et vaccins qui soient à même de détruire le virus. Le sida, à la différence d'autres maladies graves pour lesquelles on réalise des expériences cliniques, est une maladie épidémique de nature infectieuse, qui induit chez les chercheurs de grands espoirs sur la possibilité de trouver des mesures de contrôle efficaces, comme cela s'est produit pour d'autres maladies infectieuses en ce siècle. Par conséquent, il y a un développement impressionnant de nouveaux médicaments proposés comme traitement simple ou en association – souvent annoncés sans aucune certification et suscitant de fausses attentes, qui demandent à être évalués cliniquement.

Aujourd'hui, de grandes attentes sont associées à l'expérimentation de vaccins contre le sida, que l'on a annoncé récemment en Italie également. Les problèmes éthiques qui se présentent dans l'expérimentation de ceux-ci et que les comités d'éthique sont invités à évaluer, sont nombreux et de différente nature.

Je voudrais examiner particulièrement et brièvement les problèmes éthiques qui se posent aujourd'hui dans la phase



III du développement des vaccins, qui demande d'évaluer leur efficacité dans la population à haut risque. Du point de vue éthique, il me semble que l'on ne pourra pas se "contenter" d'administrer le vaccin aux sujets à risque et d'attendre l'efficacité éventuelle, en laissant le sujet persister dans son comportement. Il apparaît opportun, et moralement obligatoire, que déjà dans cette phase soit associée une assistance psychologique appropriée qui aide à supprimer, dans la mesure du possible, les causes de risque, même au prix de voir réduite la possibilité d'évaluer l'efficacité du vaccin au cas où l'assistance serait suffisante en soi pour détruire ou limiter les causes d'infection.

Le problème se complique là où l'objectif expérimental prévoit l'usage d'un groupe de contrôle, c'est-à-dire un groupe de sujets qui ne recevra pas le vaccin mais seulement un placebo: pourra-t-on jamais accepter que ce groupe persiste dans son comportement à risque pour servir de contrôle à ceux auxquels sera donné le vaccin? Certes, dans ce cas, l'absence d'un traitement préventif *standard* rend acceptable l'usage

du placebo et des autres méthodes qui réduisent les interférences (randomisation, etc.), mais il est clair que pour le groupe de contrôle également, il est juste, au point de vue éthique, de prévoir une assistance psychologique adéquate, qui corrige les comportements à risque.

Voilà quelques-uns des problèmes éthiques qui peuvent survenir dans l'expérimentation de nouveaux médicaments contre l'infection du sida, mais ils suffisent à nous donner la conviction que leur solution ne peut advenir en privilégiant, de manière réductrice, ni la liberté de la recherche scientifique ni seulement l'autonomie de l'individu de se soumettre ou de refuser l'expérimentation ou l'utilité sociale en termes de coûts/bénéfices: au-delà de ces simples valeurs, et comme point de contact, il faut considérer la valeur de la personne humaine dans sa totalité et son aspect concret, valeur qui harmonise l'autonomie, le traitement, la prévention et l'intervention sociale.

On le voit, la réflexion éthique se pose avec une évidence toujours plus grande dans tous les milieux où se conju-

guent les effets et les conséquences du sida: à côté des compétences techniques/professionnelles, il y a des responsabilités éthiques pour les personnels de la santé; c'est pourquoi la nécessité s'impose d'inclure également dans les programmes de formation et de mise à jour professionnelle les contenus de l'éthique biomédicale comme partie intégrante de la formation et présupposé pour un service complet à la vie qui est telle, uniquement dans la fidélité à la loi morale.

Et c'est aux personnels de la santé que Jean Paul II s'est adressé directement dans son discours aux participants à la IVème Conférence internationale sur le Sida, organisée précisément par ce Conseil pontifical, il y a exactement dix ans: "...renouvez votre préparation, faites-vous promoteurs d'une action destinée à sensibiliser la communauté sociale, soyez les porte paroles des angoisses, des nécessités, des attentes de ceux que vous assistez" (n.13).

Dr ANTONIO G. SPAGNOLO
Docteur en médecine
Institut de Bioéthique
Université catholique du Sacré-Cœur,
Rome.

87

V: Aspects spirituels

L'histoire de chaque personne est une mosaïque de relations et d'échecs, d'amour et de trahison, d'opportunités saisies et de réalités perdues, de gestes de fidélité et d'incohérences.

Dans ce contexte se situe aussi l'histoire des personnes atteintes du sida dont les besoins spirituels sont à lire à travers le filtre de leur autobiographie.

Dans l'optique des besoins intérieurs, il y a trois horizons dans lesquels nous pouvons situer l'expérience de ces malades:

a) *l'horizon religieux* est représenté par ceux qui, en bien ou en mal, font référence à une expérience de foi reçue, combattue ou récupérée et qui sen-

tent le besoin de la prière, de la réconciliation avec Dieu et avec l'Église et le désir d'affronter des sujets religieux.

b) *l'horizon spirituel* est représenté par ceux qui cultivent une spiritualité dont les éléments incluent la recherche du sens dans la maladie et la mort, le bilan de leur vie, le sens de la limite et de l'acceptation de soi, la valorisation de la transcendance, l'affirmation des valeurs comme la paix et l'altruisme, la joie de relations profondes, le besoin de dire adieu.

Aujourd'hui, le besoin de construire des ponts est particulièrement pressant, par ce langage spirituel qui met en contact les valeurs et le cœur des personnes.

c) *L'horizon humain* est représenté par ceux qui ne croient ni en Dieu ni en l'Église, refusent la présence et le discours religieux, ignorent ceux qui tentent de donner un sens à la souffrance ou à la mort, ridiculisent l'idée de l'au-delà, adoptent des comportements agressifs et de fuite. Même à ceux-là, il faut offrir le don de l'humanité sans les culpabiliser et sans chercher à les convertir, mais en témoignant leur dignité humaine par la communication respectueuse et en les aidant à franchir le tunnel de la protestation pour construire leur identité d'hommes.

Dans les différents parcours, la recherche spirituelle ne consiste pas tellement à pénétrer la fragilité du malade pour

l'orienter vers Dieu, mais à s'adapter à son langage, en le veillant dans son mystère d'homme souffrant pour découvrir le mystère de Dieu agissant en lui. Dieu n'est pas esclave de nos modèles, mais il sait modeler l'argile humaine de ses mains.

Se mettre à l'écoute de ces personnes éprouvées aide à comprendre trois blessures qui, souvent, sont communes aux malades du sida:

1. La blessure de la condamnation

Souvent, le sida est provoqué par des comportements sexuels de promiscuité ou de transgression. Les victimes sont généralement des homosexuels et des toxicomanes, même si aujourd'hui, le nombre de ceux qui contractent la maladie par des rapports hétérosexuels est plus important. Par conséquent, ces malades se sentent jugés, par l'Église en particulier, et ils ont tendance à avoir des idées négatives de Dieu, le considérant comme un juge sévère, sadique, vindicatif. Cela intensifie le sentiment de culpabilité, d'aliénation et de rancœur.

Au niveau spirituel, la douleur de cette blessure s'atténue en devenant des *témoins d'accueil*, comme l'illustre l'icône de l'enfant prodige qui se sent embrassé et accueilli joyeusement par son père, sans que celui-ci lui fasse aucune demande sur son passé.

2. La blessure de l'isolement

Dans le contexte relationnel, les personnes malades du sida éprouvent souvent un sentiment de marginalisation et de ségrégation de la part de la société.

En premier lieu, il y a des familles qui les refusent, qui n'acceptent pas le choix d'un enfant ou se sentent stigmatisées par sa maladie.

Parfois, le refus se manifeste par l'interdiction pure et simple de rentrer au foyer, parfois par la rupture de tout contact, pour toujours.

En second lieu, il y a aussi l'isolement de la société, l'abandon de l'Église, la marginalisation dans le travail, la trahison des amis, la déperson-

nalisation des relations avec le personnel de santé.

Au cœur du christianisme, se trouve l'injonction de Jésus: "chaque fois que vous avez fait ces choses à un seul de mes frères plus petits, c'est à moi que vous l'avez fait" (Mt 25,40).

Au niveau spirituel, la douleur de l'isolement et de la solitude se soigne en devenant des *témoins de proximité* comme le met en évidence l'icône de Jésus avec le lépreux qui, par son contact humain le restitue à la communauté humaine.

L'isolement se soigne en encourageant des projets d'espoir et de solidarité, en dissipant les fausses peurs de contagion qui sont intensifiées par l'ignorance, en cultivant des gestes de tendresse et de chaleur qui aident le malade à récupérer un sentiment d'appartenance et de sécurité, à se sentir aimé.

3. La blessure du deuil et de la mort

L'évolution de la maladie comporte un nombre croissant de pertes à affronter: la perte de la santé et de la sécurité, la perte de l'image de soi, la perte d'un travail ou de la productivité, la perte d'indépendance, la perte du futur ou de ses projets jusqu'à la perte ultime de la vie.

Chaque perte a son prix selon ce que les différents détachements représentent.

Devant la désagrégation progressive des fragments de la mosaïque personnelle, le soin spirituel consiste à écouter les différents sentiments de colère et de perte, de faute et de tristesse, d'angoisse et de trouble qui accompagnent ces séparations.

Le détachement n'est pas seulement un vécu psychologique, mais aussi spirituel... c'est le vendredi saint des personnes.

À l'ombre des sentiments, se cachent des souvenirs et des déceptions, la conscience d'opportunités perdues et de rêves non réalisés.

Dans l'élaboration du deuil apparaît la spiritualité difficile de la créature qui fait l'expérience de sa fragilité et de sa mortalité et manifeste sa nostalgie de la santé et du salut.

Au niveau spirituel, la douleur pour la séquence progressive de ces pertes s'atténue en se transformant en *témoins d'écoute et de compréhension*, comme le souligne l'icône d'Emmaüs où Jésus se fait compagnon de toute des pèlerins en les faisant passer de l'angoisse à l'espérance. Saint Paul nous rappelle bien le travail de l'existence: "Mais ce trésor, nous le portons dans des vases d'argile... Nous sommes pressés de toute part, mais non pas écrasés; ne sachant qu'espérer, mais non désespérés; persécutés, mais non abandonnés; terrassés, mais non annihilés. Nous portons partout et toujours en notre corps les souffrances de mort de Jésus" (2 Co 4, 7-10).

Le voyage dans la maladie: un voyage intérieur

La personne malade du sida guérit quand le voyage dans la maladie se transforme en un voyage intérieur et rencontre le long de ce parcours de bons samaritains qui l'aident à récupérer sa dignité, à donner un sens nouveau à une vie changée, à découvrir des images positives de Dieu perçu comme étant proche, compatissant, bon pasteur, guérisseur, providence.

Ces témoins de la bonté de Dieu respectent ses croyances, accueillent ses états d'âme et ses silences, l'aident à mourir en paix et, là où les conditions sont favorables, l'aident par la prière, les sacrements ou le réconfort des promesses de la croix.

Je conclus avec les mots qu'un toxicomane sur le point de mourir du sida adressa au pasteur qui lui rendait visite: "j'étais habitué à penser que Dieu m'avait puni par cette maladie, maintenant j'ai commencé à croire qu'Il m'aime vraiment puisqu'Il m'a envoyé un ami comme toi".

Que ces paroles inspirent également notre manière d'être présents à leurs côtés.

**R.P. ARNALDO PANGRAZZI,
M.I.**
Professeur au "Camillianum"
Institut international de Théologie
pastorale de la Santé,
Rome, Italie.

Exposés sur le thème: “Accès à l’assistance, aux soins, expériences pastorales dans quelques églises locales”

I: Asie - Thaïlande

L’Église catholique dans le royaume de Thaïlande

La Thaïlande, connue sous le nom de Siam avant 1939, est située dans le sud-est de la région asiatique. Le pays compte 61 millions d’habitants. Le bouddhisme est la religion principale (95%), suivie par l’Islam (4%) et les catholiques ne sont que 250.000 (0,4%). L’Église en Thaïlande est composée de 10 diocèses. Il y a 400 religieux originaires du pays, 225 religieux consacrés, 1.445 religieuses et 120 frères. Bien que le nombre de catholiques soit très peu élevé, l’Église joue cependant un rôle extrêmement important dans le développement du royaume, surtout dans le domaine de l’éducation et du développement de la communauté. L’Église contrôle environ 300 écoles réparties entre les diocèses et également une université dans la capitale. Il y a 4 hôpitaux pour les soins et les services de toutes les maladies.

La situation du sida en Thaïlande

Le premier cas de sida a été signalé en 1984. Au cours des cinq premières années, les cas de sida étaient très rares. À partir de 1988, le pays a dû affronter les premières vagues importantes de l’épidémie dans le monde des toxicomanes (par l’injection de drogues), des prostituées, de leurs clients et des femmes enceintes. La diffusion principale du sida se fait par transmission hétérosexuelle, par le commerce du sexe et d’autres types de prostitution, surtout chez les jeunes adultes de 18 à 29 ans. Voici quelques

éléments sur le sida dans le pays.

– Grossso modo, il y a environ 900.000 personnes contaminées par le virus VIH. Bien que l’épidémie ait atteint son sommet au cours des années 1993-’94, il y a encore une moyenne de 40.000 cas d’infection chaque année. La plupart des nouvelles contaminations sont dues à la transmission par voies sexuelles.

– Une enquête annuelle, effectuée par une agence gouvernementale, signale au moins 80.000 prostituées. Les données de contrôle les plus récentes datent du mois de juin de cette année et indiquent une prédominance accusée du sida chez les prostituées dans les maisons de tolérance (17%) et 6,5% chez les prostituées travaillant dans d’autres établissements.

– 100.000 personnes au moins sont toxicomanes. Le nombre des contaminés est d’environ 60.000 personnes. Le dernier indice est très élevé, 50%.

– Chaque année, sur un million de femmes enceintes, les dernières estimations donnent 1,7% de séropositives, en d’autres termes 17.000 femmes sont contaminées ainsi que 3.000 nouveau-nés.

– En 1999, le nombre de nouveaux cas de sida, nécessitant un traitement médical était évalué à 60.000 personnes et il atteindra un maximum en 2002.

– Le nombre d’orphelins du sida est élevé: ils sont au moins 200.000.

Expérience pastorale

L’Église catholique en Thaïlande a commencé ses services au sida en répondant à l’appel

de sa Sainteté Jean Paul II en 1990. Depuis notre dernière mise au point en octobre 1999, il y a au moins 28 organisations qui dispensent des soins et des activités associées au sida. Malheureusement, ces services ne sont disponibles que dans 5 diocèses sur 10. Le type d’activités et de services peut être classé comme l’illustre le tableau:

Tableau 1. Type de services ou d’activités organisés par l’Église catholique en Thaïlande pour prévenir et soulager le problème du sida

Type de services /activités	Nombre
Communautés de réadaptation pour toxicomanes	2
Centres sociaux pour les prostituées	2
Orphelinat et activités associées	8
Soins du sida, dans ses différentes phases	3
Assistance psychologique et asiles pour séropositifs	11
Hôpitaux pour le traitement du sida	3
Activités pour la famille et les jeunes	2

Pour donner une idée des types de services et d’activités associés au sida, voici quelques exemples de travail pastoral:

Centre de renaissance: communauté thérapeutique où les hommes et les femmes toxicomanes réapprennent à vivre et à travailler ensemble pour s’aider mutuellement à se libérer de la drogue et à devenir des membres actifs de la société. Il a commencé ses activités en 1979 et se trouve actuellement dans la province de Rajchaburi, au centre du pays. Ce centre est dirigé par la Congrégation de Notre-Dame de la Très Sainte Trinité. Près de 400 toxicomanes se trouvent dans ce centre.

Fondation du Centre de la

vie: c'est un endroit où l'on pratique l'accueil et l'assistance aux femmes, aux jeunes filles et aux enfants qui sont engagés ou exposés à la prostitution. Il se trouve à Pattaya, un endroit célèbre du littoral, bien connu pour ses établissements de divertissement. Le centre est dirigé par les Sœurs du Bon Pasteur depuis 1988 et dispense plusieurs sortes de services comme la formation professionnelle, l'étude de la langue et l'éducation des adultes.

Ban Mettha Than, à Payao, une province du nord qui fournit le soin pastoral aux personnes séropositives ou malades du sida et à leurs familles. Le projet est confié aux Sœurs des Filles de la Charité. Comme il y a eu de nombreuses morts dues au sida dans cette région, le projet concerne également plus de 100 petits orphelins.

L'Hospice Sainte Claire est un hôpital de 16 lits pour les malades du sida en phase terminale. Les religieux franciscains ont reconnu la grande nécessité des soins à dispenser aux pauvres et aux sans-abri malades du sida. L'hospice a accueilli son premier malade en 1993 et jusqu'à ce jour, 400 malades y ont été soignés. En raison des progrès de la thérapie antirétrovirale, les patients au dernier stade de la maladie peuvent vivre plus longtemps. Il y a un nouveau problème pour cet hospice, car certains malades vont mieux et peuvent vivre plusieurs mois ou années supplémentaires.

Le budget pour financer le travail provient de dons nationaux et internationaux. Certaines organisations trouvent de l'argent grâce aux programme gouvernemental contre le sida.

L'Église en Thaïlande a établi un Comité catholique pour le Sida afin de programmer, coordonner et encourager le travail sur le sida dans chaque diocèse. Cependant, le travail est toujours très limité lorsqu'il est comparé à l'ampleur du problème.

Dans une recherche récente, on a estimé que l'Église catholique en Thaïlande devrait déployer un programme d'action plus important au cours de la prochaine décennie, établir un réseau puissant pour partager les ressources et les expériences dans tous les diocèses, mobiliser des ressources matérielles et humaines en vue de donner une réponse plus efficace.

Stratégie et structure du travail pour le nouveau millénaire

En octobre 1999, le Conseil catholique pour le Sida a organisé un séminaire en vue de définir la stratégie du travail sur le sida dans la première décennie du prochain millénaire (2000-2009). Conformément aux recommandations, chaque diocèse développera son plan d'action qui devra accorder les priorités aux activités suivantes:

1. Développer et réaliser un programme d'éducation sur la vie familiale et l'éducation sexuelle dans toutes les écoles catholiques.

2. Développer un plan d'action dans toutes les écoles catholiques pour découvrir dès le début les élèves toxicomanes et les envoyer en réadaptation. Cela s'effectuera sans causer aucun préjudice à l'instruction de l'étudiant.

3. Construire davantage de centres communautaires de réadaptation pour les toxicomanes.

4. Promouvoir les activités de la vie familiale, l'éducation au mariage et des programmes de conseils pour les fiancés, les époux et les jeunes.

5. Établir un centre communautaire ou un programme spécifique pour le soin des orphelins, des personnes âgées, des prostituées, des séropositifs et des malades du sida.

6. Faire démarrer un programme de soins à domicile pour les malades du sida, dans toutes les paroisses.

7. Éduquer le public sur les dangers, la prévention et le soin du sida.

Conclusion

Le sida engendre beaucoup de souffrances et de problèmes sociaux pour le peuple thaïlandais. L'Église catholique a entrepris dans ce pays de nombreuses activités afin de témoigner l'amour du Christ envers les personnes vulnérables et affectées par le sida ou le virus VIH. Cependant, la réponse de l'Église est encore timide si on la compare à l'ampleur du problème. Avec le nouveau programme structurel de travail pour la première décennie du nouveau millénaire, nous espérons que l'Église pourra mobiliser davantage de ressources internes et externes afin de mener à bien son travail pastoral.

Dr KUMNUAN UNGCHUSAK
Comité catholique pour le Sida
Conférence Épiscopale de la Thaïlande

II: Afrique - Congo

Introduction

La République Démocratique du Congo est située au centre de l'Afrique, a une superficie de 2.345 Km² pour une population de plus que 52.000.000 d'habitants dont 50,6 % de femmes et 46 % de jeunes âgés de moins de 15 ans.

Les premiers cas de Sida sont apparus au Congo en Octobre

1983 et depuis 1984, les structures de contrôle et de prévention ont été mises en place avec un plan de lutte à court et à moyen terme en 1987 et 1991, qui n'ont pas atteint leurs objectifs à cause de l'instabilité politique. En juillet 1999, la politique nationale de lutte contre le Sida, a été élaborée et adoptée avec un plan stratégique national pour 3 et 10 ans.

1. Quelques paramètres médico-sanitaires en 1998

La République Démocratique du Congo est parmi les pays les plus frappés par le Sida en Afrique et les chiffres qui suivent doivent être revus et seraient plus alarmants encore, vu le large contact depuis 1994 de sa population avec celles venues de l'Ouganda, Rwanda et

Burundi fortement infectées.

Sur les 22.600.000 séropositifs du monde, 14.400.000 se retrouvent en Afrique soit 63% et 2.000.000 au Congo soit 8,8%. Sur les 1.600.188 cas de Sida déclarés, 578.172 sont répertoriés en Afrique soit 35% et 38.426 au Congo soit 2,3%. La répartition provinciale des cas notifiés au Congo est la suivante: Kinshasa 45,9%, Kasai Oriental 11,2%, Bandundu 6,8%, Kasaï Occidental 6,5%, Bas-Congo 6,2%, Katanga 4,7%, Équateur 4,3%, Nord Kivu 2%, Sud Kivu 1,5% et Maniema 0,2%. L'âge de la prédisposition de la maladie est compris entre 20-49 ans avec un pic entre 20-29 ans, terrassant ainsi les jeunes à l'âge de la production et de la procréation.

Le nombre d'orphelins âgés de moins de 15 ans est de 410.000 et parmi eux 310.000 ont perdu les deux parents.

La prévalence est de 4,35% en moyenne entre 15-49 ans, étant plus élevée en zones urbaines qu'en zones rurales. Cette différence se remarque aussi qu'en zones groupes sociaux tels que les donneurs de sang fidélisés 4,9% et familiaux 8,5%, les travailleurs d'entreprises 5,3%, les femmes enceintes 6%, les prostitués 30% et les tuberculeux hospitalisés 33%.

En dehors du Sida, les autres paramètres sont aussi inquiétants tels que:

- la mortalité infantile de 119/1000 naissances vivantes,
- La mortalité maternelle de 8.701.100.000 naissances vivantes.

- L'insuffisance pondérale chez les enfants: 34%.

- L'espérance de vie de 48 ans en 96 alors qu'elle était déjà de 52 ans en 1993.

- Le PBI/habitant de 117\$.

- L'accessibilité aux soins pour la population urbaine est de 40% et de 17% pour la rurale soit en moyenne 26%.

2. La prise en charge

La compréhension de l'accès aux soins et de la prise en charge passe par l'organisation de l'appareil médico-sanitaire congolais. Depuis 1978, le Congo a adhéré à la charte d'Alma ATA et à la charte de développement sanitaire en Afrique en 1980.

C'est la stratégie de soins de santé primaires qui est utilisée, fondée essentiellement sur les techniques et les pratiques scientifiques valables, socialement acceptables et accessibles à tous les individus de la communauté avec leur participation dans un esprit d'auto-détermination. Suivant les facteurs économiques, démographiques, géographiques et culturels, la République du Congo a été subdivisée en 305 zones de santé dont 30% sont jusqu'à présent opérationnelles à des degrés divers. Les soins dispensés sont curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs.

Trois échelons de soins s'y retrouvent, à savoir:

- périphériques au niveau de la zone de santé, élément opérationnel de base ou s'effectuent la conception et l'exécution.

- Intermédiaires au niveau provincial où s'effectuent l'encadrement et la coordination des zones de santé.

- Centraux au niveau du Ministère de la Santé où s'effectuent la conception, la coordination et l'encadrement. C'est ici qu'on retrouve les différentes directions et programmes spécialisés de la santé dont celui chargé de Sida et maladies sexuellement transmissibles.

La politique nationale de lutte contre le Sida vient d'être adoptée en juillet 1999 avec un plan triennal 1999-2001, ayant pour but de freiner la propagation de l'épidémie et son impact sur les individus et les familles. Pour cela, il faut un dispositif efficace qui soit décentralisé, multisectoriel, et intégré dans un système de soins de santé primaires préexistants.

Ses objectifs sont:

- a) Renforcer la capacité d'intervention des acteurs et des institutions impliqués dans la lutte au niveau central et intermédiaire dans 60 des zones de santé.

- b) Réduire les risques de contamination sexuelle, sanguine et verticale dans toutes les zones de santé.

- c) Améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH à des structures de prise en charge, de suivi médical, d'accompagnement psycho-social et de son évolution vers une réponse élargie.

Les domaines d'intervention retenus sont:

- Mobilisation sociale et par-

icipation communautaire.

- Prévention de la transmission au sein des groupes spécifiques.

- Prévention et prise en charge des maladies sexuellement transmissibles.

- Mise en place d'un réseau national efficace de sécurité sanguine.

- Réduction du risque de transmission du Sida mère-enfant.

- Prise en charge et accompagnement psycho-social des personnes affectées et vivant avec le VIH.

- Mise en place d'un comité d'éthique et de droit pour un environnement favorable aux personnes vivant avec VIH.

- Renforcement du système national de surveillance épidémiologique du VIH et maladies sexuellement transmissibles.

- Politique générale des intrants de la lutte contre le Sida et les maladies sexuellement transmissibles.

- Renforcement des capacités des institutions et des acteurs de la lutte contre le Sida.

Cette politique nationale n'est pas encore en exécution, mais en attendant le programme spécialisé intervient en appui aux zones de santé en ce qui concerne l'information, l'éducation et la communication, les préservatifs, la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles, la sécurité sanguine, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la surveillance épidémiologique, la recherche opérationnelle et fondamentale, le suivi de la supervision, la formation, l'approvisionnement en intrants et médicaments ainsi que l'élaboration des directives et des normes.

À côté de l'action gouvernementale, on retrouve celle de 170 organisations non gouvernementales réunies dans un forum de lutte contre le Sida Fosi en sigle; parmi elles on note des grandes comme le groupe religieux (GOS)¹ moyennes (A MO - CONGO)² – et des petites (PAES)³. Leur financement est assuré par les bailleurs de fonds, la communauté et les activités d'auto-suffisance menées au sein de ces organisations.

Ces organisations ne disposant pas toujours de moyens matériels suffisants, c'est finalement l'action communautaire qui est au centre de la prise en

charge du Sida au Congo où les frais sont assurés essentiellement par l'individu et sa famille restreinte.

4. La pastorale

La pastorale est représentée par la branche encadrée et non encadrée.

La première se caractérise par une activité de sensibilisation et d'accompagnement, basée sur un message neutre et d'espoir. Le groupe oecuménique de lutte contre le Sida Gos, le plus important de la série, préconise une approche globale, cherchant à appréhender toutes les facettes du phénomène Sida. Il utilise une équipe pluridisciplinaire d'animateurs médico-pastoraux regroupés au sein d'une cellule. Les activités assurées sont la sensibilisation (théâtre, causerie éducative, focus group, vidéo forum, micro formation, exposition des images et autre matériel audiovisuel, conférences, débats) et d'accompagnement (confirmation diagnostic, visites et soins à domicile).

Les autres groupes à action chrétienne contre le Sida ont peu de moyens, ne disposent que de ressources humaines de bonne volonté (médecins, infirmiers, aumôniers et les membres de petites églises) qui travaillent dans le rayon de leurs activités de base et pas nécessairement celui de bénéficiaires. À

ce niveau, les difficultés matérielles rendent souvent inefficace le support instauré lors de l'hospitalisation.

La pastorale non encadrée considère le Sida comme une sanction divine et se caractérise par une culpabilisation du malade qui a besoin d'une purification par des pratiques dangereuses devant conduire à une guérison miracle (jeûne prolongé chez les malades déjà affaiblis, lavement avec les produits toxiques, euphorie collective qui pérennise le comportement à risque...). C'est surtout les sectes religieuses qui opèrent dans ce secteur.

Un effort d'encadrement est en train d'être fait à ce niveau, pour les rendre moins nuisibles.

5. Commentaire et conclusion

L'accès aux soins des sidéens par rapport à la population générale peut être encore plus réduit que 26 %, du fait de la marginalisation du malade lui-même et celle de sa communauté par la suite. Il sera toujours plus limité suite à la guerre que connaît le pays et ses conséquences néfastes.

La politique nationale de lutte contre le Sida n'étant pas encore en place, la prise en charge reste essentiellement et symboliquement assurée par l'individu et sa famille restreinte, malgré la

grande pauvreté qui frappe déjà cette communauté.

L'apparition du Sida dans une famille est vécue actuellement comme une catastrophe. Il en sera de même pendant encore longtemps, car en plus de la bonne politique il faut un budget de santé adéquat et une volonté politique pour lutter réellement contre le Sida et minimiser son impact sur les individus et les communautés.

Des efforts doivent encore être faits pour la promotion de la pastorale encadrée et le contrôle des charlatans.

Au total, la République Démocratique du Congo figure parmi les pays les plus touchés au monde par le Sida, où l'accès aux soins reste fort réduit, la prise en charge encore secto-rielle essentiellement sur le dos de l'individu et de sa famille restreinte.

Dr KAPEPELA KAKICHA
MARIE

République Démocratique Du Congo

Note

¹ Gos: Groupe Oecuménique de lutte contre le Sida.

² A MO CONGO: Avenir meilleur pour les orphelins du Congo.

³ P.A.E.S.: Projet d'assistance aux enfants affectés par le Sida.

III: Amérique du Sud - Brésil

Depuis février 1999, 162.865 cas de sida ont été signalés par BMH. Le BMH estime qu'il y a plus de 500.000 personnes séropositives au Brésil.

– L'histoire de l'épidémie du sida au Brésil a connu différentes phases:

1. des hommes homosexuels et bisexuels dans les classes élevées de la société, dans les principales métropoles du pays.

2. Des toxicomanes pratiquant l'injection de drogues, surtout des jeunes de différents milieux sociaux (généralement

désavantagés) dans les grandes et les moyennes cités du pays;

3. diffusion hétérosexuelle vers les femmes, avec intériorisation et appauvrissement de l'épidémie.

– Le premier cas de sida fut diagnostiqué en 1980, à São Paulo.

– Jusqu'en 1987, il n'y avait aucun traitement antiviral.

– L'AZT fut le premier remède autorisé par le Ministère de la Santé en 1991.

– Le DDI fut autorisé en 1993.

– En 1996, par une décision de pionnier en la matière, le

gouvernement brésilien a mis gratuitement à la disposition de tous les Brésiliens le traitement associé.

– La somme de 500.000.000 \$ fut dépensée en 1996 pour acheter des médicaments contre le sida. 68.000 malades environ reçoivent couramment cette sorte de traitement.

Tous les malades sous contrôle médical sont autorisés à recevoir gratuitement la thérapie associée (HAART).

Il y a des normes spécifiques pour commencer le traitement chez les sujets accusant ou non des symptômes.

Ces normes sont modifiées régulièrement par le Conseil national Brésilien (au moins une fois par an). Actuellement, on compte au moins 12 remèdes antirétroviraux pour le traitement.

Pour recevoir le traitement, le malade doit être enregistré dans les informations nationales. Grâce à l'utilisation de ces informations, il est pratiquement impossible de donner deux fois le traitement à une même personne et le BMH peut suivre les patients sous thérapie intensive contre le virus du sida dans les différentes parties du pays.

Les médicaments sont distribués sous contrôle médical régulier et leur quantité suffit pour un mois de traitement. Tous les patients peuvent recevoir gratuitement des doses de CD4 et des tests de charge virale trois fois par an.

On a observé une diminution importante de la mortalité due au sida au cours des dernières années. De 1995 à 1998, la mortalité a baissé de 49%.

La qualité de la vie s'est améliorée de manière significative et certains malades ont pu reprendre leur vie "normale". La majorité a retrouvé son travail. Après le commencement des traitements intensifs pour freiner l'infection (HAART), il y a eu une diminution atteignant jusqu'à 81% des infections chez les malades du sida au Brésil.

Le BMH estime que 47.300 malades ont pu éviter le séjour dans les hôpitaux en 1997. Cela représente une économie de 10.000.000 \$.

Pour contrôler de manière efficace le HAART (High Ac-

tive Anti-Retroviral Therapy = traitement intensif contre le virus VIH), des services de laboratoire améliorés (test, formation, facilités) ont été assurés par le Ministère de la Santé dans tout le Brésil.

Tous les malades doivent savoir et comprendre clairement qu'une adhésion totale au traitement est fondamentale pour obtenir une meilleure qualité de la vie et éviter l'apparition de la résistance au virus.

La non observance du traitement, outre les conséquences préjudiciables pour les malades, constitue un des défis les plus menaçants pour la santé publique dans la période suivant la thérapie intense.

Certains malades dont le niveau culturel est pratiquement inexistant, chez qui on a décelé le virus, arrêtent le traitement et peuvent transmettre le virus, surtout par relations sexuelles. L'assistance psychologique permanente est essentielle pour tous les malades suivant le traitement intensif.

Au Brésil, il y a un taux élevé de tuberculose et quelque 20% de ces malades sont séropositifs et ne peuvent utiliser différents types de thérapie associée pendant qu'ils sont sous traitement pour la tuberculose et ils souhaitent d'autres stratégies alternatives.

Certains citoyens croient qu'un "traitement contre le sida" est déjà disponible et ils n'ont observé aucune sorte de prévention contre le sida.

D'autres patients, dont le virus n'est pas décelé, ont des relations sexuelles avec des partenaires parce qu'ils croient qu'ils ont été soignés.

Certains virus extrêmement résistants peuvent être transmis par certains malades qui ont interrompu leur traitement thérapeutique.

L'assistance est fournie aux malades du sida par un système complexe, qui ne comprend pas moins de 338 centres hospitaliers.

Les soins spécialisés sont disponibles dans la plupart des régions du pays, incluant 140 hôpitaux de jour, 60 unités de soins de jour et 46 unités de soins à domicile. Ces derniers sont assez peu répandus par rapport à l'énorme demande

d'aide médicale et aux problèmes sociaux.

Un autre problème qu'il faut affronter est celui des patients des différentes unités d'un pays extrêmement vaste et hétérogène.

Notre clinique et maison de soins s'occupe des sans-logis, des prostitués, hommes et femmes, des anciens prisonniers et des enfants de la rue. Nous avons effectué des tests du sida sur la plupart des patients et bon nombre d'entre eux sont séropositifs.

Notre équipe multidisciplinaire comprend des médecins, des dentistes, des psychologues, assistants sociaux et infirmières.

Notre population réclame des soins spéciaux, puisque la majorité est sans foyer. C'est pourquoi nous fournissons des douches, des vêtements propres, des repas et un hôpital de jour. Cela constitue une tâche complexe, mal desservie par d'autres facilités, exigeant le travail multidisciplinaire de différents spécialistes, outre l'assistance sociale.

La plupart des patients sont alcooliques ou toxicomanes, très atteints et usés, aussi longtemps qu'ils ne reçoivent pas les soins et l'aide continue. Un rôle unique est réservé à l'assistance religieuse, une stratégie essentielle pour améliorer la vie de ces personnes, lui donner un sens et vérifier l'adhésion à la thérapie intensive (HAART) et d'autres soins médicaux et infirmiers.

Nous traitons ces malades de la manière la plus complète possible et la plus opportune, afin qu'ils soient certains que nous prenons soin d'eux!

En raison de l'absence fondamentale d'instruction, il y a des difficultés dans la communication avec certains malades. Nous avons formé notre personnel afin qu'il maîtrise ce problème.

Un des aspects les plus importants de notre travail consiste à rendre l'estime et la dignité à ces patients.

Mme MARIA I. LINHARES
DE CARVALHO
Docteur en Médecine
Archidiocèse de Rio de Janeiro
Brésil



IV: Amérique centrale - Haïti

94

La République de Haïti, partie ouest de l'île de Haïti, a une population de 7.500.000 habitants. Plus de 70% de la population vivent actuellement en-dessous du seuil de pauvreté absolue avec un revenu per capita de 500 gdes/an (US\$28/an). Plus de 50% d'enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école. Et seulement 10% des enfants scolarisés arrivent au niveau secondaire (Rapport de la BID, 1997).

Les conditions socio-économiques ne cessent de se dégrader sous les méfaits persistants d'une instabilité politique et d'une insécurité croissante. Des problèmes graves de santé affligen la population et les plus pauvres en sont les plus atteints. La faim, la misère, l'analphabétisme, le chômage

poussent les gens et beaucoup d'adolescents vers la prostitution et la drogue. C'est ainsi que les maladies sexuellement transmissibles (MST), en particulier le SIDA, constituent actuellement en Haïti l'un des problèmes majeurs de santé publique.

Entre 240.000 et 335.000 personnes sont actuellement infectées par le VIH, soit 6% de la population générale. Ces chiffres sont bien en-dessous de la réalité. Il n'existe pas en Haïti une législation réglementant le SIDA. Aucune loi ne fait obligation aux médecins et aux personnels de santé de déclarer les cas diagnostiqués. C'est ainsi que beaucoup de cas échappent au contrôle des autorités sanitaires du pays.

Voici quelques chiffres datant de 1998:

	Total	Adultes	Femmes	Enfants
Personnes vivant avec le VIH	236.65 à 332.43	223.71 à 314.19	100.35 à 141.69	12.94 à 18.24
Personnes nouvellement infectées par le VIH	40.70 à 56.01	36.02 à 49.43	18.17 à 24.96	4.69 à 6.57
Nombre de nouveaux cas de SIDA	28.26 à 39.2	24.45 à 34.51	10.43 à 14.78	3.82 à 5.40
Décès cumulés depuis le début de l'infection	21.600 à 30.000			
Orphelins	1.300 à 1.900			
Tubercolose + SIDA	44.57 à 58.58			

L'Eglise Catholique de Haïti dont la mission est de servir l'homme dans sa globalité offre une importante contribution à la réduction du taux de morbidité et de mortalité dues aux maladies de toutes sortes. En effet, la prise en charge des sidéens se fait en majorité par les institutions de santé catholiques qui sont au nombre de 190, ce qui représente un pourcentage de 37.9% des institutions sanitaires du pays. On peut distinguer *les dispensaires, les hôpitaux et les mouroirs*.

Les dispensaires de l'Église Catholique sont situés dans les localités les plus reculées du pays, d'accès parfois très difficile. Les cas suspects sont identifiés au niveau de ces dispensaires et référés à des centres plus avancés pour être diagnostiqués. Ces malades une fois diagnostiqués sont retournés dans leurs localités respectives et la prise en charge de ces patients est assurée par le personnel de ces dispensaires. Cette prise en charge consiste en:

- consultations régulières afin de dépister précocelement les signes de maladies opportunistes.

- Visites domiciliaires afin de responsabiliser le patient face au reste de la population.

- Récupération nutritionnelle.

Les hôpitaux constituent une structure intermédiaire entre les dispensaires et les mouroirs:

- Ils font le diagnostic de certitude.

- Ils traitent les cas aigus qui sont référés après récupération vers les dispensaires ou confiés aux mouroirs à leur stade final.

Les mouroirs au nombre de quatre (4) reçoivent les malades au stade avancé de la maladie. La prise en charge consiste alors en:

- des soins corporels

– le traitement des infections opportunistes

– l'accompagnement de ces patients pour les aider à vivre cette nouvelle réalité.

En plus de la prise en charge des malades du SIDA, l'Eglise Catholique s'intéresse aussi à la prévention. Son action consiste en:

– des rencontres d'information et de formation

– éducation à la chasteté pour les jeunes: après une période de préparation, le jeune se décide librement à faire la promesse de chasteté pour une période de six (6) mois renouvelable. Si la promesse n'est pas tenue, ce jeune a la possibilité de retourner au centre de formation et à la faveur d'un

discernement avec les responsables identifie les causes de son échec. Il peut alors s'il le veut renouveler sa promesse.

– Éducation à la fidélité entre les époux.

Cependant, beaucoup d'obstacles rendent difficile l'action de l'Église Catholique. Citons:

– le manque de matériel

– la carence en personnel qualifié

– certains tabous

– le manque de coordination entre les institutions de santé catholiques (à noter cependant que depuis environ deux ans un effort est fait pour mettre en réseau les institutions de santé catholiques).

En conclusion, le SIDA étant une maladie du comportement,

sa prévention nécessite une action concertée de tous les secteurs de la vie nationale. L'usage à outrance des préservatifs, proposés jusque là comme solution de prévention, a échoué, comme en témoignent les chiffres publiés à l'échelle mondiale ces dix dernières années. Aussi il devient impératif que l'Église Catholique mette l'accent sur sa doctrine en ce qui a trait à la dignité de la personne humaine et aux recommandations sur la famille. De plus, Elle devra s'intéresser à créer des espaces pour encourager et faciliter leur mise en application.

Dr JEAN-MARIE CAIDOR
*Commission Episcopale pour la Santé
Haïti*

V: Amérique du Nord - États Unis

Tout d'abord, permettez-moi de remercier Son Excellence Mgr l'archevêque Lozano pour son aimable invitation à assister à cette rencontre et à partager quelques réflexions sur l'expérience de l'Église aux États-Unis en réponse à cette pandémie qui a influencé profondément la vie des individus et des familles, ainsi que les structures sociales et ecclésiales, pendant le court laps de temps où nous en avons pris conscience.

Je commencerai par un bref examen des tendances du développement de la pandémie telle qu'elle évolue actuellement aux États-Unis. Ce pays est associé à d'autres d'Europe occidentale et du nord de l'Amérique, ainsi que d'Australie et de Nouvelle Zélande où les populations respectives sont particulièrement vulnérables aux menaces d'ignorance et de complaisance à l'égard du sida. Il est vrai, en effet, que le nombre de nouveaux cas de sida et de morts dues aux maladies associées au sida a baissé de manière significative dans les pays où les personnes ont accès à la tri-thérapie, à la thérapie antirétrovirale pour la majorité des séropositifs. Cependant, il n'y a aucune certitude que de nouvelles infections

suivent la même courbe descendante; on estime que 1,5 million de personnes dans les pays mentionnés ci-dessus étaient séropositives à la fin de 1999. Dans une étude sur les homosexuels (hommes) de San Francisco, par exemple, on indiquait que les comportements sexuels à haut risque étaient à nouveau adoptés. Le fait que les personnes séropositives vivent plus longtemps permet à ceux qui ont des rapports sexuels de contaminer les autres pendant une période plus longue. Les effets positifs de la thérapie qui retarde la progression du virus semblent également s'estomper. Aux États-Unis, les morts dues au sida ont diminué de 42% entre 1996 et 1997, mais la proportion entre 1997 et '98 a diminué de moitié seulement.

Voyons d'un peu plus près les effets de cette pandémie aux États-Unis. Malgré les ressources médicales et technologiques qui sont à la disposition de nombreux habitants de ce pays, le sida se présente toujours comme l'épidémie la plus grave et la plus dévastante de l'histoire récente. L'infection du sida et les complications cliniques qui lui sont associées représentent un lourd fardeau pour les services médicaux et

sociaux. Il faut noter que toutes les personnes malades du sida aux États-Unis n'ont pas accès à la tri-thérapie. Ce pays n'a pas un système national d'assurance de santé. Certaines assurances privées couvrent le coût de ces remèdes pour les séropositifs qui étaient déjà inscrits auparavant. Des ressources gouvernementales et fédérales sont offertes aux personnes, dont le revenu annuel est inférieur au seuil de pauvreté défini, pour acquérir ces médicaments. D'autres n'ont même pas la possibilité de bénéficier de ces traitements s'ils ne sont pas qualifiés pour des protocoles de recherche particulière.

En décembre 1998, le Centre pour le Contrôle de la maladie a communiqué les informations suivantes concernant l'expansion du sida aux États-Unis¹:

– aux États-Unis, le sida est la seconde cause de maladie chez les adultes de 25 à 44 ans.

– On estime le nombre total de séropositifs entre 650.000 et 900.000 et 40.000 environ sont contaminés chaque année: 50% au moins de ces cas sont des jeunes de moins de 25 ans.

– Bien que les minorités raciales et ethniques représentent seulement 25% de la population, il y a parmi eux plus de 50% de cas de sida. Les Afro-

américains et les Hispaniques comptent 58% d'adolescents atteints du sida et 83% d'adolescentes séropositives.

– Les risques les plus importants sont toujours l'ignorance des comportements susceptibles de contaminer. On estime que 200.000 personnes contaminées aux USA ignorent tout de leur contamination ou de la menace qu'ils constituent pour les autres par contact sexuel ou sanguin.

– La proportion de tous les cas de sida enregistrés chez les adultes et les adolescentes a presque triplé - de 7% en 1985, elle est passée à 22% en 1997.

– L'incidence du sida est 14 fois plus élevée dans les prisons fédérales et de l'État que dans la population générale des États-Unis.

À présent, voyons comment l'Église des États-Unis a essayé d'étendre son ministère aux malades du sida. Les évêques de ce pays ont été parmi les premiers à lancer un appel à tous les fidèles afin qu'ils répondent avec compassion, sans crainte et sans préjugé, aux personnes contaminées par la pandémie. Dans le document publié en 1987 et intitulé: *Les multiples facettes du sida: une réponse évangélique*, le Conseil de direction de la Conférence des Évêques catholiques des États-Unis a signalé que de nouveaux services devraient être envisagés par les paroisses et les institutions patronnées par l'Église catholique.

“Des programmes et des services généraux doivent être renforcés pour aider les familles des malades du sida, pendant qu'ils sont vivants et les aider également dans leur deuil. En outre, de nouveaux programmes, services et systèmes de soutien doivent être développés pour assister les besoins des plus pauvres et des plus seuls”.

Dans une autre lettre pastorale publiée par tous les évêques des États-Unis, il était rappelé à tous les catholiques que la responsabilité d'affirmer la dignité de ceux qui ont le sida reposait sur l'Évangile, c'est pourquoi il faut les soigner sans hésitation.

“Les personnes atteintes du sida ne sont pas des personnes éloignées, inconnues, ou les

objets de notre pitié mélangée de répulsion. Nous devons les garder présentes dans nos consciences, comme des personnes et une communauté et les embrasser dans un amour inconditionnel. L'Évangile exige le respect de la vie en toutes circonstances. La compassion, l'amour envers les personnes séropositives sont les seules réponses authentiques de l'Évangile².

En réponse à l'encouragement intense des évêques et en suivant l'excellent exemple du clergé, des religieux et des groupes de laïcs qui ont entendu les “cris” de ces personnes condamnées par la pandémie, d'excellents services sociaux, médicaux et éducationnels ont été développés sous les auspices de l'Église catholique des États-Unis. Voici quelques exemples:

Dans le domaine de l'éducation

– La Conférence des Évêques catholiques des États-Unis a proposé un enregistrement magnétique intitulé: “*Vivre avec le sida: une occasion de grâce*” (1990) dans lequel les réponses paroissiales et diocésaines au sida sont indiquées.

– L'Association nationale de l'Éducation catholique a publié un manuel du professeur et un programme scolaire pour les élèves de l'enseignement primaire et secondaire. Son titre: “*Le sida: une approche de l'éducation catholique au virus VIH*”, (1992).

– Les organisations de bienfaisance catholiques américaines ont conçu un programme de formation professionnelle et d'instruction pour tous ceux qui sont engagés dans l'apostolat social (1995).

– Le Conseil de la Fédération nationale des Prêtres a publié une brochure sur “*Le clergé, les religieux et l'épidémie du sida*”.

– Plusieurs diocèses ont publié des manuels d'éducation sur le sida et des programmes pour le ministère du sida dans leurs diocèses respectifs.

– Dans les diocèse d'Albany, de New York, d'Oakland, de Californie et plusieurs autres, les jeunes éduquent leurs camarades en leur inculquant que le

moyen le plus sûr d'éviter le sida est la chasteté avant le mariage et la fidélité dans le mariage.

Dans le domaine des services sociaux et de la santé

Dans une enquête de 1995, 120 hôpitaux, 209 services de santé pour patients externes et 177 services sociaux se sont identifiés comme catholiques et responsables des besoins des séropositifs³. Les services de santé qu'ils gèrent comprennent les soins médicaux aux patients internes et externes, les soins à domicile, soins infirmiers et soins d'hospice. Les services sociaux qu'ils patronnent incluent les approvisionnements urgents de nourriture, le transport, les services de femmes de ménage, les visites à domicile, le logement d'urgence, le logement transitoire, le logement définitif, des services d'hygiène mentale, des groupes de soutien pour les en-deuillés et des groupes de soutien pour le personnel soignant. Les personnes servies comprennent les adultes, les enfants, les prisonniers, les minorités raciales et ethniques et les handicapés.

Dans le domaine des soins pastoraux

La plus grande demande ou le plus grand défi que la pandémie lance à l'Église se trouve peut-être dans le domaine des soins pastoraux. Beaucoup de personnes contaminées, même celles qui auparavant étaient étrangères à la communauté de foi, se tournent ardemment vers l'Église pour recevoir de l'aide dans leur recherche d'un sens plus profond et d'une valeur de leur vie, malgré, et souvent comme conséquence, les souffrances sociales, psychologiques et physiques qu'ils endurent. Parfois, le ministère sacramental vital de l'Église n'est pas suffisant pour satisfaire la faim et la soif de Dieu chez les personnes sidatiques au moment d'affronter “la longue nuit de l'âme”, à travers leurs souffrances et leur mort. Malgré les capacités uniques de l'Église dans ce domaine de sa mission, les membres de la communauté de foi n'ont pas toujours répondu aussi pleinement ni comme il le fallait à

l'appel du ministère pastoral auprès des personnes atteintes par la pandémie. Certains prêtres, religieux et laïcs craignent d'approcher les séropositifs parce qu'ils ont le sentiment erroné que la maladie peut se transmettre par simple contact.

La paroisse catholique est le lieu de rencontre hebdomadaire de plus de 60 millions de catholiques aux États-Unis. Ces 19.700 paroisses sont des centres pour l'éducation, les services, la défense de la justice sociale et le soin pastoral. Conscients des demandes posées à ces paroisses par les malades du sida et les séropositifs, les responsables du Réseau national catholique du sida et les organismes de bienfaisance ont préparé un manuel de formation et ils encouragent le développement des ministères paroissiaux en faveur du sida.

Dans le processus de formation qui vient d'être évoqué, les paroissiens sont invités à se préparer à répondre aux malades du sida et aux séropositifs non pas comme à des "étrangers" ou à "ceux-là", mais comme à des frères et sœurs dans la communauté de foi. Ils doivent accorder une attention particulière aux paroles de notre Saint-Père, lors de sa visite à San Francisco en 1989: "Dieu vous aime tous, sans distinction, sans limite... Il aime tous ceux d'entre vous qui sont malades, ceux qui ont le sida. Il aime les amis et les parents des malades et ceux qui les soignent. Il vous aime tous d'un amour inconditionnel et éternel".

Les questions suivantes sont souvent posées aux paroissiens qui se préparent à servir les ma-

lades du sida et les séropositifs:

– comment votre paroisse pourrait-elle mieux intégrer les problèmes et les besoins de ces personnes dans nos apostolats actuels?

– Dans notre paroisse, quelles sont les ressources qui peuvent nous aider à fournir les soins et l'information sur le sida, spécialement aux membres des minorités ethniques et raciales?

– Notre paroisse est-elle une communauté accueillante? Comment pouvons-nous l'aider à devenir plus accueillante? Comment pouvons-nous diffuser notre apostolat d'hospitalité pour comprendre et atteindre les séropositifs?

– Comment pouvons-nous aider les paroissiens à vaincre les jugements et les préjugés sur le sida?

Le même processus de formation offre les directives suivantes à ceux qui désirent dispenser le soin pastoral aux séropositifs et aux malades du sida.

– Le refus mis à part, il faut comprendre que le sida est le problème de chacun. Cherchez des moyens de compassion.

– Apprendre à connaître la condition de vie des malades du sida en les rencontrant et en s'informant sur la manière dont cette maladie influence leur vie.

– Comprendre vos propres réponses au sida en donnant et en parlant de vos impressions et de vos sentiments.

– Cherchez votre fondement dans la foi en lisant et en méditant les déclarations du Saint-Père et des évêques sur la pandémie, en réfléchissant sur certains textes de l'Écriture sainte et en parlant avec votre directeur spirituel.

– Prendre un engagement personnel pour servir les personnes contaminées par le sida ou le virus VIH.

– Prendre un engagement communautaire pour rechercher le soutien de la paroisse en vue d'une action pour amener le sida à la lumière et à l'action de votre foi.

– Évaluer les besoins qui exigent une action prioritaire dans votre paroisse.

– Évaluer les ressources et les talents de vos paroissiens qui désirent effectuer un apos-

tolat en faveur du sida dans votre paroisse.

– Établir un programme d'action; tenir les autres paroissiens au courant de vos activités afin que l'apostolat conserve ses racines dans la paroisse.

– Évaluez et changez vos activités si cela s'avère nécessaire!

La pandémie du sida a lancé un défi et a modifié l'humanité et continue de le faire jusqu'à ce jour. Elle a mis à l'épreuve la souffrance physique et l'enlaidissement, l'exclusion et la discrimination, le conflit émotionnel et la confusion, la crise spirituelle et le désespoir. Cette pandémie a demandé que l'Église se transforme elle-même afin d'être plus conforme à sa mission de maîtresse, servante et présidente de la communauté des fidèles. Les membres du Conseil de direction de la Conférence des Évêques catholiques des États-Unis ont offert aux catholiques américains un test décisif de notre ministère en réponse à la pandémie du sida/VIH lorsqu'ils ont déclaré:

"Notre réponse aux nécessités des malades du sida sera considérée vraiment efficace lorsque nous découvrirons Dieu en eux et lorsque, à travers leurs rencontres avec nous, ils pourront dire: "dans ma souffrance, ma crainte, mon aliénation, j'ai senti votre présence, un Dieu de force, d'amour et de solidarité"⁴.

Père ROBERT J. VITILLO

*Directeur Exécutif
de la campagne catholique
pour le développement de l'homme
U.S.A.*

Notes

¹ *Sida-End the Silence*, Ressource Booklet for World AIDS Day, December 1, 1999. Washington, DC: American Association for World Health, 1999

² National Conference of Catholic Bishops. *Called to Compassion and responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis*, as appeared in *Origins*, November 30, 1989, vol.19, n° 26.

³ *Ressource Directory of Catholic-Sponsored HIV/AIDS Programs*, prepared by Catholic Health Association of the United States, Catholic Charities USA, and the National Catholic AIDS Network, 1996.

⁴ United States Catholic Conference Administrative Board, *The many Faces of AIDS A Gospel Response*, in *Origins*, XVII, 28 (December 24, 1987), p. 136.



VI: Europe - Pologne

98

1. La société polonaise a constaté que l'épidémie du sida avait atteint également la Pologne en 1985: cette année, pour la première fois dans notre pays, un cas de contamination du sida était signalé. Depuis, des tests diagnostiques pour le dépistage du virus VIH ont été disponibles sur le marché dans le pays. Les données épidémiologiques recueillies par l'Organisme d'Hygiène de l'État indiquent que, dès le point de départ des analyses, c'est-à-dire de 1985 à fin octobre 1999, 6.050 citoyens polonais sont atteints du sida, parmi lesquels 3.800 cas au moins de contaminations liées à l'usage de la drogue. 825 malades du sida ont été signalés et 460 sont décédés désormais. Il s'agit de données officielles. Cependant, il convient de souligner que, selon les estimations épidémiologiques, 15 à 20.000 personnes sont contaminées par le virus. Les données citées ne classent pas la Pologne parmi les pays européens accusant un taux élevé de malades, mais il n'y a aucune raison d'être rassurés, car la contamination adopte une dynamique de croissance lente mais constante.

Le cadre de la situation en Pologne semble plutôt sécurisant par rapport aux pays de l'Est. Au contraire, bien sombre et donc préoccupante pour nous tous, s'avère la diffusion de l'épidémie dans les pays de l'ancienne Union Soviétique. Ainsi, l'Ukraine, la Russie et la Biélorussie ont accusé, au cours des quatre dernières années, un taux de croissance extrêmement élevé des contaminations. Dans ces pays, les porteurs principaux du virus sont les toxicomanes qui s'administrent la drogue par voie intraveineuse. Dans les villes du littoral de la Mer Noire, mais également dans les grandes agglomérations urbaines comme Kiev, on trouve un nombre toujours plus important de toxicomanes. Une situation identique est attestée à Moscou, Minsk, Kaliningrad. Un indice concernant la possi-

bilité de propagation du virus VIH en Europe orientale, par voie sexuelle, est fourni par les résultats des enquêtes sur la casuistique des maladies vénériennes. Une augmentation notable des maladies vénériennes est signalée en Russie, en Ukraine et en Biélorussie, mais aussi en Moldavie et au Kazakhstan.

La situation inquiétante du sida en Europe de l'est revêt une importance particulière et constitue un motif de grande préoccupation pour la Pologne qui est le voisin immédiat des pays mentionnés. Le développement de ce que l'on appelle le tourisme sexuel, toujours plus répandu en Pologne, de la prostitution des immigrées de l'Est peut déterminer une augmentation des contaminations dans notre pays. La situation grave, incontestablement, représente un défi pour les autorités du pays et les institutions préposées à la politique de prévention du sida. La nécessité d'instaurer une collaboration étroite s'impose, surtout pour échanger des expériences concernant les interventions de prévention mais aussi les solutions législatives et structurales orientées vers les séropositifs et les malades du sida.

2. En Pologne, les séropositifs et les malades du sida bénéficient d'une assistance sanitaire et, ce qui est le plus important pour eux, ont accès aux médicaments antirétroviraux les plus récents. La responsabilité de la structuration du système est confiée au Ministère de la Santé, tandis que les initiatives politiques sont définies par le Programme national de Prévention du Sida, un document de portée pluriannuelle qui précise les priorités du gouvernement dans le cadre de la lutte contre le sida. Récemment, le gouvernement a élaboré ce programme pour les années 1999-2003.

Le Ministère de la Santé a instauré en 1993 deux organisations gouvernementales spécialisées dans la prévention et la préparation de modèles de dia-

gnostics et de thérapies. Il s'agit du Bureau national de Coordination pour la Prévention du Sida et du Centre de diagnostic et de traitement du sida. Les malades peuvent bénéficier des prestations sanitaires dans 12 institutions spécialisées, situées dans les chefs-lieux de départements. Selon une pratique désormais consolidée, les malades du sida sont hospitalisés dans les services des maladies infectieuses, toute forme d'isolement étant exclue. Tous les malades ayant besoin d'un traitement retardant l'activité du virus l'obtiennent à condition de satisfaire aux critères définis par la Stratégie nationale de Traitement pour retarder l'effet du virus, élaborée par des spécialistes dans le traitement du sida. Avant de commencer le traitement, les malades subissent une série d'examens et d'analyses qui, dans un second temps, sont répétés trois fois par an et permettent un contrôle efficace des effets du traitement antirétroviral.

Comme je l'ai déjà dit, les médicaments destinés à retarder les effets du virus – l'élément le plus coûteux du traitement – sont acquis au niveau central et payés avec les deniers du Ministère de la Santé. Actuellement, le traitement antirétroviral est accordé à plus de mille malades et il est bon de préciser que cette année, 7 millions de dollars usa ont été consacrés à cette nécessité. En outre, le Ministère de la Santé a instauré un fonds central spécial pour les interventions préventives, qui s'élevait, en 1999, à 4 millions de \$ usa.

Un objectif important du système de la thérapie antirétrovirale est d'assurer aux femmes séropositives enceintes des soins qui offrent des probabilités élevées de minimiser le risque de donner naissance à des enfants séropositifs. Les enfants nés de mères séropositives font partie, dès la naissance, d'un système spécialisé de diagnostics de laboratoire permettant de déceler rapidement

d'éventuels cas d'infection. Tous les mineurs séropositifs (une cinquantaine en Pologne) ont la garantie de la tutelle et des soins à la Clinique pour les maladies infectieuses de l'Enfance, située à Varsovie. À ce point, il est opportun de souligner que les femmes séropositives reçoivent, en Pologne, une aide psychologique importante, dispensée par des psychologues spécialisés qui les encouragent à garder l'enfant et à accoucher.

Les séropositifs et les malades du sida peuvent avoir recours aux services de conseillers psychologiques, du téléphone ami disponible 24 heures sur 24 et d'un vaste système d'assistance, offerts par les nombreuses organisations non gouvernementales. Une de celles-ci est l'association des bénévoles "Viens avec nous", dans laquelle travaillent des personnes sidaïques, leurs amis et leurs bienfaiteurs.

Somme toute, on peut dire qu'en Pologne, l'assistance médicale et sociale consacrée aux malades du sida et aux séropositifs se situe à un niveau assez élevé et il n'y a aucune raison d'avoir honte.

Cependant, il convient de souligner qu'au-delà du système cohérent et efficace et indépendamment des sommes considérables allouées par l'État, la nécessité d'un travail d'information s'impose afin de diffuser dans la société une connaissance toujours plus grande du sida. Ce processus permettra la formation plus opportune de comportements sociaux convenables. Nous sommes tous convaincus que la discrimination des malades du sida qui, malheureusement, a marqué les premières années

de l'apparition de l'épidémie en Pologne, appartient désormais au passé.

En outre, je voudrais faire référence au système d'assistance médicale des pays de l'Europe orientale. Généralement, on affirme que dans les pays de l'ancienne Union soviétique, les cas où l'on assure aux malades une assistance médicale de haut niveau sont rares. Et pourtant, il est vrai qu'en Russie et en Ukraine, il y a des Centres Sida dans les grandes villes, mais, et surtout pour des raisons financières, ils ne peuvent pas fournir aux malades les analyses spécialisées ni les traitements associés. Les gouvernements de ces pays ont cependant préparé des programmes nationaux de prévention du sida et il faut espérer que dans un futur assez proche, ils réussiront à trouver les fonds nécessaires pour la réalisation de ces programmes. Je pense qu'il soit juste de dire que, à ce point, nos états sont tenus moralement d'assurer la meilleure aide possible aux séropositifs et aux malades du sida vivant dans les pays de l'ex-Union Soviétique. En attendant, les mots d'ordre exaltants qui ponctuent les célébrations de la Journée mondiale du Sida dans de nombreux pays européens comme "un monde, un espoir", "Droits humains, devoirs communs", "Unissons-nous pour l'égalité", face aux situations épouvantables de l'Afrique et des pays de l'Est européen, semblent des lieux communs usés et privés de sens qu'il n'est même pas nécessaire de répéter.

3. Pour conclure, je voudrais souligner le caractère sérieux de l'action de l'Église catholique en Pologne pour ce qui concerne la problématique du sida. Nous sommes probablement le seul pays dans lequel un prêtre catholique – un religieux de l'ordre de St Camille – est conseiller et délégué du Ministre de la Santé pour le sida et la toxicomanie. Ce fait exerce des répercussions assez importantes sur la formation d'une politique appropriée de l'État et la réalisation d'une collaboration entre le gouvernement et l'Église dans ce domaine significatif. Il s'agit surtout d'interventions éducatives qui s'adressent aux jeunes, de l'instauration de liens entre les hommes et d'attitudes soli-

daires à l'égard des personnes atteintes par la maladie. Dans tous les hôpitaux que j'ai mentionnés, où sont soignés les malades du sida, les aumôniers d'hôpital qui effectuent le service spirituel sont occupés à temps plein. Je voudrais réaffirmer l'importance de la collaboration avec l'organe gouvernemental que constitue le Bureau national de Coordination et de Prévention du Sida, qui exécute et finance, avec les fonds du Ministère de la Santé, la formation systématique des clercs de nombreux grands séminaires. En outre, le Bureau s'occupe d'éditer des publications destinées aux prêtres, par exemple. Il s'agit de livres, parmi lesquels je cite "L'Église à l'égard du sida" et tant d'autres. Toutes ces publications sont distribuées gratuitement aux intéressés. Le Ministère cofinance également un congrès sur les problématiques de la toxicomanie et du sida, qui a lieu chaque année, avec la participation de nombreux groupes de religieuses et d'étudiants laïcs en théologie. En conclusion, je voudrais rappeler que l'Église en Pologne administre différents centres qui travaillent dans le milieu des communautés thérapeutiques pour le traitement des toxicomanes. La majorité des personnes soignées sont de jeunes séropositifs. Ces centres catholiques, précisément dans le cadre de la collaboration avec le Ministère de la Santé, sont financés à 100% par des fonds du gouvernement. Je dois constater avec beaucoup de satisfaction que la présence de l'Église dans le domaine de l'aide aux malades du sida est significative et la collaboration avec le gouvernement donne pleine satisfaction aux deux parties.

J'ose espérer que les informations que je vous ai données vous ont permis de mieux approcher la situation en Pologne et pourront servir au débat. À nouveau, je vous demande d'excuser mon absence et je regrette vivement de ne pouvoir être avec vous aujourd'hui.

R.P. ARKADIUSZ NOWAK
Conseiller du Ministre de la Santé
pour le Sida et la Toxicomanie,
Ministère de la Santé et de
l'Assistance sociale de la
République de Pologne



Conclusion

De ce Congrès est née l'urgence de suivre de près le thème de l'HIV/SIDA, tant avec un groupe restreint qu'avec un groupe intercontinental selon un programme articulé en trois groupes thématiques:

Information
Documentation
Education

100

Agenda 2000

1. Information

Insérer dans l'espace télématique, à l'intérieur du site *internet* du Dicastère:

1. Les principales interventions au Congrès de décembre dernier.
2. La note informative sur les nouvelles possibilités en matière de prévention de la contagion foetale.
3. La note sur la marche de l'initiative en faveur des orphelins, victimes du SIDA.

2. Documentation

1.Organisation d'une bibliothèque thématique avec le matériel jusqu'ici recueilli de sources diverses.

2. Diffusion via *internet* de la documentation thématique de la bibliothèque.

3. Publication des Actes du Congrès de décembre 1999 sur «*L'Eglise Catholique et le défi de l'HIV/SIDA*».

3. Initiatives à caractère éducatif et formatif

1. Elaboration d'un *Vademecum* servant de guide pour les Eglises locales.

2.Préparation de la Journée sur le SIDA (1^{er} décembre 2000).

3.Réunion des groupes d'étude restreints et continentaux sur l'HIV/SIDA (30 novembre 2000 - 1^{er} décembre 2000)

Coordinateur du programme:
S.E. Mgr José L. Redrado, O.H.

GROUPE D'ÉTUDE
Mgr Ryszard Selejda
(Congrégation pour l'Éducation Catholique)

Mgr Jacques Suaudeau
(Conseil Pontifical pour la Famille)

Dr Fiorenza Deriu Bagnato
(Chercheuse Sociale)

Dr Guido Castelli
(Hôpital "Bambino Gesù")

Dr Massimo Fantoni
(Université Catholique "Sacré-Cœur")

Dr Pino Golia
(Caritas italienne)

Dr Rosa Merola
(Psychologue)

Dr Antonio Spagnolo
(Centre de Bioéthique: Université "Sacré-Cœur")

Dr Luca Tuninetti
(Conseil Pontifical pour les Laïcs)

GROUPE CONTINENTAL

AFRIQUE

Rév. P. Edward Phillips, M.M.
Tél. 02.441919 - Fax 02.447027
E-mail: phillips@africaonline.co.ke
Kenya

Dr Benoit Ntari
Tél. 242.830629 - Fax 242.837908
République du Congo

AMÉRIQUE

P. Robert J. Vitillo
Tél. 1.202.5413210 - Fax 1.202.5413329
E-mail: rvitillo@nccbuscc.org
Etats-Unis d'Amérique

Dr Maria Inez Linhares de Carvalho
E-mail: inez@pontocom.com.br
Brésil

ASIE

Dr Gracious Thomas
Tél. 91.11.6969347 - Fax 91.11.6962313
E-mail: graciusthomas@usa.net
Inde

Dr Kumnuan Ungchusak
E-mail: kum@health.moph.go.th
Thaïlande

EUROPE

Dr Antoni Mirabet
Tél. 34.93.2117046 - Fax 34.93.2123518
Espagne
P. Arkadiusz Nowak
Tel. 48.22.7884825
Pologne

Séminaire d'étude sur:

*L'identité
de l'aumônier
catholique
dans la pastorale
de la santé et la santé
au seuil du
3^{ème} millénaire*



22-23 Novembre 1999

*Nova Domus
Sanctae Marthae
Cité du Vatican*

Les 22 et 23 novembre 1999, à la “Domus Nova S. Marthae”, au Vatican, le Conseil pontifical a tenu un séminaire d’étude sur “l’identité de l’aumônier catholique dans la pastorale de la santé et la santé au seuil du IIIème millénaire”.

C’est le premier acte d’un des “programmes” que le Dicastère a formulé lors de IVe assemblée plénière de 1998 et qui fait partie de la IIIe section, *Ministère de la Communion*, dont l’objectif spécifique est de “promouvoir, orienter et coordonner l’Union des Aumôniers catholiques des Centres sanitaires”, comme l’exige la lettre apostolique de fondation *Dolentium Hominum*.

Les participants ont été désignés par les différents évêques chargés par les Conférences épiscopales d’origine, dont certains sont responsables des “Associations nationales des Aumôniers de la Santé”.

Voici les quatre relations principales qui constituent la plate-forme sur laquelle s’est appuyé le séminaire d’étude.

Le prêtre ministériel ordonné, l'évêque et le presbyterium dans la pastorale de la santé à la lumière de l'exhortation apostolique “*Pastores Dabo Vobis*”

Au commencement du troisième millénaire, la pastorale de la santé connaît une carence de prêtres ministériels, due en partie au manque de vocations sacerdotales et en partie, au fait que ce ministère sacerdotal n'est pas très bien compris. Dans certains cas, on a une vision limitée de sa portée et l'on pense qu'il y a d'autres priorités à réaliser qui ne permettent pas de se pencher sur quelque chose que l'on considère secondaire.

Ensuite, il y a le cas des au-môniers d'hôpital dont la charge est confiée, pour différentes raisons, à des laïcs. Dans certains endroits, on a même pensé que cela suffisait et que la présence du prêtre ordonné n'était plus nécessaire, sauf éventuellement dans les cas qui intéressent son activité strictement sacramentelle, qui est remise en question par certains, face à la nouvelle problématique que présente l'hôpital.

Dans cette intervention, nous ne parlerons pas seulement de l'hôpital, mais également de la pastorale de la santé. Comme nous le savons tous, la perspective actuelle a subi un bouleversement: au centre, on ne trouve plus la maladie et le traitement en tant que tels, mais la santé, les soins, la manière de conserver et de recouvrer la santé. En outre, aujourd'hui, on parle moins d'hôpitaux mais davantage de centres et d'institutions sanitaires.

Dans cette perspective, tout est vu à partir d'un niveau immanent qui ne refuse pas la transcendance mais qui, en pratique, ne la considère pas et ne semble pas en avoir besoin pour son explication. Tout est centré sur la santé et sur les problèmes fondamentaux dus à la carence de santé, qui conduisent nécessairement à la mort, sont cachés et ne sont pas traités au-delà des simples données statistiques ou des cas cliniques.

Dans cette intervention, j'essaierai de présenter quelques aspects de la mission du prêtre ministériel dans le domaine de la pastorale de la santé, à la lumière de l'exhortation apostolique “*Pastores Dabo Vobis*”, qui suit la perspective qui va du mystère au ministère. Je tenterai ensuite de partir de certains aspects fondamentaux pour comprendre le mystère du sacerdoce ministériel afin de développer l'impact dans le ministère même. Mon intervention sera donc divisée en deux parties: la première concernera le mystère du sacerdoce ministériel et la seconde, le ministère qui en dérive. Dans la première partie, je m'efforcerai de suggérer une réflexion sur la charité pastorale à partir du Christ Tête, Pasteur, Serviteur et Époux de l'Église; dans la seconde, je proposerai quelques idées sur le ministère eucharistique, le ministère ecclésial et donc, sur le ministère thérapeutique du prêtre ordonné.

1. Le mystère

Comme je l'ai déjà dit, je réfléchirai sur l'exhortation apostolique “*Pastores Dabo Vobis*” et, plus particulièrement, sur les numéros 21-23, dans lesquels on parle plus spécifiquement de la “charité pastorale”, comme constitutive du sacerdoce ministériel.

À la lumière de ce qui précède, nous sommes devant une déclaration fondamentale: l'Esprit Saint, par l'ordination ministérielle, conforme et identifie le prêtre au Christ tête, pasteur, serviteur et époux de l'Église.

La forme antérieure de la nature du prêtre est changée et sa nouvelle forme fait de lui une figure spéciale et distincte des autres, qui représentent le Christ. Le Christ a une person-

nalité aux multiples facettes; comme modèle du prêtre ordonné apparaissent les quatre fonctions déjà citées: Tête, Pasteur, serviteur et époux. Le prêtre ministériel a une spécificité propre qui le distingue des autres chrétiens qui, à leur tour, par le baptême, sont comparés au Christ dont la figure est celle de Tête, Pasteur, Serviteur et Époux de l'Église. Cette configuration fait de lui un être distinct des autres chrétiens, comme nous allons le voir. À présent, réfléchissons sur chacun de ces aspects.

a. Tête

Curieusement, dans la perspective extrêmement efficace de la société actuelle, nous oublions très souvent la signification profonde de l'efficacité. Nous comprenons l'efficacité dans un sens mécanique de composition ou de recomposition; le concept évolutif pour l'appréciation technique/scientifique est commun. La matière n'est pas la mère véritable du progrès actuel, mais une source de laquelle jaillissent des éléments qui s'unissent ou se séparent et sont manipulés selon les caprices du moment. Par l'action, nous nous laissons guider par des accords générés par une répétition psychologiquement adaptée, qui présente une série interminable de produits différents sur le marché mondialisé de l'offre et de la demande. Il semble que tout puisse se vendre et s'acheter, même le consentement dans le milieu d'un subjectivisme total souhaité par les mass media.

Le prêtre, identifié au Christ Tête, n'est pas seulement celui qui produit une série de consentements religieux dans la présentation de la parole religieuse. Il produit quelque chose de beaucoup plus profond qui va au-delà de ce que l'on pourrait appeler un saut quali-

tatif, il produit la vie. Et cette vie est la seule qui existe dans son expression plus profonde, c'est la vie de la très sainte Trinité à laquelle l'homme participe dans une mystérieuse co-existence historique avec le Verbe incarné dans l'expérience historique de sa vie, de sa passion, de sa mort et de sa résurrection. Cela consiste à situer dans une perspective universelle et particulière en même temps, ce qui est absolument singulier et unique: la pâque du Seigneur Jésus. C'est le fait de mettre en œuvre ce que l'on appelle "le concret universel" unique de l'histoire: la constitution totale de la vie de l'humanité dans le Christ, qui se manifeste par l'Esprit et se projette dans notre histoire en la transformant en histoire du salut qui chemine progressivement vers sa consommation à la fin des temps. Cette efficience du prêtre est celle du Christ, qui n'est pas simplement un exemple à suivre, mais la seule source efficace de toute la vie de l'univers. Telle est sa signification en tant que Tête de son corps qui est l'Église, en tant que principe et fin de tout ce qui existe, comme Alpha et Omega, comme celui en qui tout prend consistance, au ciel et sur terre (cf. Ep 1,10; Col 1, 15-20; Ap 1,8).

Tout cela s'exprime en une parole qui est contenu réel, qui effectue ce qu'elle signifie: c'est le sacrement et dans une bonne nouvelle de cette merveille, c'est la prédication de l'Église, la prédication du prêtre. Le sacrement est le fondement de la parole et la parole explicative du sacrement. Le sacrement est la réalisation située dans le temps historique de l'universel concret de la Pâque du Christ, tout cela manifeste la réalité du Christ comme Tête et du sacrement conformé et identifié au Christ Tête.

La possibilité de réaliser le mystère est conférée par l'Esprit Saint, car cette conformation représentée a été produite par l'amour infini de la personne de l'Esprit Saint. En d'autres termes, la marque que l'Esprit a imprimée au sacerdoce ministériel, lui donne une distinction essentielle par rapport aux autres chrétiens.

b. Pasteur

Cette capacité de donner la vie doit se conformer à ceux auxquels elle donne cette vie; telle est la fonction du pasteur. Nous pourrions dire que sa fonction essentielle est l'inculturation. Non seulement pour ce qui concerne la présence de l'évangile au cœur de chaque culture et sa transformation par son enracinement essentiel en elle (cf. *Redemptoris Missio*, 52), mais surtout par son inculturation en chaque personne et en chaque peuple où le prêtre réalise son action de donner la vie. C'est la manière, l'aspect pastoral de sa fonction.

Cela entraîne la nécessité pour chaque prêtre de s'identifier aux personnes auxquelles il apporte la vie de Dieu. S'identifier non pas de manière superficielle, mais pour se transformer, par l'intermédiaire de cette vie divine, afin que celle-ci ait une expression personnelle propre, distincte, dans la pluralité des personnes qu'elle atteint par le prêtre. La vie divine demeure la même, mais elle reçoit une collaboration infiniment distincte, en s'adaptant à la vie de chacun et parvient ainsi à la transformation intime des cultures et des peuples.

C'est ainsi que se réalise le Christ pasteur selon le chapitre 10 de l'évangile de saint Jean: le Christ connaît ses brebis et celles-ci reconnaissent sa voix, sa voix c'est-à-dire le Verbe de Dieu et la reconnaître revient à s'identifier aussi dans une "christification". Ainsi, il donne à manger à ses brebis et il donne également sa vie pour elles (cf. Jn 10, 1-16).

“Être pasteur” n'est pas constitué d'une sorte de référence religieuse de l'actuel "know how" technique, mais c'est la même vie divine trinitaire qui existe au plus profond de l'homme de tous les temps. Il comprend aussi l'art d'arriver à cet homme, mais seulement comme un préambule de la pastorale proprement dite. Le prêtre modèle sa personnalité dans sa manière d'être pasteur identifié au Christ et ainsi, dans le fait d'être porteur efficace de vie divine.

c. Serviteur

L'esprit conforme le prêtre au Christ. En d'autres termes, l'Esprit Saint est la volonté de Dieu puisqu'il est le don de cette conformation et configuration au Christ. La volonté de Dieu, l'Esprit Saint, désire que le prêtre mène toute sa vie selon cette conformation et configuration au Christ rédempteur. Il est ainsi le plus grand serviteur du Père qui a envoyé le Fils afin que les hommes de tous les temps aient la vie et qu'ils l'aient en abondance (Jn 10,10). Ce service représente la vie du prêtre, c'est pourquoi il s'agit d'un service qui peut aller jusqu'au don total de soi car le prêtre n'a pas d'autre vie si ce n'est celle de rendre un service authentique. Il est un serviteur du Père par la conformation et la configuration au Fils donné par l'Esprit Saint et, de cette manière, il est le serviteur dévoué de ses frères. Voilà pourquoi le prêtre s'identifie au Christ serviteur, c'est pour cette raison que son sacerdoce s'appelle sacerdoce de service ou ministériel.

d. Époux

Le prêtre est identifié au Christ époux de l'Église. Ainsi, son ministère est "*l'Amoris Officium*". Il s'agit d'un amour absolu, total et complet envers l'Église et envers tous les hommes. Son ministère, son service n'ont pas d'autre moteur que l'Esprit Saint qui est l'amour infini de Dieu. On comprend pourquoi sa mission ne peut être que remplie d'amour. Toute autre motivation serait inopportune, en ce sens que sa raison d'être, sa personnalité est une personnalité spirituelle, amoureuse de l'Esprit. C'est sa spiritualité qui l'identifie au Christ et le fait devenir transparence de la parole qui est le verbe de Dieu et le met en pleine communion avec le Père et le Fils, de manière à comprendre la raison de la chasteté comme union totale et exclusive avec le Christ et donc, fécondité totale pour reproduire le Christ pascal chez ses frères.

Dans ces quatre orientations, la personnalité du prêtre ordonné est spécifiée: nous y trou-

vons la parole appropriée pour décrire la charité pastorale. Cette charité pastorale est la maturation vitale et intime du prêtre, toute son activité doit être fruit et signe de celle-ci, elle est un don, un devoir, une grâce et une responsabilité. Elle est demandée au prêtre, afin que son activité pastorale soit actuelle, crédible et efficace. Elle favorise son unité intérieure. Elle lui fait partager l'histoire et l'expérience de l'Église. Elle reproduit le mystère trinitaire et façonne son unité autour du successeur de Pierre et du collège épiscopal.

2. Du mystère au ministère

a. Ministère eucharistique

Dans le second chapitre de la Constitution dogmatique du Concile Vatican II, *Lumen Gentium* (10), on parle du sacerdoce de tout le peuple de Dieu et on précise la distinction entre le sacerdoce ministériel et ordonné et le sacerdoce royal conféré par le baptême à tout le peuple de Dieu. Entre les deux, il y a une différence essentielle et non seulement en degré. Le Concile définit cette différence essentielle dans les quatre aspects présents uniquement dans le sacerdoce ordonné et qui consistent dans le fait que le ministère ordonné:

1. forme le peuple de Dieu; 2. gouverne le peuple de Dieu; 3. accomplit le sacrifice eucharistique; 4. offre l'eucharistie au nom du peuple de Dieu.

L'aspect principal est la célébration de l'eucharistie que suivent les trois autres aspects. Dans la célébration de l'eucharistie, le prêtre agit dans la per-

sonne du Christ Tête de l'Église, de manière à accomplir le mémorial de toute l'œuvre salvifique du Christ dont la présence actuelle acquiert ainsi une efficacité maximum pour que le Christ réalise aujourd'hui la rédemption. Il rend présent le Verbe incarné, né de la Vierge Marie, avec sa propre histoire, avec sa vie, sa prédication, sa passion et sa mort, sa résurrection, son ascension au ciel et son actuelle présence glorieuse. Étant donné que par l'action, on parvient à l'être, cette action d'être le ministre, identifié au Christ Tête, se constitue comme un instrument de la paix du Seigneur.

Il est certain que, de cette manière, le Christ forme tout le peuple de Dieu, car il est le modèle efficace dans son caractère historique concret, qui se réalise dans l'eucharistie. Il est tout aussi évident que, ainsi, le Christ conduit toute l'humanité au Père et la gouverne. Dans l'eucharistie, il donne la possibilité au corps de s'unir à la tête et s'offre au Père par l'Esprit Saint, constituant par cette union le Christ total. Donc, de la célébration de l'eucharistie, on suit la formation du peuple de Dieu et le fait que celui-ci soit gouverné et offert dans le sacrifice du Christ.

Par conséquent, nous pouvons dire que la différence la plus profonde entre le sacerdoce ministériel et le sacerdoce royal se fonde sur la célébration de l'eucharistie. C'est ici que le sacerdoce ministériel s'identifie réellement, de manière historique et permanente, au Christ Tête, pasteur, serviteur et époux de l'Église. Le point culminant de la charité pastorale se réalise de cette manière dans l'eucharistie d'où émane l'Église elle-même.

b. Ministère ecclésial

Dans la convocation où apparaît l'Église, le Père nous envoie sa parole qui est le Christ pascal, dont nous avons parlé dans le ministère eucharistique. Le Christ même est la convocation à l'humanité, l'appel d'où naît le peuple de Dieu qui est l'Église, c'est-à-dire les convocés. En conséquence, la source de l'Église est l'eucharistie et le Christ nous convoque à

partir de l'eucharistie.

Si le prêtre ministériel célèbre l'eucharistie, conformément à sa fonction, il convoque l'Église à partir de l'eucharistie, autrement dit, il la constitue. À partir de cette convocation, on comprend, sous une perspective différente, la signification de sa configuration au Christ Tête, pasteur, serviteur et époux de l'Église.

Cette convocation est la vocation de l'humanité, à travers laquelle toute l'humanité existe, c'est sa véritable existence.

Dans l'Écriture sainte, toute vocation comporte trois aspects bien définis: 1. Grâce à la vocation, la personne constitue son existence propre. Ainsi, en raison de l'appel divin, le monde naît du néant et l'homme naît également à la vie (Gn 1-2). 2. Par la vocation, on accomplit une mission pour laquelle on ne dispose pas de forces propres, mais celles-ci nous sont prêtées par Dieu qui fait de l'homme son associé dans une compagnie intime avec lui (Jé, 1,8). 3. La vocation comporte la réalisation d'une mission pour le bien du peuple de Dieu et ne se réduit pas à une dimension "intimiste", repliée sur sa propre individualité (cf. les grandes vocations pour le bénéfice du peuple de Dieu, Juges, Rois, Prophètes: Ex 3, 10-22; Ju 3,9 et passim). Tout cela se réalise de manière spéciale dans l'appel des apôtres par exemple, qui, particulièrement chez Mc 3, 13-19, sont appelés afin d'être avec le Christ, de chasser les démons et de proclamer l'Évangile. La vocation de Marie dans l'Annonciation est le paradigme dans lequel ce triple aspect se réalise de manière parfaite (Lc 1, 26-28).

En conséquence, de manière synthétique, la vocation touche trois aspects fondamentaux de l'humanité entière: son existence, sa connexion avec Dieu et sa relation avec les autres.

Donc, lorsque l'on affirme que le ministre convoque l'humanité dans l'eucharistie, sa convocation n'est pas simplement une exhortation à suivre le Christ, mais le fondement de son existence avec le Seigneur pour le bien de tous. Ceci est un autre aspect qui aide à comprendre le rôle du Christ Tête dans l'eucharistie; par l'eucha-



ristie, le prêtre acquiert une conformation avec le Christ Tête qui veut signifier le fondement de l'existence de l'humanité renouvelée dans le Christ, de la vie divine qui est donnée par une identification avec le Christ, comme son corps mystérieux et sa mission universelle de service à tous les hommes.

Cette mission est réalisée par le Christ dans son historicité qui, aujourd'hui s'accomplit mystérieusement au moyen des signes de cette historicité vivante que sont les sept sacrements, qui se manifestent dans la communication de la parole, la proclamation de l'Évangile, qui réunit ainsi, fermement, la communion des croyants et constitue l'Église. La convocation eucharistique se réalise à travers les trois intermédiaires de l'Église que sont la sanctification, la parole et la communion. C'est ainsi que se manifeste la vocation de l'humanité.

La personnalité du prêtre, conformée et configurée au Christ Tête, pasteur, serviteur et époux de l'Église devient ainsi celle de qui, à partir de l'eucharistie, prononce de manière structurelle en Christ, la vocation de toute l'humanité.

c. Ministère thérapeutique

1) Santé

Aujourd'hui, nous assistons à un bouleversement dans le monde de la maladie et de la santé. Avant, le problème de la maladie et de son traitement était prioritaire; aujourd'hui, la santé et sa conservation ou son recouvrement sont prioritaires. C'est ainsi que, souvent, on préfère ne pas parler d'hôpitaux mais de centres ou d'institutions sanitaires. Nous trouvons comme motivation principale de la culture actuelle, la santé. Elle entre de plain-pied dans les suppositions du sens de la qualité de la vie et de la quantification du bien-être d'un pays. Souvent, dans la révélation de cette manière de concevoir les choses, on privilégie la santé physique. Mais peu à peu, la conviction que le corps est un aspect de l'homme, qu'il doit être considéré dans son ensemble s'élargit et l'attention se porte également sur des aspects sociaux, mentaux, du mi-

lieu ambiant et même spirituels.

Dans ce contexte, le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé a donné une définition de la santé: une tension dynamique vers l'harmonie physique, psychique, sociale et spirituelle et pas seulement l'absence de maladie, qui permet à l'homme de réaliser la mission que Dieu lui a confiée, selon l'étape de la vie où il se trouve.

Cette description est centrée sur la vocation de l'homme. C'est une tension dynamique vers l'harmonie structurelle de l'homme afin qu'il puisse réaliser la mission que Dieu lui a confiée. La mission change selon les différentes étapes de la vie. Cette harmonie structurelle, c'est-à-dire physique, psychique, sociale et spirituelle constitue l'essence même de la vocation de l'homme et, en fin de compte, sa réalisation dans sa conformation au Christ mort et ressuscité. Conformation qui est réalisée par l'Esprit Saint. De cette manière, la santé temporelle fait partie de la santé globale qui signifie, en fait, la santé éternelle. Ainsi, la santé entre complètement dans la convocation eucharistique de l'Église. Elle ne peut pas rester étrangère à l'action sacerdotale, elle ne peut être un élément secondaire de son action pastorale, mais elle est enracinée dans son cœur même.

Dans cette acception de la santé, la douleur et la maladie ne sont pas refusées mais assumées dans l'acceptation de la passion et de la mort du Christ, comme un bien qui suscite efficacement la résurrection. Nous nous opposons à la douleur et à la maladie si elles constituent un obstacle à l'accomplissement de la mission qui nous a été confiée par Dieu et, comme le bon Samaritain, nous nous efforçons de les combattre de toutes nos forces. Tout en sachant que la mort est inévitable, nous ne considérons pas la fin de la vie comme une lumière qui s'éteint, mais comme une lampe qui s'éteint parce que l'aurore du grand jour est arrivée.

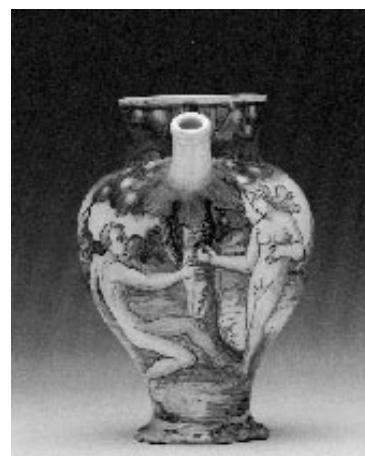
2) Tête

Dans certains milieux de la pastorale de la santé, on veut réduire l'action du prêtre à cel-

le d'un ministre de la parole qui s'efforce, par sa présence, ses paroles et ses silences, d'être une consolation efficace pour les malades. Lorsque nous rencontrons des laïcs mieux préparés à cette tâche, psychologiquement par exemple, on éloigne facilement le prêtre et on ne voit pas comment intégrer son action sacramentelle dans un contexte de modernité, qui agit avec le malade selon les nouvelles techniques de thérapie psychologique individuelle ou de groupe.

L'action du prêtre en tant que conformé au Christ Tête ne consiste pas seulement à proposer simplement des suggestions religieuses, même chrétiennes, qui peuvent consoler ou aider psychologiquement le patient dans une maladie déterminée, mais à agir de manière positive en faveur d'une santé qui est rendue, en réalité, selon le plan divin vocationnel, comme nous l'avons déjà mentionné. Les sacrements sont les actions efficaces qui réalisent cet engagement. Toutes les ressources des sciences thérapeutiques modernes, la médecine, les aspects psychologiques et sociologiques, ne sont pas refusés mais sont subordonnés à l'aspect sacramental très curatif et décisif dans une authentique pastorale de la santé.

On a réfuté le caractère sacramental d'autres époques en déclarant qu'il ne suffit pas simplement que l'aumônier d'hôpital aille rendre visite avec les saintes huiles. Il est évident que l'on a besoin d'une évangélisation à partir du sacrement afin que celui-ci ne se transforme pas en un rite qui n'a aucun sens pour l'homme actuel, mais qui aura toujours



une efficacité réelle, selon la doctrine sacramentelle de tous temps. Dans la pastorale de la santé, le prêtre est la clé en ce sens qu'il représente le Christ thérapeute, le Christ ressuscité, il manifeste son efficacité en réalisant chez le malade le mystère de sa configuration. Cela signifie la confiance totale dans la personnalité du prêtre et la foi entière dans ce que le prêtre réalise. Son travail dans la pastorale de la santé n'est pas un complément pieux des œuvres de miséricorde. Le bon Samaritain est le Christ Tête de l'Église, qui soigne ainsi, par l'intermédiaire du prêtre. Donc, il est erroné de croire que des personnes, autres que le prêtre ministériel, puissent le substituer et être, au sens strict, aumôniers de centres sanitaires.

3) Pasteur

Le prêtre, en sa qualité de Christ Pasteur, doit se conformer à l'homme actuel et, dans la pastorale de la santé, à l'homme dans la situation de maladie et de santé. Cet aspect complète le précédent et confère toute sa force au sens profond du sacrement. Ceci doit être significatif pour l'homme concret, c'est pourquoi dans son administration, il doit être adapté aux circonstances concrètes que traverse le malade. De là l'importance des sciences de la communication, de la psychologie et surtout, de la grande humanisation de la médecine que l'action pastorale contient. Le sacrement apparaît comme la bonne nouvelle authentique du salut pour l'homme dans la condition de santé et de maladie et comme tel, doit lui être proposé. D'où la force de toutes les techniques inventées pour apporter au malade et rendre significative la santé offerte par le Christ et pour l'apporter également à l'homme sain, afin de lui en indiquer le sens et la valeur réels. Le fait d'être pasteur se comprend à partir de la vertu d'obéissance comme un "ob audire", comme une écoute et une attention au sens salvifique de l'action ministérielle. Cette obéissance est demandée au prêtre; c'est une obéissance qui présente la charité pastorale comme une obéissance bienveillante, qui

écoute attentivement la parole salvifique authentique et efficace qu'est la pâque du Christ et qui, de cette manière, modèle le peuple de Dieu à l'image et à la ressemblance du Christ mort et ressuscité.

4) Serviteur

Le ministère curatif est le service qui guérit. Comme nous le savons, le ministère c'est le service. Le service doit être celui du Serviteur souffrant de Yahvé (Is 53), qui prend sur lui toutes nos souffrances et porte sur ses épaules la croix de tous nos maux. Le prêtre donne ainsi une raison d'être à la douleur. La douleur, mauvaise en soi, par la douleur du Serviteur de Yahvé, se transforme en source de vie et en résurrection, donc en une chose bonne. Avec le sens de la santé, le prêtre donne aussi un sens à la douleur, non comme une simple explication théorique, mais comme une explication pratique, réalisant ce qu'il dit. L'onction des malades surtout est un sacrement dans lequel le malade se "christifie" pour assumer sa douleur et, éventuellement, sa mort, en se conformant au Christ et trouve en lui la source de la résurrection. Le sacrement de l'onction des malades dédouble de cette manière le sacrement de l'eucharistie et l'applique dans sa virtualité d'une mort empreinte de résurrection. L'Esprit Saint fait en sorte que la conformation à la volonté de Dieu dans la mort soit une remise généreuse et totale de son esprit entre les mains du Père, pour recevoir ensuite la résurrection.

La vertu d'humilité est exigée du prêtre pour reconnaître qu'il n'y a aucune solution humaine au problème de la mort et que la seule solution est la résurrection du Christ, Dieu et homme. Ce ne sont pas les paroles consolatrices du prêtre qui donneront la "résignation" devant l'inévitable, mais la réalité mystérieuse et obscure du Christ mort et ressuscité. Le prêtre doit se conformer au malade qui souffre avec miséricorde non seulement pour prier avec lui, mais pour lui offrir, dans la foi, l'unique solution possible. Comme pasteur, il devra s'adapter aux rythmes du malade, en choisissant la meilleure façon de le faire,

mais il ne devra pas s'abstenir de donner la solution sous le prétexte que, devant la grandeur de la souffrance humaine, l'unique chose à faire consiste à accompagner en silence et de manière discrète les souffrances indicibles. Ceci équivaudrait à un manque de foi et à une forme de lâcheté face au témoignage définitif à donner au moment le plus crucial et le plus difficile. Il ne s'agit pas de "consoler" et de trouver seulement la manière psychologique de le faire, mais de donner le contenu efficace de notre foi au moment où le plus grand besoin se fait sentir. Voilà le grand service que l'on attend du prêtre et qu'il rend dans l'eucharistie représentée dans le viatique que le prêtre accompagne et rend doublement visible dans la signification spécifique appliquée à ce malade: le sacrement de l'onction des malades.

5) Époux

L'authenticité du ministère sacerdotal est ressentie dans l'amour absolu et total, dans le dévouement au Christ même dans l'homme malade ou en bonne santé. La raison de l'exercice de cette pastorale n'est pas différente de celle du sacerdoce ministériel, c'est la charité pastorale comprise comme amour plein et total. D'où, on peut comprendre la chasteté sacerdotale comme un dévouement jusqu'à la mort, comme une obligation totale d'amour, comme *l'Amoris officium*, jusqu'à la limite, jusqu'au terme de la vie dans la mort elle-même pour atteindre la plénitude de la résurrection.

Par cet amour, la vertu d'espérance acquiert un sens et une force. Toute la pastorale de la santé se fonde de manière absolue sur la vertu d'espérance. C'est seulement avec une espérance inamovible dans la résurrection que l'on gagne la joie du service et l'amour de l'attente pour l'époux, qui arrive au moment de la mort avec toute la joie de la résurrection. Toute l'Église se précipite à la rencontre de son époux et vit pleinement la parole révélée par laquelle l'épouse dit à l'époux, à la fin des temps, de son temps, "viens, Seigneur Jésus" (Ap 22,20).

Nous avons essayé de donner quelques idées sur le mystère du prêtre ministériel et, à partir de ce mystère, suivant la perspective de l'exhortation apostolique "Pastores Dabo Vobis", d'arriver au ministère curatif du prêtre ordonné. Ce mystère mystérieux est un ministère qui, en arrivant au concret, en particulier au prêtre, signifie sa mission individuelle certes, mais qui doit se réaliser dans une perspective plus large et collective. L'évêque réalise la mission dans son église, mais il ne le fait pas seul, il le fait avec tous ses prêtres, avec tous ceux qui exercent leur sacerdoce ministériel, qui est à la base de son église particulière. Le presbyte-

rium la réalise, mais il ne peut le faire s'il n'est pas en union totale avec son évêque et avec ses autres frères. Que le presbyterium soit religieux ou diocésain ne fait aucune différence: tous deux appartiennent au presbyterium de l'évêque, selon les différents charismes propres, pour réaliser leur action pastorale. Le pape la réalise, comme fondement visible de toute l'Église, c'est-à-dire comme base et fondement de l'unité catholique. Il le fait de manière collégiale avec tous ses confrères évêques et avec chacun d'eux, comme têtes de leurs églises particulières, avec tous les prêtres et avec chacun d'entre eux, unis à leur évêque et aux frères prêtres de l'église

particulière, tous ouverts à la perspective pontificale de l'unité de la catholicité universelle. De cette manière, en participant à la mission pontificale, le Conseil pontifical pour la Pastorale de la Santé la réalise également.

Pour accomplir une mission, il faut la comprendre toujours plus profondément. Ces idées permettront peut-être de progresser dans la compréhension du mystérieux mystère eucharistique sacerdotal et ecclésial de la pastorale curative de la santé.

S.E. Mgr JAVIER LOZANO
Président du Conseil pontifical
pour la Pastorale de la Santé
Saint-Siège

108

Identité de l'aumônier catholique dans la Pastorale de la Santé au seuil du IIIème millénaire Réflexion théologique

Introduction

Le thème de l'identité de l'aumônier catholique dans la pastorale de la santé est de grande actualité aujourd'hui, surtout dans les églises où l'on observe une diminution importante des vocations sacerdotales et qui nous pose la question, sur la base d'une ecclésiologie de communion, de savoir s'il serait opportun d'envisager d'autres modèles de la figure de l'aumônier¹. La crise d'identité actuelle de l'aumônier d'hôpital se situe dans le vaste contexte de la crise d'identité du sacerdoce ministériel. Donc, vouloir préciser l'identité de l'aumônier demande tout d'abord une mise au point sur la question de l'identité du sacerdoce ministériel dans son rapport avec le sacerdoce commun des fidèles. Il me semble que ce soit là, précisément, le nœud du problème.

L'ecclésiologie de communion situe le ministère ordonné dans la vie du peuple de Dieu, mais sans supprimer sa spécificité. D'autre part, dans une

perspective d'ecclésiologie de communion, on ne peut négliger la collaboration des laïcs à la réalisation de la mission unique de Jésus-Christ. Le contexte contemporain demande donc de préciser les fondements de cette relation qui intervient entre les deux ministères, en vue de l'édification de la "famille de Dieu".

En supposant l'ecclésiologie de communion comme base de notre relation, pour déterminer certains points clés du thème qui nous est confié, à partir d'éléments historiques qui ont contribué, précisément, à la formation de l'identité de l'aumônier d'hôpital, pour éviter de projeter sur les problèmes de notre époque une interprétation qui ne repose pas sur les données bibliques ou historiques. Ensuite, nous tenterons d'identifier les éléments fondamentaux qui ont caractérisé la compréhension catholique de l'aumônier d'hôpital (II), puis nous nous demanderons quelle lumière pouvons-nous retirer pour la compréhension des problèmes soulevés aujourd'hui autour de la figure du

prêtre comme aumônier d'hôpital (III). Mais il faudra d'abord situer ces difficultés pour esquisser l'identité de l'aumônier dans la crise générale qui caractérise la réflexion de ce jour sur le sacerdoce (I).

De cette manière, j'espère pouvoir offrir des éléments et des critères théologiques de base qui sont souvent négligés dans le débat actuel. Dans ce débat sur l'identité de l'aumônier d'hôpital du IIIème millénaire, on ne peut bâtir sur le vide. Le fondement nous est donné en Jésus-Christ une fois



pour toutes. Personne ne peut nous donner un autre fondement et chacun devrait être attentif à cet élément dans la configuration que l'on donne de l'identité de l'aumônier (1 Co 3,10).

1. Considérations sur la situation actuelle de l'aumônier d'hôpital

La nécessité de préciser l'identité de l'aumônier d'hôpital se fait sentir aujourd'hui de manière particulière, surtout par le fait que le ministère ordonné est apparu, dans la seconde moitié du siècle principalement, dans une situation de crise qui a frappé une grande partie des églises occidentales (Europe et Amérique du Nord).

Nous trouvons une première donnée dans la diminution du nombre des candidats à l'ordination sacerdotale. En outre, on ne peut manquer de s'inquiéter lorsque l'on sait qu'une bonne partie des prêtres actuels sont déjà assez âgés et que beaucoup de jeunes prêtres ont l'impression de travailler trop et dans un climat peu gratifiant, de résignation et de frustration dans un monde très sécularisé et indifférent. Ce fait peut exercer un certain impact, mais il faut ajouter qu'une grande partie des prêtres se sentent réalisés dans leur ministère. Et la diminution du nombre de prêtres s'inscrit dans le contexte général de la crise de foi et de la diminution des membres de nos communautés. Cette crise peut avoir de nombreuses causes et il faut donc éviter des simplifications et des généralisations trop hâtives.

1.1. Raisons de la crise

Une des causes fondamentales semble être le manque de clarté théologique. Sous cette perspective, les origines de la crise se trouvent d'une part dans une réception unilatérale et superficielle de l'écclésiologie du "peuple de Dieu" et de communion du Vatican II², par une interprétation unilatérale du rapport entre le sacerdoce commun de tous les baptisés et le sacerdoce ministériel³.

D'autre part, il faut dire qu'une autre origine est de type idéologique et se trouve dans la révolution culturelle qui survint vers la fin des années '60 début '70. Elle consiste dans un transfert des représentations démocratiques vers l'Église⁴, par une critique idéologique des institutions ou mieux un manque de confiance dans les institutions qui caractérise en ce moment non seulement la situation ecclésiale, mais la société en général.

Donc, dans ce contexte, on comprend que tandis que Vatican II nous offre une belle théologie de l'Église comme "peuple de Dieu", mettant en relation le sacerdoce commun des fidèles et le sacerdoce ministériel (LG 10-11; surtout 34-38), certaines interprétations théologiques tentent d'opposer ces deux types de sacerdoce⁵. Ou encore, on a essayé de mettre en évidence une certaine contradiction entre le chapitre III de la LG qui traite de la constitution hiérarchique de l'Église et le chapitre II, qui décrit les charismes dans la vie du peuple de Dieu et invite à considérer sérieusement le sens de la foi des croyants. En outre, au sein du sacerdoce ordonné, si le rapport de collaboration des prêtres au sacerdoce de l'évêque semble clair, le rapport avec le diacre, dont le Concile parle dans la LG et Christus Dominus 15, l'est beaucoup moins.

Souvent, on a l'impression que toutes ces questions se résolvent d'elles-mêmes par la pratique (dans la pastorale) ou au moyen d'une délégation de pouvoirs qui, jusqu'alors, incubaient seulement aux prêtres de la communautés et aux laïcs⁶. Il est certain que dans la pratique, de nombreux problèmes peuvent se résoudre, mais souvent, des solutions qui semblent être de simples pratiques pastorales, peuvent avoir ensuite des conséquences et des implications théologiques fondamentales. Si nous voulons éviter des confusions et des incompréhensions, il faudrait penser la pratique sous la perspective théologique/fondamentale, en d'autres termes, à partir de principes théologiques fonda-

mentaux. Nous avons besoin d'une conception globale, intégrale du sacerdoce pour mieux comprendre la figure de l'aumônier d'hôpital. La discussion sur celle-ci peut être comprise comme un *kairos* dans lequel naît une nouvelle figure de l'aumônier d'hôpital au IIIème millénaire. C'est pourquoi, dans la confrontation avec les problèmes actuels, nous ne voulons pas travailler de manière purement apologétique, mais dans une perspective constructive et créatrice.

1.2. Figures de prêtres qui ont marqué la seconde moitié du XIXème siècle

L'écclésiologie de communion de Vatican II a des racines profondes dans l'histoire de la théologie chrétienne. Cependant, sa redécouverte a eu lieu au début de ce siècle seulement et elle fut accompagnée d'une recherche profonde des théologiens, surtout pendant la seconde guerre mondiale, afin de trouver une figure de prêtre plus proche des problèmes du peuple chrétien⁷. Des théologiens comme Yves Congar et Marie Dominique Chenu définiront bien cette figure de prêtre et un soutien à cette recherche sera donné par le cardinal Suhard⁸. Mais certaines interprétations radicales de cette perspective finiront par réduire le ministère sacerdotal à une simple présence sur les lieux où on ne fait aucune prédication et où on ne célèbre aucun sacrement et de la belle théologie des Pères de l'Église, il ne restera que ce que l'on appellera la dimension salvifique de l'incarnation, autrement dit, le salut réside dans le simple fait que le Sauveur s'est incarné... Donc, pour l'inaugurer, il suffirait que le prêtre soit présent là où vivent ces hommes qui ne connaissent pas Jésus-Christ, comme lui-même a vécu avant sa vie publique à Nazareth.

À cette radicalisation réagit la théologie du père Michel Labourdette, o.p., qui conteste précisément la réduction du ministère du prêtre à une simple présence: "ce ne sera donc pas par sa simple présence ni comme un fait accompli

que le prêtre sanctifiera, en tant que prêtre, mais précisément par son ministère, l'annonce de la parole et la célébration du culte salvifique”⁹. Ainsi, le problème soulevé était précisément celui de la nature du presbyterium: “en ce sens qu'il est un pouvoir (l'ordre) soumis à des actes qui ont précisément pour objet la sanctification du peuple de Dieu, l'expansion et la diffusion de la grâce chrétienne dans l'Église”¹⁰. Mais cette réponse laissait également en suspens la question de savoir si la mission pastorale des prêtres ne doit rien à leur consécration. C'est donc dans ce contexte qu'apparaîtra le décret sur le ministère et la vie des prêtres (*Presbyterorum ordinis*) à la veille de la clôture du Concile Vatican II, le 7 décembre 1965.

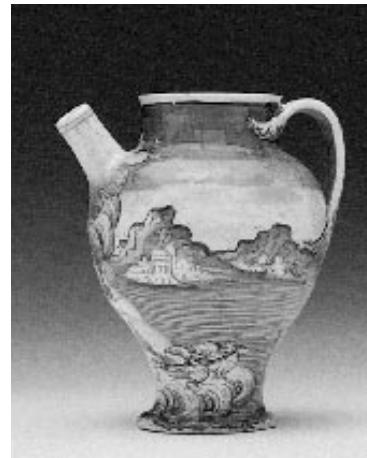
Dans l'essentiel, ce document nous dit que les prêtres, en tant que collaborateurs des évêques, doivent mener “la vie apostolique” en pratiquant “la charité pastorale”, c'est-à-dire en agissant “in persona Christi capititis” (PO 2; LG 10). Leur premier devoir, qui est d'évangéliser, est inséparable de leur ministère eucharistique et les deux sont reliés à un troisième qui consiste dans l'exercice de la “fonction du Christ Tête et Pasteur” (*rapraesentatio Christi capititis*), c'est-à-dire rendre manifeste par les sacrements l'action salvifique du Christ, chef de l'Église et s'engager afin que celle-ci soit visible dans le monde¹¹. Le thème de la “rapraesentatio Christi capititis” met en évidence le fondement théologique et l'essentiel de la compréhension catholique du ministère du prêtre dans l'Église catholique. L'apôtre Paul, dans l'épître aux Corinthiens (2 Co 5,14-20), souligne l'unité entre l'annonce de l'Évangile et les ministres de la réconciliation. Cette unité se fonde sur le fait que, dans le ministère de l'apôtre, Jésus-Christ, ressuscité et élevé à la droite du Père, agit dans la puissance de l'Esprit: “nous sommes donc en ambassade pour le Christ, c'est comme si Dieu exhortait par nous” (2 Co 5,20)¹². Saint Augustin a mieux exprimé cette idée lorsqu'il déclare: “Chris-

tus est qui praedicat”, “qui baptizat”, “qui consecrat”¹³. Dans ce sens, on a parlé du Christ lui-même qui se communique par la puissance du Saint-Esprit.

Mais il faut préciser immédiatement que ce caractère de “*rapresentatio Christi*” peut se dire, dans une certaine mesure, de chaque chrétien. Chaque baptisé a revêtu le Christ, vit dans le Christ et le Christ vit en lui. Donc, chaque chrétien doit rendre présent le Christ par l'autre, en paroles et en actes. Comme nous l'avons déjà dit pour le Concile Vatican II, tous les baptisés participent au triple ministère du Christ et constituent un peuple prophétique, sacerdotal et royal (1P 2, 5-10). C'est tout cela que nous voulons dire quand nous parlons du sacerdoce commun de tous les baptisés. Il est évident que l'Église, dans son ensemble, est le corps du Christ, la famille du Christ et donc “*rapresentatio Christi*”, dans le monde, sacrement c'est-à-dire signe et instrument de Dieu dans le monde et pour le monde.

Cette insistance sur la responsabilité commune de tous les chrétiens a mené, comme nous l'avons déjà dit, à la question: que reste-t-il encore de spécifique au sacerdoce ministériel? Quel est son *proprium*? Le prêtre ne serait-il pas réduit seulement au rôle de représentant de la communauté ou de l'Église, donc une expression de la volonté de la majorité qui s'y manifeste¹⁴. La relation de S.E. Mgr Javier Lozano Barragán a bien mis en évidence cette problématique en soulignant la spécificité du sacerdoce ordonné. Ici, je voudrais seulement faire allusion au fait que l'on peut extraire une réponse claire à ces questions de la théologie de Paul. La responsabilité commune de tous ne signifie pas que, dans l'Église, tous les membres peuvent tout faire. Mais chaque charisme a son devoir spécifique dans l'édification de la famille de Dieu (Rm 12; 1 Co 12).

Grâce à l'épître aux Éphésiens (Ep 4,12), nous comprenons que le ministère sacerdotal est un service pour et aux



autres services. De sorte que l'on pourrait dire que le sacerdoce ministériel n'est pas seulement “*rapraesentatio Christi*” dans un sens général, mais “*rapraesentatio Christi capititis Ecclesiae*”. Au sens exact du terme, ce ministère est le propre des évêques en tant que successeurs des apôtres (LG 21). Les prêtres, selon le Concile Vatican II, sont décrits comme collaborateurs, auxiliaires, organes mais aussi fils, frères et amis des évêques (LG 28, PO 2, CD 30). Ils représentent l'évêque (SC 42, LG 28). Il semble que ce soit précisément cette perspective qui constitue l'idée fondamentale du décret conciliaire “*Presbyterorum ordinis*”¹⁵.

En effet, dans P.O., on dit: “les prêtres exercent, à leur niveau d'autorité, la fonction du Christ, Tête et Pasteur: au nom de l'évêque, ils réunissent la famille de Dieu, la communauté des frères qu'habite un dynamisme d'unité et ils la conduisent par le Christ dans l'Esprit, vers Dieu le Père”¹⁶. Par cette “*rapraesentatio Christi capititis*”, le ministère sacerdotal exprime en même temps le fait que l'Église n'existe pas à partir d'elle-même, mais de Jésus-Christ. Celui-ci apparaît comme le signe du fait que personne ne se donne seul la grâce salvifique, qui est un don de Dieu, non une production humaine. Jusqu'ici, notre perspective est partie du haut, c'est-à-dire de la mission de Jésus venant du Père et envisage le ministère sacerdotal comme intégré dans la logique de cette mission. Mais cette approche doit être complétée par la perspective qui part du bas et considère le ministère sacerdo-

tal comme inséré dans l'action de Jésus-Christ, qui par l'Esprit Saint vivifie, sanctifie et guide l'Église vers le Père.

Dans la célébration eucharistique, ces deux dimensions sont bien mises en évidence. D'une part, le ministre agit "in persona Christi" et peut prononcer les mêmes paroles que le Christ "ceci est mon corps", "ceci est mon sang". D'autre part, il parle et agit aussi au nom de l'Église, conduisant les offrandes de la communauté à Dieu¹⁷. Les Pères étaient particulièrement attentifs à ce fait. Pour Cyprien, par exemple, "l'évêque est dans l'Église et l'Église est dans l'évêque"¹⁸. La même réalité est exprimée en d'autres termes chez Augustin: "pour vous, je suis évêque, par vous je suis chrétien"¹⁹. Cette représentation ne situe donc pas l'évêque au-dessus de la communauté ou détaché de celle-ci. Voilà pourquoi Cyprien dira qu'il ne veut rien faire sans le conseil du clergé et l'accord du peuple²⁰. Le ministère sacerdotal est également au service des autres charismes. Dans ce sens, le Concile Vatican II a réussi à dépasser un certain cléricalisme et a tenté de préparer le terrain en vue d'une collaboration confiante entre les pasteurs et les laïcs au ministère unique du Christ et il invite les pasteurs à écouter les laïcs (LG 37; PO 9). Cependant, le Concile ouvrait également une perspective pour élaborer des voies de collaboration responsable entre les différents ministères. Il ne s'agit pas ici d'une concession à la mentalité démocratique prédominante, mais d'une explication et d'une réalisation de l'Église en tant que famille de Dieu et communion. Mais il faut ajouter que, outre à conférer un élan à la vie de nombreux prêtres, le décret conciliaire n'a pas réussi à clore le débat sur la théologie du sacerdoce²¹.

Comme "Presbyterorum ordinis" accorde une certaine priorité à l'annonce de l'Évangile (tandis que le Concile de Trente faisait du sacrifice de la messe le premier et le plus important devoir du ministère du prêtre), certains ont voulu sous-évaluer le caractère sacri-

ficiel du ministère sacerdotal, oubliant que le décret P.O. comprend le service à l'évangile précisément comme partie intégrante du culte chrétien en se fondant sur RM 15,16²². Le document de la Commission théologique internationale de 1971²³, à la rédaction duquel participa Hans Urs von Balthasar, aidait à dépasser cette dichotomie entre le ministère de la parole et celui de l'eucharistie. Ceci est possible à condition de concevoir le ministère sacerdotal comme le service de la puissance active, réellement eschatologique, de la parole de Dieu – Jésus-Christ mort et ressuscité – dont les signes manifestes sont l'annonce du message évangélique et les gestes sacramentels. Quant à la question concernant l'élément essentiel du sacerdoce ministériel, le père Emile Pin, s.j.²⁴ trouvera une réponse dans la distinction entre la "fonction de présidence (praesesse ou praesidere) de la communauté chrétienne" et celle de présidence de l'eucharistie. Mais, il ne précise pas le genre de rapport à établir entre les deux sortes de présidence. Cependant, ici, il faut prendre en considération l'indication de P.O. selon laquelle les prêtres, en tant qu'ils participent au sacrifice unique et au ministère unique du Christ²⁵, sont en même temps ministres de la parole de Dieu, ministres de l'eucharistie et guides du peuple de Dieu. Ces trois fonctions forment un tout. Elles sont inséparables comme le sont les trois titres christologiques du Christ, prêtre, prophète et roi, dont ils dérivent²⁶. Cette origine de l'identité du prêtre dans le Christ a pour objectif de rappeler à l'Église que son action salvifique n'émane pas d'elle-même ni d'un plus grand "consensus fidelium" ou de notre capacité de convaincre les hommes de la véracité de l'Évangile, de les rassembler dans l'unité dans la foi et de les mener au salut, mais elle a sa source uniquement dans le Christ, qui demeure parmi nous dans la puissance de l'Esprit Saint (LG 10-12, 20, 31-36).

Lorsque ces éléments chris-

tologiques et pneumatologiques fondamentaux disparaissent, la question de la crise de l'identité du prêtre fait son apparition. Le Pape Jean Paul II a souligné cela en insistant à la fois sur l'identité christologique et ecclésiale du prêtre²⁷, esquissant ainsi la perspective des données permanentes de la compréhension de l'identité sacerdotale.

Cette évocation sommaire des questions posées à la théologie du sacerdoce au cours de notre époque contemporaine, nous invite à "retrouver non seulement le prêtre, mais également la figure de l'aumônier d'hôpital dans son originalité, dans sa spécificité originelle". Comment le regard sur l'histoire peut-il nous aider à circonscrire cette originalité? Nous essayerons de situer les éléments fondamentaux de l'identité de l'aumônier, d'abord dans l'histoire de la formation de la figure de l'aumônier d'hôpital ensuite, en soulignant des concepts clés. Une question guidera notre recherche: comment la tradition de l'Église conçoit-elle la pastorale des malades?

2. Le soin des malades et le caractère de représentation de l'aumônier d'hôpital: fondement de son identité sacerdotale

Pour la communauté chrétienne, le soin des malades fait partie, depuis les origines, de ses obligations fondamentales²⁸. Elle fonde ce devoir sur les paroles mêmes de Jésus qui recommande de prendre soin des malades (Mt 25, 31-46) et continue ainsi, comme Jésus lui-même l'a fait, par son attitude envers les malades, à combattre leur marginalisation (Mt 1, 40-45) et par une rencontre totale avec la personne, s'efforce de supprimer le péché et la maladie en tant que signes d'une profonde carence de salut (comme signe de mal important)²⁹. Il est évident que dans cette perspective, la tradition judaïque, comme la notion selon laquelle le prêtre exerce en sa qualité de représentant de Dieu, la puissance de Yahvé

sur la maladie et la guérison³⁰ ainsi que l'idée de "soin" provenant de la thérapeutique grecque (se soucier de la souffrance de l'autre, de l'étranger)³¹ ont joué un rôle non négligeable, mais la détermination christologique a été significative: chez le malade, il y a le visage du Christ souffrant que se manifeste en sollicitant notre amour³².

Dans la communauté des origines, l'éducation, la thérapie, le soin de l'âme et l'annonce n'étaient pas des activités clairement distinctes les unes des autres³³. Cela se manifeste dans les sources où l'on parle du soin spirituel des malades. Celui-ci est cité dans la description des obligations chrétiennes comme une des œuvres de miséricorde et est souvent utilisé dans une perspective apologétique ou dans le contexte des règles normatives pour le comportement chrétien.

Il faut dire que l'amour chrétien envers les malades présuppose une nouvelle conception, évaluation, vision de la maladie elle-même. Dans la médecine grecque telle qu'elle est définie par Hippocrate, on parle également du malade en tant que tel et l'attention de celui qui le soigne s'adresse d'abord aux amis et à leur personnalité, mais pas à tous les hommes malades³⁴. Selon l'amour chrétien, il s'agit du malade en tant que créature de Dieu et prochain, visage concret de Jésus-Christ. Considéré comme image de Dieu incarné et de la passion du Christ, le malade jouit d'une attention et d'une considération spéciales. Ainsi, on comprend mieux que l'épître de Jacques indique parmi les premiers devoirs de l'évêque et des anciens, la visite aux malades et aux pauvres (souvent les deux sont cités ensemble), la prière à leur intention et l'onction avec le saint chrême au nom du Seigneur (onction des malades) et le pardon des péchés (Ja 5,14 sq.).

Prière, onction avec l'huile consacrée, confession et pardon des péchés, probablement associés aussi au repas (agape fraternelle) apparaissent ici comme éléments constitutifs du soin spirituel des malades.

Ils renvoient à une compréhension de la maladie comme un ensemble de relations entre la fragilité corporelle et la faiblesse spirituelle. Cela signifie que, dès les origines, le soin des malades ne fut pas le devoir de tous les chrétiens, mais de certains ministres bien spécifiques.

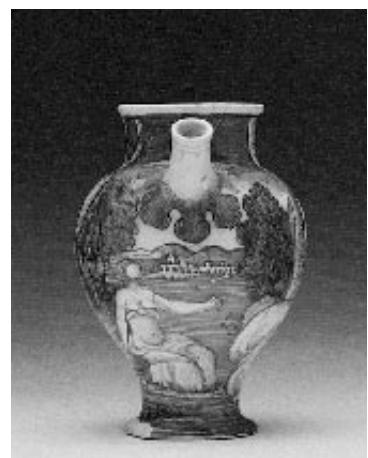
Dans la littérature post apostolique, les anciens sont exhortés de plus en plus à ne pas négliger les malades³⁵. C'est précisément parce que les évêques et les anciens doivent visiter les malades que l'on formule les premières règles de comportement³⁶. Pendant les grandes épidémies qui frapperont violemment la ville de Rome aux 2^e et 3^e siècles, on déclare clairement que le soin des malades est une grande expression des disciples du Christ. Voici ce que déclare Denis d'Alexandrie: "Sans crainte, les chrétiens allaient visiter les malades, les servaient avec amour, les soignaient selon les commandements du Christ et dans la joie, ils se séparaient avec eux de cette vie... Cette manière de mourir est à considérer comme le fruit d'une vie spirituelle profonde et d'une foi solide qui n'est cependant aucunement comparable à la mort par le martyre..."³⁷. Dans ce contexte, se profilent deux tendances: une qui considère la maladie comme une épreuve pour la foi et la patience du malade et celui qui soigne le malade peut espérer une récompense céleste pour son service gratuit. De temps en temps, on trouve des évêques qui sont également médecins et s'appuient sur la tradition qui remonte à Mc 2,17, qui parle du "Christ médecin"³⁸. C'est ainsi que se développe l'analogie entre le soin de l'âme et la médecine: puisque la maladie est vue comme une expression du péché, de même le péché est décrit comme une maladie. Prière et pénitence sont alors comprises comme médecine³⁹.

Au 4^e siècle, on commence à construire des hôpitaux où on recueille tous les nécessiteux: étrangers, pauvres, veuves, orphelins et malades⁴⁰. Ils sont tous sous la responsabilité de l'évêque. Ce sont souvent les moines qui se consacrent parti-

culièrement au soin des malades et des pauvres. Un sanatorium est souvent rattaché au couvent. Sous l'influence des moines, on perçoit un lien très étroit entre le soin des malades et la discipline ecclésiastique, où l'on observe le développement de l'onction des malades, ce lien se révèle également dans les règles des moines concernant leur comportement envers les malades.

La règle bénédictine, par exemple, instaure le soin des frères malades comme un devoir spécial pour la communauté⁴¹ puisque le service du malade est le service du Christ lui-même, dans le sens de Mt 25. Dans un commentaire à la règle bénédictine du 9^e siècle, on dit que l'Abbé doit faire tout son possible afin que "les malades confessent leurs péchés, reçoivent les sacrements, écoutent régulièrement la messe, soient visités, consolés et encouragés"⁴². Nous pouvons seulement comprendre ces prescriptions et cette rigueur si nous tenons compte de la conception de la maladie dans les monastères de cette époque: la maladie est considérée comme un moyen disciplinaire pour la santé. Le soin des malades et la pastorale des malades ont donc surtout un caractère religieux/moral. Le médecin est obligé de laisser ses malades se confesser d'abord, ensuite il peut traiter le corps: la médecine terrestre ne peut agir que si l'homme est pur spirituellement⁴³.

Aussi longtemps que l'hôpital appartenait au couvent, la pastorale des malades faisait partie du soin des malades. Aux 12^e et 13^e siècles, se for-



mèrent de nouveaux types d'hôpitaux. Dans les villes nouvelles, il y avait de plus en plus de pauvres et de malades. À présent, il incombe à la communauté entière d'en prendre soin. En même temps, à travers la réflexion sur les croisades et le mouvement des pauvres se forme une nouvelle appréciation des pauvres et des malades comme "domini nostri pauperus". Une déclaration pontificale décrit le soin des malades comme "pauperum Christi servitum"⁴⁴. Dans ce contexte naissent des ordres religieux qui veulent réaliser précisément l'amour du Christ et du prochain par le service des malades. La conception selon laquelle, à travers la maladie, l'âme est mise à l'épreuve et éclairée, est encore très forte. La maladie est une médecine spirituelle qui conduit le malade à la perfection (2 Co 12,9). Il est tout aussi évident que chaque traitement des malades commence par la confession et l'eucharistie. Tous ceux qui prennent soin des malades gagnent une récompense au paradis; leur activité est une contemplation de la souffrance du Christ par laquelle ils atteignent la perfection.

Ce système de la pastorale des malades, étroitement liée à la confession et à l'autorité du prêtre, demeure immuable jusqu'au 16^e siècle⁴⁵. Avec Luther, la pastorale des malades reçoit surtout un caractère d'accompagnement, de soutien et de consolation. La confession perd de sa rigueur et est considérée comme un événement de joyeuse rencontre, dans lequel le prêtre n'est plus indispensable, mais qui demande la présence de n'importe quel chrétien⁴⁶. Cependant, il faut signaler que déjà chez Luther, le caractère ecclésial n'est pas entièrement effacé et dans les églises luthériennes du 16^e siècle, on observe encore le lien solide entre soin pastoral et ministres ecclésiaux. Ceci est encore plus évident dans les églises réformées en Suisse. De toute manière, on observe un grand intérêt pour la pastorale des malades, les prisonniers et les pauvres. Dans les grandes villes, on désigne des prêtres uniquement pour les

hôpitaux. Dans les milieux piétistes, la maladie est envisagée surtout comme un temps qui permet au malade de s'ouvrir à la parole de Dieu et de se convertir. La pastorale est essentiellement orientée vers la conversion: "le malade doit supporter ses souffrances avec patience..., s'abandonner à Dieu, quitter le monde dans la joie, ...être fidèle jusqu'à la mort"⁴⁷. Mais en même temps, au sein du piétisme, on trouve une compréhension de la pastorale pour les malades comme une conversation libre dans laquelle les besoins du malade sont sérieusement considérés. Elle est comprise comme une expression de l'amour de Dieu qui libère et console le malade. De nouveaux aspects sont introduits comme l'individualité de la personne et sa liberté. La pastorale protestante jusqu'à Schleiermacher sera déterminée par ces deux principes.

Dans le contexte du rationalisme, l'objectif du soin pastoral des malades s'articule autour de la figure du pasteur en tant qu'ami et compagnon fidèle dans la souffrance. La maladie est envisagée comme une réalité entièrement "terrestre" qui n'a rien à voir avec le péché. Le devoir de l'aumônier d'hôpital consiste à consoler, à soutenir moralement et psychologiquement: on lui demande d'avoir une bonne connaissance de l'homme et de la psychologie. Au 20^e siècle, cela exige une relation personnelle avec le malade, qui devient de plus en plus difficile pour l'aumônier en raison de l'organisation actuelle des hôpitaux modernes. Dans ce contexte, on peut comprendre l'importance du concept de l'aumônerie tel qu'il est développé par la Conférence Épiscopale Italienne.

Avec le mouvement qui est apparu surtout aux États-Unis vers les années '60, '70, nous sommes arrivés à un changement de la conception de l'aumônier d'hôpital. On a beaucoup insisté sur le "soin pastoral thérapeutique" qui exige une formation spéciale de l'aumônier et la connaissance des progrès de la psychanalyse. C'est ainsi qu'est né le "mouvement des soins pastoraux"

qui a changé également le soin pastoral des malades⁴⁸.

2.2. *La situation contemporaine*

Dans le contexte de la "fonctionnalisation", de la spécialisation et de la technicisation des hôpitaux, la pastorale des malades a donc connu un changement profond dans sa structure⁴⁹. La technicisation de la médecine va de pair avec une compréhension objective et réductrice de la maladie comme une perte provisoire de la fonction d'une partie du corps. Si bien que pour la pastorale des malades, il est devenu pressant de ne pas perdre de vue la relation qui unit la maladie et la vie et de prendre au sérieux l'isolement affectif des malades dans les hôpitaux modernes. Le soin des malades est alors compris comme le soin pastoral de l'hôpital. Il devient pastorale pour les patients et les personnels de santé au sein de l'institution hospitalière; il n'est pas une continuation de la pastorale de la communauté paroissiale, mais il doit développer ses méthodes et ses objectifs propres.

La pastorale des malades est donc comprise – par analogie avec le Dieu d'Israël qui marche avec son peuple – comme un accompagnement de l'homme dans sa maladie dans le but de porter la souffrance et les nécessités de l'autre, pour arriver à une compréhension globale de tout ce que peuvent signifier maladie et vie⁵⁰. Cela demande une bonne collaboration entre l'aumônier d'hôpital, les médecins et les infirmières et dans certains cas, il peut être intégré également comme membre de l'équipe thérapeutique. De cette manière, le soin pastoral ne sera pas considéré comme un supplément, mais comme partie d'un traitement global qui comprend tout l'homme. Cette approche demande à l'aumônier une grande capacité et une facilité de relation. C'est seulement dans le contexte de la relation qu'il peut également inviter à la prière et annoncer l'amour du Christ dans la situation concrète du malade. Tout cela doit advenir dans le contexte d'un par-

cours de recherche de sens. C'est dans ce parcours que se situent l'eucharistie, la confession et l'onction des malades.

Voici la leçon qu'il faut tirer de ces aspects historiques par rapport à l'identité de l'aumônier: si son ministère a été articulé surtout sur l'histoire du ministère de la parole, de l'eucharistie, de la rémission des péchés et de la solidarité de toute la communauté avec le membre souffrant, il me semble que ces données sont conformes au sens du Can.564, qui définit l'aumônier comme un prêtre, en sa qualité de collaborateur de l'évêque, premier responsable du soin des malades, puisqu'il représente le Christ Tête et toute la communauté. Mais comme nous l'avons déjà souligné, cette configuration fait appel, par son essence, à une plus large collaboration des laïcs au ministère unique du Christ.

À partir de Vatican II, avec son ecclésiologie de communion, on est devenu plus sensible à un engagement plus important des diacres, religieux et laïcs dans la pastorale des malades. Étant donné la situation ecclésiale actuelle, certaines églises locales prônent une collaboration toujours plus grande de l'aumônier avec une équipe, en d'autres termes, il faut engager davantage les diacres, religieux et laïcs dans la pastorale de la santé. Il me semble que les directives de ce Conseil pontifical vont également dans cette direction⁵¹.

3. La collaboration des laïcs au ministère unique du Christ dans la pastorale de la santé

C'est ici que nous rencontrons l'actualité du problème pastoral. Aujourd'hui, dans les églises locales, il n'y a pas assez de prêtres qui peuvent être mis à la disposition des hôpitaux. Que faire? Il est certainement injuste de donner toujours plus de fonctions aux prêtres qui sont déjà surchargés. On se demande si on ne pourrait pas confier toute la responsabilité de la pastorale des malades à un laïc ou à un groupe de laïcs (bénévoles ou

rémunérés) ou si le diacre ne serait pas habilité à conférer aussi l'onction des malades.

En se fondant sur ce qui a été dit jusqu'à présent, on peut répondre clairement que l'aumônier ne peut être qu'un ministre ordonné. L'aumônier et l'administration des sacrements, comme célébration du ministère salvifique du Christ-Tête, sont inséparables. Mais le Vatican II nous offre une autre voie. Le Concile se rattache au Nouveau Testament lorsqu'il parle des collaborateurs de saint Paul (Rm 16, 1-16; Ph 2,25;4,3; Co 4,10-15, Phm 1,24) et développe presque une théologie des collaborateurs.

Selon cette théologie, sur la base de leur participation (fondée sur le baptême) à la mission salvifique de l'Église, les laïcs sont des collaborateurs directs du ministère unique du Christ⁵². En se basant sur une mission propre, ils peuvent assumer certains devoirs (munia) qui sont étroitement associés au ministère (officia) des pasteurs⁵³. Cela est possible aussi bien pour l'enseignement que pour l'action liturgique et la pastorale (cura animarum). Le Concile parle plus précisément de "cooperatio" dans l'exercice de certains ministères, cette coopération est en même temps "participatio" au ministère ordonné lui-même (LG 33; AA 24; cf. dans CDC can.228,230,759). Le laïc demeure laïc même en exerçant une certaine fonction étroitement reliée au ministère ordonné.

En réalité, il s'agit de la "cooperatio" (LG 33; CDC can.129&2) ou d'une participation des laïcs aux obligations du ministère ordonné, c'est-à-dire concernant la direction de l'Église (LG 37; CDC can. 129 &2) et spécialement dans la création d'institutions synodales (conseils paroissiaux, ici le discours sur l'aumônerie doit être considéré avec la circonspection voulue, déjà soulignée par S.E. Mgr Lozano), comme d'ailleurs dans l'accomplissement de la liturgie (par des créations de ministères comme lecteurs, acolytes, ministère de la communion, conférer le baptême et animer la liturgie: can. 230 &2 et 3),

dans la proclamation de la doctrine et de la parole (LG 35; CDC can. 229, 230 &3; 759, 766). Ces ministères sont conférés par une lettre de mandat de l'évêque. Ainsi, on veut souligner davantage la responsabilité commune de tous les chrétiens, dans la participation au triple ministère du Christ⁵⁴. Ici, le point de départ serait peut-être mieux indiqué par le canon 785 du CDC de 1983. Par rapport au can 517 &2, ce canon ne subordonne pas la collaboration des laïcs à la carence de prêtres, mais les inscrit au sein du ministère dans la perspective des droits et des devoirs fondamentaux de tous les membres du peuple de Dieu.

Si telle est l'intention du document, il n'y a donc aucune raison de redouter une cléricalisation du laïcat. Une responsabilité de coopération et de communication totale exprimerait aussi bien le visage de l'Église comme famille de Dieu, par la diversité de ses membres et de leurs différents charismes⁵⁵, autrement dit, il s'agit d'approfondir et d'exploiter à fond les possibilités qui nous sont offertes par le Concile qui décrit le laïc par sa manière d'être dans le monde (LG 31)⁵⁶ et comme collaborateur dans l'exercice du ministère ecclésial du Christ (LG 33 et 35). Il ne me semble pas que cette collaboration doive être reconnue comme un sacrement dans le sens où l'ont comprise Rahner et Hünnerman⁵⁷. On risque ainsi de susciter des confusions et de rendre absolu *ipso facto* le sacerdoce ordonné, au lieu de le mettre en relation avec d'autres ministères comme des charismes différents pour l'édification de la famille de Dieu en marche vers le Père dans le Fils, par l'Esprit Saint.

Conclusion

En conclusion, nous pourrions dire que l'identité de l'aumônier d'hôpital se définit à partir de l'identité du prêtre ordonné. Cette spécificité de son identité n'exclut cependant pas l'effort de rendre plus efficace et significative la présen-

ce du Christ dans le monde de ceux qui souffrent dans leur corps et tournent leur regard vers le Christ, car ils ont besoin de l'accompagnement de l'Église dans cette phase de leur vie. Cette collaboration ne doit pas supprimer ou diminuer l'identité de chaque membre de la famille de Dieu, mais servir à la croissance de tous dans une aide réciproque.

La situation de crise actuelle peut certainement représenter un temps de renaissance, de renouveau de l'Église, mais cette renaissance ne peut en aucun cas signifier une rupture avec la tradition. Ainsi, l'originalité réelle naît toujours de l'intérieur de la tradition. Avec Jean Paul II, nous pouvons toujours demeurer confiants dans le Seigneur qui, grâce à la crise actuelle, prépare, par l'Esprit Saint, une nouvelle pentecôte pour son Église. En relisant la "Tertio Millenio Adveniente", j'ai retrouvé avec joie la même perspective d'espérance et de confiance dans la présence de l'Esprit du Seigneur qui guide, renouvelle et vivifie l'Église.

M.l'abbé JUVÉNAL
ILUNGA MUYA
Professeur de théologie
fondamentale à l'Université
Urbanienne, Rome

Notes

¹ Selon le Code, l'aumônier est un prêtre/ CDC can 564. Le débat contemporain tourne effectivement autour de cette identité de l'aumônier. Que le thème soit actuel et aborde un problème



pressant et fondamental de la vie de l'Église au seuil du 3^e millénaire peut s'observer aussi parce qu'au cours de ces dernières années, une grande partie des conférences épiscopales se sont intéressées au problème délicat du rapport entre sacerdoce ministériel et sacerdoce commun. Je rappelle simplement les deux lettres de la Conférence épiscopale des Pays-Bas et de la Conférence épiscopale de France ainsi que la communication de l'évêque Walter Kasper à l'occasion de la "Internationale deutschsprachige Generalvikarkonferenz" à Quarten (diocèse de St Gall) du 21 au 26 mai 1995. Toutes les trois ont été publiées dans les années '90: "Au nom du Christ. La parole, le sacrement, le ministère et l'ordination. Lettre pastorale de la Conférence épiscopale des Pays-Bas" dans la Documentation catholique, 4 octobre 1992, n° 2057, 833-846; "Les ministres ordonnés dans une Église-communion. Note théologique du Bureau d'études doctrinales de la Conférence des Évêques de France" dans La Documentation catholique, 3 janvier 1993, n° 2063, 420-429; Walter KASPER, "Der Leitungsdienst in der Gemeinde" (je me réfère à son manuscrit).

² Sur le concept de l'Église comme communion dans Vatican II: cf. Walter KASPER, "L'Église comme communauté. Réflexions sur l'idée directrice de l'écclésiologie du concile Vatican II" in IDEM, La théologie et l'Église, Cerf, Paris 1990, pp. 389-410.

³ Le père Yves Congar a bien décrit cette situation lorsqu'il déclare: "Vatican II a été suivi d'une profonde mutation socio-culturelle qui n'a aucun parallèle dans l'histoire de l'Église pour ce qui regarde son importance, son caractère radical, sa rapidité et son caractère cosmique" et "cette crise n'a pas été suscitée par le Concile", même si, selon Congar, il faut reconnaître que ses racines sont en lui "par le simple fait qu'il y a eu concile, débat": Yves Congar, Le Concile Vatican II, son Église, peuple de Dieu et corps du Christ, Beauchesne, Paris 1984, p. 69-70.

⁴ Cela ne signifie pas que l'Église ne doive pas se sentir famille de Dieu où réside le principe d'égalité (LG 32) dans la diversité des charismes entre les membres suscités par le même Esprit, qui concède à tous les croyants le sens surnaturel de la foi (sensus fidei), qui maintient toute l'Église dans la vérité et s'exprime dans le foi et les coutumes: LG 12, 35; GS 43; AA 2s.

⁵ On rappellera par exemple l'importance des réactions suscitées par la thèse de Hans Küng selon laquelle il y aurait, à l'origine de l'Église, deux formes initiales de ministères: à Jérusalem, l'Église aurait eu une structure plus institutionnelle tandis qu'à Corinthe, la communauté aurait vécu seulement de l'apparition spontanée des charismes en son sein": Hans Küng, l'Église, t.2, "Textes et études théologiques", Desclée de Brouwer, Paris 1968, pp. 554-610. Nous savons que du point de vue de l'exégèse, cette thèse ne résiste pas et n'a pas de fondement historique: cf. COLLECTIF, Le Ministère et les ministères selon le Nouveau Testament, Seuil, Paris 1974.

⁶ Sans mettre en doute l'importance de la collaboration des laïcs à la mission unique du Christ (cf. CEI, n.55), nous voulons souligner seulement le fait que l'engagement efficace, toujours plus significatif des laïcs par des lettres de mission, a suscité des questions sur l'identité même du prêtre et de sa mission. On peut trouver un indice de cette réflexion dans le document de la Conférence épiscopale française: Tous responsables dans l'Église? Assemblée plénière de l'Épiscopat français à Lourdes, Le Centurion, Paris 1973.

⁷ Il suffit de rappeler l'institution en France du "Séminaire de la Mission en France" en 1941 à Lisieux et en 1944 de la "Mission de Paris" pour concrétiser l'idée du prêtre qui partage les conditions de vie du peuple et réalise ainsi sur son lieu du travail le devoir missionnaire. Cette idée s'intègre dans le prolongement du livre des deux prêtres H. GODIN et Y. DANIEL, La France pays de mission?, "Rencontres", 12, Éditions de l'Abeille, Lyon 1943. De cette idée de la présence proche du peuple on passe à la figure du prêtre-ouvrier: EMILE POULAT Naissance des prêtres-ouvriers, Casterman, Paris, 1965.

⁸ Cf. CARDINAL SUHARD, Le prêtre dans la cité, Lettre pastorale du Carême de l'an de grâce 1949, Paris, Éditions A. Lahure 1949.

⁹ MICHEL LABOURDETTE, Le sacerdoce et la mission ouvrière, Une étude de la Commission théologique de la Mission ouvrière, La Bonne Presse, Paris 1959, n° 14.

¹⁰ MICHEL LABOURDETTE, op. cit. n° 13.

¹¹ Cf. G. GRESHAKE, Priestersein. Zur Theologie und Spiritualität des priesterlichen Amt, Freiburg, 1982, 1991, pp. 31-80.

¹² Cette idée de la "representatio Christi" est attestée dans d'autres textes également, chez Lc 10,16: "Qui vous écoute m'écoute". On peut également rappeler ici le caractère sacramental de la parole de Dieu en ce sens qu'il manifeste le mystère salvifique caché en Dieu de toute éternité: RM 16, 25-27; Ep 3, 9-11; Col 1, 25-27. L'apôtre est particulièrement imprégné de cette idée de représentation du Christ au point qu'il conçoit sa vie et ses voyages apostoliques comme manifestations de la victoire du Christ dans le monde: 2 Co 2,14 ou encore 2 Co 4,10: "nous portons partout et toujours en notre corps les souffrances de mort de Jésus, pour que la vie de Jésus soit, elle aussi, manifestée dans notre corps".

¹³ AUGUSTIN, In Joan. 6,7.

¹⁴ Les études de E. SCHILLEBEECKX ont largement contribué à traiter ces questions: E. SCHILLEBEECKX, Kirchliches Amt, Düsseldorf 1981; IDEM, Christliche Identität und kirchliches Amt, Düsseldorf 1985.

¹⁵ Cf. P.J. CORDES, Sendung zum Dienst. Exegetisch-historische und systematische Studien zum Konzildekret "Vom Dienst und Leben der Priest", Frankfurt 1972.

¹⁶ Cf. aussi PO 12.

¹⁷ Pietro Lombardo soulignait déjà ce double aspect en expliquant pourquoi le prêtre dit "offerimus" et pas "offero": PIETRO LOMBARDO, Sent. IV d.13, 1, Cf. LG 10. Ce caractère de représentation de l'Église à travers le prêtre a de nombreuses traces dans la tradition de l'Église: cf. Yves CONGAR, Jalons pour une théologie du laïcat, *Unam Sanctam* 23, Cerf, Paris 1957; cf. IDEM, "Le sacerdoce du Nouveau Testament, Mission et culte, in "Les Prêtres. Décrets Presbyterorum ordinis et Optatam totius, Textes latins et traductions françaises, J. FRISQUE - Y. CONGAR, "Unam Sanctam" 68, Cerf, Paris 1968, pp. 233-256.

¹⁸ CYPRIEN, E.p. 66,8.

¹⁹ AUGUSTIN, Serm. 340, 1 cit. LG 32. Également Thomas d'Aquin pour qui le ministre représente l'Église, discute dans ce sens: Thomas d'Aquin, S. Th.III, 82, 7 ad 3; Suppl. 31, 1 ad 1; S.c.g. IV, 73.

²⁰ CYPRIEN, E.p. 14,4.

²¹ Il suffit de rappeler la question dont on discute encore aujourd'hui, de la distinction conciliaire entre le sacerdoce commun et ministériel. L'expression de cette distinction dans la LG 10: "le sacerdoce commun et le sacerdoce ministériel s'ils diffèrent essentiellement et non pas

seulement en degré, sont cependant coordonnés l'un à l'autre", demande une nouvelle explication. En quoi consiste cette différence essentielle et non seulement en degré? Il me semble que pour les Pères, l'intention ait été d'éviter de mettre au même rang le sacerdoce ministériel et le sacerdoce commun et d'insister surtout sur sa spécificité qui ne dérive pas du sacerdoce commun. Inversement, le sacerdoce commun n'est pas une dérivation du sacerdoce ministériel. Tous deux ont leur source dans le sacerdoce unique du Christ. La différence se trouve au niveau sacramental ("sacramentum tantum"): le sacerdoce ministériel est le signe sacramental de ce qui, au point de vue du contenu ("res sacramenti": le salut communiqué) est donné à tous les croyants, autrement dit la représentation du service salvifique du Christ dans le monde. Être au service de cette mission commune, la rendre efficace au point de vue structurel également et la conserver vivante, voilà ce que constitue l'aspect spécifique du sacerdoce dans l'Église: cf. W. BEINERT, "Autorität und der Liebe willen. Zur Theologie des kirchlichen Amtes" in K. HILLENBRAND, ed., Priester heute. Anfragen, Aufgaben, Anregungen, Würzburg 1990, pp. 32-66, p. 56s.; K. LEHMANN, Das dogmatische Problem des theologischen Ansatzes zum Verständnis des Amtspriestertums" in F. Heinrich, ed., Existenzprobleme des Priesters, München 1969, pp. 121-175; P. NEUNER, Der Laie und das Gotteswolk, Frankfurt 1988, p. 172s.; G. GRESHAKE, Priestersein, p. 192s.

²² PO, n° 2.

²³ COMMISSION THÉOLOGIQUE INTERNATIONALE, Le ministère sacerdotal, Cogitatio Fidei, 60, Cerf, Paris 1971.

²⁴ E. PIN, "La différenciation de la fonction sacerdotale, analyse sociologique" in Concilium 43, 1969, pp. 45-55. A partir de cette distinction, on peut comprendre le passage effectué par Joseph Moingt qui distingue des modèles de sacerdoce: cf. ses articles sur "Essai sur la mutation du ministère sacerdotal" dans Études, avril 1970, ensuite dans Ibidem, Juillet, septembre et octobre 1973.

²⁵ P.O., n° 7.

²⁶ P.O., n° 2.

²⁷ Il suffit de lire ses exhortations apostoliques, lettres aux prêtres pour le Jeudi Saint et homélies à l'occasion d'ordinations pour s'en apercevoir. Il exprime ainsi la question sur l'identité du prêtre: "Qui suis-je? Qu'attendent-ils de moi? Quelle est mon identité? Voilà la question angoissante que se pose souvent le prêtre, qui n'est certainement pas à l'abri des contrecoups de la crise de transformation qui secoue le monde: Jean Paul II, "Le prêtre dans la société contemporaine", Homélie à la messe d'ordination à Rio de Janeiro, le 2 juillet 1980, in La Documentation, 77/n° 1791, 1980, pp. 751-754, p. 751. On lira: P. TOINER, L'Ordre sacerdotal et l'avenir de l'homme, "Théologie nouvelle", Fac-éditions, Paris 1981, p. 167.

²⁸ JEAN PAUL II, "Motu proprio Dolenium Hominum (11 février 1985), n° 1 qui rappelle que, pour l'Église, la pastorale des malades fait "partie intégrante de sa mission".

²⁹ Cf. JOSEF MAYER-SCHEU – RUDOLF KAUTZKY, Vom Behandeln zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Wien/Freiburg/Basel, 1980, pp. 138s.

³⁰ Cf. HANS WALTER WOLFF, Anthropologie des AT, München, 1977(3), pp. 211s.

³¹ Cf. HEINRICH SCHIPPERGES, "Die Entwicklung der 'cura' im Verständnis der therapeutischen Dienste" in JOSEF MAYER-SCHEU – RUDOLF KAUTZKY, Vom

Behandeln zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Wien/Freiburg/Basel, 1980, 40-55, p. 41.

³² Chez les apôtres et les personnes souffrantes, l'Église "reconnaît ... l'image de son Fondateur, pauvre et malade": LG 8.

³³ Cf. THOMAS BONHOEFFER, Ursprung und Wesen der christl. Seelsorge, München 1985, p. 11.

³⁴ Cf. PEDRO LAIN EENTRALGO, Keilkunde in gesch. Entscheidung, Salzburg 1950, p. 100s.

³⁵ Cf. Lettre de Polycarpe aux Philippiens, 6,1.

³⁶ Cf. AUGUST HARDELAND, Geschichte der speciellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirchen und der Kirche der Reformation, Berlin 1898, p. 22.

³⁷ Cité par EUSÈBE, H.E., 7, 22, 7-10.

³⁸ Cf. JEAN-PIERRE SCHALLER, Les sacrements: remèdes d'immortalité, Rome 1990.

³⁹ Cf. CYPRIEN, De Lapsis, 14.

⁴⁰ Cf. GERHARD UHLHORN, Die christlichen Liebeshärtigkeit, I, Alte Kirche, Stuttgart 1882, 316s.

⁴¹ Cf. Reg. Ben 36.

⁴² A. HARDELAND, op. cit. p. 190.

⁴³ PAUL DIEPGEN, Über den Einfluss der autoritativen Theologie auf die Medizin des M.A., Wiesbaden 1958.

⁴⁴ Cf. CHRISTIAN PROBST, "Das Hospitalwesen im hohen und späten M.A. und die geistliche und gesellschaftliche Stellung der Kranken" in GERHARD BAADER GUNDOLF KEIL, Medizin im m.a. Abendland, Stuttgart 1932, p. 265.

⁴⁵ Voir par exemple le commentaire sur la règle de l'Ordre du Saint-Esprit au 15^e siècle: Liber regulae S. Spiritus, ed. A.F. La Cava, Mailand 1949, 128s.

⁴⁶ Il exhorte en disant "laissons-nous confesser, conseiller, aider et prier les uns les autres... et ne doutons pas de l'acquiescement de Dieu à notre égard": MARTIN LUTHER, "Von der Beicht, WA 8, 184, 21-24.

⁴⁷ BERNHARD WALTER MARPERGER, Getreue Anleitung zur wahren Seelenkur bei Kranken und Sterbenden, Nürnberg 1717, 212s.

⁴⁸ Cf. HANS CHRISTOPH PIPER, Klinische Seelsorge-Ausbildung, Berlin 1972; Joachim SCHARFENBERG, Seelsorge als Gespräch, Göttingen 1972.

⁴⁹ J.J. ROHDE, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1974; Johannes SIEGREST, Arbeit und Interaktion im Krankenhaus, Stuttgart 1978.

⁵⁰ Cf. JOSEF MAYER-SCHEU, Seelsorge im Krankenhaus, Mainz 1977; Michael KLESSMANN, In der Krise begleiten. Probleme und Aufgaben des Pfarrers am Krankenbett", in EK 16, 1983, pp. 543-547.; IDEM, "KrankenHausseelsorge heute" in Themenheft Wzm 29, 1977, H.1.

⁵¹ Cf. PONTIFICIA COMMISSIONE DE APOSTOLATU PRO VALENTUDINIS ADMINISTRIS, Les religieux dans le monde de la souffrance et de la santé, Rome 1987; Les laïcs dans le monde de la souffrance et de la santé, Rome 1987; "Curate Infirmos" et la vie consacrée, Cité du Vatican 1994.

⁵² Cf. CEI, Directives pour la vie de nos séminaires, Coll. Documenti Chiese locali n° 85, EDB, Bologne 1999, n° 55.

⁵³ On peut remarquer ici que le Concile lui-même est incertain pour préciser la différence entre "munus" (LG 33 au sujet des laïcs) et "sacra officia" (LG 35, 37 en référence aux prêtres). En effet, une distinction entre la fonction sacramentelle et les ministères non sacramentels tend à se préciser. Mais on peut noter que d'une part, on utilise aussi le terme ministère (ministerium) pour les prêtres dans la LG 18 et d'autre part, à différents endroits, on utilise le terme apostolat (munus: Ig 33; sacra officia: LG 35, 37) pour les laïcs: cf. W. BEI-

NERT, Autorität um Liebe willen, p. 35.

⁵⁴ Cf. KARL RAHNER, "Über das Laie-napostolat" in Schriften zur Theologie, II, Einsiedeln 1961, pp. 339-379, p. 351. IDEM, "Sakramentale Grundlegung des Laienstandes in der Kirche" in Schriften zur Theologie, VII, Einsiedeln 1966, pp. 330-350.

⁵⁵ Et il me semble, en effet, que dans le cas de l'Église congolaise, on ait su dès 1975, avec le cardinal Joseph Malula, appliquer cette belle conception de Vatican II, poursuivie dans "Ministerie quae-dam" de Paul VI (1972) et Evangelii Nuntiandi (1975) en évitant ce danger. Je fais allusion ici à l'institution des Bakamby (pluriel de Mokambi), c'est-à-dire un laïc nommé par l'évêque à la direction d'une paroisse, dans le sens de l'administration paroissiale et de l'organisation de l'activité pastorale. Il travaille avec un prêtre, qui n'est pas le curé, et sa fonction consiste à représenter l'évêque sur place puisque l'évêque est responsable de la pastorale. Sa fonction se limite ici à celle du modérateur comme le stipule le canon 517 & 2. Il exerce la responsabilité des devoirs spécifiquement presbytéraux. Cf. Archidiocèse de Kinshasa, Les ministères laïcs à Kinshasa, Kinshasa 1985; l'Avenir des ministères laïcs. Enjeux ecclésiologiques et perspectives pastorales, L. SANTEDI KINPUDU, éd., Signes des Temps, Kinshasa 1997; A. MÄTENADI FINIFINI, Le statut juridique du catéchiste en territoire de mission. Structure et signification du canon 785 du Code de droit canonique de 1983, Ottawa, 1988; IDEM "L'expérience pastorale des bakamby: histoire et perspectives" in Revue Africaine de Théologie 17, 1993, pp. 227-235; Œuvres complètes du Cardinal Malula, L. de Saint Moulin, vol. 6. Textes concernant le laïcat et la société, Facultés Catholiques de KINSHASA, 1997. Il se différencie du système allemand de "Pastoralreferenten et pastoralreferentinnen": cf. H.J. POTTMEYER, "Thesen zur theologischen Konzeption des pastoralen Dienstes und ihrer Zuordnung" in ThGI 55, 1976, pp. 313-337.; W. KASPER, "Die schädlichen Nebenwirkungen des Priestermangels" in Stimmen der Zeit 195, 1977, pp. 129-135; K. RAHNER, "Pastorale Dienste und Gemeindeleitung" in Stimmen der Zeit, 195, 1977, pp. 733-743; P. HÜNERMANN, "Ordo in neuer Ordnung? Dogmatische Überlegungen zur Frage der Amter und Dienste in der Kirche heute" in F. KLOSTERMANN, éd. Der Priestermangel und seine Konsequenzen, Düsseldorf 1977, pp. 58-94; G. GRESHAKE, "Der theologische Ort des Pastoralreferenten und sein Dienst" in LS 29, 1978, pp. 18-27; IDEM, Priestersein, p. 72; F. KLOSTERMANN, Zur neuen Ordnung der "pastorale Dienste" in der BRD in Diakonia 9, 1978, pp. 129-139; H. SOCHA, "Der Dienst der Pastoralreferenten und die eine geistliche Vollmacht" in Archiv für Kirchenrecht 147, 1978, pp. 377-405. W.J. HENTSCHEL, Pastoralreferenten – Pastoralassistenten, Eischätt-Wien 1986; P. NEUNER, Der Laie und das Gotteswolk, Frankfurt 1988, pp. 191-203.

⁵⁶ À ce sujet, le document du Conseil

pontifical pour la Pastorale de la Santé

est éclairant: Les laïcs dans le monde de

la souffrance et de la santé, Rome 1987,

qui parle de l'engagement du laïc dans le

domaine de la pastorale de la santé com-

me un ministère, une diaconie qui jaillit

de la nature même du laïc en tant que

membre de l'Église, de sa condition de

baptisé et de séculier: n° 8.

⁵⁷ Cf. K. RAHNER, "Pastorale Dienste und Gemeindeleitung" in Stimmen der Zeit, 195, 1977, pp. 733-743; P. HÜNER-

MANN op. cit. in F. KLOSTERMANN, éd.,

Düsseldorf 1977, pp. 558-94.

⁵⁸ Voir les précisions de G. GRESHAKE,

Priestersein, p. 72.

L'aumônier catholique de la Pastorale de la santé dans le Droit canonique

1. Présentation de la législation en vigueur

a. Dans le Code de Droit Canonique

Les canons 564-572 n'ont pas d'équivalents dans le Code oriental. Mais on peut trouver quelque chose de semblable dans le fait que le Code oriental connaît lui aussi la paroisse personnelle, au can. 280: “*... id expedit, erigantur paroeciae personales... vel alia definita ratione determinatae*”.

a.1. Le concept can. 564 et 568

Deux concepts clés: prêtre, et charge pastorale

L'aumônier est le prêtre à qui est confiée de manière stable, et au moins en partie, la charge pastorale d'une communauté ou d'un groupe de fidèles, cette charge devant être remplie selon les règles du droit universel et particulier (564).

Il y a de nombreuses catégories d'aumôniers: le Code prévoit explicitement les suivantes: – aumôniers d'une maison d'un Institut religieux laïc; – aumôniers d'hôpitaux et de prisons, – aumôniers de la mer, aumôniers d'émigrés, de nomades, de navigateurs; – aumôniers militaires, etc...

Parmi ces catégories, les deux premières sont plus particulièrement concernées par le

problème de la santé: en fait, de nombreux instituts religieux laïcs ont eu précisément pour objectif la prise en charge des malades.

Et les hôpitaux eux-mêmes ont de nombreuses fois été fondés par de pieuses confréries...

Le mot *chaplain* vient de “*cappa*” (manteau) et fait référence au manteau de saint Martin, conservé dans le trésor de la basilique de Saint Denis, à l'origine de la couleur bleue du drapeau français; ce manteau partagé avec le pauvre d'Amiens est donc tout un symbole: l'aumônier, c'est le prêtre selon le modèle de saint Martin, chargé de distribuer les secours de l'Église. Puis, en français, nous avons le mot *aumônier*, désignant le même prêtre, chargé des aumônes.

Le can. 568 amplifie le concept: reprenant le vœu conciliaire exposé en CD 18, on souhaite que l'on institue, dans la mesure du possible, des aumôniers “pour ceux qui ne peuvent pas profiter des soins ordinaires des curés”. Le motu proprio *Ecclesiae Sanctae I,19* pour l'application de ce décret demande aux conférences d'Évêques “de confier à un prêtre délégué ou à une commission particulière tout ce qui concerne l'étude et l'organisation du service pastoral” des groupes particuliers de fidèles. On visait particulièrement les migrants, mais la notion vaut pour tous.

Quelques réflexions. Ces dispositions sont nouvelles et sont le résultat de la décision conciliaire de faire étudier par les conférences d'Évêques la manière de répondre au droit de recevoir en abondance la parole de Dieu et les sacrements pour les fidèles “qui ne peuvent pas profiter suffisamment du ministère pastoral ordinaire et commun des curés”.

On ne pensait pas en priorité au monde de la pastorale de la santé, mais aux migrants. C'est pour eux qu'au cours de ce

siècle la Congrégation consistoriale avait déjà établi des dérogations particulières. Mais le principe vaut pour tous.

Il est intéressant de souligner que les canons du Code de 1917 qui traitaient de cette question sont ceux qui concernent les aumôniers des associations: de fait, souvent on ne trouve pas dans l'église particulière le dispositif institutionnel spécifique qui puisse répondre à tous les droits des fidèles, mais il faut l'intervention de charismes particuliers, exprimés traditionnellement dans les associations: les premières associations de fidèles, dans l'Église, se manifestent au troisième siècle, avant même que l'Église ait pu faire connaître publiquement ses institutions, et surgissent précisément pour l'aide aux malades¹. Lorsque ces charismes sont institutionnalisés par l'Église universelle, ces institutions deviennent de fait un don fait par l'Église universelle à tant d'églises particulières.

a.2. Nomination et révocation

La règle générale est la nomination par l'Ordinaire du lieu:

“A moins que le droit ne dispose autrement, ou que quelqu'un ne jouisse légitimement de droits spéciaux, l'aumônier est nommé par l'Ordinaire du lieu, auquel il revient d'instituer celui qui est présenté ou de confirmer celui qui a été élu (565).”

Mais il peut y avoir des exceptions:

– 1. La première, qui concerne le processus précédant la nomination, est contenue dans le canon 567: l'Ordinaire ne procède pas à la nomination de l'aumônier d'un Institut religieux laïc sans avoir consulté le supérieur qui a le droit, après avoir pris l'avis de la communauté, de proposer un prêtre (567/1).

C'est une nouveauté: puisqu'il s'agit de proposer et non



de présenter, le supérieur n'est pas tenu de proposer celui qui a été désigné par la communauté, ni l'Ordinaire n'est obligé de nommer celui qui est proposé.

– 2. En ce qui concerne les associations publiques, il faut tenir compte du canon 317, §1, qui oblige l'évêque à consulter les officiers majeurs de l'association, là où c'est opportun, avant de nommer l'aumônier.

– 3. Il n'est pas dit clairement si le "conseiller spirituel" qui est prévu pour les associations privées au canon 324, et qui est nommé selon une procédure particulière, possède le caractère d'aumônier. Pour le Professeur de Echeverria, la réponse est affirmative.

Pour de justes motifs, et selon sa prudente décision, l'Ordinaire du lieu peut révoquer l'aumônier de son office, même s'il a été élu ou présenté par d'autres, restant sauve la disposition du c. 682/2 (cf 572).

C'est un principe qui vaut pour tous les offices dont le titulaire est révocable: on maintient à la fois la liberté de l'Ordinaire, et le droit du supérieur qui doit être informé à temps de ce qui concerne ses subordonnés.

Lorsqu'il s'agit d'un religieux, celui-ci peut donc être révoqué soit par l'Ordinaire du lieu soit par son supérieur religieux, sans qu'il soit besoin d'un accord entre eux: il suffit que l'auteur de la révocation informe l'autre partie de cette décision.

a.3. *Facultés c. 566²*

L'importance de ce Canon provient de ce qu'il permet de mieux comprendre la haute idée que se fait la législation de l'Église de la figure de l'aumônier.

A) Principe général: l'aumônier doit jouir de tous les pouvoirs nécessaires à l'exercice d'un bon *ministère pastoral*.

Ex.: can. 911: les aumôniers ont le devoir et le droit de donner la Sainte Eucharistie en via-tique.

B) Principe particulier: En plus des facultés accordées par le droit particulier ou par délégation particulière en raison de sa charge, il a la faculté:

a) d'entendre les confessions des fidèles confiés à ses soins;

Selon le c. 967/2, cette faculté accordée *en raison de la charge* vaut partout, sauf si une interdiction portée par l'Ordinaire du lieu s'y oppose.

b) de leur prêcher la parole de Dieu;

c) de leur porter le Viatique et de leur administrer l'onction des malades;

d) d'administrer aussi le sacrement de confirmation à ceux qui sont en danger de mort (566/1),

C) Principe très particulier: dans les hôpitaux, dans les prisons et au cours des traversées maritimes, l'aumônier a aussi la faculté, qui ne peut être utilisée que dans ces endroits, d'absoudre des censures latae sententiae non réservées ni déclarées, restant sauve la disposition du c. 976 (566/2).

Cette faculté n'est accordée ni aux curés ni aux doyens, ce qui souligne l'extension de la vraie "charge pastorale" devant laquelle nous nous trouvons. Et cette fois le monde de la pastorale de la santé est mentionné explicitement.

Puisqu'on parle d'"absoudre", les commentateurs considèrent que cela se limite au *for interne sacramental*.

– Les aumôniers militaires sont régis pas des lois particulières (569).

a.4. *Devoirs*

1.- Cette fameuse "charge pastorale" en fonction de laquelle son office a été créé.

2.- Être recteur s'il y a une église annexe.

3.- Célébrer ou diriger les fonctions liturgiques lorsqu'il est aumônier d'un institut séculier, mais sans s'immiscer dans le gouvernement interne de l'institut.

4.- Dans l'exercice de sa charge pastorale, l'aumônier doit entretenir avec le curé les rapports qui conviennent (571).

Par exemple, l'aumônier ne peut pas dispenser la communauté des jours de fête de précepte ou des pénitences, ni les commuer, parce que ces dispenses sont de la compétence du supérieur pour les instituts de droit pontifical, ou du curé lorsqu'il s'agit d'instituts laïcs ou de droit diocésain (c. 1245)

Il appartient au jugement de l'Ordinaire du lieu de décider si les célébrations solennelles



dans l'église non paroissiale portent dommage au ministère paroissial ou non (c. 559).

b. *Dans l'instruction interdicastérielle*

Article 1. Nécessité d'une terminologie appropriée

§ 3. Le fidèle non-ordonné peut être appelé génériquement "ministre extraordinaire" seulement quand il est appelé par l'autorité compétente à accomplir, uniquement dans des fonctions de suppléance, les charges considérées par le can. 230, § 3,ⁱ et par les canons 943 et 1112. Naturellement on peut utiliser le terme concret qui détermine canoniquement la fonction confiée, comme par exemple catéchiste, acolyte, lecteur, etc.

La députation temporaire dans les actions liturgiques considérées par le can. 230, § 2 ne confère aucune dénomination spéciale au fidèle non-ordonné.ⁱⁱ

Il n'est donc pas licite de faire prendre à des fidèles non-ordonnés la dénomination de "pasteur", d'"aumônier", de "chapelain", de "coordinateur", de "modérateur" ou autres dénominations qui, quoi qu'il en soit, pourraient confondre leur rôle avec celui du pasteur, qui est uniquement l'évêque et le prêtre.ⁱⁱⁱ

2. *Trois questions plus "chaudes"*

Ce dernier enseignement, celui de l'Instruction interdicastérielle, nous oblige à prendre position dans le débat actuel; il semble bon de clarifier certains points, pour voir, tant au point

de vue de la doctrine qu'au point de vue de l'opportunité pastorale quelles sont les solutions possibles, compte tenu du bien de l'Église, pour garantir un service plus adapté aux malades. Il s'agit d'"ouvertures" en harmonie avec l'ensemble de la discipline de l'Église, et non d'exceptions érigées en système pour faire pénétrer dans l'Église des concepts qui par eux-mêmes lui seraient étrangers. Il me semble qu'il y a des voies à suivre tant dans le domaine de la définition de nouvelles fonctions ecclésiastiques confiées à des laïcs – sous la responsabilité pastorale d'un prêtre – que dans le domaine de l'extension des facultés des aumôniers, et que dans le domaine de la création de nouvelles aumôneries. Mais puisque tout ce système dépend de la conception que l'on se fait de l'identité sacerdotale et de son rôle dans l'Église, nous développerons surtout le premier point, à titre de base de toute la discipline.

a. La question de l'identité sacerdotale de l'aumônier

L'aumônier "est sacerdos".

Il peut y avoir d'autres personnes engagées dans la pastorale de la santé, mais pas avec ce titre ni avec ces facultés.

Déjà le Directoire pour le ministère des évêques *Ecclesiae imago*, au n. 183, à propos de la création de centres spécialisés d'apostolat, distinguait d'une part la mission avec "cura animarum" et d'autre part le simple "centre pastoral" où un soin relatif, comprenant spécifiquement les soins charitables, pouvait "être confié aussi à des diacres, et même, en l'absence de diacres, à des religieuses ou à des laïcs qui exerceraient les fonctions permises par leur statut".

Une double "collaboration" des laïcs prévue par le Code de Droit canonique

Le principe de la collaboration au ministère sacerdotal est formulé dans le corpus canonique actuel: le Code de droit canonique latin de 1983, d'abord, évoque, dans le canon 228 § 1 qui parle d'une *habilitas* des laïcs envers les "offices" (*officia*) ecclésiastiques

et les "charges" (*munera*), la possibilité de la "participation à des charges plus proches de l'office des pasteurs"; le Code des canons des Églises orientales de 1990, ensuite, reformule ce même principe, en s'appuyant sur le concile pour ordonner de façon plus logique deux niveaux de collaboration, et parle de la possibilité pour les laïcs "d'être affectés à des charges ecclésiastiques"³:

nus, la commission d'interprétation du Concile, devenue commission d'interprétation des lois⁶, fonde donc, pour le Code latin, cette collaboration très spécifique sur trois périodes: la constitution dogmatique sur l'Église *Lumen Gentium* au n° 33, le décret sur la charge pastorale des évêques *Christus Dominus* au n° 10 et le décret sur l'apostolat des laïcs *Apostolicam Actuositatem* au

CIC 1983	CCEO 1990
228 § 2 : Les laïcs qui se distinguent par la science requise, la prudence et l'honnêteté, ont capacité à aider les pasteurs de l'Église comme experts ou conseillers, même dans les conseils selon le droit.	408 § 1: Les laïcs qui se distinguent par la science requise, l'expérience et l'honnêteté sont aptes à être entendus comme experts ou consulteurs par les autorités ecclésiastiques soit à titre individuel soit comme membres de divers conseils et assemblées, telles que les assemblées et conseils paroissiaux, éparchiaux, patriarchaux.
228 § 1 : Les laïcs reconnus idoines ont capacité à être admis par les pasteurs sacrés aux offices ecclésiastiques et aux charges (<i>munera</i>) que les dispositions du droit leur permettent d'exercer ⁴ .	408 § 2: En plus des charges ecclésiastiques (<i>munera ecclesiastica</i>) auxquelles ils sont admis par le droit commun, les laïcs peuvent être affectés par l'autorité compétente aussi à d'autres charges (<i>munera</i>), à l'exception de celles qui requièrent l'ordre sacré ou de celles qui sont interdites expressément aux laïcs par le droit particulier de leur Église de droit propre.
	408 § 3 : En ce qui concerne l'exercice d'une charge ecclésiastique, les laïcs sont entièrement soumis à l'autorité ecclésiastique (AA 20d).

L'intérêt de ce premier groupe de canons vient essentiellement des références invoquées, qui sont exclusivement conciliaires.

Les documents conciliaires sont encore trop inexplorés, au niveau de leur sens réel tel que l'expriment les "relations" et les "modi" d'après lesquels ils ont été votés et qui sont pratiquement inédits⁵, pour permettre une vue d'ensemble; mais à défaut de cette synthèse, l'Église étant un corps vivant, notre attention portera surtout sur les passages qui ont effectivement marqué la conscience qu'elle avait d'elle-même, sur ce point précis d'une collaboration, non seulement à "l'apostolat hiérarchique de l'Église" – pratiquée dès les temps de saint Paul, puis dans quantité de domaines comme dans les associations de fidèles, les ordres mineurs, l'Action catholique, etc. –, mais aussi au "ministère pastoral" en tant que tel.

Les textes fondateurs du concile Vatican II
Au plan des principes recon-

n° 24. Le Code oriental trie ces références, et en ajoute de nouvelles: *Lumen Gentium* 33 est invoqué pour les deux types de collaboration, *Christus Dominus* 10 seulement pour le premier, à savoir pour l'apostolat hiérarchique, et *Apostolicam Actuositatem* 24 seulement pour le second, c'est-à-dire pour le ministère pastoral en tant que tel; dans les deux cas, il se réfère en outre à *Lumen Gentium* 37; pour le premier type de collaboration, il cite encore *Christus Dominus* 27, *Apostolicam Actuositatem* 20b et 26, les décrets sur l'activité missionnaire *Ad Gentes* au n° 30 et sur le ministère et la vie des prêtres *Presbyterorum Ordinis* au n° 17, tandis que pour le second type il invoque *Christus Dominus* 27 et *Ad Gentes* 17. Quant à la soumission à l'autorité ecclésiastique dans l'exercice de toutes ces charges, le Code oriental renvoie à *Apostolicam Actuositatem* 20d⁷.

Des "charges" ecclésiastiques pour les laïcs
La question qui nous occupe

étant celle du second type de collaboration, celle qui peut apparaître la plus novatrice, la plus proche du sacrement de l'Ordre, il nous faut citer ces textes en même temps que les éclaircissements officiels donnés par les commissions de rédaction⁸. Dans *LG* 33, on peut lire:

“Outre cet apostolat qui concerne tous les fidèles sans exception, les laïcs peuvent de surcroît être appelés de diverses manières à apporter une collaboration plus immédiate à l'apostolat de la hiérarchie (cf. Pie XII, alloc. *Six ans se sont écoulés*, 5 oct. 1957)^{m.17}, à la manière de ces hommes et de ces femmes qui secondaient l'apôtre Paul dans la proclamation de l'Évangile et qui peinaient lourdement dans le Seigneur (cf. Phil. 4,3; Rom 16, 3s).

Par ailleurs, ils ont une aptitude à être nommés au service de la hiérarchie (*ab hierarchia adsumantur*) en vue de l'exercice de certaines fonctions ecclésiastiques à finalité spirituelle (*ad quedam munera ecclesiastica, ad finem spiritualem exercenda*)^{Rel.F m.18 m.19⁹}.

Il ressort des explications des commissions de rédaction plusieurs clarifications.

L'unique vraie nouveauté est constituée par cette phrase: “par ailleurs les laïcs sont aptes à être nommés par la hiérarchie à certaines charges ecclésiastiques à exercer dans une fin spirituelle”. En quoi consistent donc ces “charges ecclésiastiques”? La relation à la lettre F, concernant l'avant-dernier texte, celui qui pouvait encore inclure des modifications même substantielles votées par les Pères, dit simplement qu'on a

introduit là une “idée complémentaire”, tirée de la longue liste de propositions du cardinal Suenens. Mais la lecture de cette “*Propositio nova ordinatione capitum*” de septembre 1963, déjà louée par la commission, n'aide pas à comprendre pourquoi la commission a jugé bon de la retenir: la phrase en question est dite telle quelle par le cardinal, en conclusion du paragraphe sur l'égalité et l'inégalité des membres de l'Église du Christ, et sans que l'on trouve plus d'explication dans les autres interventions du prélat. Il semble donc que la phrase ait été insérée dans la constitution comme une affirmation générique, permettant une progression logique au sein du paragraphe.

Le *modus* 18 montre que pour un Père au moins, cette phrase manque de clarté, il ne voit pas bien s'il s'agit d'autre chose que de “l'appel à collaborer à l'apostolat de la hiérarchie”, pour ne pas parler du mandat propre aux associations reconnues par l'Église. La commission refuse alors de supprimer son texte, et précise qu'il s'agit là des *munera “ecclésiastiques”*, dont elle donne deux exemples: économie d'une institution religieuse et catéchiste au sens strict.

Si l'on se reporte au texte de *AG* 17, on voit d'ailleurs qu'il s'agit non pas des catéchistes qui se contentent de guider les prières et d'avoir une mission d'enseignement dans leur communauté, mais de ceux des pays de mission, qui sont pris à plein temps, et qui à ce titre ont droit à une rémunération:

“De nos jours, alors qu'il y a peu de clercs pour évangéliser de si grandes multitudes et pour exercer le ministère pastoral, l'office des catéchistes a une très grande importance. Leur formation doit donc être complétée et adaptée aux progrès culturels de sorte qu'ils puissent s'acquitter au mieux de leur charge (*munus*), sur laquelle pèse un fardeau nouveau et plus étendu, en tant que coopérateurs valables (*validi cooperatores*) de l'ordre sacerdotal.

Il faut donc multiplier les écoles diocésaines et régionales dans lesquelles les futurs catéchistes étudieront avec soin tant la doctrine catholique, sur-

tout en matière biblique et liturgique^{m.1}, que la méthode catéchétique et la pratique pastorale, et se formeront aux mœurs des chrétiens [...].

De plus, à ceux qui se dévouent à plein temps à cette œuvre, il faut assurer par une juste rémunération un état de vie décent et la sécurité dans le domaine social^{Rel.A} [...].

Par ailleurs, il faut souhaiter que là où cela paraîtra opportun, les catéchistes dûment formés reçoivent une mission canonique^{m.3} au cours d'une action liturgique à célébrer publiquement, pour qu'ils soient au service de la foi auprès du peuple avec une plus grande autorité^{Rel.B}.

En outre, dans ce même texte de *AG* 17, la commission souhaite que les catéchistes puissent recevoir une mission canonique, sans distinguer entre les catéchistes auxiliaires et les catéchistes au sens strict: c'est dire que ce n'est pas la mission canonique qui confère le “*munus ecclésiastique*” auquel la hiérarchie peut appeler. Au *modus* 3, la commission reconnaît même que cette “mission canonique” n'a pas de valeur “canonique” au sens propre! On affirme qu'il s'agit simplement d'une pratique répandue et que le décret y encourage là où cela peut contribuer à attribuer une plus grande autorité au service de la foi que rendent les catéchistes.

Il s'agit bien d'une “autorité”, mais pas d'une “potestas”: la lettre de mission éventuelle, que le nouveau Code ne prévoit pas plus que l'ancien, ne confère aucun pouvoir, et donc ne retire rien au gouvernement des pasteurs propres que sont les curés et les aumôniers par assimilation.

Le texte du décret sur l'apostolat des laïcs, *Apostolicam Actuositatem* 24, était encore plus catégorique:

“Enfin la hiérarchie confie aux laïcs certaines charges (*munia quaedam committit*) qui sont liées plus étroitement aux devoirs des pasteurs (*propius cum officiis pastorum coniuncta sunt*)^{m.34}: dans la présentation de la doctrine chrétienne, dans certains actes liturgiques, dans le soin des âmes. En vertu de cette mission, les laïcs sont pleinement soumis au gouver-



nement (*moderationi*) des supérieurs ecclésiastiques en ce qui concerne l'exercice de ces charges (*muneris*)^{Rel.F}".

Pour ne pas créer de confusion, et donner l'impression que le pouvoir de juridiction pouvait ainsi être transmis par voie non-sacramentelle, ce qui était une matière débattue n'appartenant pas à la doctrine commune, et sur laquelle on ne pouvait donc fonder aucune discipline, il expurgea toute référence à la notion de "mandat", de "mission canonique" et de "participation à l'apostolat de la hiérarchie". Voir à ce sujet la relation F en note.

"Munera" et "officia" au sens large

Tout repose donc sur les deux niveaux particuliers de collaboration distingués par *LG* 33 (les conseils et d'éventuelles charges). *LG* 37 ne fait que reprendre cette distinction, mais cette fois-ci en présentant la relation des laïcs à la hiérarchie du point de vue des pasteurs:

"Que les pasteurs sacrés, de leur côté, reconnaissent et promeuvent la dignité et la responsabilité des laïcs dans l'Église; qu'ils aient volontiers recours à leur conseil prudent, qu'ils leur confient avec assurance des charges au service de l'Église (*in servitium Ecclesiae officia committant*) et qu'ils leur laissent la liberté et le champ pour agir, qu'ils les encouragent même à entreprendre des activités de leur propre initiative"^{Rel.K}. Qu'avec un amour paternel ils considèrent attentivement dans le Christ les entreprises, les avis et les désirs exprimés par les laïcs. Qu'ils reconnaissent en la respectant la juste liberté qui appartient à tous dans la cité terrestre^{Rel.M}".

Or les charges ecclésiastiques dont il s'agit ici, et qu'une "lettre de mission" ne suffit pas à conférer, sont en réalité des offices: en effet, le mot latin employé par *LG* 37 est explicitement "officia", tandis que *LG* 33 parle de "munera" "à exercer dans une finalité spirituelle"; cela renvoie de manière assez explicite à la définition de "l'office ecclésiastique au sens large", telle qu'elle était présentée alors par la première partie du can. 145 § 1 du *Code de droit canonique* de 1917, et

déjà canonisée par *Presbyterorum Ordinis* 20 comme étant désormais le sens générique de l'office dans l'Église. La relation C de la rédaction anté-pénultième de ce dernier décret montre d'ailleurs que, déjà en 1964, il avait été décidé qu'un des principes de refonte de la législation serait d'adopter généralement l'acception large de l'office ecclésiastique, et non plus son acception étroite qui l'obligeait à comporter une participation au pouvoir d'ordre ou de juridiction. Quel que soit le bien-fondé de cette réforme – en effet, est-il vraiment possible de structurer l'institution de l'Église à partir d'offices qui ne tiennent compte en premier lieu ni du sacrement ni même de la nécessité d'un pouvoir coactif? –, elle signifie que "la participation au pouvoir n'entre pas dans le concept de l'office"¹⁰, ni même la participation au sacrement de l'Ordre.

On doit noter, à propos de *LG* 33, que le texte ne distingue pas entre les "officia" et les "munera". D'après des extrapolations successives, on a prétendu que l'Église locale jouirait d'une priorité par rapport à l'Église universelle¹¹, ce qui impliquerait l'obligation de reconnaître des *munera* spontanés chez les laïcs (dans la paroisse en particulier), et parfois de les ériger en offices ecclésiastiques vrais et propres; mais rien de cela ne peut invoquer le fondement conciliaire: *LG* 33 ne distingue pas entre les *munera* et les *officia*, elle conçoit les *munera* non pas au sens ontologique de fondement de la *Sacra Potestas* conférée par une consécration (comme au ch. III sur la hiérarchie), mais au sens générique de devoir ou de rôle.

"Collaborateurs" ou "coopérateurs"?

Dans l'organisation de l'Église, les laïcs peuvent donc recevoir une place assez particulière: elle est exaltée, puisque leurs sont ouverts des offices relativement rares, plutôt à plein temps et mieux définis que ce que comportent les nombreuses missions canoniques, lesquelles permettent pourtant aux ministres, évêques y compris, d'exercer leur "sacra potestas" native¹². En mê-

me temps, cette place est très délimitée: *Christus Dominus* 27 trouve ambigu que l'on attribue le titre de "coopérateurs" même aux laïcs qui remplissent un office dans la curie diocésaine, et limite leur apport à "une aide de l'évêque":

"Les prêtres et les laïcs^{m.99 m.100} qui appartiennent à la curie diocésaine doivent savoir que par leur travail ils apportent leur concours (*adiutricem operam præstare*)^{m.101} au ministère pastoral de l'évêque. Que la curie diocésaine soit organisée de telle sorte qu'elle devienne pour l'évêque un instrument adapté, non seulement pour administrer le diocèse, mais aussi pour exercer les œuvres d'apostolat.

Il en va de même pour le mot "coopérateurs": probablement parce qu'il désigne déjà la mesure de "sacra potestas" conférée aux prêtres dès l'ordination, et donc a un fondement sacramental; *LG* 28 disait des prêtres qu'ils sont "providi cooperatores" de l'ordre épiscopal, et non seulement son aide et son instrument. Le décret conciliaire sur la charge pastorale *Christus Dominus* ne fait nulle part mention des laïcs comme collaborateurs, pas même dans son chapitre 2-III sur les coopérateurs de l'évêque diocésain; on parle bien d'un devoir de coopérer qui concerne les curés, mais il s'agit de coopérer avec d'autres pasteurs: on ne leur impose aucun devoir de coopérer avec les fidèles comme si cela faisait partie de leur mission. Au contraire les modi 1, 3 et 6 sur *CD* 11 excluent explicitement les laïcs et les diaires de la définition conciliaire du diocèse comme "portion du peuple de Dieu confiée à un évêque qui doit la paître avec la coopération d'un presbyterium". Quand un Père demanda si on ne pouvait pas rajouter à cette définition "avec la coopération du presbyterium et aussi des laïcs", on lui répondit sèchement que les laïcs ne paissaient pas¹³".

Les laïcs ne sont pas "pasteurs"

Rien ne permet donc de dire que la coopération, la collaboration ou la participation des laïcs appartienne à la notion de "charge pastorale des pas-

teurs": dans le concile, seul le décret *Apostolicam Actuositatem* 10 parle du soin des âmes à propos des laïcs, et encore en ces termes: "(les laïcs) se dépensent pour collaborer à la transmission de la Parole de Dieu, surtout par l'enseignement catéchétique; en apportant leur compétence, ils rendent plus efficace le soin des âmes et même l'administration des biens de l'Église".

D'ailleurs nous avons vu comment AA 24 parle de la possibilité de confier aux laïcs des tâches "plus étroitement liées" aux devoirs des pasteurs, dans les trois aspects de l'unique *munus*, et donc aussi dans le soin des âmes: mais il ne parle pas de leur confier ce soin. La recherche effectuée dans la base de données "*Magistra*" ne donne aucun texte officiel qui parle de laïcs, ne serait-ce qu'au titre d'une collaboration, quand il s'agit de *cura animarum*. Encore moins parle-t-on d'un droit de leur part à collaborer à cette *cura animarum*: ils peuvent collaborer à l'apostolat, à la mission de l'Église, même à la transmission de la Parole, mais pas au soin des âmes, c'est-à-dire à ce qui relève du seul pasteurat. Le Code actuel distingue bien les limites de ces offices quand il résume les devoirs des curés: "avec la collaboration éventuelle d'autres prêtres ou diacres, et avec l'aide de laïcs selon le droit"¹⁴

Les laïcs ne sont pas habilités à "présider"

Pour en finir avec cette possibilité pour les laïcs d'assumer des offices de grande responsabilité qui sont pourtant sur un autre plan que la responsabilité sacramentelle sur les âmes, il ne faut pas manquer de citer le modus 2 sur AG 17, puisqu'il a été fidèlement reçu dans l'instruction interdicastérielle et dans ses traductions¹⁵:

"En outre, les Églises reconnaîtront avec gratitude le travail généreux des catéchistes auxiliaires, dont l'aide leur sera nécessaire. Ceux-ci dirigent^{m.2} les prières dans leurs communautés et transmettent la doctrine. Il faut donc se soucier comme il convient de leur formation doctrinale et spirituelle".

Puisque l'office confié à des

laïcs ne comporte aucun pouvoir et aucun rapport au sacrement de l'Ordre, cela se traduit dans toutes leurs tâches de direction: le latin n'emploie pas le mot "*président*" à leur sujet, mais "*présunt*" ou à la rigueur "*præunt*"; c'est-à-dire qu'on peut confier à ces laïcs d'être accompagnateurs des communautés, d'en être les animateurs, de donner l'exemple, voire de marcher devant, de les diriger, de les guider. Mais ils ne "président" rien, ni les baptêmes, ni les prières, ni les funérailles, ni les conseils: présider est le propre de la hiérarchie sacramentaire.

Les diacres non plus ne sont pas "pasteurs"

Ce qui comporte d'ailleurs une conséquence mal explorée vis-à-vis des diacres: eux sont membres de la hiérarchie sacramentaire, mais pas du sacerdoce. Ils reçoivent la capacité d'offrir au nom du Peuple et de distribuer au nom de Dieu, ils sont face à l'Église, ils sont image du Christ dans la dimension de service de son sacerdoce, mais ils ne sont pas image du Christ Tête: ce qui fait qu'ils peuvent présider et bénir face au Peuple, mais jamais en présence de prêtres. La doctrine commune exprimée dans le *Catéchisme de l'Église catholique* ou dans le nouveau *Directive pour le ministère et la vie des diacres permanents*, ne fait commencer le pasteurat qu'avec le presbytérat¹⁶: la grâce propre des diacres, au premier degré du "sacrement du ministère", ne fait pas d'eux des pasteurs. C'est pourquoi ils ne peuvent pas recevoir d'office comportant la pleine charge d'âmes. L'instruction rappelle qu'il faut leur attribuer prioritairement des tâches de suppléance, puisqu'ils exercent un vrai ministère. Et pourtant, même dans le cas du can. 517 § 2, les diacres ne participent pas à la charge "pastorale", mais seulement à son exercice. Puissent toutes ces distinctions, entre le pasteurat, le ministère et l'office ecclésiastique, aider à comprendre combien peu de pouvoir est en jeu dans tout ce qui fait l'armature de l'institution de l'Église: c'est parce qu'il s'agit bien de grâces propres, fondées sur des consécrations

différentes, que les rôles ne sont pas interchangeables.

Le cardinal Ratzinger résume ainsi la question doctrinale¹⁷:

"L'instruction interdicastérielle distingue bien les trois sortes de tâches et de services à travers lesquels les fidèles laïcs participent à l'unique mission de l'Église:

1) les tâches et services qui concernent l'apostolat des laïcs, c'est-à-dire leur façon particulière de rendre le Christ présent dans les structures de l'ordre temporel et civil;

2) les tâches et les services dans les diverses structures d'organisation de l'Église, qui sont confiés aux laïcs par l'autorité ecclésiastique compétente, à travers des offices et des fonctions;

3) les tâches et les services qui sont propres aux ministres sacrés, mais qui pourtant, en raison de circonstances spéciales et graves, et concrètement par manque de prêtres et de diacres (un manque que l'on espère transitoire), sont exercés de manière temporaire par des laïcs, après avoir reçu une faculté juridique ou un mandat de l'autorité ecclésiastique compétente. Dans ce cas il s'agit des *tâches de suppléance* déjà mentionnées, qui ne dérivent pas de manière intrinsèque du caractère de l'Ordre sacré".

On reconnaît ici la distinction conciliaire évoquée plus haut, à laquelle s'ajoute la distinction des cas de suppléance. Mais qui ne voit que cette doctrine comporte immédiatement des implications de l'ordre du gouvernement? L'apostolat des laïcs est toujours à promouvoir; leur coopération dans des offices ecclésiastiques n'est pas à promouvoir, c'est une possibilité qui en soi n'apporte rien aux laïcs, mais dont les évêques peuvent profiter pour organiser leur diocèse, dans la mesure où cela n'entraîne pas de confusion d'identité; quant à la suppléance, elle n'est possible que comme un remède temporaire à une situation de crise. Elle est donc un moindre mal, à fuir autant que possible.

Autres aspects canoniques

Les textes évoqués précédemment montrent comment la distinction de différents degrés

dans la collaboration relève en fait d'une autre distinction, celle entre le pouvoir d'ordre et le pouvoir de gouvernement, et de l'introduction du principe d'une possible "coopération" à ce dernier.

Sur ce principe, nous avons un second groupe de canons, qui ne réinterprète plus seulement deux ou trois passages conciliaires, mais une tradition très attestée, dont l'interprétation ne fait pas encore l'unanimité quant au mode de transmission de ces deux pouvoirs (l'ordre et la juridiction), mais dont le concile a bien établi l'origine sacramentelle en faisant reposer l'origine du pouvoir collégial des évêques dans une même participation ontologique aux *munera Christi*, participation reçue dans une consécration personnelle qui configue au Christ selon une modalité nouvelle à chaque degré du sacrement. L'édition critique du Catéchisme récapitule cet enseignement en remplaçant le n° 879 par ces mots:

"Le ministère sacramental dans l'Église est donc un service exercé au nom du Christ. Il a un caractère personnel et une forme collégiale".

cher explicitement ce qui concerne le mode de transmission de ces deux pouvoirs. Mais on se prend à rêver quand on voit que la thèse de K. Rahner de 1956¹⁸, selon laquelle les animateurs pastoraux perdraient leur statut laïcal pour pénétrer dans le statut clérical du fait qu'ils exercent stablement une fonction ou un office ecclésial, qui les ferait déjà participer de la sacramentalité de l'Église puisque leur fonction ferait d'eux des signes de l'ordre du *sacramentum tantum* – thèse mise complètement hors de propos par l'enseignement conciliaire sur les *munera* et la *sacra potestas* comme fondement ontologique du ministère –, est périodiquement resservie comme étant la dernière conséquence de l'écclésiologie de communion¹⁹. Quoi qu'il en soit du caractère polémique de ces ouvrages qui semblent surtout préoccupés de faire ainsi sauter le verrou du célibat, conçu comme étant le motif caché de la distinction entre clercs et non-clercs, ils reposent tous sur une conception finalement assez "juridiste", une conception un peu hypertrophiée du

juridiction. Nous avons vu ce qu'il en était. On ne peut pas nier non plus qu'il y ait dans ces efforts désespérés "la recherche sinon d'une théologie, du moins d'une pratique alternative des ministères dans l'Église", pour reprendre une phrase d'anthologie, quand on voit ces auteurs signer pétition sur pétition et s'agiter autour des synodes diocésains pour faire passer leur thèse. Mais ce qui est vrai, c'est que ce sont des querelles de clercs dont les laïcs ne sont pas eux-mêmes responsables.

L'enseignement du Catéchisme de l'Église Catholique

On retiendra seulement la citation que fait le *Catéchisme de l'Église catholique* de ces canons, aux n°s 908 et suivants sur la participation des laïcs à la charge royale du Christ:

n° 910: "Les laïcs peuvent aussi se sentir appelés ou être appelés à collaborer avec les pasteurs au service de la communauté ecclésiale, pour la croissance et la vie de celle-ci, exerçant des ministères très diversifiés, selon la grâce et les charismes que le Seigneur voudra bien déposer en eux" (*Evangelii nuntiandi* 73).

n° 911: Dans l'Église, "les fidèles laïcs peuvent coopérer selon le droit à l'exercice du pouvoir de gouvernement" (CIC, can. 129 § 2). Ainsi de leur présence dans les conseils particuliers (CIC, can. 443 § 4), les synodes diocésains (CIC, can. 463 § 1. 2), les conseils pastoraux (CIC, can. 511; 536); dans l'exercice de la charge pastorale d'une paroisse (CIC, can. 517 § 2); la collaboration aux conseils des affaires économiques (CIC, can. 492 § 1; 536); la participation aux tribunaux ecclésiastiques (CIC, can. 1421 § 2), etc.

On remarque que l'édition critique du Catéchisme supprime l'ambiguïté d'une participation "*in solidum*" des laïcs dans l'exercice exceptionnel de la charge pastorale prévu par le can. 517 § 2: puisque l'expression "*in solidum*" s'applique à des collèges dans lesquels les membres sont à égalité de responsabilité, elle ne peut convenir pour la charge pastorale qui appartient uniquement au pas-

CIC 1983	CCEO 1990
274 § 1: Seuls les clercs peuvent recevoir des offices dont l'exercice requiert le pouvoir d'ordre ou le pouvoir de gouvernement ecclésiastique ^{274§1} .	371 § 1: Les clercs ont le droit d'obtenir de leur évêque épiscopal, étant réalisées les conditions requises par le droit, un office (<i>officium</i>), un ministère (<i>ministerium</i>) ou une charge (<i>munus</i>) à exercer au service de l'Église.
129 § 1: Au pouvoir de gouvernement qui dans l'Église est vraiment d'institution divine et est encore appelé pouvoir de juridiction, sont aptes, selon les dispositions du droit, ceux qui ont reçu l'ordre sacré ^{129§1} . § 2: À l'exercice de ce pouvoir, les fidèles laïcs peuvent coopérer selon le droit ^{129§2} .	979 § 1: Au pouvoir de gouvernement, qui par institution divine est dans l'Église, sont aptes selon le droit ceux qui sont constitués dans l'ordre sacré ^{979§1} . § 2: À l'exercice du pouvoir de gouvernement, tous les autres fidèles chrétiens peuvent coopérer selon le droit ^{979§2} .
150: Un office comportant pleine charge d'âmes, dont l'accomplissement requiert l'exercice de l'ordre sacerdotal, ne peut être validement attribué à qui n'est pas encore revêtu du sacerdoce.	

Une revendication de type "juridiste"

Il serait trop long de commenter ces textes et toute la tradition dans laquelle ils s'inscrivent. Encore une fois, le concile n'a pas voulu tran-

pouvoir de juridiction, comme s'il était d'usage courant dans l'Église. Quand ils cherchent un appui conciliaire, ces auteurs vont citer LG 33, comme si ce texte prévoyait la possibilité pour les laïcs d'exercer une

teur propre de la communauté, même s'il s'agit d'un modérateur.

Ministères et offices des laïcs dans le Code de droit canonique

A propos des ministères et offices des laïcs, il faut également faire mention des canons 224-231, qui traitent des obligations et des droits des fidèles laïcs. Ils ne parlent de *ministère* que dans le can. 230 § 1 et 3, à propos des ministères institués.

Ils parlent d'*officium* en plusieurs sens: dans les can. 225 § 2 et 226 § 1, dans le sens générique de *devoirs* liés à l'évangélisation de l'ordre temporel et de la famille; dans le § 3 du can. 230 on parle des offices des ministères institués, là également en termes de devoirs. Dans le can. 228, on parle de certains "offices ecclésiastiques", définis par le droit, envers lesquels les laïcs jouissent d'une *habilitas*. Le sens est donc ici plus technique, il s'agit de l'office au sens du can. 145. On ne peut déduire de cette capacité le fait que les *munera* dériveraient de la confirmation de la même manière que le caractère dérive du sacrement de l'ordre: l'ordre produit toujours le caractère, tandis que la confirmation ne produit qu'une *habilitas*, qui n'est pas valable pour tous les offices et *munera*, mais pour ceux qui sont définis et ne comportent pas le soin des âmes.

Il n'est pas de bonne méthodologie de fonder une théorie seulement à partir du vocabulaire d'un texte aussi contingent que le *CIC*. Cependant, le Code lui-même ne donne aucun fondement pour considérer que le baptême ou la confirmation induisent un droit à l'officier: ils donnent seulement une "*aptitudo*", traduite "*habilitas*" dans le *CIC*, envers certains offices "plus proches" de ceux des pasteurs.

Le Code, au canon 150, en partant de la nouvelle notion d'officier, amplifiée, a introduit la possibilité de confier des offices ecclésiastiques vrais et propres à des laïcs, à la condition qu'ils ne comportent pas la "pleine charge d'âme". En pratique, la comparaison avec le can. 228 aboutit à faire en

sorte que seuls les offices prévus par le droit peuvent être confiés à des laïcs: or ceux qui ont été institutionnalisés par le *CIC* sont très peu nombreux²⁰. Tous les autres sont donc à créer par le droit particulier, et ne peuvent pas prendre la place des offices dont l'existence est obligatoire. De plus, comme on l'a vu, l'office confié à des laïcs ne comporte aucun pouvoir; il ne se substitue pas à la responsabilité pastorale sur les âmes, et c'est un principe premier de l'organisation de l'Église de faire en sorte qu'il n'y ait aucune communauté sans pasteur, que son critère de regroupement soit territorial ou personnel. Comme le remarque Mgr Cadilhac: "Seul celui qui est ordonné peut assumer la charge pastorale. Une part de l'exercice de celle-ci peut certes être déléguée à des laïcs, mais ils ne peuvent accomplir leur tâche qu'en dépendance de celui qui a la charge pastorale"²¹. Si le *Directive pour le ministère et la vie des diacres permanents* rappelle qu'ils exercent leur ministère, même dans les contextes les plus défavorisés et éloignés de l'Église, toujours sous la dépendance d'un pasteur en tout ce qui concerne le soin des âmes, cela vaut a fortiori pour les laïcs.

Il s'agit de mettre en garde contre un certain esprit, non de tout dire

Il est important de se rappeler le can. 19, qui traite des cas de lacune juridique. Or l'absence de norme ne signifie pas licence de faire n'importe quoi. L'Église a toujours reconnu la validité des coutumes "*præter legem*", à une condition: la rationalité. Celle-ci dépend de critères objectifs, fruits de l'expérience de l'Église, qui lui permettent de garder une certaine cohérence dans son action. Ces critères sont ceux de l'analogie avec les lois portées pour des cas semblables, des principes généraux du droit, de la jurisprudence et de la pratique de la curie romaine, et enfin de l'opinion commune et constante des docteurs.

Ces critères permettent de proposer, entre autres, de développer la notion de "cura animarum".

L'article 1 de l'instruction demande avant tout une clarification terminologique; peut-être serait-il bon dans ce sens de s'en tenir à la classification proposée par des formateurs:

1. la *cura animarum* revient exclusivement aux ministres ordonnés (cf. can. 150).

2. La *charge pastorale* appartient à l'évêque, et le presbytère en est participant (*CD 11*). Elle ne peut pas se fonder sur une lettre de mission.

3. La charge pastorale est *exercée* par le curé, et ce sont les vicaires qui participent à son exercice. Une participation à cet exercice peut être confiée à des laïcs dans le cas exceptionnel du can. 517 § 2.

b. La question des facultés spéciales:

Lorsqu'on va chercher les sources de la législation actuelle, on découvre que beaucoup de facultés ont été concédées au profit de deux catégories de fidèles: les migrants et les militaires²². Les malades n'ont eu qu'en 1985 leur Conseil Pontifical, chargé de faire parvenir jusqu'à eux la sollicitude de l'Église universelle.

L'instruction *Nemo est* de 1969 pour les migrants donne à leurs aumôniers l'équivalence avec un curé, s'ils ont une "missio cum cura animarum"; elle leur en donne même le titre, avec les droits et devoirs du pasteur propre, si on leur confie une paroisse personnelle. L'art. 39 dit que ce pouvoir personnel est cumulatif *aequo iure* avec celui du curé. En conséquence, tout migrant a la totale possibilité, pour la célébration des sacrements, y compris le mariage, de s'adresser librement soit à l'aumônier, soit au curé du lieu".

Une telle équivalence pourrait peut-être aussi, dans certains cas, être utile au bénéfice des malades.

Je ne voudrais pas provoquer de mauvaises convoitises, mais il me semble que composer un nouveau recueil des facultés, éventuellement après avoir consulté pour connaître les besoins des aumôniers dans l'Église universelle, en y adjointant de nouvelles indulgences à demander à la Pénitencerie

apostolique, serait aussi une manière de signifier deux choses:

– l'importance du monde de la souffrance pour l'Église

– et la réponse particulière de l'Église à ce monde; l'Église répond aux besoins non seulement au niveau de l'aide humanitaire, mais surtout par la prise en charge, le soin pastoral, qui est typiquement sacerdotal. Le soin pastoral, voilà comment l'Église répond au droit des fidèles de recevoir en abondance la Parole et les sacrements. Une présence sacerdotale est une présence particulière du Christ, et amplifier les facultés sacerdotales facilite la rencontre avec le Christ dans un monde particulier.

c. L'option de créer de nouvelles aumôneries:

– CD 18 exprime un vœu de l'Église universelle. C'est un texte qui vaut aussi bien pour l'Église latine que pour les Églises orientales. Il y a donc pour les conférences d'évêques un devoir d'étudier les questions les plus urgentes à propos des groupes de fidèles que touche difficilement le ministère du curé.

En ce domaine, l'Église ne contrarie pas l'imagination: au contraire, c'est son instance la plus solennelle qui demande à tous un examen de conscience quant à la manière de répondre aux besoins des âmes.

La seule réserve que pose l'Église est constituée par la nécessité d'agir selon les règles de la prudence. En matière de "pastorale particulière", nous n'avons trouvé qu'un seul critère "restrictif" en ce sens: l'instruction *Solemne semper*

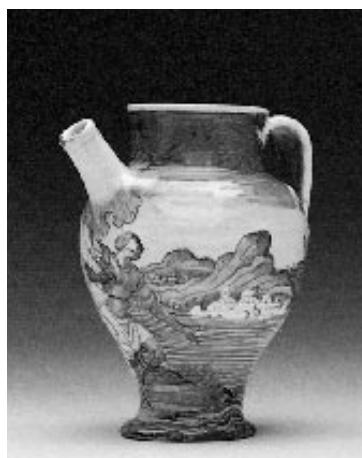
de 1951 rappelle un principe toujours valable:

"Il ne faut pas lancer dans le ministère des prêtres inexpérimentés.

Nous vous exhortons, Vénérables Frères, à éviter autant que possible de lancer dans une pleine activité pastorale des prêtres encore inexpérimentés, et de les envoyer dans des endroits très éloignés du centre du diocèse ou des autres centres importants. Dans de telles situations, en effet, isolés, inexpérimentés, exposés aux dangers, manquant de maîtres prudents, eux-mêmes et leur ministère en souffriraient certainement".

Nous pouvons considérer que la pastorale de la santé est elle aussi un domaine trop délicat pour être improvisée: toutes les innovations sont possibles dans la manière de confier les âmes, mais, "dans la mesure du possible" les générations de prêtres qui seront destinés à des pastorales innovantes doivent être formés à l'école de confrères qui leur apprendront le "sensus Ecclesiae", pour qu'ils soient sûrs de ne pas "courir en vain".

Mgr MARTIN VIVIES
Professeur de Droit Canonique
au Séminaire St Martin de Blois,
France



Note

¹ Les agrégations ecclésiales remontent aux origines mêmes de l'Église; on a gardé des traces de législation au sujet des catégories suivantes:

– des collèges de *fossores*, à but caritatif, présents au 4^e siècle pour la sépulture dans les catacombes.

– en Orient, des *parabolani* qui se consacrent au soin des malades dès 250. Leur nombre est limité par le code théodosien à 250 pour la ville d'Alexandrie.

– en Orient encore, des confréries de *spoudaioi* et *philoponoi*: il s'agit de fidèles dans le monde, bien distingués des religieux, mais qui s'entraident dans la recherche de la perfection, et sur qui on se repose parfois des vigiles trop longues.

– on trouve l'emploi de "confratricae" dès 658 (concile de Nantes) pour désigner des réunions de fidèles dans un but pieux (cf. R. NAZ, *Traité de droit canonique*, Paris 1955).

² Classification établie selon les termes de F. D'OSTILIO, *Prontuario del Codice di Diritto Canonico*, Città del Vaticano 1995, p. 247.

³ Cf. COMMISSION PONTIFCALE POUR L'INTERPRÉTATION AUTHENTIQUE DU CODE DE DROIT CANONIQUE, Réponse (1 juin 1988): AAS 80 (1988) p. 1373.

⁴ Cf. CONSEIL PONTIFICAL POUR L'INTERPRÉTATION DES TEXTES LÉGISLATIFS, Réponse (11 juillet 1992): AAS 86 (1994) pp. 541-542. Quand on prévoit une cérémonie pour confier à des assistants pastoraux une charge de coopération au ministère des clercs, que l'on évite de faire coïncider ou d'unir ce rite avec une cérémonie d'ordination sacrée, comme aussi de célébrer un rite analogue à celui de l'acolytat ou du lectorat.

⁵ Il faut inclure parmi ces exemples toutes les expressions qui en d'autres langues pourraient, de façon analogue ou équivalente, signifier un rôle directif de conduite, ou de vicariété envers cette direction.

⁶ La concordance des canons entre CIC et CCEO est celle publiée par E. EID et R. METZ dans *Le Code des canons des Églises orientales*, Librairie éditrice Vaticane, 1997.

⁷ La traduction du "munera quibus ipsi secundum iuris prescripta fungi valent" s'inspire ici de celle reconnue par la conférence des évêques d'Espagne.

⁸ En dehors des *Acta synodalia*, ces textes peuvent se trouver en Francisco GIL HELLIN, *Concilii Vaticani II synopsis in ordinem redigens schemata cum relationibus necnon patrum orationes atque animadversiones*, Libreria éditrice Vaticana. Sont déjà parus les actes des constitutions dogmatiques *Lumen Gentium* et *Dei Verbum*, ainsi que du décret *Presbyterorum Ordinis*.

⁹ Cf. PONTIFICIA COMMISSIONE CODICI IURIS CANONICI AUTHENTICE INTERPRETANDO, *Codex Iuris Canonici, fontium annotatione et indice analytico-alphabeticu auctus* (1989), canon 228 §1; PONTIFICIUM CONSILIIUM DE LEGUM TEXTIBUS INTERPRETANDIS, *Codex canonum Ecclesiarum orientalium, fontium annotatione auctus* (1995).

¹⁰ On utilisera désormais les sigles suivants: AA = *Apostolicam Actusitatem*; AG = *Ad Gentes*; CD = *Christus Dominus*; LG = *Lumen Gentium*; PO = *Presbyterorum Ordinis*

¹¹ La traduction s'inspire ici de celle, assez proche du texte, de l'ouvrage *Les conciles œcuméniques 2/2*, Paris, 1994.

¹² ¹³ "Deux pères proposent des observations concernant cet "appel", ou ce qu'on dénomme le "mandat" à l'apostolat. Un autre Père demande que l'on déclare clairement: "le *mandat* n'est pas réservé à une seule association, mais s'étend à toutes les associations reconnues par l'Église". R. - : C'est de propos délibéré que la rédaction évite les controverses sur le vocabulaire. Les déterminations ultérieures appartiennent au schéma sur l'apostolat des laïcs."

¹⁴ Cf. "Cette idée complémentaire concernant les *munera ecclésiastiques* à exercer par des laïcs est tirée de la *proposition* déjà louée de Son Éminence Suenens". La "propositio Suenens" dit ceci (nouvelle disposition des chapitres): "Les laïcs jouissent en outre de l'aptitude à être appelés par la hiérarchie à certains *munera ecclésiastiques*, à exercer dans une finalité spirituelle."

¹⁵ "Un Père propose de supprimer la phrase "Par ailleurs", parce qu'elle coïncide avec les mots qui précèdent sur la coopération plus immédiate à l'apostolat. R. - : Il s'agit là d'une autre catégorie, à savoir de ceux qui exercent des *munera ecclésiastiques*, comme par exemple les économies d'une institution religieuse, les catéchistes au sens strict, etc."

¹⁶ "Un Père propose que l'on ajoute à la suite de cette phrase une longue exposition sur les *diverses formes* selon lesquelles les laïcs peuvent coopérer avec la hiérarchie. R. - : On ne peut admettre un développement d'une telle ampleur."

¹⁷ Cf. GIL HELLIN, *op. cit.* p. 868-871.

^{m.1} "Que l'on supprime les paroles "surtout en matière biblique et liturgique" ou que l'on dise "tant la doctrine catholique que la liturgie, ainsi que la méthode catéchétique" (1 Père). *R.*: Le renouveau de l'action pastorale conduit par le concile, en ce qui concerne la catéchèse, consiste surtout dans la catéchèse biblique et liturgique. Il convient donc que les catéchistes soient formés à cela. Le texte demeure."

^{Rel. A} "Une incise a été introduite dans le texte pour qu'il apparaisse plus clairement que cette rémunération concerne les catéchistes dénommés "full time" (2, 26 [Mgr Seitz IV, IV, 619]; 5, 41 [Mgr Riobé IV, IV, 597]). C'est surtout d'eux en effet qu'il s'agit dans les trois premiers paragraphes de ce numéro; on traite des catéchistes "volontaires" ou "auxiliaires" au cinquième paragraphe."

^{m.3} "Que l'on supprime le mot "canonique" ou au moins qu'on le justifie en note; en effet ce mot a été repoussé par le décret AA sur l'apostolat des laïcs (1 Père). *R.*: Tout bien considéré, le modus n'est pas admis, parce que même si le droit actuel (*ius conditum*) ne connaît pas une telle mission canonique, il s'agit d'une praxis qui a cours en de nombreux lieux, et pas seulement dans les missions".

^{Rel. B} "Un seul Père (4, 62 [Mgr Mazé]) soulève la question de conférer des ordres mineurs aux catéchistes. Il paraît suffisant que le schéma propose une action liturgique spéciale pour instituer le catéchiste".

^{m.34} "Trente-quatre Pères demandent qu'à la place de "aux offices de la hiérarchie" on écrive "aux pasteurs"; un père demande "à l'Ordinaire" et un autre Père "aux évêques". *R.*: Que l'on écrive: "à l'office des pasteurs". (Acta Synodalia, Vol IV, Pars VI, p. 110)

^{Rel. F} "La commission se rend aux observations de Mgr Jubany Arnau, et pour ne pas entrer dans une matière discutée entre les canonistes, elle retire les paroles "mission que l'on dénomme canonique", ainsi que "ils participent à leur façon à l'apostolat même de la hiérarchie". A la place de "dans la prédication de la parole de Dieu", il vaut mieux dire "dans la proposition de la doctrine chrétienne". On admet la correction proposée par deux Pères (Mgr H. Tenhumberg et Mgr I. Höffner), de dire "certains" avant "actes liturgiques". Ici aussi on supprime la note concernant la mission canonique, pour la même raison que supra à propos du mandat." (Acta Synodalia, Vol IV, Pars II, p. 355)

^{Rel. K} "Après l'exposé des rapports des laïcs envers la hiérarchie, cette nouvelle phrase considère maintenant, en sens inverse, la chose du point de vue des pasteurs [cf. cardinal de Barros Camara et 90 Pères du Brésil]. L'incise "dignité [...] s'ajointre" est tirée du décret sur l'apostolat des laïcs tit. 2 c.1 n° 21, à la suggestion de Mgr L. Trevor Picachy, avec le consentement de la commission sur l'apostolat des laïcs. À la place de "conseil selon leur compétence propre", on dit ici "conseil prudent", parce qu'on a déjà beaucoup parlé de la "compétence", et que du reste il ne serait pas clair ici s'il s'agissait de la compétence des laïcs ou de celle de la hiérarchie".

^{Rel. M} "Ce qui est dit ici de la *liberté des laïcs dans les choses temporelles* répond aux avis du card. Silva Henriquez (avec 39 évêques), de Mgr Joseph Hoeffner, Samuel Ruiz, Marc McGrath".

¹⁰ J. MANZANARES, dans *Code de droit canonique*, Paris, 1989, commentaire du can. 145.

¹¹ On refuse ainsi le jugement exprimé par la lettre de la congrégation pour la Doctrine de la Foi "sur certains aspects

de l'Église comme communion" au n° 9. Cf. DC 2055 (2-16 août 1992), p. 731.

¹² Cf. *Nota explicativa prævia* n° 2 concernant le ch. 3 de *Lumen Gentium*.

^{m.99} "A la place de "Les prêtres et les laïcs", que l'on mette "tous et chacun des collaborateurs" (1 Père). *R.*: Le texte du schéma est plus clair: au contraire, les mots proposés souffrent d'ambiguité."

^{m.100} "Que l'on omette les mots "et les laïcs" (1 Père). Et qu'à la place de "il est souhaitable" (d'instaurer un conseil pastoral) on dise "où cela paraît opportun" (10 Pères). *R.*: Il ne faut pas omettre les laïcs, comme il ressort de leur condition dans l'apostolat de l'Église; et les autres mots proposés ne sont pas admis parce que l'institution du conseil pastoral est réellement à recommander."

^{m.101} "Dire "Ils doivent apporter" (1 Père). *R.*: Le sens des mots du schéma est que le travail à la curie diocésaine revêt un caractère vraiment pastoral"

¹³ "On demande d'ajouter les paroles: "mais aussi avec d'autres aides, laïcs non exceptés" (un Père). *R.*: Ce n'est pas admis: comme le diocèse est une portion du peuple de Dieu à pâtre, on ne peut ajouter: "aussi avec d'autres aides, laïcs non exceptés", parce que les laïcs ne paissent pas le peuple de Dieu."

¹⁴ Can. 519.

¹⁵ cf. art. 6 § 2; 7 § 1; 12 etc. Dans la traduction française, si on utilise le verbe "présider" pour les seuls prêtre ou diacre, on se contente de "guider" ou "animer" pour les fidèles laïcs.

^{m.2} "A la place de "president – président", écrire "præsunt – dirigent" ou "præeunt – montrent l'exemple", parce que le mot "præsidere – présider" exprime la charge de la hiérarchie sacramentaire (1 Père). *R.*: Le modus est admis en raison du sens latin"

¹⁶ L'édition critique du Catéchisme, publiée en même temps que le nouveau directoire général pour la Catéchèse en octobre 1997, est encore plus claire sur ce point: alors que l'art. 875 pouvait laisser supposer que les diaires aussi recevaient une participation à la *sacra potestas d'agir in persona Christi Capitis*, il a été corrigé dans le sens suivant: "De Lui, les évêques et les prêtres reçoivent la faculté (le "pouvoir sacré") d'agir *in persona Christi Capitis*, les diaires, la force de servir le peuple de Dieu dans la "diacanie" de la liturgie, de la parole et de la charité, en communion avec l'évêque et son presbytère".

¹⁷ Cf. interview en 30 Giorni, décembre 1997.

²⁷⁴⁸¹ can. 118 du CIC de 1917; C. 1, D. XCVI; c. 18, C. XVI, q. 7; c. 2, D. I, de cons.; c. 2, X, de *ætate et qualitate et ordine preficiendorum*, I, 14; c. 6, X, de *transactionibus*, I, 36; c. 2, X, de *iudiciis*, II, 1; c. 2, X, de *institutionibus*, III, 7; c. 4, X, de *immunitate ecclesiarum, cæmeriteri, et rerum ad eas pertinentium*, III, 49; c. 1, X, de *clericis non ordinatis ministrante*, V, 28; c. 10, X, de *pænitentiis et remissionibus*, V, 38;

Conc. Trident., sess. VII, de *sacramentis in genere*, Can. 10: Si quis dixerit, christianos omnes in verbo et omnibus sacramentis administrandis habere potestatem: a.s. – Sess. XIV, de *pænitentia*, c. 6, Can. 10; Si quis dixerit, sacerdotes, qui in peccato mortali sunt, potestatem ligandi et solvendi non habere; aut non solos sacerdotes esse ministros absolutionis, sed omnibus et singulis christifidelibus esse dictum: *Quæcumque ligaveritis super terram, erunt legata et in cælo; et Quorum remiseritis peccata, remittuntur eis, et quorum retinueritis, retenta sunt, quorum verborum virtute quilibet absolvere possit peccata, publica quidem per correptionem duntaxat, si corruptus acquieverit, secreta vero per spontaneam*

confessionem: a.s. – Sess. XXIII, de ordine, c. 4, Can. 7; Si quis dixerit, episcopos non esse presbyteris superioris, vel non habere potestatem confirmandi et ordinandi, vel eam, quam habent, illis esse cum presbyteris communem; vel ordines ab ipsis colatos sine populi vel potestatis sæcularis consensu aut vocacione irritos esse; aut eos, qui nec ab ecclesiastica et canonica potestate rite ordinati nec missi sunt, sed aliunde veniunt, legitimos esse verbi et sacramentorum ministros: a.s. – Sess. XXIV, de ref., c. 12.

Innocentius III, ep. "Eius exemplo", 18 dec. 1208, Professio fidei Waldensibus præscr.; Leo X (in Conc. Lateranen. V), const. "Regimini universalis", 4 maii 1515, § 10; const. "Exsurge Domine", 15 iun. 1520, error 13, Martini Luther, damn.; "In sacramento pænitentia ac remissione culpæ non plus facit Papa aut episcopus, quam infimus sacerdos: immo, ubi non est sacerdos, æque tantum quilibet Christianus, etiam si mulier aut puer esset". Benedictus XIV, ep. encycl. "Quemadmodum", 23 mart. 1743, § 3, 6; Pius IX, litt. ap. "Multiplices inter", 10 iun. 1851 = Syllabus errorum, prop. 54; "Reges et principes non solum ab Ecclesiæ iurisdictione eximuntur, verum etiam in questionibus iurisdictionis dirimendis superiores sunt Ecclesia." ep. "Exortæ", 29 apr. 1876.

S. C. Ep. et Reg., Arianen., 5 apr. 1593; Castellana, 22 iun. 1708, ad 3: In Causa Castellana, seu Nullius Provincie Baren. Iurisdictionis inter Monasterium S. Benedicti Conversani Ordinis Cistercensis ex una, et nonnullos de Clero Castellanæ partibus ex altera de et super infrascriptis dubbis, etc. nempe: 3. An dictæ Abbatissæ liceat proponere ad Curam Animarum Personas amovibiles ad nutum, easque ad libitum amovere [...]. Sacra Congregatio respondit: Ad 3: Negative et interim per modum provisionis usque ad exitum Causæ Cura exercetur per Deputandum a Capitulo approbadum tantum a Vicario Abbatissæ per examinatores sibi benevisos. – decr. 15 iul. 1845: Sanctissimus Dominus noster Gregorius PP. XVI diu, serio ac mature perpendit relationem, quæ inscribitur *Visita Apostolica eseguita dal Card. Pignatelli Arcivescovo di Palermo nel venerabile monastero di S. Giorgio della Congregazione Olivetana da Sua Maestà Ferdinando II Re del regno delle due Sicilie firmata in Palermo 31 Marzo 1845, ita subscriptam*: "I. Maria Card. Pignatelli Arciv. Di Palermo Regio Visitatore – Canonicco Salvatore Calcara Regio Visitatore – Pietro Giuseppe Leone dei ministri degl' inferni convisitatore", atque magno cum mærore cognovit omnia in ea peracta apparere nomine, iussu, et auctoritate laicæ potestatis, quin mentio fiat Pontifici mandati, ac si regii iuris esset Aposto-



licam Visitationem indicere, et Visitatori-
bus peragenda præscribere. Quapropter
eadem Sanctitas Sua decrevit *relationem
ipsam* sub tali forma ac terminis non es-
set admittendam, utpote Supremæ Ponti-
ficiæ auctoritati summopere læsivam, et
Apostolicæ Sedi iniuriosissimam; et hoc
decretum significari mandavit per me in-
frascriptum S. Congregationis EE. Et
RR. Præfectum eidem E.mo Archiepi-
scopo Panormitanu in tabulario actorum
Visitationis asservandum. — S. C. C.,
Derthonen., 19 aug. 1730. SACRA
CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDEI, Ep.
(Prot. 151/76), 8 feb. 1977.

¹²⁹⁸¹ PIUS VI, const. "Auctorem fidei",
28 aug. 1794, prop. 2, Synodi Pistorien.,
damn.; PIUS X, litt. encycl. "Pascendi", 8
sept. 1907; S. C. de Prop. Fide (C. P. pro
Sin.), 16 ian. 1797, ad 2.

¹²⁹⁸² SCConc Resol., 14 dec. 1918
(AAS 11 [1919] 128-133); PONTIFICIA
COMMISSIO PRO RUSSIA, Ind., 20 ian.
1930, SA Resp. 19 nov. 1947; PIUS PP.
XII, All., 5 oct. 1957 (AAS 49 [1957]
927); LG 33; AA 24; SA Decisio, 11 iun.
1968; SCRIS Rescr., 7 feb. 1969; SCRIS
Decr. Clericalia instituta, 27 nov. 1969
(AAS 61 [1969] 739-740) Sec Facul., 1
oct. 1974; EN 73a; SCRIS Rescr., 26 iun.
1978, 3; SCRIS Resp., 21 aug. 1978;

SACRA CONGREGATIO PRO CLERICIS,
Notæ directivæ *Postquam Apostoli* (25
mar. 1980) 7, 17: *La vocation des laïcs*.
Tous les laïcs, en vertu du baptême et de
la confirmation, sont appelés par le Sei-
gneur à un apostolat effectif: "La voca-
tion chrétienne est par nature aussi une
vocation à l'apostolat". L'apostolat des
laïcs, quoiqu'il s'exerce dans les pa-
roisses principalement, doit cependant
être étendu aussi au niveau interparoissi-
al, diocésain, national et international.
Et même, ils doivent avoir à cœur "les
besoins du peuple de Dieu sur toute la
terre"; ce qui pourra avoir lieu en aidant
les œuvres missionnaires soit avec des
subsides matériels soit avec des services
personnels.

Les laïcs peuvent en outre être appelés
par la hiérarchie à une coopération plus
directe et immédiate à l'apostolat.
L'Église, en effet, dans les dernières dé-
cennies, a découvert les riches possibili-
tés et les vastes ressources que la collabo-
ration des laïcs peut offrir à la sa mission
de salut. L'exhortation apostolique *Evangelii
nuntiandi* déjà sur la base des expé-
riences récentes, énumère différentes
fonctions comme celle de catéchiste, celle
de chrétiens dédiés au service de la pa-
role de Dieu ou aux œuvres de charité,
celle de chefs de petites communautés,
etc. Cette collaboration des laïcs, partout
utile, l'est surtout en pays de mission
pour la fondation, l'animation et le déve-
loppelement de l'Église.

Tous les membres de l'Église, donc,
qu'ils soient pasteurs, laïc ou religieux,
participent, chacun à sa manière, de la
nature missionnaire de l'Église. La diver-
sité des membres, due à la variété des mi-
nistères ou des charismes, comme
l'apôtre nous enseigne, doit s'entendre
dans le sens que "ces membres n'ont pas
tous les mêmes fonctions", mais en se
servant les uns aux autres, ils forment un
seul corps du Christ (Rm 12, 4) pour pou-
voir mieux accomplir leur mandat
propre; toute l'Église, en effet, est pou-
sée par l'Esprit Saint à coopérer pour que
se réalise le plan de Dieu.

⁹⁷⁹⁸¹ PIE XII, m.p. "Clerici sanctitati", 2
iun. 1957, can. 138. — PIE VI, const.
"Auctorem fidei", 28 aug. 1794, prop. 2,
Synodi Pistorien., damn.: "La proposi-
tion qui déclare: "Le pouvoir a été donné
par Dieu à l'Église pour qu'il soit com-
muniqué aux pasteurs qui sont ses mi-
nistères pour le salut des âmes", si on
comprend en ce sens que le pouvoir du
ministère ecclésiastique et du gouverne-
ment dérive de la communauté des fi-
dèles aux pasteurs, (est) hérétique".

⁹⁷⁹⁸² LG 33 "Præter"; AA 24
"Quædam"; Paul VI, litt. Ap. *Cum matri-
monialium*, 8 sept. 1973, artt. V-VI; Se-
cret. Status, facultas data Sign. Apost., 1

oct. 1974; Ochoa V, 4347.

¹⁸ Cf. NRT 1 (1956); *Über das Laie-
nапостолат: Schriften zur Theologie II*,
Einsiedeln, 1964, p. 339-373.

¹⁹ Cf. J. RIGAL, *L'ecclésiologie de
communion*, Cerf 1997 p. 299; ou encore
l'œuvre plus journalistique de B. SES-
BOË, *N'ayez pas peur — Regards sur l'É-
glise et les ministères aujourd'hui*, Des-
clée de Brouwer, 1996.

²⁰ La note 74 de *Christifideles laici*
donnera une liste de seize canons présen-
tant "diverses fonctions ou tâches que les
fidèles laïcs peuvent remplir dans les
structures organiques de l'Église".

²¹ *Église de Nîmes*, 5 décembre 1997

²² Pour les militaires:

SCDS Resp., 8 oct. 1943; SCC Instr.
Solemne semper, 23 apr. 1951 (AAS 43
[1951] 564); INSTRUCTIO DE VICARIIS
CASTRENIBUS; SCC Instr. *Divinum
perseguens*, 2 iun. 1951 (AAS 43 [1951]
565-566); SCR Instr. *Sacrorum Adminis-
tri*, 2 feb. 1955 (AAS 47 [1955] 93-97);
SCC Instr. *Per isntructionem*, 20 oct.
1956 (AAS 49 [1957] 150-163); SCC
Decr. *Ad Sacra Limina*, 28 feb. 1959
(AAS 51 [1959] 274); SCC Decr. *Sacra-
mentum Poenitentiae*, 27 nov. 1960
(AAS 53 [1961] 49-50)

Pour les migrants:

SCC Ind., 31 aug. 1953; Consistoria-
lem benigne indulxit, ut Cappellani
Apostolatus maris munere augerentur
ministri extraordinarii Confirmationis
pro fidelibus suae iurisdictioni obnoxii.

SCC Facul., 19 mar. 1954 (AAS 46
[1954] 415-418): 1. Legitime assumpti in
officium Cappellani navigantium

SCC Resp., 7 iul. 1956; DUBIA—1.
Utrum, durante itinere maritimo...

SCE Instr. *Nemo est*, 22 aug. 1969, V
(AAS 61 [1969] 632-633); Les aumô-
niers ou missionnaires des migrants

SCE Decr. *Apostolatus maris*, 24 sep.
1977 (AAS 69 [1977] 737-746) —
Deuxième partie — Facultés des prêtres
dédiés à l'assistance spirituelle des ma-
rins et personnels navigants.

127

L'aumônier catholique en pastorale de la santé au seuil du 3^{ème} millénaire - Problèmes généraux

Mon intervention suppose les
exposés qui l'ont précédée,
consacrés à l'étude des fonda-
ments théologiques et canoni-
ques de l'action pastorale de
l'aumônier catholique en Pastorale
de la Santé. Mon rôle,
maintenant, est de mettre en
évidence les lignes porteuses de
cette action pastorale. Pour dé-
velopper mon propos avec
continuité, harmonie et cohé-
rence, je devrai évidemment
faire référence à ce qui a déjà
été dit, mais je chercherai à me
limiter au strict nécessaire.

Je devrai aussi tenir compte
de l'évolution enregistrée dans
la gestion de l'assistance mé-
dicale et de ses conséquences
pastorales: après la transfor-
mation en entreprises des insti-

tuts de soins, le malade qui
n'est pas en phase terminale
est gardé à l'hôpital pendant le
temps strictement nécessaire
pour déterminer sa maladie et
les soins à lui donner. Une fois
ces soins décidés, ceux-ci sont
assurés à l'extérieur, soit à do-
miche, soit dans les dispen-
saires. Cela entraîne aussi des
changements importants dans
la pratique de la pastorale de la
santé. Celle-ci doit être repen-
sée et organisée non seulement
dans les hôpitaux, mais aussi
dans le cadre de la pastorale
paroissiale où il serait bon de
prévoir la présence de vicaires
paroissiaux ou de communau-
tés de religieux ordonnés, avec
la charge particulière de l'as-
sistance spirituelle et religieu-

se des malades à domicile.

En tenant compte de cette
nouvelle situation, après
quelques réflexions générales
d'introduction, je parlerai de la
présence active et créatrice de
l'Église dans le monde de la
santé et de quelques aspects ca-
ractéristiques de l'action pasto-
rale de la santé dans les pa-
roisses et dans les institutions
hôpitalières.

1. Considérations générales d'introduction

a) *Nouveau concept de santé
et de maladie*

La sensibilité, de nos jours,
paraît particulièrement attentive

à la dimension positive de l'existence humaine: la santé se révèle comme un thème et une préoccupation primaires du point de vue social et culturel, et du moment que toutes les maladies peuvent être soignées et que l'on guérit de beaucoup d'entre elles, la santé est considérée comme un "droit", un fait normal et un "dû". En raison de cette nouvelle manière de penser, la santé n'est pas mise seulement en rapport avec des facteurs physiques et organiques, mais elle est aussi reliée aux dimensions psychiques et spirituelles de la personne; elle concerne en outre le cadre physique, affectif, social et moral dans lequel la personne vit et travaille, et il se crée une profonde harmonie existentielle entre la santé, la qualité de vie et le bien-être.

La santé est donc avant tout une *expérience humaine*, et même *biographique*. Elle est en lien étroit avec le vécu que l'individu possède de sa propre corporeité et de sa place dans le monde, et avec les valeurs sur lesquelles il construit son existence. Elle n'est donc pas seulement un fait qui s'impose à lui mais aussi un objectif, un but, un devoir qui engage à fond sa liberté. On n'a pas encore formulé de nouvelle définition de la santé, après celle donnée par l'OMS en 1946, mais nous avons des principes clairs sur lesquels elle devrait se baser. Trabucchi dit: "La santé est: harmonie entre le corps et l'esprit, harmonie entre une personne et son cadre, harmonie entre la personnalité et la responsabilité".

Le concept de santé ou de personne en bonne santé peut alors être formulé de la manière suivante: "Une personne est saine lorsqu'elle est habituellement capable de vivre en utilisant toutes les facultés et énergies en sa possession et réellement disponibles, pour accomplir sa mission dans toutes les situations qu'elle affronte, même si celles-ci sont difficiles et douloureuses, ou, en d'autres termes, pour développer en toute circonstance le maximum d'amour oblatif en Christ dont elle est concrètement capable à un moment donné"². "En lien avec la notion de santé, le concept de maladie est changé

lui aussi. Ne se présentant plus comme une simple pathologie qui se repère par une analyse de laboratoire, la maladie est aussi perçue comme un mal-être existentiel, conséquence de certains choix de vie, de déplacements de valeurs et de gestions erronées de l'environnement matériel humain" (Nota, n. 7)³. La médecine des soins nécessaires, passant par le concept de la médecine préventive, fait maintenant une place à la médecine des désirs. Plus que de santé et de maladie, on parle aujourd'hui d'homme sain ou malade, et la maladie ne consiste pas seulement en des pathologies organiques, mais aussi en des oppositions entre désir et réalisation, entre promesse et frustration, qui prennent les connotations d'une disharmonie résistante et deviennent désagrément psychologique et malaise existentiel.

b) La Pastorale de la Santé comme accompagnement de la croissance personnelle et chrétienne

En disant que l'homme est en bonne santé lorsqu'il est habituellement capable de *vivre positivement* sa situation et ses possibilités concrètes, je veux dire qu'il est en bonne santé lorsqu'il est capable de vivre de manière favorable pour sa croissance personnelle comme créature et comme fils de Dieu par la grâce qui habite en lui. Je souligne la comparaison entre homme sain et homme capable de vivre habituellement de manière positive parce que cette capacité constitue un point fondamental de référence pour déterminer le rôle de la pastorale de la santé. Du point de vue chrétien, en effet, la santé, conçue comme la capacité habituelle de vivre positivement sa vocation devrait comporter aussi les devoirs de l'homme baptisé: ainsi la notion de santé comprendrait aussi l'être en Christ du chrétien porté à un degré suffisant d'authenticité et de maturité. Sa réalisation totale coïnciderait avec la sainteté. Est saint, en effet, le chrétien qui à tout moment s'engage lui-même dans la charité, sans laisser inutilisée aucune de ses ressources.

Dans ce contexte, nous com-

prenons mieux la définition qui conçoit la pastorale de la santé "comme la présence et l'action de l'Église pour apporter la lumière et la grâce du Seigneur à ceux qui souffrent et à ceux qui les prennent en charge" (Nota, n. 19). Dans cette définition, la présence et l'action de l'Église dans le monde de la santé renferment en une seule définition la préoccupation ou relation d'aide et d'accompagnement: la personne malade, ses proches qui ont besoin d'appui pour vivre sans traumatisme et dans un esprit de foi la maladie de ceux qui leur sont chers, et les personnels de santé dont il faut développer la formation au sens de专业性, de disponibilité au service et de respect des valeurs fondamentales de la personne qui souffre.

En d'autres termes, la pastorale de la santé a le devoir de réunir toutes ces forces autour de la personne malade pour la soulager moralement et pour l'aider à accepter et à valoriser sa situation de souffrance, en l'accompagnant aussi par la prière et par la grâce des sacrements, pour répondre à sa vocation fondamentale d'homme et de baptisé.

c) Questions éthiques face aux nouvelles maladies et aux nouveaux traitements

La sensibilité plus grande de l'opinion publique et la responsabilité des hommes de gouvernement permettent d'intensifier la recherche scientifique pour la mise au point de techniques nouvelles et de médicaments qui assurent les soins et la possibilité de guérir les maladies nouvelles, comme le SIDA, la toxicomanie et, en général, les maladies considérées jusqu'à présent comme incurables. Mais en même temps les nouveaux objectifs atteints par la médecine du diagnostic, du médicament et de la chirurgie multiplient les questions éthiques posées à la conscience des personnels de santé et des collectivités. Le domaine de la bioéthique s'élargit énormément. C'est à bon droit qu'on attend les réponses adéquates et les dispositions législatives qui règlent par exemple les problèmes liés à la fécondité assistée, à l'expérimentation phar-

maceutique, aux greffes et aux dons d'organes, et finalement à la clonation humaine. L'humanité a un besoin urgent de lumière, mais aussi de signaux infranchissables pour la recherche et pour l'expérimentation lorsque celles-ci ne respectent pas la défense de la vie et la dignité de la personne humaine.

d) Nouvelles figures autour du lit du malade: collaboration interdisciplinaire

Au cours des dernières décennies, on a vu se multiplier autour du lit du malade les figures de professionnels de formation et de compétence diverses dont on n'avait pas ressenti le besoin dans le passé. En plus des figures classiques du médecin, de l'infirmière et de l'assistant religieux, on rencontre désormais de manière habituelle le psychologue, l'assistante sociale, le philosophe, le spécialiste en bioéthique, l'expert en droits du malade, le juriste, le bénévole, l'expert en économie sanitaire et de gestion. Cette multiplicité de présences au temps de la maladie marque d'une part la sensibilité croissante au sujet de la souffrance humaine, et souligne par ailleurs la complexité des problèmes de la santé.

L'Église est appelée à réfléchir sur ces nouvelles présences et à qualifier sa propre action pastorale, pour dialoguer efficacement avec les autres agents de santé. Comme dans tout cadre de travail professionnel, dans le monde de la santé, on ne peut pas non plus travailler seul. Dans la recherche scientifique comme dans les simples soins et dans l'assistance quotidienne du malade, il faut travailler ensemble, de manière synchronisée et avec un même objectif.

2. La présence active et créatrice de l'Église dans le monde de la santé

a) Les interventions du magistère et de la pastorale

Les considérations que j'ai faites jusqu'à présent nous amènent à voir les initiatives de l'Église face à l'évolution du

monde de la santé: elles ont été attentives, opportunes et significatives. Nous avons déjà cité quelques documents de l'Église dans le cours de cette réflexion⁴. Je souligne ici les plus récents: la Lettre apostolique *Salvifici Doloris* de 1984, l'Exhortation apostolique post-synodale *Christi fideles laici* de 1989 et l'Encyclique *Evangelium Vitae* de 1985.

Dans la Lettre apostolique *Salvifici Doloris*, le Pape expose le sens chrétien de la souffrance humaine. C'est le premier document dans lequel un pape aborde ce gros problème de manière systématique. Par ce document, le Pape veut aider à voir le Christ crucifié et à accepter l'"évangile de la souffrance" avec amour et confiance selon le dessein mystérieux mais toujours plein d'amour, de la divine Providence. En effet, ce qui reste une énigme inexpliquable pour la raison humaine devient message d'espérance dans la foi, à la lumière de la mort et de la résurrection du Christ.

Dans l'Exhortation postsynodale *Christi fideles laici*, le Pape traite principalement de la mission des laïcs dans l'Église et dans le monde, mais aux n°s 53 et 54 il adresse un message aux malades et aux souffrants et il relance avec décision une action pastorale pour et avec les malades, "capable de soutenir et de promouvoir attention, proximité, présence, écoute, dialogue, partage et aide concrète pour l'homme dans les moments où, en raison de la maladie et de la souffrance, sont mises à rude épreuve non seulement sa confiance en la vie, mais aussi sa foi en Dieu et en son amour de Père" (54).



"L'Église, poursuit le Pape, a le devoir de chercher à rencontrer l'homme particulièrement sur le chemin de la souffrance. Dans cette rencontre l'homme devient le chemin de l'Église et celui-ci est un des chemins les plus importants" (53).

Dans l'encyclique *Evangelium Vitae* (1995), le Pape dénonce la culture de mort qui régit la société actuelle et il encourage les fidèles à être des témoins de l'évangile de la vie dans les diverses occasions qui leur sont données aujourd'hui. Dans la quatrième partie de cette encyclique (78-101), le Pape indique les pistes pour l'engagement chrétien dans le service de la charité, et il donne aussi une liste d'initiatives concrètes: les conseillers matrimoniaux et familiaux, les centres de promotion des méthodes naturelles pour la régulation de la fertilité, les centres d'aide et d'accompagnement de la vie, les communautés de service pour les malades particuliers, l'adoption et l'aide à l'enfance, les comités de bioéthique. Il conseille, en outre, la participation aux diverses formes de volontariat, l'animation sociale et l'engagement politique.

Parmi les documents concernant la pastorale de la santé, prenons aussi en compte les messages du Pape pour les Journées mondiales des malades; les documents du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, par exemple la "Charte du personnel de la santé", et les déclarations des diverses conférences épiscopales nationales.

b) Constitution de structures et organismes d'animation de la Pastorale de la Santé⁵

Dans la communauté ecclésiale il y a toujours eu des institutions religieuses, des groupes, des mouvements et des associations engagées dans le monde de la santé. Mais leur action, qui reflète la diversité et la richesse des charismes de l'Église, a été caractérisée jusqu'à présent par la spontanéité et la générosité, si bien que, souvent, elle s'est montrée répétitive, et peut-être incohérente, faisant ressortir le besoin de structures de coordination, de communion et de programmation⁶. La ré-

ponse à cette exigence n'a été donnée que récemment, mise en action au niveau de l'Église tant universelle que nationale, régionale et diocésaine.

b1) Au niveau de l'Église universelle

À niveau de l'Église universelle, il y a eu un événement particulièrement important: l'institution, par le motu proprio *Dolentium hominum* du 11 février 1985⁷, de la *Commission Pontificale pour la pastorale du personnel de la santé*. Celle-ci est devenue par la suite le *Conseil Pontifical pour la Pastorale du personnel de la Santé*⁷.

Parmi les objectifs de cet organisme, on trouve l'étude des orientations des programmes et des initiatives concrètes de politique de la santé, au niveaux nationaux et internationaux, dans le but d'en apprécier l'importance et les implications pour la pastorale de l'Église; la coordination des activités déployées par les différents dicastères de la Curie romaine en relation avec le monde de la santé et avec ses problèmes; et le contact avec les églises locales, en particulier avec les commissions épiscopales pour le monde de la santé.

En relation étroite avec le Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé, il y a l'*Académie pour la Vie*, instituée le 11 février 1994 par le motu proprio *Vitae mysterium*⁹, avec pour objectif l'étude, l'information et la formation sur les problèmes de biomédecine et de droit, concernant la promotion et la défense de la vie, particulièrement en soulignant le rapport entre ces problèmes d'une part et la morale chrétienne et les droits du magistère de l'Église d'autre part.

Au Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé ont été confiées quelques activités réservées précédemment au Conseil Pontifical "Cor Unum" (1971) comme par exemple la coordination des activités médicales catholiques et l'assistance aux secteurs de la santé en vue de la promotion humaine¹⁰.

b2) Au niveau des églises locales

Lorsqu'on passe au niveau des nations, les structures de

communion et d'animation, bien que changeant de pays à pays, présentent des points communs. On relève la présence des *commissions épiscopales nationales* qui ont pour but de coordonner la pastorale de la santé sur le territoire du pays, en agissant par l'intermédiaire des commissions régionales ou interdiocésaines ou diocésaines. À titre d'exemple, nous présentons la situation de l'Espagne et de l'Italie.

En Espagne¹¹, en 1970, à la demande de la base, la Conférence épiscopale a créé le *Secrétariat de la pastorale de la santé*, dépendant de la commission épiscopale de la pastorale. Ce secrétariat est présidé par un évêque et animé par un directeur entouré d'une équipe composée des représentants des secrétariats diocésains, des religieux, de la Fraternité chrétienne des malades et des coordinateurs des six commissions créées dans le cadre du secrétariat: hospitalière, de la santé dans les paroisses, de la santé mentale, des professionnels chrétiens de la santé, des soins palliatifs et de la formation.

Parmi les multiples initiatives engagées par le secrétariat on peut rappeler les réunions nationales (Agradulce, 1975; Madrid, 1994), la célébration de la Journées du malade (depuis 1985), le Concordat sur l'assistance catholique dans les centres hospitaliers publics, la publication du document sur *L'assistance religieuse dans les hôpitaux: Orientations Pastorales* (1987). Dans chaque diocèse, il y a une délégation dont le président peut être un prêtre, un religieux ou un laïc. Depuis 1977, on célèbre chaque année la "Journée nationale des délé-

gués", qui est un temps de rencontre, de formation, de communion, de réflexion et d'échange. Les organismes de coordination des délégations diocésaines sont les secrétariats interdiocésains.

En Italie, la Conférence épiscopale a créé la *Consulta nazionale per la pastorale della salute*. Née en 1962, elle a connu diverses modifications pour arriver à son statut actuel en 1978. Elle est dirigée par trois évêques de zones géographiques différentes; l'un d'entre eux remplit le rôle de président. Par la suite (1996), la *Consulta* a été dotée d'un bureau permanent au siège de la CEI¹². La *Consulta* est composée des délégués régionaux et des représentants des Ordres religieux hospitaliers, des aumôniers, des associations catholiques du secteur et de quelques experts. Les initiatives prises par la *Consulta* sont nombreuses. Elle a suivi attentivement la réforme de la santé dans le pays, en intervenant "pour que soit sauvegardée la présence et l'activité des œuvres d'assistance sanitaire catholique et pour qu'une place valable soit accordée à l'assistance religieuse dans les établissements hospitaliers"¹³. Trois congrès nationaux ont déjà été organisés; le dernier (23-25 avril 1995) a été centré sur la "perspective pastorale dans le monde de la santé"¹⁴. Le travail d'animation et de formation devient toujours plus intense par le biais des objectifs visés, par exemple la préparation des journées des malades et la formation des responsables diocésains.

Le caractère opérationnel au niveau des régions et des diocèses est garanti par les conseils ou commissions des régions ou des diocèses.

3. Service pastoral de la santé sur le territoire et dans les institutions: le curé et la pastorale paroissiale de la santé

a) La communauté chrétienne, sujet premier de la pastorale de la santé

"L'Église, dit le décret *Apostolicam Actuositatem*, est née



pour faire participer tous les hommes au salut opéré par la rédemption, en diffusant le Règne du Christ, et pour attirer par eux le monde entier au Christ. Toute l'activité du Corps mystique orientée vers ce but est appelée *apostolat*: un apostolat que l'Église exerce par l'intermédiaire de tous ses membres, de manières variées évidemment" (AA,2).

C'est dans ce contexte que les communautés chrétiennes locales doivent prendre conscience de la grâce et de la responsabilité qui leur est donnée par le Seigneur pour ce qui concerne les fidèles malades; elle doit leur apporter le réconfort de la parole de Dieu, les sacrements et l'attention fraternelle. Le Christ est réellement présent dans les vieillards, les malades, les souffrants, les désespérés; une communauté qui ne se renouvelle pas dans la vertu grâce à cette présence, qui ne ressent pas la présence de Dieu dans les pauvres, qui ne l'honore pas par son activité sociale et caritative cesse d'être une église vivante de Jésus-Christ.

L'office diocésain pour la pastorale de la santé revêt un rôle stratégique dans cette action d'animation et de coordination. Il est appelé à être en étroite liaison avec l'office régional et avec l'office national pour donner à l'engagement local une vision plus large des problèmes particuliers. Selon les instructions de la CEI, les services à assurer par la *consulta* sont les suivants: 1) animer et coordonner la pastorale de la santé dans les vicariats et dans les paroisses, en facilitant une action commune et partagée entre les diverses associations, groupes et organismes caritatifs travaillant dans le diocèse. 2) Encourager la présence de malades et de personnels de santé dans les organismes ecclésiaux diocésains. 3) Soutenir les initiatives de formation et de mise à jour dans ce secteur (cf. *Nota* 78).

Les services à assurer indiqués dans la *Nota* méritent une attention particulière, parce qu'ils s'insèrent de manière exceptionnelle dans les innovations qui se font dans le monde de la santé. Effectivement, la tendance générale de la santé

est connue désormais. Il s'est créé un processus de déshospitalisation: le malade est et sera gardé moins longtemps en structure hospitalière pour être soigné en externe, à domicile, ou dans des structures de santé ambulatoires, ainsi qu'il a déjà été dit.

En conséquence, le système des soins à domicile va se développer graduellement mais inexorablement. Cela demande un changement radical de la manière de concevoir la médecine, de la mentalité des personnels de santé, du rapport avec le patient, du sens et du but de l'activité thérapeutique; cela demande en particulier un engagement plus grand de la famille des malades, et aussi l'engagement des communautés civiles et ecclésiales. Dans le cadre de la pastorale de la santé, cette nouveauté comporte une meilleure organisation paroissiale de l'assistance religieuse à domicile et une révision des pratiques pastorales en usage dans les institutions hospitalières où la moyenne de séjour des malades se situe autour de cinq jours.

b) *De la communauté chrétienne à la communauté paroissiale*

b1) *Le curé et la pastorale paroissiale de la santé*

Sur ce point, puisque le curé est le prêtre qui veille sur la communauté paroissiale au titre de pasteur particulier, il est évident que c'est à lui que revient la charge d'apporter une attention particulière aux malades de la paroisse; il a donc aussi la responsabilité de soutenir le secteur de la pastorale de la santé en particulier sur la question des malades à domicile (CDC 528-529). En raison de ses charges institutionnelles, le curé sera le principal animateur de la pastorale de la santé dans sa paroisse.

b2) *Les services de la pastorale paroissiale de la santé*

Les trois fonctions de la pastorale – évangélisation, sacrements et service – constituent aussi pour la pastorale de la santé les étapes nécessaires d'un seul itinéraire dont le but est le salut. L'étape sacralement

telle est mise en valeur par un processus adéquat de foi et par une chaleureuse participation humaine. Cependant, parmi les fonctions spécifiques de la pastorale, il faut aussi compter ce qui concerne la promotion humaine, sanitaire et sociale du malade et le respect des valeurs de la vie et de la santé (Cf. *Nota* 6). L'humanisation de l'assistance, des services et des institutions de la santé est reconnue comme une fonction spécifique de la pastorale à cause de son importance préévangélisatrice.

c) *Quelques initiatives de pastorale de la santé en paroisse*

c1) *Soutien et sensibilisation de la famille du malade*

La pastorale de la santé, conçue comme présence et action de l'Église pour apporter la lumière et la grâce du Seigneur à ceux qui souffrent et à ceux qui les soignent, avons-nous dit, ne s'occupe pas seulement de ceux qui sont malades mais aussi de ceux qui sont en bonne santé; et ceci, particulièrement, en inspirant une culture de plus grande sensibilité à la souffrance, à l'émargination, aux valeurs de la vie et de la santé. À ce point de vue, il faut apporter une attention particulière à la famille du malade. Le commandement du Seigneur de visiter les malades concerne avant tout les membres de la famille. Le sens de ce devoir élémentaire doit être développé et commencer dès le plus jeune âge.

Il faut aussi que la famille soit formée à se tenir proche des parents en difficulté. La chaleur de l'ambiance familiale a une fonction thérapeutique irremplaçable; à l'opposé, l'abandon dans les maisons de soins et de retraite engendre des sentiments de solitude et de tristesse et quelquefois de désespoir: cela ne contribue certainement pas à la santé. Dans ces cas, particulièrement si la maladie est longue et grave, les proches ont aussi besoin de soutien et de solidarité. Un "relai" dans l'assistance de leur malade, proposé de temps en temps, serait d'un grand secours.

Dans ce contexte, il est im-

portant de sensibiliser la communauté chrétienne en faveur de la création de services d'assistance de substitution sur le territoire, qui donneraient la possibilité de résoudre à la maison les problèmes médicaux les plus communs, sans devoir recourir à l'hospitalisation ou au placement en clinique. Il y a des motifs personnels, familiaux, sociaux et aussi économiques qui conseillent de privilégier, dans la mesure du possible, le service à domicile par rapport au service hospitalier. Ces services pourraient aussi être réalisés par des groupes stables d'assistance, organisés par la paroisse.

c2) *Les laïcs dans la pastorale paroissiale de la santé*

Jusqu'à présent, la responsabilité des laïcs dans la pastorale de la paroisse s'est pratiquée surtout dans le domaine de la catéchèse, dans la liturgie et dans la pastorale des jeunes, etc., mais elle était limitée, dans le domaine de la pastorale des malades. Peut-être parce qu'elle est plus difficile objectivement ou peut-être parce que, dans la mentalité courante, le malade n'a pas la place centrale qu'il devrait tenir pourtant dans une communauté vraiment chrétienne. Voilà pourquoi ce domaine de la pastorale paroissiale a besoin d'être l'objet d'une plus grande sensibilisation. Les plans pastoraux paroissiaux et diocésains devraient aussi réservier une attention communautaire aux malades. Tant que cette attention fera défaut, il manquera une dimension importante et qualifiante à la communauté paroissiale.

c3) *Concevoir une pastorale "avec" les malades et non seulement "pour" les malades*

Dans l'exhortation apostolique *Christifideles laici* (cf. n. 54) Jean Paul II a dit sa profonde intuition: il parle d'une relance de l'action pastorale pour et avec les malades et les souffrants: le malade ne doit pas se sentir seulement objet d'attention, mais devenir sujet actif dans la vitalité ecclésiale de la communauté paroissiale, un canal de l'amour du Christ et de

l'Église envers le monde de la souffrance. Plus profondément encore, le fidèle malade doit prendre conscience qu'il participe de manière singulière et privilégiée à l'action rédemptrice du Christ dans le monde; il peut redire avec l'apôtre Paul: "Je complète dans ma chair ce qui manque aux souffrances du Christ pour le bien de son corps qu'est l'Église" (Col 1,24).

Le malade ne doit pas se sentir en marge de la famille et de la communauté. Malgré le mal physique, le handicap ou les insuffisances, le malade, comme "icône" de Dieu, reste un être humain dans la plénitude de sa dignité et de ses droits, totalement digne de respect et de considération. Si le malade trouve dans son visiteur non pas un consolateur ennuyeux mais un frère venu pour l'engager pour un service utile, en lui demandant par exemple de prier pour les événements et les problèmes de la paroisse, il réussira certainement à se sentir malgré tout un membre vivant du corps mystique du Christ aujourd'hui.

d) *La création d'un groupe paroissial de coopérateurs pour la pastorale de la santé*

En plus des prêtres, chaque paroisse devrait avoir un groupe de coopérateurs de pastorale de la santé susceptibles de mener une activité concrète au profit des souffrants. Un tel groupe pourrait non seulement intégrer l'action du curé, mais aussi être un moyen de pénétrer dans les milieux réfractaires à l'Église, une voie de liaison avec des personnes qui, autrement, resteraient exclues ou oubliées par la communauté. Pour ces coopérateurs de pastorale de la santé, il faudrait prévoir une bonne formation humaine et spirituelle, ainsi qu'une préparation spécifique au ministère, grâce à des cours spécifiques.

La création d'un groupe paroissial de pastorale de la santé se justifie en raison de l'exigence qu'il y a, dans ce secteur aussi, de passer d'une action caritative spontanée et dispersée à une activité communautaire, organisée et fonctionnel-

le, assurée de stabilité et pourvue d'une gamme de service de tutelle, de défense et de promotion humaine, religieuse et sociale. L'existence d'un tel groupe pourrait éviter l'improvisation dans le service et garantir la préparation et la formation permanente.

L'activité du groupe devrait aussi s'étendre aux malades de la communauté séjournant dans les hôpitaux, les cliniques et les établissement médicaux du territoire. Les relations et la coopération avec les autres groupes ou organismes de la paroisse constituent un aspect important du problème.

4. Prise en charge de la pastorale de la santé sur le territoire et dans les institutions: L'activité pastorale de l'aumônier d'hôpital¹⁴

a) *L'aumônier d'hôpital*

L'assistant religieux, ou aumônier, des établissements de soins est le prêtre à qui "est confiée de manière particulière la charge pastorale du groupe particulier de fidèles que constituent les malades, les membres de leurs familles et les personnels de la santé. Son devoir principal est d'annoncer la bonne nouvelle et de transmettre par l'administration des sacrements l'amour rédempteur du Christ pour ceux qui éprouvent dans le corps et dans l'esprit les conséquences de la condition limitée de l'homme, en les accompagnant d'un amour solidaire" (Nota 38).

b) *Ministère de la Parole et de la communication¹⁵*

La foi trouve son fondement dans la Parole. Cela explique pourquoi toute forme d'apostolat considère l'évangélisation et la catéchèse comme une priorité. Il en est ainsi aussi pour la Pastorale de la Santé. Il s'agit de guérir, ou tout au moins de réduire la fracture entre évangile et culture; de présenter correctement le point de vue chrétien sur la douleur, la mort, la santé, et le sens du service au bénéfice de celui qui souffre.

Cependant, on ne peut pas penser que l'évangélisation



d'un malade, surtout si son état est grave, soit la même que celle d'un bien portant ou du personnel. Dans le premier cas, cela se fera principalement par le dialogue personnel, fait d'écoute, de silence et de quelques paroles que l'on sent correspondre aux besoins du malade. Dans le deuxième cas, on est devant un immense domaine où l'aumônier d'hôpital trouve d'énormes possibilités d'interventions pastorales visant le projet pastoral et la formation à une assistance plus humaine du malade.

Une autre exigence de fond se manifeste en notre temps à propos de l'évangélisation: c'est l'importance des problèmes moraux et l'obligation du pasteur de donner des réponses adéquates aux graves problèmes soulevés par les progrès de la science et de la technique qui sont réalisés dans le monde de la santé. Un responsable religieux dans un hôpital doit s'assurer une préparation qui lui donne la capacité d'assumer un tel service. Et cela non seulement au plan personnel, mais aussi en vue de la formation des personnels de tous les niveaux, facilitant les initiatives et utilisant les structures déjà existantes dans ce secteur: enseignement d'éthique professionnelle, création de comités d'éthique, conseils de pastorale hospitalière, etc.

c) *Ministère de sanctification: célébration des sacrements et prière au lit du malade*

Dans les paroisses comme dans les établissements hospitaliers, la célébration des sacrements constitue un des points

fondamentaux de la pastorale de la santé. Il est cependant important de penser à quelques indications pastorales: pour être compris et efficace, le sacrement doit être intégré dans un cheminement de foi. Il ne peut pas être présenté et accueilli comme un acte isolé dans l'ensemble de l'expérience de vie du malade baptisé. De plus, il faut qu'il soit exempt de toute interprétation et attente magique et superstitieuse. Au contraire, il faut faire comprendre le caractère sacré et ecclésial des sacrements. C'est Jésus qui les a institués en confiant à ses disciples la charge "de faire en mémoire de lui" ce qu'il a fait pour le salut de tous les hommes.

Dans la pastorale, il y a lieu d'insister sur l'importance de la rencontre des malades avec le Christ dans les sacrements de la réconciliation, de l'eucharistie et de l'onction des malades. Chacun de ces sacrements a une grâce sacramentelle particulière, c'est pourquoi il est bon d'en tenir compte dans le ministère pastoral auprès des malades. Il faut normalement faire une distinction entre l'assistance pastorale des malades et l'assistance des mourants. Pour les premiers, on dispose des sacrements de pénitence, de l'eucharistie et de l'onction des malades; pour le second, on a encore l'onction à laquelle s'ajoutent le viatique et la recommandation de l'âme.

L'onction des malades est la forme propre et la plus typique de la rencontre de l'homme avec le Christ dans la situation humaine difficile et fondamentale qu'est la maladie. La redécouverte de ce sacrement – par une catéchèse opportune et par des célébrations signifiantes, tant individuelles que communautaires, susceptibles de créer un nouvel état d'esprit – apportera de grands avantages spirituels, ainsi que la consolation et le réconfort à ceux dont l'état de santé est gravement compromis par la maladie ou le grand âge. Voilà pourquoi il faut rappeler aux fidèles que l'onction des malades est un sacrement qui se reçoit en pleine conscience pour qu'on puisse en tirer toutes les aides spirituelles ainsi que le bien-être physique¹⁷.

d) *Le ministère de l'assistance pastorale*

L'aumônier d'hôpital pourrait être appelé "le serviteur de la communion" dans la communauté ecclésiale hospitalière. La réflexion théologique postconciliaire a redécouvert la centralité de la communion dans le ministère de l'Église et dans l'activité pastorale. La communion ecclésiale, qui est avant tout don de l'Esprit et reflet de la vie trinitaire, demande à être vécue et traduite en expérience de communauté. Dans l'Église, chacun reçoit de l'Esprit son don spécifique et chacun reçoit la grâce et la charge de travailler pour la construction de la communauté ecclésiale et sa croissance dans la fidélité au Christ.

L'aumônier remplit ce service grâce à une large gamme d'activités et d'initiatives: visite et rencontre avec le malade, aide à la famille, animation de groupes et d'associations de volontaires et/ou de professionnels, lien avec l'église diocésaine et avec l'extérieur, activités d'humanisation, etc. Ces activités ne sont évidemment pas à la charge exclusive de l'aumônier, mais c'est sûrement son rôle de faire en sorte qu'elles soient de véritables expériences ecclésiales. La visite aux malades constitue un des éléments les plus importants du ministère pastoral de l'aumônier d'hôpital. L'entretien de personne à personne doit constituer l'acte essentiel, classique, de toute pastoral dans le milieu de la santé. Il s'élabore par des visites régulières dans les services et dans les chambres particulières; c'est au cours de ces entretiens que se concrétise la nécessité de l'entretien pastoral chez le malade, chez ses proches et chez le personnel, et que se crée en même temps, une présence d'Église.

Lorsque la maladie est sérieuse et longue, elle n'est pas seulement un fait corporel, mais elle s'étend aussi au domaine psychique et spirituel de la personne et le malade ne ressent pas seulement la nécessité d'être soutenu physiquement, mais il attend aussi un soutien spirituel et psychologique: l'agent pastoral de santé est alors appelé à exercer un minis-

tère de consolation. La guérison du malade dépendra aussi en grande partie de la qualité du soutien spirituel et psychologique qui lui sera assuré.

Dans de telles circonstances, les interventions des agents pastoraux ne doivent pas être de pure routine ou consister en paroles toutes faites, mais partir de la difficulté spirituelle concrète de la personne concrète dont il est question pour le moment. L'accompagnement spirituel doit viser à susciter et à réveiller les potentialités physiques, psychologiques et spirituelles du malade pour qu'il puisse retrouver la capacité de ne pas aller à la dérive, mais d'accueillir l'espérance donnée par la foi. C'est alors que l'assistance spirituelle peut se transformer en assistance religieuse et s'achever dans une lumineuse célébration des sacrements.

En outre, en tant qu'homme de la communion, l'aumônier doit aussi être l'homme des relations, un homme qui facilite les relations entre le malade et les siens, entre lui-même et la paroisse, entre l'institution hospitalière et l'église locale. Il y a donc lieu de dépasser l'isolement entre la pastorale hospitalière par rapport à la pastorale paroissiale ou diocésaine; il faut supprimer la défiance entre le clergé paroissial et les aumôniers, entre les prêtres diocésains et les religieux. L'objectif est de réussir à intégrer la pastorale hospitalière dans la pastorale diocésaine et en même temps à sensibiliser l'église locale aux problèmes de la pastorale de la santé.

e) *Animation et humanisation de l'assistance des malades*

Parmi les services incombant à l'aumônier d'hôpital, il y a aussi celui d'encourager la collaboration en vue de l'humanisation du cadre médical dont il a la charge pastorale. Il doit donc encourager et soutenir toutes les énergies capables de réaliser une plus grande humanisation des établissements hospitaliers. Il s'agit d'un service qui incombe, selon les charismes variés des uns et des autres, à toute la communauté ecclésiale qui vit dans ces lieux, mais qui revient particulièrement

aux laïcs (cf. LG 31) qui, par leur compétence, y occupent des postes de responsabilité dans la gestion des services administratifs, thérapeutiques et techniques. L'aumônier les soutiendra par ses conseils et par ses encouragements, mais il ne convient pas qu'il concentre sur lui-même toutes les compétences et responsabilités. Il ne faut pas qu'il agisse dans une optique de délégué, comme si les laïcs étaient de simples exécutants des décisions du clergé.

Les initiatives d'humanisation auxquelles on fait le plus souvent référence sont: le développement du respect des valeurs fondamentales (vie – santé – liberté), la défense des droits du malade, ainsi que la création de comités d'éthique ou d'organismes pour la défense des droits du malade, la valorisation des associations professionnelles, la constitution de groupes de volontaires, l'organisation de cours, de journées, de rencontres de formation à l'éthique professionnelle, l'engagement d'associations de malades et le soutien aux familles en difficulté.

Il est bon, cependant, de souligner que, pour ce qui est de l'humanisation du monde de la santé, le centre d'attention doit toujours rester la dignité de la personne malade et la qualité des relations entre le patient et le personnel. C'est à ce niveau en effet que l'on peut trouver les tensions qui menacent certaines valeurs fondamentales telles que:

– *La centralité de la personne malade.* Le service des soins ne devrait pas être conçu comme le moyen de faire face à un besoin propre, mais comme une réponse aux exigences d'une personne pour laquelle, à un moment de sa vie, son état de santé est devenu une source de préoccupations importantes.

– *Une bonne relation entre le personnel et le malade.* Le malade ne doit pas être considéré comme une occasion de fournir un travail, mais comme un être porteur d'une dignité égale à celle de l'intervenant. L'affaiblissement causé par la maladie ne doit pas être un motif pour établir avec lui une relation de force.

– *La participation responsable du patient au processus*

thérapeutique. Une information plus attentive permettra au malade de passer d'une attitude purement passive à une prise de responsabilité face à sa propre maladie et aux conséquences que l'action thérapeutique pourrait entraîner.

– *Le respect de la personne des personnels médicaux.* Le monde de la santé évolue vers un environnement inhumain pour le personnel lorsque celui-ci est obligé de supporter des types d'activités qui offensent sa dignité, en le contraignant à des attitudes qu'il éviterait volontiers ou qui sont contraires à sa manière de concevoir l'assistance des malades.

f) *Le conseil pastoral hospitalier et le projet d'une "aumônerie nouvelle"*

“Un des instruments les plus efficaces pour manifester la responsabilité commune dans la pastorale d'un établissement hospitalier est le conseil pastoral hospitalier”. Parmi ses finalités générales, son action prioritaire est celle d’“organiser la formation d'une fraternité chrétienne dans la vie de l'hôpital” (Nota 42). D'autres finalités sont: la programmation de l'évangélisation, la promotion de la vie sacramentelle et liturgique, et aussi, la collaboration avec les réalités ecclésiales territoriales.

A côté de ce qui concerne l'aumônier, la “Nota” du Conseil pour la pastorale de la santé de la CEI propose aussi une nouvelle structure pastorale: l’“aumônerie hospitalière”; elle la conçoit comme l’“expression d'un service religieux de la communauté chrétienne dans les institutions sanitaires”. Selon le document, elle est “composée d'un ou plusieurs prêtres auxquels on peut ajouter aussi des diacres, des religieux/ses et des laïques” (cf. Nota , 79-81).

La nouveauté de cette définition vient du fait qu'elle ouvre l'aumônerie hospitalière aux diacres, aux religieux non prêtres, aux religieuses et aux laïques. Il s'agit d'une ouverture non prévue par le nouveau Code de Droit canonique. Les termes du document laissent apparaître qu'elle est avant tout le fruit d'un développement de l’“esprit de communion” qui a

mûri de manière significative dans la réflexion conciliaire et post-conciliaire. Si, de fait, l'aumônerie est une "expression du service religieux de la communauté chrétienne dans les structures sanitaires", il est important que cette communauté chrétienne soit représentée par toutes ses composantes (cf. LG, 12; AA, 2; cf. 23).

La présence dans l'équipe pastorale de diacres, de religieux, de religieuses et de laïcs pourrait permettre à l'aumônier d'organiser son travail pastoral de manière plus efficace et plus valable. Il serait libéré de beaucoup de services de suppléance qui n'ont vraiment pas leur fondement dans l'ordre sacré et il pourrait donc réservier ses énergies à des activités plus spécifiquement sacerdotales. Enfin, la vision particulière du laïc, la perspective charismatique du religieux et de la religieuse et la sensibilité particulière de la femme pourrait apporter à la pastorale hospitalière une plus grande richesse et une plus grande variété dans ses interventions.

Bien entendu, cette nouvelle aumônerie ne peut que développer le sens ecclésial de la présence et de l'action pastorale de l'aumônier, en lui permettant d'animer plus efficacement la force chrétienne présente dans la communauté hospitalière par l'intermédiaire des groupes, des associations et particulièrement du conseil pastoral hospitalier.

Conclusions

Pour conclure, je soulignerai quelques lignes directrices qui ressortent de ce que je viens de

dire: 1) la continuité de la fidélité à l'action développée par l'Église au cours de son histoire en faveur des malades: c'est une belle histoire de témoignages donnés par des saints et des saintes, qu'il faut faire revivre à cause de l'incidence qu'ils ont eue et qu'ils peuvent encore avoir dans un engagement renouvelé et éclairé correspondant aux besoins de notre temps; 2) la prise de conscience des changements survenus ou en cours de réalisation dans le monde de la santé au niveau culturel, structurel et pastoral. Au niveau pastoral, il faut tenir compte avec une attention particulière de la nouveauté que constituent l'ouverture aux parents et au personnel de santé, la priorité de l'évangélisation, les diverses formes de volontariat, la nouvelle aumônerie et les conseils pastoraux hospitaliers; 3) le respect de la dignité du malade, considéré dans sa subjectivité comme image de Dieu et du Christ souffrant, comme personne dans ses dimensions somatique, psychique, familiale, sociale, spirituelle et transcendante, qui sont aussi des dimensions thérapeutiques; 4) la préparation face aux problèmes éthiques issus des nouvelles maladies et des progrès des techniques médicales; 5) la promotion du volontariat, comme signe de notre temps, dans ses formes les plus typiques: assistance, service pastoral et participation.

Je rappelle enfin ces paroles de Paul VI: "Les techniques de l'évangélisation sont bonnes, mais même les plus parfaites d'entre elles ne pourraient remplacer l'action discrète de l'Esprit. Même la préparation la plus perfectionnée de l'évangélisateur ne peut agir sans Lui; sans Lui, la dialectique la plus convaincante est impuissante sur l'esprit des hommes; sans Lui, les schémas les plus perfectionnés à bases sociologiques et psychologiques se révèlent creux et privés de toute valeur. On peut dire que l'Esprit Saint est l'agent principal de l'évangélisation (EN 75)".

Notes

¹ Cf. TRABUCCHI C., *Benessere fisico, mentale e sociale*, in *La Casa*, 44 (1984) pp. 151-157.

² Cf. CICCONE L., *Salute e malattia (Questioni di morale della vita fisica II)* Ed. Ares, Milano 1986, p. 34.

³ La "Nota": "La pastorale de la Santé dans l'Eglise italienne" du Conseil pastoral national de la CEI (conférence épiscopale italienne) a eu le mérite de tracer pour la première fois de manière organique les lignes porteuses de la pastorale de la santé: cadre, sujets, structure. Cette note, bien qu'étant un document pour une église locale, acquiert une valeur universelle parce qu'à l'époque de sa rédaction (1989), elle reconnaît, accepte et synthétise, en les unifiant, les documents de l'Église universelle sur la question issus de Vatican I. Les documents auxquels je me réfère sont les suivants: la Constitution apostolique *Sacram Unctionem Infirmorum* de 1972, le nouvel *Ordo Unctionis Infirmorum eorumque pastoralis curae*, toujours de 1972, le document CEI *Evangelizzazione e sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli Infermi* (1874), la Lettre apostolique *Salvifici Doloris* (1984) et l'Exhortation apostolique *Christifideles Laici* (1988).

⁴ Voir note précédente.

⁵ Cf. BRUSCO A. et PINTOR S., *Sulle Orme di Cristo Medico*, EDB, 1999, p. 207 ss.

⁶ A. BRUSCO, *La pastorale sanitaria nell'attuale contesto sociale*, in Aa.Vv., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Vasere 1995, 41.

⁷ EV 9/1410-1418.

⁸ EV 11/984-985.

⁹ EV 14/538-563.

¹⁰ Cf. G. GIANNINI, *Pontificio Consiglio Cor Unum*, en DTPS, 921-92.

¹¹ Cf. S. PELLICER, *Pastorale sanitaria in Spagna*, en DTPS, 853-858.

¹² Cf. S. PINTOR, *Dite il vangelo e curate i malati*, en *Settimana* 23 (1998), 8-9.

¹³ G. SANTORO, *La Consulta nazionale e le Consulenze regionali e diocesane*, en *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, sous la direction de A. BRUSCO, Camilliane, Torino, 1992, 203-212.

¹⁴ Cf. Les Actes de la réunion dans *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese, 1995.

¹⁵ Je fais référence à l'hôpital, mais je pense aussi aux autres structures de santé que l'on trouve aujourd'hui: cliniques, résidences pour longs séjours, maisons pour personnes âgées et pour familles des malades, centres d'écoute, dispensaires.

¹⁶ Pour toute cette partie, il est bon de se référer à la CHARTE DU PERSONNEL DE LA SANTÉ, un document du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé (1994). On verra particulièrement les titres: "Assistance pastorale et sacrement de l'Onction des Malades", "Les malades en phase terminale", "L'assistance spirituelle des mourants".

¹⁷ Cf. CEI, *Evangelizzazione e Sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli infermi*, nn. 137-140.



Père RENATO DI MENNA
Camillien
Consulteur du Dicastère
Professeur de théologie de Pastorale
de la Santé au "Camillianum",
Rome

Conclusion

Provenant de 22 pays des quatre continents – seule l’Océanie était absente – les 25 prêtres présents ont animé un dialogue vivant avec les responsables du Dicastère et avec les conférenciers en exposant l’état réel du milieu pastoral des pays où ils travaillent et en communiquant les expériences qu’ils mènent actuellement pour l’évangélisation du milieu de la santé.

En résumé, de cet échange fraternel sont apparus les points suivants:

– il est évident qu’il existe des différences notoires dues à la situation culturelle des pays où l’Église est présente: laïcisation marquée dans les pays occidentaux, difficultés d’action dans les pays où l’Église est “minoritaire” et dans ceux où elle coexiste avec d’autres religions. Cependant, tous ont souligné le changement radical provoqué par la “manière de faire la santé”: séjour très bref du malade grave dans les structures institutionnelles et par conséquent, nécessité et urgence d’exprimer une nouvelle manière d’approche, de présence et d’action pastorale. Il faut donc une adaptation également pour ces lieux de soins qui assistent le *malade chronique*, en raison du changement profond que la société affronte sur le sens religieux de la vie, une des conséquences de la “mondialisation”, qui n’épargne pas cet aspect de la vie.

– Donc, un objectif pressant était défini dans l’étude de la manière de relier l’action du prêtre envoyé dans les endroits de soins avec les pasteurs sur le territoire, dans les paroisses où désormais le “malade” poursuit l’action de recouvrer la santé.

Un des participants a présenté son expérience sur le terrain. Après des années de coordination de la pastorale de la santé dans des structures consacrées et envoyé depuis peu par son évêque dans ce nouveau service, il a entraîné la communauté

paroissiale à soutenir un groupe spécialisé de “visiteurs des malades”, tout en prenant soin également de l’aspect médical par le financement du travail d’une infirmière qui visite chaque jour les malades pour administrer les traitements. En outre, les rapports avec les centres de soins des villes ont été entrepris et intensifiés afin de recevoir des informations des paroissiens.

– Mais presque tous ont déclaré qu’il y avait une grande carence de prêtres dans cette forme de pastorale. D’où la nécessité de s’ouvrir à une nouvelle forme de fidèles “membres d’aumônerie”, qui tout en ne possédant pas le sacerdoce ministériel, préparés par des cours spécifiques, sous la responsabilité directe de l’évêque diocésain, sont des auxiliaires du prêtre envoyé dans le milieu de la santé. Une expérience détaillée dans ce sens a été présentée par un délégué d’un des pays de la vieille Europe, étudiée et approuvée par la Conférence épiscopale nationale.

– Il est apparu, de manière incontestable, que le prêtre qui est envoyé dans ce *service pastoral* a le devoir, mieux l’obligation de conscience, de se préparer de manière voulue et de rechercher les mises à jour périodiques nécessaires par des cours de *formation permanente*. Un large échange d’informations a été fourni par les délégués qui, dans leurs pays, ont déjà des facultés de théologie avec une spécialisation en pastorale de la santé, ou des centres d’études analogues, pour commencer une collaboration fraternelle avec ceux qui n’ont pas encore ces réalités dans leurs pays et qui se sont déclarés très intéressés.

– *Le séminaire d’étude*, même s’il fut de courte durée, s’est révélé extrêmement dense et riche pour la connaissance réciproque et l’échange d’expériences. L’accord en vue de poursuivre un objectif commun et immédiat a donné

naissance à une “fédération internationale” qui servira de lien et de communion entre les associations nationales existant déjà et assistera tous les participants désireux de démarrer une expérience identique dans leur pays. Afin de faciliter ce projet, les participants au séminaire ont accepté la proposition du Président du dicastère, S.E. Mgr Javier Lozano, de confier le service de “coordinateurs continentaux” aux délégués suivants:

AFRIQUE

Rev. P. Edgar Yameogo, MI
Paroisse St Camille - Centre Medical
01 - B.P. 364
OUAGADOUGOU - 01 Burkina Faso
Tel: +226 361097 - FAX: +226 360349
E-Mail: st.camille@fasonet.bf

AMÉRIQUE

A. Nord et Centrale:
Rev. P. Stephen R. Ryan, OSM
President of N.A.C.C. - P.O. Box 97473
3501 South Lake Drive MILWAUKEE,
Wisconsin 53207 U.S.A.
Office - Tel: +1 414 4834898
FAX: +1 414 4836712
E-Mail: nacc@nacc.org
Private - Tel: +1 212 9134863
FAX: +1 213 6632448
E-Mail: fsteeverand@earthlink.net

B. Latine:
Rev. Don Juan Josè Estrada
Santiago 1165
2000 ROSARIO Argentine
Tel: +54 155 481795
FAX: +54 0341 4213511
E-Mail: estrade-jj@usa.net

ASIE et OCÉANIE

R. P. Alex Vadakumthala
Executive Secretary Commission
for Health Care Apostolate - C.B.C.I.
Centre 1 - Ashok Palace
Gole Dakkhana
NEW DELHI 110 001 Inde
E-Mail: cbccheal@bol.net.in

EUROPE

M. l’Abbé Vitor Feytor Pinto
Rua da Beneficiencia, 7-1
100 LISBONNE Portugal
Tel: +351 1 7931435
FAX: +351 1 7954212
E-Mail: pastoralsauda@mail.sitepac.pt

Père FELICE RUFFINI, M.I.
Sous-Secrétaire du Conseil Pontifical
pour la Pastorale de la Santé
Saint-Siège