Le sida au Togo : enjeux éthiques et théologiques

Waguena Urbain Bitassa

▶ **To cite this version:**

Waguena Urbain Bitassa. Le sida au Togo : enjeux éthiques et théologiques. Religions. Université de Strasbourg, 2017. Français. NNT : 2017STRAK015 . tel-03702251

HAL Id: tel-03702251
https://theses.hal.science/tel-03702251

Submitted on 23 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Strasbourg

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

École Doctorale de Théologie et Sciences religieuses

ÉCOLE DOCTORALE 270

EA 4377 Théologie catholique et sciences religieuses

THÈSE présentée par :

Urbain Waguena BITASSA

soutenue le **22 juin 2017**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**
Discipline : Théologie et Sciences religieuses
Spécialité : Théologie catholique

Le Sida au Togo
Enjeux éthiques et théologiques.

THÈSE dirigée par :
Mme THIEL Marie-Jo Professeure, université de Strasbourg

RAPPORTEURS :
M. JACQUEMIN Dominique Professeur, université Catholique de Lille
M.BONDOLFI Alberto Professeur, université Catholique de Fribourg

---

AUTRES MEMBRES DU JURY :
M. HEYER René Professeur, université de Strasbourg
Mme VANNIER Marie-Anne Professeure, université de Lorraine

REMERCIEMENTS

A Monseigneur Pierre RAFFIN, évêque émérite de Metz et à son successeur Monseigneur Jean-Christophe LAGLEIZE, pour leur accueil et pour l'intégration pastorale qui m'ont permis de réaliser ce travail.

A ma marraine Marie-Thérèse MEYER-LITZLER, à Ginette et André HILT pour leur soutien.

A Sœur Marie Stella KOUAK qui a suivi mes premiers pas dans l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

A Madame Marie-Jo THIEL, professeure, médecin et éthicienne, dont l'exigence et la perspicacité ont permis de faire aboutir ce travail.

A Monsieur Jean-Paul VILLETTE, Maître de conférences, université de Strasbourg, invité de mon Jury, pour sa contribution et ses encouragements.

A tous mes professeurs des Universités de Lorraine et de Strasbourg.

Aux membres du Jury qui ont bien voulu examiner mon travail.

Aux Abbés Alfred SCHWARTZ, Franck WENTZENGER, Hugues AGBENUTI pour leur encouragement.

A Marie-Madeleine PAUL, Jeanne PAUL, Raymond et Marie-Thérèse PRATT, Jacques et Catherine BONNET, Liliane et Hubert WILMOUTH, Liliane et Huber AUG, Léonard et Elisabeth SANOU pour leur soutien.

Aux malades et à leurs familles auprès de qui j'ai beaucoup appris.

A tous les acteurs qui font avancer la recherche médicale et la lutte contre le sida.

A vous tous qui, de plusieurs manières, m'avez soutenu, j'exprime de tout cœur ma profonde gratitude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS ---------- **0**

SOMMAIRE ---------- **1**

SIGLES ET ABREVIATIONS ---------- **9**

INTRODUCTION GENERALE ---------- **11**

1. LE SUJET ET LA JUSTIFICATIONDE SON CHOIX ---------- **12**

2. MOTIVATIONS DU CHERCHEUR ---------- **16**

3.QUESTIONNEMENT ETHICO-THEOLOGIQUE ---------- **19**

4. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENT ---------- **21**

5. HYPOTHESE PRINCIPALE ---------- **22**

6. ORIENTATION ETHICO-THEOLOGIQUE ---------- **24**

7. DONNEES METHODOLOGIQUESET DELIMITATION DE CETTE ETUDE ---------- **27**

PREMIERE PARTIE ---------- **29**

CONTEXTE, ETAT DES LIEUX ET SYNTHESE DES ENQUETES EN MATIERE DE VIH/SIDA AU TOGO.29

1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES SUR LE TOGO ET SES STRATEGIES D'ACTION EN FAVEUR DU VIH/SIDA ---------- **31**

1.1.1. GENERALITES ---------- 31

1.1.1.1.Données géographiques ---------- 31

1.1.1.2. DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES ---------- 33

1.1.1.3. Aperçu économique et social ---------- 34

1.1.1.4. Organisationadministrative, politique sanitaire et engagements divers ---------- 35

1.1.1.5. Engagements régionaux et internationaux ---------- 36

1.1.1.6. Engagements sur le plan national ---------- 37

1.1.1.7. Les ressources humaines ---------- 37

1.1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR VIH/SIDA ---------- 38

1.1.2.1. Historique et données de prévalence de l'évolution de la pandémie au Togo ---------- 38

1.1.3. LES CROYANCES RELIGIEUSES AU TOGO ---------- 43

1.1.3.1. Les religions traditionnelles. ---- 43
1.1.3.2. Les religions chrétiennes ---- 44
1.1.3.3. L'islam ---- 45
1.1.4.3. Situation géo-humaine et atouts du diocèse de Sokodé. ---- 48
1.1.4.3.1. Situation démographique ---- 48
1.1.4.3.2. Les activités socio-économiques ---- 48
1.1.4.3.2. Organisation de l'Eglise locale ---- 49
1.1.4.3.2. 1. La Coordination Diocésaine de la Santé ---- 49
1.1.4.3.2. 2. La Direction Diocésaine de l'Enseignement catholique ---- 50
1.1.4.3.2. 3. La Direction Diocésaine des Œuvres ---- 50
1.1.4.3.2. 4. La radio Sainte Thérèse et la Commission Diocésaine des Médias ---- 50
1.1.4.3.2. 5. La Commission Diocésaine de Justice et Paix ---- 51
1.1.4.3.2. 6. Les associations des fidèles laïcs ---- 51
1.1.5. ACTIONS STRATEGIQUES : ENGAGEMENTS DES INSTITUTIONS FACE AU VIH/SIDA. LES SPHERES ET LES STRATEGIES D'ACTIONS ---- 51
1.1.5.1. Présentation de l'institutionCaritas Togo OCDI ---- 52
1.1.5.1.1. Bref historique de l'organisme ---- 52
1.1.5.1.2. Son organisation ---- 53
1.1.5.1.3. Sa mission ---- 54
1.1.5.1.4. Méthode de prévention ---- 55
1.1.5.2. Présentation du CNLS/PNLS ---- 55
1.1.5.2.1. Bref historique ---- 55
1.1.5.2.2. Son organisation ---- 55
1.1.5.2.3. Stratégie d'approche ---- 56
1.1.5.2.4. Méthode de prévention ---- 56
1.1.5.3. Présentation de l'association EPV(Ensemble Pour la Vie) ---- 57
1.1.5.3.1. Bref historique et principes de fondation de l'association EPV ---- 57
1.1.5.3.2. Objectifs de l'association E.P.V ---- 58
1.1.5.3.3. Les activités de l'association E.P.V ---- 59
1.1.5.3.4. Stratégie d'approche ---- 61
1.1.5.3.5. Méthodes de prévention ---- 62
1.1.5.4. Présentation de l'association EVT (Espoir Vie Togo) ---- 62
1.1.5.4.1. Bref Historique ---- 62
1.1.5.4.2. Son organisation et fonctionnement ---- 63

1.1.5.4.3. Méthode de prévention ---- 63
1.1.5.5. Tableau synoptique : Synthèse des stratégies de sphères concernées---- 64
CONCLUSION DU PREMIER CHAPITRE---- 66
1.2. LES ENQUETES QUANTITATIVES ---- 68
1.2.1. METHODOLOGIE DES ENQUETES ---- 68
1.2.1. 1. Procédure de l'enquête ---- 69
1.2.1. 2. Le choix des outils de collecte des données---- 69
1.2.1. 3. Population cible pour une statistique exploratoire---- 70
1.2.1. 4. Lieux d'enquêtes et déroulement---- 71
1.2.1. 5. Méthode d'analyse etde traitement des données ---- 71
1.2.1.6. Mon expérience et difficultés de terrain---- 73
1.2.2. RESULTATS---- 76
1.2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des populations concernées ---- 76
1.2.2.2. Connaissances sur le VIH/SIDA ---- 77
1.2.2.3. Attitudes et croyances---- 79
1.2.2.3.1. Différentes réponses ---- 79
1.2.2.4.1. Différentes réponses ---- 82
1.2.2.4.2. Tableau lexical de contingence des mots et expressions les plus fréquents croisés avec la religion ---- 84
1.2.2.5.Les résumés des différents regroupements---- 86
1.2.2.5.1. Associations---- 87
1.2.2.5.2. Religions ---- 88
1.2.2.6. Typologies socio-économiques---- 89
1.2.2.7. Version 6 groupes sociaux---- 91
1.2.2.8. Résumés : simplifications, caricatures : ---- 92
1.2.2.9. Trois groupes de mots pour dire la chose ---- 94
1.2.3. Interprétation des données d'analyse ---- 95
1.2.3.1. Analyse descriptive des variables socio-démographiques et répatition de la population enquêtée :---- 96
1.2.3.1.1. Selon le sexe---- 96
1.2.3.1.2. Selon les tranches d'âge---- 97
1.2.3.1.3. En fonction de la religion---- 98
1.2.3.1.4. Selon le niveau d'instruction ---- 99
1.2.3.1.5. Selon le lieu de résidence ---- 100

1.2.3.2. Connaissance et comportement sexuel ---- 101
1.2.3.3. Perception et responsabilité ---- 102
CONCLUSIONDU DEUXIEME CHAPITRE ---- 108
1.3. LES ENQUETES QUALITATIVES ---- 110
1.3.1 METHODOLOGIE ---- 111
1.3.1.1. LES ENTRETIENS ---- 111
1.3.1. TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTEURS PRESENTS SUR LE TERRAIN INSPIRE DU TRAVAIL DE PHILIPPE BERNAUX ---- 112
1.3.2. MOBILISATION COMMUNE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA ---- 113
1.3.2.1. L'Etat ---- 113
1.3.2.2. L'Eglise ---- 116
1.3.2.3. Les ONG/associations ---- 122
1.3.2.4. La population ---- 125
CONCLUSION DU TROISIEME CHAPITRE ---- 127
1.4.1. LES ENQUETES QUANTITATIVES ---- 130
1.4.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques ---- 131
1.4.1.2. Connaissance et comportement sexuel ---- 131
1.4.1.3. Attitudes et croyances ---- 132
1.4.1.4. Perception et responsabilité ---- 132
1.4.2. LES PRINCIPAUX DETERMINANTS ---- 133
1.4.2.1. L'impact de la pauvreté ---- 133
1.4.2.2. L'influence de la sorcellerie ---- 134
1.4.2.3. Le silence considéréecomme un sujet taboupar rapport à la sexualité. ---- 136
1.4.2.4. La stigmatisation et la discrimination ---- 137
1.4.3. LES ENQUETES QUALITATIVES ---- 140
1.4.3.1. L'État ---- 141
1.4.3.2. L'Église ---- 143
1.4.3.3. Les ONG/associations ---- 144
1.4.3.4. La population ---- 145
1.4.4. EVALUATION DES DIFFERENTES STRATEGIES ---- 147
1.4.4.1. Les points forts des différentes stratégies ---- 147
1.4.4.1.1. Une mobilisation commune pour la lutte contre le sida ---- 147
1.4.4.1.2. Vision commune de la souffrance du malade ---- 149
1.4.4.1.3. Promotion de la vie ---- 151

1.4.4.2. Les points faibles des différentes stratégies ---------- 154
1.4.4.2.1. Constat des limites de la stratégie de l'Etat ---------- 154
1.4.4.2.2. Limite de l'autonomie des patients ---------- 155
1.4.4.2.3. Manque de cohérence entre l'idéal et la pratique ---------- 156
1.4.4.2.4. Rapport conflictuel au niveau des sphères ---------- 158
CONCLUSION ---------- 161

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE ---------- 163

DEUXIEME PARTIE ---------- 165

REFLEXION ETHIQUE, THEOLOGIQUE ET PERSPECTIVES PASTORALES.---------- 165

2.1. LES ALLIANCES DANS LA SOCIETE---------- 170
2.1.1. TERMINOLOGIE ---------- 171
2.1.2. LES DIFFERENTES FORMES D'ALLIANCE ---------- 175
2.1.2.1. Les mariages ou alliances matrimoniales ---------- 176
2.1.2.2. Les pactes sociaux ---------- 179
2.1.2.2.1. Alliance entre deux peuples ---------- 179
2.1.2.2.2. Alliance entre un chef traditionnel et ses administrés ---------- 181
2.1.2.2.3. La parenté à plaisanterie ---------- 183
2.1.2.2. Les alliances structurelles ---------- 185
2.1.2.3.1. Relations interculturelles : alliance entre peuples et tribus ---------- 185
2.1.2.3.2. Les alliances extérieures entre Etats ---------- 187
2.1.2.3.3. Les alliances entre partis politiques ---------- 189
2.2.2.4. Un exemple d'alliance dans la société : le cas de l'hygiène alimentaire à l'école. -------- 190
2.1.2.3. Tableau synoptique ---------- 192
CONCLUSION ---------- 193
2.2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE---------- 195
2.2.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ---------- 197
2 .2.1.1. Différentes définitions ---------- 197
2.2.1.2. Les éléments fondamentaux de l'alliance thérapeutique selon Paul RICOEUR ---------- 198
2.2.1.2.1. La confiance ---------- 198
2.2.1.2.2. La prudence ---------- 200
2.2.1.3.3. Respect du code de déontologie ---------- 201

2.2.1.3.4. Quelle relation entretenir en définitive ? ---------- 203
2.2.2. RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LA DUREE---------- 203
2.2.2.1. Evolution de la relation médecin-patient---------- 204
2.2.2.2: L'écoute active du patient, sa valorisation et l'adaptation des soins ---------- 205
2.2.2.3. Les étapes de soins dans le contexte du sida ---------- 207
2.2.2.3.1. La sérologie de dépistage ---------- 208
2.2.2.3.2. Le pré-test de sérologie---------- 208
2.2.2.3.3. La post-sérologie ---------- 209
2.2.2.4.4. Les différentes étapes de la prise en charge des séropositifs. ---------- 209
2.2.2.4.4.1. Les infections opportunistes et les effets indésirables des traitements ---------- 210
2.2.2.4.4.2. La mise sous traitement ARV---------- 211
2.2.2.4.3. Quelques principes directeurs dans l'alliance thérapeutique ---------- 212
2.2.2.4.5.1 Le principe d'autonomie ---------- 212
2.2.2.4.5.2. La gestion au long court ---------- 213
2.2.2.4.5.3. La négociation pour obtenir la confiance---------- 214
2.2.2.4.5.4. La bienfaisance ---------- 215
2.2.2.4.5.5. La justice ---------- 215
2 .2.3. LES AUTRES PARTENAIRES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ---------- 218
2.2.3.1. La place des thérapeutes traditionnels ---------- 218
2.2.3.2. L'influence des fausses croyances ---------- 219
2.2.3.3. La famille et l'entourage : lieu de fraternité ---------- 220
2.2.3.4. Les associations : source de création d'identité et de solidarité ---------- 221
2.2.3.5. L'importance des groupes de parole---------- 223
CONCLUSION ---------- 225
2.3 : L'ALLIANCE HORIZONTALE : LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE : ETAT, EGLISE, ONG / ASSOCIATIONS ---------- 227
2.3.1 : DES FONDEMENTS ETHIQUES DANS LA PREVENTION ---------- 229
2.3.1.1. Le leadership souhaité de l'Etat ---------- 231
2.3.1.1.1. Les tenants des pratiques traditionnelles nuisibles---------- 232
2.3.1.1.2. Les moyens des acteurs. ---------- 233
2.3.1.1.2.1 Les moyens financiers ---------- 233
2.3.1.1.2.1.3. Les moyens humains ---------- 237
2.3.1.1.3. Au niveau de l'éducation ---------- 238
2.3.1.1.4. Les familles : lieu de dialogue, de communication et d'éducation sexuelle ---------- 240

2.3.2. L'ENGAGEMENT DE L'EGLISE ---------- 241
2.3.2.1 La responsabilité de l'Eglise comme institution ---------- 242
2.3.2.2. Actions ciblées dans les diocèses ---------- 243
2.3.2.3. Les moyens de communications ---------- 244
2.3.2.4. Une alliance entre les religions ---------- 244
2.3.2.4.1 Une nouvelle expérience : Une alliance entre les différentes confessions religieuses - 244
2.3.2.5.2 Les sensibilisations ---------- 245
2.3.4. LA NECESSITE DE L'ORGANISATION DES ACTEURS EN RESEAU ---------- 246
2.3 .4 .1 L'expérience de certaines régions ---------- 246
2.3.4.2. La mutualisation des ressources financières, matérielles et humaines ---------- 247
2.3.4.3. La viabilisation des centres d'information et de documentation ---------- 248
2.3.4 .4. L'élaboration et la gestion de projets ---------- 248
2.3.4.5. L'alliance orientée vers une solidarité internationale ---------- 248
2.3.5. SUIVI ET GOUVERNANCE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS ---------- 249
2.3.5.1. Estimation nationale sur le VIH/SIDA ---------- 249
2.3.5.2. La présentation et le lancement des projets en cours ---------- 250
2.3.5.3. L'évaluation à mi-parcours ---------- 250
2.3.5.4. Fin du projet ---------- 250
2.3.6. STRUCTURE D'ALLIANCE DE COORDINATION ---------- 250
2.3.6.1. Les valeurs partagées ---------- 251
2.3.6.2. La mission et les attributions de la structure d'alliance de coordination ---------- 251
2.3.6.2.1. La mission ---------- 251
2.3.6.2.2. Attributions de la structure de coordination ---------- 251
2.3.6.2.3. L'engagement des adhérents ---------- 252
2.3.6.2.4. Organes de la charte ---------- 252
2.3.6.2.4.1. L'Assemblée Générale ---------- 252
2.3.6.2.4.2. Le Bureau National de Coordination (le BNC) ---------- 253
2.3.6.2.4.3. Les Bureaux Régionaux de Coordination (le BRC) ---------- 253
2.3.6.2.4.4. Appui institutionnel aux acteurs ---------- 254
2.3.6.2.4.5. Evolution de la structure ---------- 254
2.4. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE DANS LA PERSPECTIVE DES SOINS ---------- 256
2.4.1. LA SIGNIFICATION BIBLIQUE DE L'ALLIANCE ---------- 258
2.4.1.1. Les partenaires dans lA 1er ALLIANCE ---------- 259

2.4.1.1.1. Les fondements du décalogue et ses clauses dans l'alliance (Ex. 19, 1-25) ;(Dt 5,6-21). ---------- 259
2.4.1.1.2. L'implication de l'alliance Sinaïtique dans le vivre ensemble ---------- 261
2.4. 1.2. L'alliance dans le Nouveau Testament---------- 263
2.4.1.2.1. Le Christ comme fondement de cette alliance---------- 263
2.4.1.2.3 L'importance de l'Eucharistie comme sacrement de la Nouvelle Alliance---------- 265
2.4.1.2.4 Jésus, modèle de la prise en charge des malades ---------- 267
2.4.1.2.4.1 La guérison des lépreux (Marc 1,40-45) ---------- 267
2.4.1.2.4.2. Jésus, figure du bon Samaritain : Luc (10, 25-37).---------- 268
2.4.1.2.4.3. Jésus et le relèvement de la femme adultère (Jean 8, 1-11)---------- 269
2.4.1.2.4. La prise en charge des patients comme cadre de déploiement d'une alliance thérapeutique. ---------- 271
2.4.2. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE COMME ENGAGEMENT DANS LA PASTORALE DE L'EGLISE ---------- 272
2.4.2.1. L'alliance matrimoniale et la sexualité responsable ---------- 272
2.4.2.1.1 La sexualité comme valeur et ses fondements ---------- 272
2.4.2.1.2. Le sens éthique de la sexualité---------- 274
2.4.2.1.3. Le sens moral de la sexualité ---------- 276
2.4.2.1.4. Le test de dépistage comme lieu d'exercice de responsabilité---------- 277
2.4.2.1.5. La question du préservatif---------- 279
2.4.3. L'ACCOMPAGNEMENT PASTORAL, SPIRITUEL ET RELIGIEUX DE L'EGLISE AUPRES DES MALADES.---------- 282
2.4.3.1 Les différents aspects de la prise en charge globale des patients. ---------- 283
2.4 .3.1.1 L'homme : un être composé de corps et d'esprit. ---------- 284
2.4 .3.1.1.2 L'enjeu d'un accompagnement spirituel dans les centres de santé.---------- 285
2.4.3.2. Dimension spirituelle de l'être humain---------- 286
2.4.3.3.Les besoins spirituels humains ---------- 287
2.4.3.4.L'accompagnement dans sa dimension confessionnelle ---------- 289
2.4.3.5. La guérison spirituelle : une attente largement partagée par les patients ---------- 290
2.4.3.5.1 La prière ---------- 291
2.4.3.5.2. Le ministère sacramentel de l'Eglise---------- 292
CONCLUSION ---------- 294
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE ---------- 297

CONCLUSION GENERALE ---------- 300
ANNEXES ---------- 309
ANNEXE A : LES ENQUETES QUANTITATIVES ---------- 310

QUESTIONNAIRE DES ENQUETES QUANTITATIVES---------- **310**

I.LES DONNEES ---------- **313**

II. TRIS A PLAT---------- **313**

RESUME/ SIMPLIFICATIONS, CARICATURES : ---------- **340**

➢ **ATTITUDES ET CROYANCES : TROIS GROUPES « NOIR », « ROUGE », « OR »**---------- **355**

COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE ? : CHEVEUX ROUX ?---------- **370**

ANNEXE B : LES ENQUETES QUALITATIVES EN INTEGRALITE---------- **372**

BIBLIOGRAPHIE ---------- **435**

TABLE DES MATIERES ---------- ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

INSERER VOTRE RESUME EN FRANÇAIS SUIVI DES MOTS-CLES---------- **456**

1000 CARACTERES MAXIMUM ---------- **456**

INSERER VOTRE RESUME EN ANGLAIS SUIVI DES MOTS-CLES ---------- **456**

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC	Abstinence Bonne fidélité et Condom
ADT	Analyse de Données Textuelles
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ARV	Antirétroviraux
BEPC	Brevet d'Etude du Premier Cycle
CAPHECTO	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique de l'Eglise Catholique du Togo
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEG	Collège d'Enseignement Général
CENJP	Commission Episcopale Nationale Justice et Paix
CET	Conférence des Evêques du Togo
CEERE	Centre Européen d'Enseignement et de Recherche en Ethique
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	Centre Médico-social
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CODISA	Coordination Diocésaine de Santé
CPLS-IST	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
CPN	Consultation Prénatale
CPPSJ	Centre de Prise en charge Psycho – Socio – Judiciaire

CRLS-IST	Comité Régional de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles.
CV-AV	Cœur Vaillant-Ame Vaillante
DNEC	Direction Nationale de l'Enseignement Catholique
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
EHAIA	Ecumenical HIV and AIDS Initiative in Africa (Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH et le Sida en Afrique)
EPS	Enseignement Primaire et Secondaire
EPV	Ensemble Pour la Vie
EVT	Espoir Vie Togo
GRSE	Groupe de Référence pour le Suivi Evaluation
IEC	Information Education et Communication
IEC/CCC	Information Education et Communication /Communication pour le Changement de Comportements
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JEC	Jeunesse Etudiante Catholique
OCDI	Organisation de la Charité pour un Développement Intégral
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCT	Plan à Court Terme
PE	Pair Educateur
PEC	Prise En Charge
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnelle du Sexe
PSI-TOGO	Population Services Internationaux
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RTA	Religions traditionnelles Africaines
SCEAM	Symposium de la Conférence des Evêques Afrique et Madagascar
SE	Suivi et Evaluation
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	Unités des Soins Périphériques
VIH	Virus d'Immunodéficience Humain

INTRODUCTION GENERALE

1. LE SUJET ET LA JUSTIFICATIONDE SON CHOIX

La maladie, comme une situation de vie, interpelle autant les personnes que les sociétés. Elle perturbe le cours de la vie, change le regard sur l'individu qui, parfois, en ressent un sentiment de culpabilité. La pandémie du VIH/SIDA dans le monde, en Afrique et spécialement au Togo, constitue un défi à différents niveaux. Ce fléau mortel interpelle le comportement de l'homme, et de tout homme, cependant il constitue un problème de nature clinique, éthique, économique, sociale, humaine tout court. Le sida, « comme tout autre problème concernant la vie humaine, doit être considéré, au-delà des perspectives partielles, à la lumière d'une vision intégrale de l'homme et de sa vocation, non seulement naturelle et terrestre mais aussi surnaturelle et éternelle[1] ».

C'est à partir de ces réalités que nous comptons conduire notre réflexion sur le sida dans la perspective d'une éthique théologique de l'Alliance. Nous entendons par cela, une éthique qui lie Alliance et Création dans la réciprocité. En d'autres termes, il s'agit d'appréhender comment raison et foi sont en relation dialectique en ce qui concerne le sida, dans le contexte de la vie à l'épreuve de la maladie. Les interactions du social avec la raison permettent de faire évoluer la compréhension autour de la foi.

Pour une telle entreprise, notre choix s'est porté sur un milieu d'investigation géographique précis, le Togo, petit pays de l'Afrique de l'Ouest. Malgré les efforts de prévention mis en place par l'Etat, les confessions religieuses et les associations, les résultats ne sont pas encore à la hauteur des projets et espérances, surtout par rapport aux objectifs du Millénaire 2015[2]définis par l'OMS. Preuve en est l'avalanche de plans stratégiques qui se sont succédés de la part de l'Etat depuis sa prise de conscience du phénomène jusqu'à ce jour. Le récent plan d'investissement en vue de la lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2013-2017 est un document politique intitulé « Vision 2020 ».Selon le rapport annuel des activités du PNLS/IST de l'année 2010, le Togo, sur le plan épidémiologique, fait partie des 33 pays dont les nouvelles infections ont baissé de plus de 25% entre 2001 et 2009. En consultation prénatale, les statistiques montrent que la prévalence du VIH est passée de 4 ,2% en 2006 à 3,5% en 2010. Cette prévalence, au cours

[1]. PAUL VI, *Humanae Vitae*, Vatican, 1968, n°7.

[2]. Les objectifs du millénaire visent la prise en charge totale et gratuite de personnes vivant avec le VIH/SIDA puis la réduction de la prévalence.

de la même période, dans la tranche d'âge de 15-24 ans, était de 2,3% en 2010 contre 2,2% en 2015. Bien que toutes ces données montrent la stabilisation voire une tendance à la baisse de l'épidémie au Togo depuis cinq ans, la prévalence du VIH est toujours à un niveau très élevé. Voilà pourquoi, dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), en ce qui concerne le VIH en 2015, cette infection reste un des défis majeurs pour le Togo. On peut parler de défi parce que certains vivent encore dans l'ignorance de la maladie et d'autres s'adonnent toujours à des comportements irresponsables. Mais comment le VIH/SIDA s'offre-t-il à la compréhension du Togolais ordinaire ?

Le sida fit son apparition au début des années quatre-vingt, aux Etats-Unis, au sein des groupes à risque tels que les drogués et les homosexuels. Depuis, il constitue un grand défi au niveau mondial autant pour la médecine traditionnelle que pour la médecine dite moderne. Maladie non encore parfaitement comprise, extrêmement résistante aux traitements médicaux, le sida ne cesse de mobiliser des investissements de toutes sortes tant au niveau médical que socio-économique, politique et religieux. Il faut noter que très tôt, il y a eu autour du sida la création d'une journée internationale, le 1er décembre de chaque année, et la création de toutes sortes d'associations en réponse à cette épidémie. Le sida est perçu comme un phénomène collectif, porteur d'une menace. Il réveille les peurs disparues dans les pays où prévaut la médecine moderne et terrorise les populations des pays pauvres. Le VIH/SIDA a même fini par imposer des mesures protectionnistes sur le plan international.

Il convient de noter que certains pays n'ont pas encore abandonné les mesures sanitaires relatives à l'immigration tant la personne séropositive ou porteuse du VIH/SIDA est considérée comme une menace pour les populations. Si depuis les années quatre-vingt le sida reste un défi majeur à relever, comment ses différentes manifestations demeurent-elles problématiques ? Est- ce parce qu'il reste une maladie incurable, difficile à cerner ? Notons qu'au sens strict, le nom de sida ne désigne pas une maladie. Il a donné lieu à une métaphorisation de la maladie. Il s'agit du nom d'une situation médicale dont les conséquences incluent tout un éventail de maladies. Le sida n'est pas une maladie unique, mais un syndrome constitué d'une liste apparemment non exhaustive de pathologies qui composent cette maladie. C'est dire qu'une personne séropositive connait des souffrances énormes de nature physique, morale, psychologique et spirituelle. Ainsi, en parlant de la

métaphorisation de la maladie, nous pensons que la définition même du sida requiert la mention d'autres maladies, ainsi que des infections opportunistes. Le sida, selon Susan SONTAG[3] a une double généalogie métaphorique.

En tant que microprocessus, il est décrit comme le cancer : c'est une invasion. Dans la description du sida, l'ennemi est ce qui provoque la maladie, un agent infectieux qui vient de l'extérieur :

> *L'envahisseur est minuscule, de la taille d'une tête d'épingle réduite seize mille fois… Les éclaireurs du système immunitaire du corps, de grosses cellules appelées macrophages, détectent la présence de cet infime intrus et alertent promptement le système immunitaire. Celui-ci commence à mobiliser un ensemble de cellules qui, entre autres choses, produisent des anticorps pour répondre à la menace. Obstiné, le virus du sida ignore la plupart des cellules sanguines qu'il rencontre sur son chemin, évite l'avancée rapide des défenseurs pour fondre sur le coordinateur en chef du système immunitaire, une cellule aide T…* [4].

En tant que maladie lente, le sida est plus proche de la syphilis que l'on décrit en termes de stades, que du cancer. Son mode de transmission s'apparente à celui de la syphilis : « la souillure ». (On le reçoit par le sang, les fluides sexuels d'une personne atteinte, ou par des produits sanguins contaminés). Penser le sida en termes de stades est essentiel à tout discours. Par le terme de sida, on désigne d'habitude, le dernier des trois stades : infection due à un virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui produit les premiers signes de dégradation du système immunologique, avec une longue période de latence entre l'infection et la manifestation des symptômes révélateurs.

---

[3]. SONTAG Susan, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores,* Coll. « Titre 101 », Editeur, Christian Bourgois, 2009, p. 231.

[4]. Idem. pp. 136-137.

Au regard de cette brève géographie du sida, il n'est pas faux de reconnaître le caractère terrifiant du phénomène sida et de ses conséquences. Cette maladie menaçant la vie suscite des initiatives à travers le monde destinées à améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre le sida. C'est dans ce sens que nous comprenons les actions de la ville de Paris en faveur du Burkina Faso **:**

> *Depuis 2001, le conseil de Paris a engagé notre municipalité dans la lutte contre le fléau du sida en Afrique. C'est un choix de solidarité mais également un acte de responsabilité vis-à-vis de ce continent. Paris souhaite en effet que les programmes soutenus promeuvent encore davantage la responsabilité publique en matière de santé, au moyen notamment d'une implication plus importante des collectivités locales dans la lutte contre le sida. C'est la condition impérative pour que les moyens mobilisés, aujourd'hui importants, aient un impact réel sur les systèmes de santé, encore insuffisamment performants au regard des besoins et des attentes qu'expriment les peuples d'Afrique, il y a urgence*[5].

Cette maladie génère la précarité, une perte éventuelle d'emploi, voire une stigmatisation avec des répercussions sur la jouissance effective des droits de l'homme et sur le développement économique et social.

L'expression « vivre avec le sida » le confirme. Il apparaît que le virus du sida n'est pas que menace pour une personne. Il fait que celle-ci devient également une menace, un ennemi potentiel pour son « alter ego », d'où notre indignation par rapport à son avancement au Togo. Il fait peser sur le sujet malade le poids de l'environnement humain et pose à son niveau la question de la dignité. Quel que soit le mode de transmission dont on a été victime ou non, la peur condamne parfois le sujet séropositif à un ostracisme impitoyable, d'autant plus que conscient de son état il sait qu'il représente une menace potentielle. L'estime de soi se trouve mise à mal par les multiples souffrances induites par le processus d'une maladie dont on ignore quel en sera le terme. Le sida stigmatise la personne et « l'affiche » comme un être impur et indigne. Les conséquences de la maladie,

---

[5]. DELANOË Bertrand, « La lutte contre le sida en Afrique », in les actions de la ville de Paris, 2011, P. 3.

autant que la maladie elle-même, entravent une existence éprouvée dans ses fragilités, ses limites, ses dépendances. Mais ne s'agit-il pas toujours d'une vie comprise comme lieu de rencontre de l'autre dont l'existence est non seulement faite d'interrogations mais encore d'interpellations ?

2. MOTIVATIONS DU CHERCHEUR

Notre thèse est porteuse d'une histoire qui s'enracine dans plusieurs événements. Nous avons été témoin de la douleur et de la souffrance de familles entières plongées dans des situations dramatiques, chargées d'interrogations. Il faut noter qu'au départ, nous-mêmes, nous vivions presque dans l'ignorance de la maladie du VIH/SIDA et surtout en ce qui concerne ses symptômes. C'est ainsi que tous les décès à la fleur de l'âge trouvaient leurs explications dans l'imaginaire invisible : action des sorciers ou offrandes exigées par les ancêtres.

La survivance dans la mémoire collective de cette forme de religiosité des ancêtres de type cosmocentrique demeure très forte malgré la présence de plus d'un siècle de christianisme. Les maladies chroniques en général, et singulièrement le sida, dont la nature et la cause sont sans explications, plongent le séropositif et toute sa famille dans la superstition et la résignation. La vie à défendre, y compris sa valeur sacrée, renvoie à l'homme l'image d'un devenir aux évènements imprévus.

En effet, si notre engagement personnel dans la lutte contre le sida est aujourd'hui déterminant, c'est au regard des événements passés. Nous en avons pris conscience par des campagnes de sensibilisation initiées par des associations, surtout l'association *« Vivre dans l'Espérance*[6] *»*. Le premier déclic date du lycée qui nous a donné une formation humaine et religieuse. Mes discussions avec les agents du PNLS et d'autres associations, suite à une campagne de sensibilisation, m'ont permis de faire le lien entre les informations reçues et les symptômes de sida chez les personnes décédées. D'autres décès ont été aussi au centre de ma réflexion en voyant différentes situations se multiplier. Des femmes

[6]. « Vivre dans l'Espérance » est une association basée à Dapaong dans la région des savanes située à plus de 600km de Lomé. Née en 1988 à l'initiative des Sœurs Augustines, du personnel du CHR-Dapaong ainsi que des religieux et laïcs du diocèse de Dapaong. Au cœur brisé par la souffrance, l'humiliation, le désespoir, l'association essaie par son écoute, son accompagnement, ses soins, de rallumer le feu de l'espérance en remettant l'homme debout et en lui redonnant le goût de la vie.

mariées qui soignaient leur mari ont présenté également les mêmes symptômes ainsi que certaines femmes bénévoles qui ont été bienveillantes envers des personnes malades en dehors de tout lien familial direct. C'est reconnaître que la maladie constitue un lieu de mobilisation humaine et matérielle. En plus des informations reçues lors des « caravanes de sensibilisation », nous tenons à souligner l'intérêt accordé aux lectures et aux revues documentaires sur le sida. Notre motivation s'inscrit également dans ce projet : *se former pour devenir formateur*. N'est-ce pas chercher une réponse relative à l'existence de l'homme en relation avec sa famille, son entourage et plus largement son pays et le monde entier, aujourd'hui et pour l'avenir ? Si l'Afrique suscite tant d'intérêt ce n'est pas à cause de sa place en tant que lieu d'émergence de l'humanité, mais c'est surtout parce qu'elle fait l'objet de certaines dérisions. Parmi les maux qui accablent ce continent, il convient de souligner avec force la pandémie du sida avec ses conséquences. Le premier synode africain en parle en termes de tragique fléau qui sème la douleur et la mort dans de nombreuses parties de l'Afrique[7]. Cette préoccupation fut relayée dans le temps par des prises de positions du Magistère officiel et ordinaire. Ainsi, le voyage du Pape Benoit XVI au Cameroun le 18 mars 2009 a été l'occasion de rappeler les recommandations de l'Eglise face au VIH/SIDA en prônant la fidélité et l'abstinence. La question du sida constitue pour l'Afrique une urgence et elle interpelle tout chrétien ou tout homme de bonne volonté. C'est dans cette optique que nous nous sommes intéressés au problème du VIH/SIDA depuis le grand séminaire interdiocésain Jean- Paul II de Lomé où nous avons suivi le cycle de théologie avec un mémoire sur cette question. Après ce mémoire, nous avons cherché à le traiter concrètement dans le champ de la pastorale avec une équipe de bénévoles au sein de l'association« Ensemble Pour la Vie » (EPV).

La riche expérience acquise durant les cinq années pastorales comme aumônier de l'enseignement catholique et président de l'association EPV ne pouvait rester sans avenir.

[7] JEAN PAUL II, Exhortation post synodale, *Ecclesia in Africa*, n°16, 1995.

Voilà pourquoi notre présente étude prolonge cette action récente afin de la rendre plus féconde autant dans le champ de la réflexion théologique et éthique que celui de la pratique pastorale. L'éthique, dans notre contexte, se veut réflexive : elle ne prétend pas imposer des solutions mais seulement indiquer une démarche pour les dégager, fournir des critères permettant de justifier les bornes posées à la liberté. Notre souci face à cette pandémie consiste aussi à souligner qu'il ne faut pas se limiter à quelques déclarations sur le sida. En tant que maladie touchant la santé publique, le sida, ne reste-t-il pas un défi pour tout homme et pour tout l'homme, saisi dans sa dimension corporelle, humaine, et spirituelle ? La réflexion que nous mènerons s'inscrit dans le cadre de ce défi appréhendé dans une perspective eschatologique, c'est-à-dire d'un « déjà-là » et d'un « pas- encore »[8] Comme lieu d'interrogation d'un passé récent, avec la soutenance de notre mémoire de grand séminaire Jean- Paul II de Lomé sur le sujet[9], et celle de Master II [10]portant sur le même thème, notre thèse plonge ses racines dans des évènements particuliers : décès brutal de bébés, d'enfants, surtout de jeunes et d'adultes de notre environnement immédiat suite à une maladie chronique (paludisme, fièvre, hépatite,).

[8]. Cette expression pourrait susciter des discussions théologiques houleuses ;la dimension de la foi dont elle est porteuse, n'est-elle pas rappelée à l'anamnèse de chaque Eucharistie, après la consécration : « Il est grand le mystère de la foi : nous proclamons ta mort Seigneur Jésus, nous célébrons ta résurrection et nous attendons ta venue dans la gloire ».

[9]. Mémoire de fin de cycle théologique : le problème du VIH/SIDA dans la ville de Sokodé. Contribution pour une étude théologico-pastorale en vue de la prévention et l'accompagnement des malades. Présenté et soutenu sous la direction du R. P. Laurent KPOGO, professeur de théologie morale, Lomé, Janvier 2002.

[10] Mémoire de Master Théologie, Anthropologie et Philosophie ; Mention : Anthropologie, Philosophie et Religion : Le problème du VIH/SIDA dans le diocèse de Sokodé au Togo. Une analyse à la lumière du deuxième synode des Evêques pour L'Afrique. Rome du 4 au 24 octobre 2009. Présenté et soutenu sous la direction du Père Fabien FAUL de l'université de Lorraine.

3.QUESTIONNEMENT ETHICO-THEOLOGIQUE

La maladie du sida, au regard de la mince description que nous en avons faite d'une part et de la pratique du terrain d'autre part, se comprend en somme comme un phénomène de causalité, c'est-à-dire en relation avec l'action d'un agent. La relation de cause à effet est ici évidente. Si, comme syndrome, le sida exige de la part de l'homme une réponse, celle-ci ne saurait se réduire aux champs médical et pharmaceutique. Le problème du sida est beaucoup plus profond et relève avant tout de l'éthique. Le sida interpelle l'agir humain qui ne saurait se satisfaire d'une perspective déontologique (du grec **δέον** : ce qui doit être). L'approche déontologique veut une morale indépendante de l'empirique. On croit qu'il y a une « raison morale » et que sa notion centrale est l'obligation : l'action humaine doit, pour se dire éthique, se conformer à des normes qui répondent à des principes moraux établis et immuables. Cette éthique déontologique dont Emmanuel Kant est un des théoriciens les plus importants, s'oppose à toute approche téléologique.

En parlant de questionnement éthico-théologique, nous optons pour une approche basée sur la longue expérience de l'anthropologie chrétienne où l'accent est mis sur la personne créée à l'image de Dieu. Une telle expression n'inscrit-elle pas tout être humain dans la logique de la plénitude de la vie proposée par le Créateur à l'homme ? Le bonheur reste la visée essentielle de l'éthique chrétienne. Si la démarche éthique, c'est-à-dire l'agir humain en tant qu'il se réfère à un sens, ce sens est à la fois signification et direction, elle s'applique à l'homme en relation avec sa propre conduite. Construire historiquement cette image de Dieu en posant des actes libres, solidaires et responsables s'inscrit dans une vocation qui a pour visée la construction de la dignité humaine dans la perspective de l'Alliance. Si la dignité humaine reste une notion variable en raison de sa valeur ontologique, elle fait surgir dans le cadre de notre étude des interrogations fondamentales. A côté de l'affirmation du « soi », il s'agit de savoir qui est « l'autre » et quelle est notre responsabilité à son égard. C'est là une question lancinante aux étapes successives marquées souvent par la déshumanisation que le sida fait subir à ses victimes. Nous voulons souligner ici la place incontournable de l'autre sur le plan éthique et théologique qui mérite une réflexion à partir des ressources axiologiques telles que la liberté, la responsabilité, la solidarité. Cette trilogie sera au cœur de notre étude en tenant compte des représentations au sein de la population du Togo. Pour mieux comprendre cette réalité sociale, nous nous inspirons de la pensée de Jean-Claude ABRIC qui l'introduit bien ainsi :

les représentations sociales sont formulées par le noyau de « noyau central » et définissent comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou à un groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place…un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales…un système de pré-décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes[11].

Si la liberté s'appréhende comme une responsabilité à exercer de façon solidaire, il s'agit d'une liberté qui permet de vivre en dialogue et en réciprocité avec autrui. Notre entreprise consiste donc à questionner la dignité comme une réalité objective indissociable de la personne humaine, unique, face à la représentation que le phénomène sida peut projeter sur une personne.

Ce questionnement anthropologique, dans une orientation éthique et théologique, aura également pour tâche l'articulation de la pensée biblique de l'homme créé à « l'image et à la ressemblance de Dieu» avec l'anthropologie philosophique contemporaine. Comment cette thématique est-elle propre à toutes sortes d'engagement en faveur de la personne porteuse de sida, de sorte qu'elle échappe à toute conception utilitariste de la personne ?

Notre thèse se veut une contribution, une tentative de réponse, aux différents enjeux en lien avec cette pandémie. Le sens de l'existence, de la vie en situation de maladie chronique et de longue durée, (vivre avec le sida), est autant en question que la portée des actions menées par les grands acteurs. C'est donc une interpellation en vue de prévenir et lutter contre les conséquences dramatiques du VIH/SIDA.

---

[11]. ABRIC Jean-Claude, *Les représentations sociales : aspects théoriques*, Paris, Editions Presses Universitaires de France, 1993, p.13.

4. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENT

Considérant ses modes de transmission, cette pandémie s'inscrit dans une logique de causalité de relation de cause à effet. En tant que syndrome, le sida fragilise la santé de l'individu, provoque, en lui et autour de lui, un déséquilibre tant personnel que social. Compte tenu de la transmissibilité du VIH, le sida relève du registre de la responsabilisation de la personne. Malgré toutes les dispositions prises par les différents milieux pour éviter le sida, les comportements qui ont tendance à s'éloigner de toute éthique constituent une menace pour la survie de l'espèce humaine. Même si la médecine a fait des progrès considérables en matière de prévention et de soins, et que des accords juridiques régionaux et internationaux entre certains Etats aient réglementé la circulation des personnes pour endiguer la maladie[12], le risque zéro n'existe pas encore. Un comportement responsable ne contribuerait-il pas mieux au développement et à l'épanouissement des êtres humains tant pour les générations actuelles que pour les futures ? La responsabilité préventive ne rend-t-elle pas l'être humain plus libre et solidaire ? L'expression, « génération sida », exprime la conscience que chaque personne devrait avoir de sa responsabilité face à la survie des générations futures. Notre thèse sur le sida, à partir de nos expériences et enquêtes sur cette pandémie, est une tentative de réponse à l'appel de l'heure, une réponse au cri de tous ceux qui paient et paieront le prix le plus élevé de la situation engendrée par l'irresponsabilité de l'homme. En faisant nôtres les préoccupations des divers peuples, outre le peuple togolais, nous entendons, non seulement circonscrire notre projet autour du concept de responsabilité, mais encore en faire un lieu de provocation. Emmanuel LEVINAS, Paul RICOEUR et autres sont des philosophes contemporains, penseurs de la responsabilité. Malgré les différentes approches de ces auteurs, on peut noter toutefois, chez chacun, le lien entre la responsabilité et la dignité du sujet, sa liberté, sa volonté et son devoir moral en particulier face à la question du sens et de la portée de ses actions vis-à-vis de ses semblables. La responsabilité prend

[12]. Sur le plan géopolitique, avec la création de la CEDEAO, le 28 mai 1975, un accord lie les pays membres en ce qui concerne la libre circulation des personnes et des biens. Soulignons également les accords de Schengen signés en 1985 entre un certain nombre pays européens et entrés en application en 1995.

le sens de prudence en termes de préservation, de protection de la vie et traduit la capacité d'anticipation du sujet. Si la responsabilité au sens de prudence *(phronesis (φρόνησις)* unit de façon dialectique la question de la fin et des moyens, notre société en pleine mutation a intérêt à tenir au respect de la vie privée et à l'assistance envers les personnes en difficulté et surtout à prendre soin des malades en général et aux PVVIH en particulier.

5. HYPOTHESE PRINCIPALE

Le sida est un défi sans précédent pour toute l'humanité, d'où l'engagement des gouvernements et des organisations internationales, à commencer par les Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la Santé. L'Église catholique s'efforce de répondre, dans sa pastorale, aux multiples exigences des personnes infectées et affectées par le sida. Elle met l'accent sur la prévention et l'accompagnement.

Cependant les efforts consentis par l'État, les ONG et les institutions confessionnelles sont insuffisants, parfois en contradiction et les résultats sont en deçà des objectifs visés. C'est ce qui ressort tant des différents rapports d'activités écrits et publiés que de mon expérience de terrain. Nous émettons l'hypothèse que ces trois types d'acteurs concernés par la gestion de la pandémie pourraient mieux faire pour obtenir de meilleurs résultats. Les dialogues entamés par l'État, l'Église et les ONG/associations ne sont pas suffisamment évalués en interne d'une part et d'autre part il y subsiste des données préjudiciables aux différentes logiques d'actions. Enfin les différentes actions n'intègrent pas suffisamment la dimension humaine. Des collaborations diversifiées ne pourraient-elles pas mieux répondre à ces trois défis en misant au besoin sur la notion d'alliance ? Notre réflexion épouse cette vision.

- **Hypothèses secondaires.**

Le Togo est signataire de plusieurs accords internationaux dont celui de la réduction de la prévalence du sida. Mais ces instruments juridiques restent souvent des vœux pieux, et ne parviennent pas à freiner la propagation du sida alors que dans la pratique, la situation demeure complexe et confuse.

Même si les différentes données statistiques actuelles indiquent une stabilisation de l'épidémie au Togo entre 2002 et 2013, avec une tendance à la baisse, d'autres rapports plus récents font cependant état d'un niveau très élevé de la prévalence.

La motivation de l'acteur étatique prendrait une posture avant tout technique et semblerait miser sur une thérapie médicale qui ne prend pas en compte la personne humaine dans son ensemble. Les différentes stratégies de lutte contre le sida souffrent d'un déficit d'engagement de la part de toutes les sphères[13]. L'Église est engagée dans une prévention plus large axée sur l'intégralité de la personne, à l'instar de l'accompagnement qu'elle propose. Cependant son message évangélique semble peu influencer la vie quotidienne des croyants pour engendrer un changement de comportement. De plus, elle peine à reconnaître la crise profonde qu'induit le sida dans la vie de nombreuses personnes y compris autour du malade lui-même. Elle doit fonder son action sur le traitement médical en s'engageant aux côtés des malades et en rappelant à tous les acteurs leur responsabilité, ainsi que l'importance de la prise en compte globale de la personne malade.

En travaillant, en alliance, on se dote d'un outil pour améliorer la qualité des relations et obtenir de meilleurs résultats contre le sida. Cette alliance ne sera véritablement efficace que si elle fonctionne de façon transcendantale [14] et horizontale.

Les associations s'investissent avant tout dans la prévention et travaillent via des campagnes de sensibilisation en assurant la prise en charge diversifiée, médico-sociale voire culturelle des malades. Leur travail est d'autant plus important que leur champ d'action comprend certaines pratiques culturelles comme les mutilations sexuelles chez les

---

[13]. Nous entendons ici par sphères les différents champs d'actions dans la lutte contre le sida : la sphère Etatique, la sphère Église et la sphère associative.

[14]. L'alliance transcendantale concerne la relation de Dieu avec l'humanité comme le développe Joseph RATZINGER (dans « Croire et Célébrer » in Communio, coll. Parole et Silence) et celle horizontale entre les hommes.

Alain THOMASSET reprend le même concept en lien avec la création dans son ouvrage, *Interpréter et agir : jalons pour une éthique chrétienne*. L'alliance horizontale fait référence aux relations humaines.

jeunes filles et la circoncision chez les garçons. Le lévirat et le sororat chez les adultes peuvent aussi constituer des facteurs de risque qui compliquent la vulnérabilité d'une partie de la population. Le type de dialogue qu'il faut préconiser avec les tenants de ces traditions socio-culturelles reste à définir afin de juguler l'infection courante des femmes.

Les divergences entre les stratégies et les représentations certes normales dans une société pluraliste, ne favorisent pas la mise en œuvre de collaborations pourtant nécessaires. Les conflits sont inévitables dans la mesure où la vision de la personne humaine n'est pas la même pour tous les acteurs et où les dynamiques se contredisent partiellement.

L'Etat sait qu'il peut compter sur l'Eglise et les ONG/associations. Encore faut-il qu'il leur garantisse des conditions de travail adéquates d'où l'importance d'une collaboration entre les différents partenaires et la mise en place d'une alliance là où les enjeux sont les plus cruciaux à savoir : l'observance thérapeutique, le soutien à la famille et à l'entourage des malades.

6. ORIENTATION ETHICO-THEOLOGIQUE

Pour notre travail, nous adopterons comme perspective focale l'agir humain, en tant que cheminement vers le bonheur. En parlant d'éthique théologique, nous entendons réfléchir sur l'harmonie entre le fonctionnement du corps et de l'esprit de la personne humaine. Le cas du malade du sida témoigne d'un dysfonctionnement entre ces deux entités qui sont parties intégrantes de l'anthropologie. Dans ce contexte, les peuples interprètent souvent la maladie en recherchant les causes physiques et surnaturelles.

La pensée biblique suit la même démarche pour expliquer l'existence de la maladie. Comme nous le voyons dans l'Ancien Testament, l'homme est malade parce qu'il est en faute ou subit un malheur parce que ses ascendants ont péché. Mais cette façon de voir les choses est remise en cause par le Nouveau Testament où Jésus soigne simplement le corps et l'esprit sans demander des explications. Les visions anthropologiques et théologiques de l'homme se rejoignent en reconnaissant en l'homme l'existence d'un corps et d'un esprit dont il faut prendre soin. Nous tenterons d'appréhender comment mettre en exergue cette

cohérence dans les soins apportés aux malades du Sida au regard de la doctrine de l'Eglise stipulée en ces termes :

> *La doctrine de l'Eglise, à travers ses principes et ses valeurs, telle qu'annoncée et proposée à tous les hommes de bonne volonté, veut aussi promouvoir un monde de Justice et de Paix, au service de l'homme, de tout homme, de l'homme ; elle vise à un humanisme intégral et solidaire. Cela signifie qu'elle souhaite permettre à chacun de trouver sa place dans le monde et de répondre ainsi à sa vocation propre.*[15]

Du point de vue spirituel, il est admis que l'homme est créé à l'image de Dieu et cela peut apporter des solutions aux problèmes de cohabitation des différents intervenants dans la lutte contre le sida. Cela est un point de départ pour l'harmonisation des points de vue sur la dignité humaine et la non -instrumentalisation du malade.

Si la théologie, selon la définition classique d'Anselme de Cantorbéry est le « *fides quaerens intellectum* » (la foi à la recherche de son intelligibilité), le don de Dieu qu'est la foi, pourrait-il se comprendre en dehors de l'histoire vécue par des hommes ? La Constitution pastorale sur l'Eglise dans le monde, de ce temps « Gaudium et spes », remet à jour la vision anthropologique de ce problème en ces termes :

> *Les joies et les espoirs, les tristesses et les angoisses des hommes de ce temps, des pauvres surtout et de ceux qui souffrent, sont aussi les joies et les espoirs, les tristesses et les angoisses des disciples du Christ, et il n'est rien de vraiment humain qui ne trouve écho dans leur cœur.*[16]

Une telle solidarité responsable ne concerne pas seulement le chrétien, mais aussi tout homme de bonne volonté. Le seul fait de jugement d'une personne infectée par le VIH peut porter atteinte à sa propre dignité. Comment ce questionnement est-il propice à susciter toutes sortes d'engagements en faveur de la personne porteuse de VIH/SIDA et de son entourage ?

---

[15] Equipe Notre Dame, Doctrine Sociale de l'Eglise, Préambule, HATEY Paul, Juin 2002, p.3.

[16]. «Gaudium et Spes», n° 1.

Notre étude, osons l'affirmer, est orientée dans une perspective théologique de l'éthique de l'Alliance. Le Oui proposé par Dieu et donné à Lui par sa créature, se comprend en termes de responsabilité à l'égard de Dieu, de soi, et du prochain. Reprenant les mots du Docteur Pierre VALETTE qu'il nous livre en conclusion de son ouvrage ,*Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, nous pourrons dire avec lui :

> Qu'en *toute situation, exceptionnelle ou non, l'éthique consiste à faire au mieux, avec les meilleures intentions, les meilleures dispositions et les moyens du bord pour que l'action ne soit pas simplement réalisée afin de mais en raison de. L'éthique, c'est répondre toujours à la personne qui a besoin de soins, répondre à la personne vulnérable, vulnérable parce que blessée ou blessable ; c'est aussi et à la fois répondre d'elle, répondre pour elle. L'éthique va de pair avec la responsabilité*[17].

La dimension éthique pose ce principe de responsabilité comme le gage d'une relation toujours ouverte au possible d'une vie qui peut encore s'affirmer et nous avons la tâche de l'accompagner même si elle reste d'une extrême fragilité.

Notre première année de thèse a été consacrée à l'approfondissement des bases et références fondamentales en éthique, grâce à des formations au CEERE et à la recherche documentaire sur la thématique du sida. Nous insisterons sur le caractère réflexif, analytique et critique de cette approche. Les concepts comme la responsabilité, la dignité, l'alliance, la solidarité et l'accompagnement constitueront des mots clés dans l'élaboration de cette recherche.

---

[17]. VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, Editions PUF, 2013, p. 223-224.

7. DONNEES METHODOLOGIQUESET DELIMITATION DE CETTE ETUDE

Nous avons pris conscience de la complexité des questionnements sous-jacents, dans tous les domaines, et c'est pour relever ce défi que nous optons pour une thèse en éthique et théologie morale, de préférence à l'université de Strasbourg qui s'impose aujourd'hui par les ressources qu'elle propose.

La méthode de ce travail sera inductive, la réflexion éthique sur le sida part du cas particulier du Togo, pour s'ouvrir au général : la reconnaissance des valeurs universelles selon les recommandations du Concile Vatican II. Cela signifie que nous partirons de l'expérience humaine: la perception de la maladie, les catégories sémantiques dont elle fait l'objet, l'action des hommes et des institutions dans leur lutte contre le sida, le vécu des séropositifs. Cette démarche à l'évidence ne peut se réaliser qu'à l'aide de méthodes d'enquêtes appropriées tant dans une orientation qualitative que des données quantitatives, des interviews auprès des populations, des familles affectées ou non par la présence, en son sein, d'un cas, puis des agents de santé. Ces interviews seront réalisées directement mais aussi par voie de questionnaires. Ainsi, nous entendons structurer notre travail en deux parties.

Dans la première partie, nous traiterons du VIH/SIDA, en tant qu'une maladie relevant de la santé publique. Mais avant une telle approche, il sera question de la présentation du cadre de notre étude. Nous ferons ainsi l'état des lieux de notre contexte à partir de certaines données officielles. Suivra l'examen de l'action des institutions et des associations engagées dans la lutte contre la dramatique pandémie du sida. Nous présenterons les résultats des enquêtes quantitatives dans le deuxième chapitre et, dans le troisième, nous exposerons les résultats de nos enquêtes qualitatives. En quatrième chapitre enfin nous ferons une synthèse des deux enquêtes menées qui nous permettra d'aborder la deuxième partie.

Cette deuxième partie proposera une réflexion sur les aspects éthique et théologique de cette étude démontrant que l'éthique est au carrefour de plusieurs disciplines. Cette analyse se fera dans l'orientation d'une éthique de l'alliance, c'est-à-dire une éthique qui Interpelle la responsabilité de l'homme dans sa double dimension verticale et horizontale : relation au Créateur et relation avec les autres. Une telle responsabilité se comprend dans la mesure où l'homme en tant qu'être créé à l'image et à la ressemblance à Dieu a pour

vocation la construction de l'humanité, de la vision théologique de l'alliance pour son accomplissement**.** Dans le premier chapitre, l'alliance sera présentée sous diverses formes comme une manière de prendre soin les uns des autres dans une perspective purement humaine. Nous passerons en revue plusieurs situations sociales ayant conduit à des alliances qui ont fait preuve d'efficacité.

Le deuxième chapitre abordera l'alliance thérapeutique qui montrera un réseau de personnes en relation afin de prendre soin du PVVIH dans le temps et l'espace et le respect de la dignité du malade.

Dans le troisième chapitre, nous retracerons le cheminement et préciserons les réalisations puis nous verrons comment l'alliance est réalisable entre les acteurs principaux de la lutte à savoir l'Etat, l'Eglise et les ONG /associations. Avec cette approche, nous suggèrerons comment innover et améliorer la pratique, la gestion et la collaboration.

Dans le dernier chapitre, nous approfondirons l'alliance avec la transcendance dans une perspective théologique et pastorale. Celle-ci évoquera les enjeux dans la pratique sociale en suggérant des solutions. L'accent sera mis sur l'éthique de la prévention comme solution afin d'endiguer le sida. Ce sera le lieu de montrer la place de la croyance, décrivant ainsi la place du spirituel dans toute vie et surtout en situation de maladie. L'accompagnement des personnes infectées et affectées par la pandémie du VIH/SIDA ne sera pas de reste. Envahissant le vécu le plus profond des personnes, le sida pose des questions existentielles**.** Nous partirons toujours de l'analyse des données contextuelles pour faire des propositions de prévention, de prise en charge ainsi qu'une perspective pastorale ouverte à la spiritualité de chaque individu.

PREMIERE PARTIE

CONTEXTE, ETAT DES LIEUX ET SYNTHESE DES ENQUETES EN MATIERE DE VIH/SIDA AU TOGO.

Le sida est l'un de ces fléaux endémiques qui préoccupe notre humanité. Une journée, celle du 1er décembre, est affectée à sa cause pour une action sensibilisante. La raison d'une telle institution internationale réside dans la « guerre » que la maladie a déclarée à l'humanité depuis les années 1980. Si aujourd'hui, cette déclaration de guerre en a appelé une autre sans merci au niveau de tous les continents, l'Afrique en général et le Togo en particulier, en constituent un point focal. Les objectifs affichés peuvent se résumer ainsi : éradication de la pandémie, exorcisation de ce fléau aux visages multiples, en raison de son action afflictive. La pandémie du sida est perçue comme un mal à la fois individuel et collectif qui oblige à l'engagement de tous comme le note admirablement BENOIST : « Le sida est un problème de santé majeur. Tant que les moyens d'attaquer de front le virus resteront insuffisants, tous ceux qui collaborent autour de cette maladie à des titres divers ont une seule priorité : participer au bien des malades et au cantonnement de l'épidémie[18] ».

Si un tel engagement doit tenir compte des particularités contextuelles, en raison du lien intrinsèque entre action humaine et culture, la recherche de l'épanouissement de l'homme ne peut échapper à une telle problématique. C'est ce que Amartya SEN s'évertue à expliquer dans sa théorie du bien-être social.[19] Ainsi, parmi les aspirations de tout être humain, dans la recherche de la vie bonne, la santé reste un bien majeur. Son lien avec la maladie, mieux avec le sida dans le contexte spécifique de notre étude, représente un enjeu important au Togo où le sida a été déclaré comme une question de santé publique. Cette première partie sera donc articulée en trois chapitres :

D'abord, il sera question d'une brève présentation de la géographie humaine du Togo. Nous y aborderons les généralités sur le pays et sur l'Eglise, et aussi l'épidémiologie du VIH/SIDA dans ce pays. Puis, nous présenterons les données des enquêtes. Celles-ci

---

[18]. BENOIST Jean ; DESCLAUX Alice, *Anthropologie et sida : Bilan et perspectives*, Paris, éditions Karthala 1986, page 5.

[19]. SEN Amartya, (prix Nobel) En 1981, SEN publia *Poverty on Entitlement and De privation,* un livre dans lequel il démontre que les famines ne sont pas seulement dues au manque de nourriture mais aussi aux inégalités provoquées par les mécanismes de distribution de la nourriture. Nous pouvons dire la même chose pour le VIH/SIDA victime de l'injuste répartition des soins et médicaments.

feront l'objet d'une discussion en vue de dégager les nœuds éthiques susceptibles d'éclairer notre analyse.

Enfin notre troisième chapitre sera une incursion dans ces données pour en dégager une compréhension critique mettant en relief les aspects positifs et négatifs. Notons qu'une telle entreprise intellectuelle prendra en compte un concept assez suggestif, celui de l'alliance. Celle-ci, comme clé de notre compréhension critique, sera saisie dans sa dimension sociale (horizontale) et religieuse (verticale).

1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES SUR LE TOGO ET SES STRATEGIES D'ACTION EN FAVEUR DU VIH/SIDA

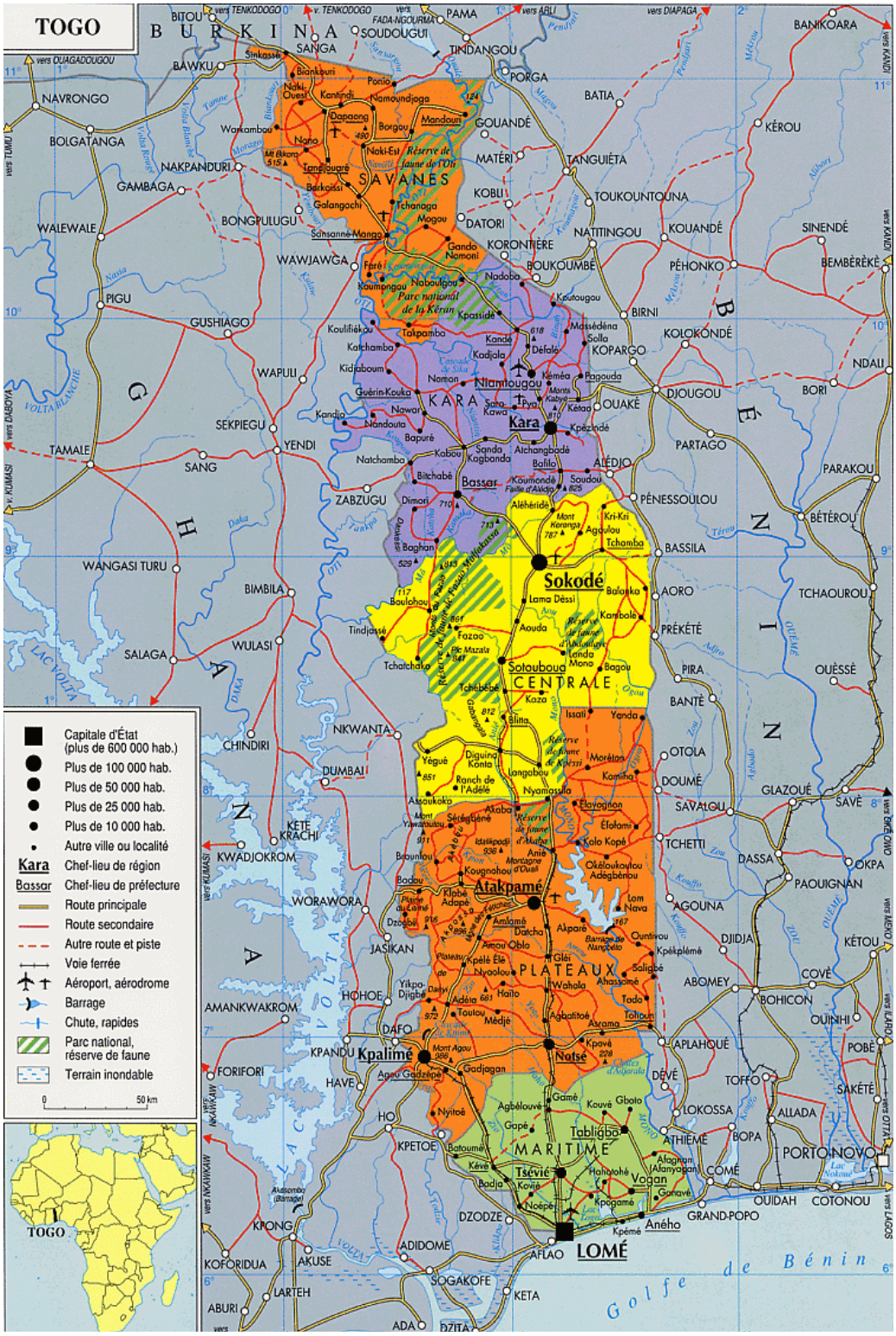
1.1.1. GENERALITES

1.1.1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES

Le Togo qui doit son nom à un petit village (Togoville) après la signature d'un traité avec l'Allemagne (représenté par M. Nachtigal), est un pays de l'Afrique de l'Ouest situé entre le Benin à l'Est, le Ghana à l'Ouest, l'Océan Atlantique au Sud et le Burkina Faso au Nord. Avec une superficie de 56 600km^2, il présente l'aspect d'un rectangle allongé d'environ 600 km et d'une largeur maximale de 150 km. Sous la forme d'un« cordon ombilical », le Togo constitue une voie de communication naturelle entre le Golfe du Guinée et les pays du Sahel. Du Nord au Sud, le relief est constitué d'une longue chaine de montagnes, l'Atakora, qui coupe le pays en diagonale et se prolonge jusqu'au Ghana et au Bénin. Cette chaîne culmine à 986 mètres d'altitude, au mont Agou.

Sur le plan administratif, le pays compte cinq régions :Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime, 35 préfectures, 1 sous-préfecture. Lomé, la capitale au bord du golfe, est subdivisée en 5 arrondissements.

Le pays jouit d'un climat tropical affecté par l'influence de deux vents : la mousson du Sud- Ouest, vent océanique humide qui apporte la pluie et l'harmattan, vent sec et frais qui engendre la sécheresse.



Source: Division Géographique du Ministère des Affaires Étrangères. http://www.izf.net/upload/Documentation/Cartes/Pays/supercartes/togo.htm Consulté le 16 janvier 2014.

1.1.1.2. DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES

Selon les résultats du quatrième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de novembre 2010[20], la population du Togo est évaluée à 6 191 155 habitants dont 3 009 095 hommes (48,6 %) et 3 182 060 femmes (51,4 %) dont 1 545 933 soit 25 % sont en âge de procréer (15 à 49 ans).La population du Togo est caractérisée par une prépondérance des moins de 25 ans (environ 60 %) dont 18,6% de jeunes de 15 à 24 ans. Sa croissance démographique est de 2,84 % par an, avec une forte concentration dans la Région Maritime (41,7 %) et un indice synthétique de fécondité (ISF) élevé (4,1 enfants/femme).L'accroissement naturel annuel est estimé à 3,2%.La moitié de la population est composée de jeunes. Cette population est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. On observe une forte concentration dans les régions maritimes et des plateaux qui regroupent à elles seules 66% de la population totale. Ce qui explique d'ailleurs l'élévation du taux de prévalence du VIH/SIDA dans ces régions[21].

Le Togo compte 33 groupes linguistiques. La langue commune reste le français. Etudié à l'école, il s'est imposé comme langue nationale. Toutefois, il convient de noter qu'à côté du français, certains groupes linguistiques marquent fortement le territoire : l'éwé, le kabyè, et le tem.

La population scolaire est inégalement répartie sur le territoire, le plus faible taux se situant dans la région septentrionale du pays.(Région des savanes 58,9%). Le taux d'alphabétisation représente 56% de la population avec des disparités entre le milieu urbain (70%) et le milieu rural (41%). L'alphabétisation des adultes (15 ans et plus était de 38% pour les femmes en 2005 et de 68% pour les hommes selon les renseignements reçus au ministère de la décentralisation et de la population.

Les confessions religieuses se repartissent ainsi : La Religion Traditionnelle Africaine(RTA) (50%), le christianisme (30%),et l'islam (20%).

Selon le code de la famille, la règle fondamentale reste la monogamie. Cependant un choix peut se faire entre la monogamie et la polygamie le jour du mariage. Un second

[20]. Plan stratégique Nationale, CNLS, Novembre 2012, Lomé, page 32.

[21]. Voir carte du Togo, page 28.

mariage peut être contracté par l'homme en cas de stérilité de la femme mais avec son accord[22]. Environ 54 % des femmes mariées vivent dans une union polygame.

1.1.1.3. APERÇU ECONOMIQUE ET SOCIAL

Depuis 1990, le Togo connaît une crise économique accentuée par des troubles socio-politiques qui ont considérablement réduit le pouvoir d'achat des populations. Nés surtout à partir des élections de 2005, ces désordres ont entrainé les déplacements des populations vers d'autres villes ou les pays frontaliers. Ainsi, la fragilité de la situation économique du Togo peut s'expliquer, d'une part, par ces événements, et d'autre part, par la dévaluation du franc CFA du 14 janvier 1994.

En 2006, on estimait que 61% de la population vivait sous le seuil de la pauvreté avec d'importantes disparités selon les milieux de résidence. Selon les résultats de l'enquête QUIBB réalisée en 2006, la pauvreté est essentiellement rurale (74,3% de la population rurale vivant en-dessous du seuil de pauvreté contre 36,6% pour les zones urbaines) et entraîne une extrême vulnérabilité des individus à la pauvreté (taux de vulnérabilité estimé à 81,2% en 2006)[23]. Nous donnons ici les taux de cette vulnérabilité en nous référant aux données de l'Enquête QUIBB.

Incidence de la pauvreté monétaire par milieux de résidence selon les régions (en %)

	Lomé	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	National
Milieu urbain	24,5	54,3	36,5	60,2	60,9	76,8	36,6
Milieu rural	-	71,1	60,2	84,0	80,0	92,4	74,3
Ensemble	24,5	69,4	56,2	77,7	75,0	90,5	61,7

Source: Enquête QUIBB, 2006

[22]. Nouveau code des personnes et de la famille article 495051, Nouvelle édition, Lomé 29 juin 2012.

[23]. République Togolaise, *Rapport annuel du PNLS*, 2012, p. 58.

1.1.1.4. ORGANISATIONADMINISTRATIVE, POLITIQUE SANITAIRE ET ENGAGEMENTS DIVERS

La santé fait donc partie d'une des priorités de ses dirigeants. Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de la IVème République togolaise du 14 octobre 1992 qui définit en son article 34 que « l'Etat reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre à le promouvoir[24]».

A l'instar de la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, la mortalité reste élevée particulièrement chez les enfants et les femmes. La morbidité se caractérise encore aujourd'hui par une prédominance des maladies infectieuses et parasitaires. Les problèmes de santé sont dus au manque d'hygiène, à la malnutrition et à l'ignorance. Pour répondre aux enjeux sanitaires, le Togo a mis en place une politique de décentralisation quia connu une extension dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Si au plan intérieur, le pays entretient des relations au niveau des différentes régions – mise en place de politiques sanitaires[25], il nourrit différentes relations marquées par des signatures. Celles-ci sont relatives aux instruments juridiques tant au plan international que régional.

Au niveau national, on peut parler d'une pyramide sanitaire à trois niveaux :

Le **niveau central** est représenté par le cabinet du ministre, la direction générale de la santé (DGS) et ses cinq directions centrales avec leurs divisions et services, ainsi que les institutions de santé à portée nationale ;

Le **niveau intermédiaire** comprend six directions régionales de la santé (DRS).

Le **niveau périphérique** est représenté par le district sanitaire qui constitue l'entité opérationnelle et de proximité. L'administration des districts sanitaires est assurée par les 35 directions préfectorales de la santé (DPS) et 5 directions de district sanitaire (DDS).

---

[24]. Conseil National de Lutte contre le Sida . Le secrétariat permanent*, Plan Stratégique National de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles.* 2012- 2015, Lomé, 2012, p.12.

[25]. Les troubles socio-politiques des années 1990 ont entraîné la suspension de la coopération internationale. Mais depuis 2006, suite à d'importantes réformes politiques, la normalisation des relations avec les principaux partenaires en développement ont permis la reprise de la coopération.

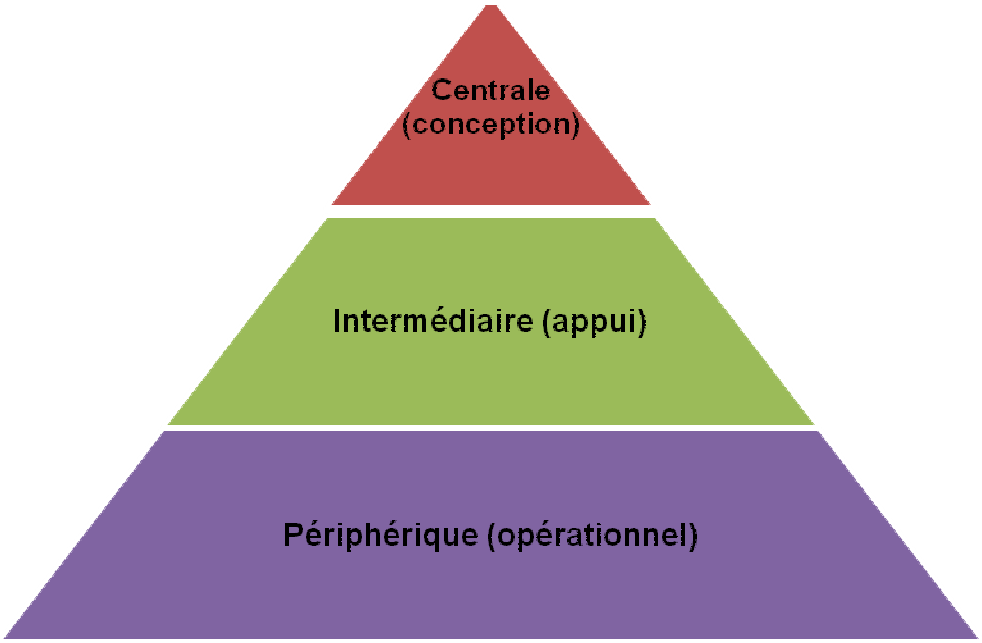


Tableau illustrant la hiérarchie dans le fonctionnement au sein de l'organisation sanitaire.(Source : CNLS, conseil permanent PSN, 2012.)

1.1.1.5. ENGAGEMENTS REGIONAUX ET INTERNATIONAUX

Dans le cadre de sa politique de santé et surtout de sa lutte contre le VIH/SIDA, le Togo a signé certains accords internationaux tels que :

- La Déclaration du Millénaire relative à l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement par l'ONU pour 2015 à New York en 2000.

- La Déclaration « *Unir nos efforts pour éliminer le VIH et le sida* » de juin 2011.

- La Stratégie de l'ONUSIDA (2011-2015). Il s'agit de la stratégie**« les 3 zéros »** ayant pour objectif l'élimination complète du VIH/SIDA. Ce plan se décline ainsi : Zéro nouvelle infection, Zéro discrimination, Zéro décès.

- L'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'application de cette initiative a conduit à la mise en œuvre d'un programme de dépistage systématique des femmes enceintes.

- La Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA issue de la Session spéciale des Nations Unies sur le Sida (UNGASS) en 2001 et la Déclaration de Politique sur le VIH/SIDA de 2006.

- La Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination à l'Egard des femmes (CEDEF).

L'engagement du sommet des chefs d'Etat et de gouvernement de l'OUA de porter le budget de la santé à au moins 15 % du budget des états[26] (Déclaration d'Abuja 2001)

1.1.1.6. ENGAGEMENTS SUR LE PLAN NATIONAL

Le Togo a adopté le document – Plan stratégique national[27] – dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Ce document comprend :

- La politique de planification familiale et infections sexuellement transmissibles, 2009.
- La stratégie nationale de l'Accès Universel aux services de traitement, soins et appui.
- Le plan stratégique de développement du système transfusionnel togolais 2010-2014.

La stratégie nationale de passage à échelle des services pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Togo ; La politique nationale pour l'équité et l'égalité de genre du Togo.

Outre ces documents, d'autres initiatives ont été prises telles que la gratuité des ARV pour les PVVIH, décrétée le 17 novembre 2008.

Sur le plan législatif, la loi sur l'interdiction des mutilations des organes génitaux chez les jeunes filles a été votée en 1998, et celle portant protection des personnes en matières de VIH/SIDA promulguée le 14 décembre 2005.La première loi a consisté à mettre fin à une pratique culturelle susceptible de favoriser la transmission du VIH.[28]

1.1.1.7. LES RESSOURCES HUMAINES

Selon le PSNDS 2012-2015, la situation des ressources humaines du secteur de la santé au Togo se caractérise par une pénurie en personnel de santé qualifié même si un effort est fait dans ce domaine. Nous présenterons ci-dessous en un tableau, les principaux

---

[26] . Op.cit., note 22.

[27]. Op.cit., p. 13.

[28]. Cette pratique mise en œuvre en certains milieux musulmans consiste en une ablation du clitoris sensé diminuer l'excitation féminine. Si cette pratique est réprouvée par la médecine (physiologie de la femme) elle reste aussi condamnable dans sa mise en œuvre unique (lame, couteau,) étant utilisé pour cette opération sur plusieurs filles. Elle est source de contamination de maladies sexuellement transmissibles et du virus du sida.

prestataires de soins suivis d'un commentaire. Celui-ci apportera des précisions sur les lieux de formation (publics et privés) sur le territoire.

Tableau de la situation du Togo en ressources humaines de la santé

PRINCIPAUX PRESTATAIRES DE SOINS	Nombre actuel de RHS			
	Secteur public	**Secteur privé**	**Total**	**Ratio pour 10.000 habitants**
Médecins	414	190	604	1,0
Infirmiers et assimilés	1 810	384	2 194	3,8
Sages-femmes et assistantes Accoucheuses	801	113	914	1,6
Total	**3025**	**687**	**3 712**	**6,5**

Source *: PNDS 2012-2015*

Les ressources humaines en santé, chiffrées dans ce tableau sont celles des centres spécialisés et d'autres lieux, formels ou informels. Il existe une école des infirmiers d'état à Lomé ainsi qu'à l'Hôpital des Frères St Jean de Dieu à Afagna. Au centre, à Sokodé il y a l'Ecole Normale des auxiliaires médicaux. Le centre « Espérance et vie » du foyer de charité à Alédjo forme également des aides soignantes.

1.1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR VIH/SIDA

1.1.2.1. HISTORIQUE ET DONNEES DE PREVALENCE DE L'EVOLUTION DE LA PANDEMIE AU TOGO

Selon le PNLS/IST, le sida aurait fait son apparition sur le territoire togolais en 1987. De 6 cas déclarés cette année-là, la maladie a connu une expansion rapide, enregistrant un nombre de cas estimés à 20 676 à la fin de l'année 2005. Le nombre de

séropositifs est estimé en 1981 à 17000 avec une croissance considérable de l'effectif des orphelins estimés à 88000 par l'ONUSIDA.

Au Togo, la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 3,2 % (Rapport ONUSIDA 2010). L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, les différentes régions du pays et les sexes. Concernant les disparités régionales illustrées par la carte ci-dessous à la page 32, la prévalence diminue du sud vers le nord (6,8 % dans Lomé-commune et 1,6 % dans les Savanes) et elle est plus élevée en milieu urbain (4,4 %) qu'en milieu rural (2,3 %).[29]

D'après l'analyse des données recueillies dans le rapport UNGASS 2005 sur les prévalences des groupes cibles, le Togo serait considéré comme un pays en situation d'urgence[30]. En effet, relativement au taux de prévalence les *corps habillés* seraient à 16 %, les travailleuses du sexe à 53 %.

- **Protocole d'accès aux ARV**

Le nombre estimé de personnes éligibles ayant besoin des médicaments antirétroviraux en attente(10000) sont des éléments qui ne plaident pas pour une diminution de la prévalence[31].

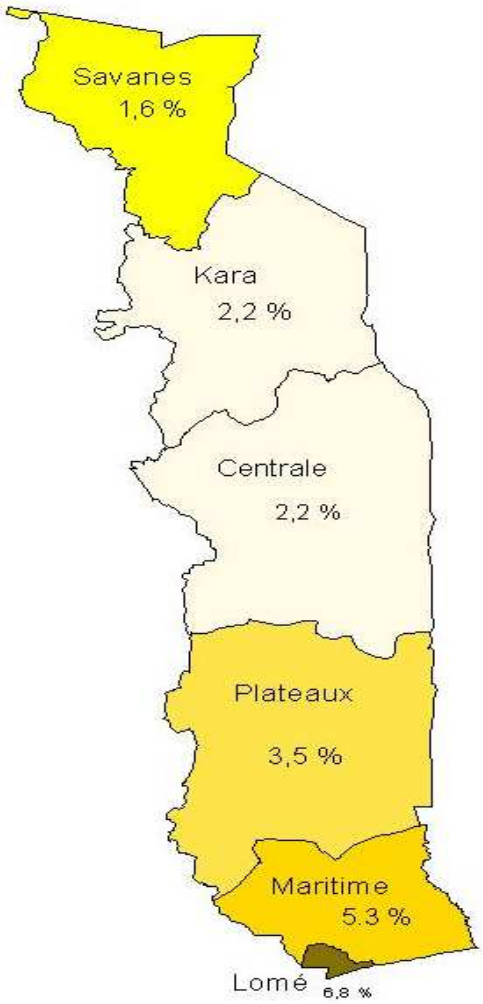
Pour faire face à cette situation, le Fonds mondial de lutte contre le VIH/ SIDA, le paludisme et la tuberculose et le gouvernement du Togo ont signé le 17 juillet 2009 un

[29]. Conseil National de lutte contre le Sida (Secrétariat permanent), Op, Cit., p. 18.

[30]. Une situation d'urgence est celle qui menace la vie et le bien être d'un grand nombre de personnes et qui nécessite la prise de mesures extraordinaires pour assurer la survie, les soins et la protection. Les situations d'urgence sont créées par les catastrophes naturelles, telles que les sécheresses, les tremblements de terre, les inondations et les conflits armés. Une situation d'urgence complexe est une crise humanitaire dans laquelle l'autorité s'est pratiquement effondrée à la suite d'un conflit interne ou externe, et qui demande une intervention internationale dépassant le mandat d'une seule urgence. Ce genre de situation d'urgence a un effet dévastateur sur un grand nombre d'enfants et de femmes et demande tout un éventail complexe d'interventions. Voir : Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence, p. 10.

[31].Idem P. 7.

accord de financement d'un montant de 176,69 millions de dollars américains, soit près de 88 milliards de FCFA, pour cinq ans. Ce financement de sources officielles s'inscrit dans le cadre du projet : « Renforcement et extension des services de prévention et de prise en charge globale des (PVVIH) dans le cadre de l'accès universel aux ARV au Togo.[32]



[32].Renseignements recueillis sur internet « statistiques du SIDA au TOGO »www.globenin.com/.../pnls-programme-national-de-lutte-contre-le-sida-lome-togo *consulté le* 29 Janvier 2010à 11h12mn.

Cet accord de financement avait été signé par le ministre d'Etat, ministre de la santé, Komlan Mally et le directeur exécutif du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, Pr Mickael Kazatchkine. A noter aussi que le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose opère au Togo depuis 2002. Suite à des problèmes de dysfonctionnement dans la coordination et le suivi-évaluation de ses projets, l'organisation avait, il y a quelques années, suspendu momentanément ses aides au Togo. Selon les statistiques officielles, le taux de prévalence du VIH/SIDA au Togo est de 3,2% (Lomé 17 juillet 2009).

Figure 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes par régions en 2010.

Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie (sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin).

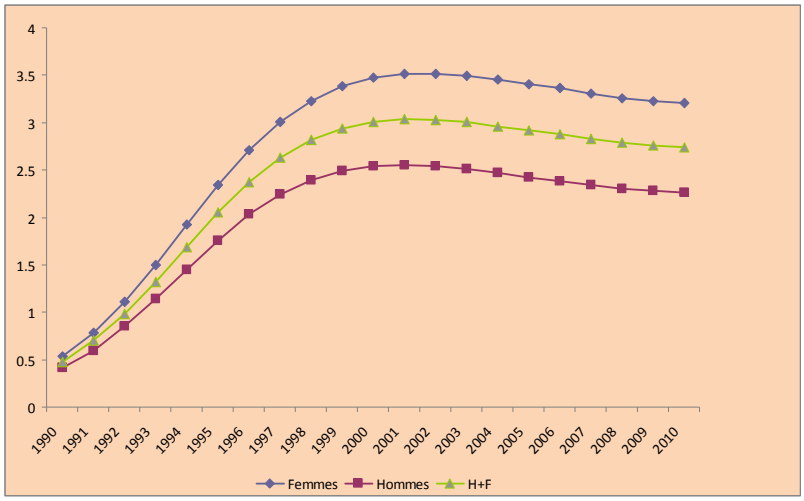


Figure 2 : Evolution de la prévalence du VIH chez les adultes dans la population générale au Togo entre 1990 et 2010 (EPP/Spectrum 2010) ;

La tranche d'âge (15-49 ans), considérée comme sexuellement active, est la plus touchée par l'épidémie. La prévalence reste élevée chez les enfants nés de mères séropositives (7,5 %) en 2010, révélatrice de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'évolution de l'épidémie a connu 2 phases : une phase d'accroissement qui va jusqu'en 2004 et une phase de stabilisation à partir de 2005 (figure 2).

Le nombre estimé de cas annuels de nouvelles infections par le VIH a connu une croissance exponentielle jusqu'en 2002 puis une diminution progressive depuis 2003. Selon le rapport ONUSIDA 2010, les nouvelles infections sont estimées à 10 000 cas en 2009.

- **Dans le diocèse de Sokodé**

La région centrale du Togo où se situe le diocèse de Sokodé, selon les données du rapport UNGASS 2005 ou de la revue CNLS 2006, connaît une prévalence du VIH de 3,8 % en 2003 et 2,3% en 2004, 3,5 % en 2006, 3,7 % en 2008[33].

On peut se reporter à notre paragraphe sur les données socio-démographiques et culturelles**.** Si ces indicateurs chiffrés pour le Togo demeurent tout aussi valables pour le diocèse de Sokodé, comment expliquer ces taux de prévalence ?

La préfecture de Tchaoudjo dont Sokodé, chef-lieu et deuxième ville du Togo après Lomé, est le site de notre étude où la plupart des enquêtes ont été réalisées. Selon Essotina TCHEDRE, consultant indépendant en IST/SIDA à Sokodé, au fur et à mesure de son extension, l'épidémie semble plus affecter les jeunes. Le pic de séropositivité se situe chez les 15 - 24 ans. La proportion des hommes victimes du sida décroît au moment où celle des femmes augmente. Nous verrons plus loin pourquoi celle-ci augmente. L'évolution du nombre de nouveaux cas de sida, selon le sexe, suit la même trajectoire que celle des MST.

La surveillance épidémiologique des groupes a permis d'observer chez les femmes enceintes les résultats suivants en 1995 par ville.

VILLE	EFFECTIFS	SEROPOSITIVITE	PREVALENCE %
Lomé	614	37	6 %
Kpalimé	73	04	5,4 %
Atakpamé	355	15	4,2 %
Sokodé	500	24	4,8 %
Kara	162	06	3,7 %
Dapaong	518	13	2,5 %

Source : Direction régionale de la Santé Sokodé, Rapport annuel2002, p.42.

[33]. Direction Régionale de la Santé, *Statistiques 2007,* Sokodé, p. 14.

Ce tableau ne reflète pas la réalité actuelle. Beaucoup de cas ne sont pas signalés et le Centre Hospitalier Régional de Sokodé ne dispose pas encore de statistiques récentes. D'après le docteur AGODMOU Essofa[34] :« Ill faut un financement chaque année pour pouvoir tenir à jour les statistiques, et même, s'il y en avait, ce n'est pas une priorité car il faut d'abord soigner les patients. Malgré les efforts entrepris par le gouvernement togolais, les ONG et associations de la place sur diverses formes de lutte contre le sida, les statistiques actuelles démontrent une courbe ascendante des personnes infectées par le virus. La couche la plus vulnérable demeure la jeunesse de 14 à 40 ans avec une mention spéciale pour les élèves des lycées et collèges des villes. Un sondage effectué sur 100 élèves au CEG de la ville avait démontré que 80 % ne connaissent pas leur statut sérologique et que plus de 7% des élèves du lycée sont séropositifs ».[35]

La pandémie du sida affecte tous les aspects de la vie : la culture, la croyance, l'économie, la politique, la société. La maladie attire aussi l'attention sur les points forts et les points faibles des différentes cultures et croyances.

1.1.3. LES CROYANCES RELIGIEUSES AU TOGO

1.1.3.1. LES RELIGIONS TRADITIONNELLES.

La religion traditionnelle constitue le groupe le plus important, soit près de 50% des Togolais. Ils croient tous en un Dieu Suprême mais célèbrent aussi diverses divinités intermédiaires souvent représentées par des fétiches, parmi lesquels le dieu de la mer, celui de la variole et celui du tonnerre. L'animisme perd progressivement du terrain au profit du christianisme et de l'islam mais ses pratiques proches du vaudou antillais restent encore vivaces chez les nouveaux convertis.

---

[34]. AGODOMOU est médecin, propriétaire du Cabinet Essofa à Sokodé. Il fait partie du comité Régional de Lutte contre le Sida dans la région centrale et médecin traitant référent de l'association EPV depuis sept ans.

[35]. Rapport annuel de l'Association EPV 2004-2005, P. 3.

1.1.3.2. LES RELIGIONS CHRETIENNES

On trouve les catholiques surtout dans les ethnies du Sud, comme chez les Ewés qui constituent 44 % de la population du Togo. Les ¾ des catholiques sont dans le diocèse de Lomé, la capitale. Les protestants sont à 60% évangélistes, maison y compte aussi d'autres tendances (Méthodistes, adventistes, baptistes, assemblées de Dieu, luthériens). Ils sont surtout concentrés dans le Nord du pays et près de la frontière du Ghana. Les musulmans sont environ 12 %, ils sont tous sunnites malékites, ils habitent principalement le Nord où ils ont pénétrés depuis le XIIIe siècle.[36]

Avant 1914, les chrétiens ont été soutenus par la puissance coloniale allemande qui se heurtait à de vives résistances de la part des animistes. On trouve également une active communauté bahaïe (5000 personnes), des rosicruciens et autres groupes de culte.

En 1978, le gouvernement togolais, inquiet devant la prolifération des religions, a limité son agrément aux seuls cultes suivants : catholiques, protestants, assemblées de Dieu, adventistes, baptistes et musulmans.

L'Eglise catholique est née en 1892 avec l'arrivée des premiers missionnaires de la Société du Verbe Divin à Lomé. Elle mène une mission d'évangélisation à trois dimensions : l'annonce de la Parole de Dieu, la célébration des sacrements, l'exercice communautaire de l'amour ou pastorale sociale.

Le territoire du Togo est découpé en sept diocèses dont l'archidiocèse de Lomé.

L'analyse de la situation révèle que l'Eglise catholique est pionnière dans la lutte contre le sida et peut s'appuyer sur :

-une organisation territoriale et administrative favorable à la coordination et à l'implication de toutes les parties engagées dans la mise en place d'un plan stratégique**.**

-l'existence de structures opérationnelles comme l'OCDI, la Commission Episcopale Justice et Paix, la Direction Nationale de l'Enseignement Catholique.

-la capacité de mobiliser des ressources internes et externes pour la lutte contre le VIH/SIDA.

---

[36]. MALHERBE Michel, *Les religions de l'humanité*, Nouvelle édition, p. 681.

Les interventions de l'Eglise couvrent les domaines de la prévention par la formation de pairs[37] éducateurs, la prévention de la transmission mère- enfant, la sensibilisation, la prise en charge médicale, nutritionnelle, psycho-sociale, spirituelle et en communauté. Ces interventions ciblent les groupes suivants :

- les élèves des établissements d'enseignement catholique
- les jeunes non scolarisés
- les femmes enceintes et les nouveau-nés
- les PVVIH
- les personnes affectées
- les fidèles chrétiens, membres de mouvements associatifs ou non
- les agents pastoraux
- le personnel de santé et les travailleurs sociaux.

Cette organisation a la compétence d'assurer une meilleure visibilité et un suivi méthodique des activités ; elle permet en outre une utilisation optimale des ressources. Cette stratégie peut porter sur quatre grands domaines :

- l'intensification de la prévention des IST/VIH/SIDA.
- l'amélioration de l'accès aux traitements, des soins et de l'appui aux PVVIH et aux OEV.
- la promotion des droits humains et de l'éthique face au VIH/SIDA.
- la coordination de la lutte contre le VIH/ SIDA.

1.1.3.3. L'ISLAM

Les adeptes de la religion musulmane sont environ 15%, ils sont tous sunnites malékites, ils habitent principalement le Nord où ils ont pénétré depuis le XIIIe siècle. Ils jouent un rôle important dans le domaine économique par leur participation aux échanges intérieurs et extérieurs et exercent des emplois de commerçants et de chauffeurs. L'importance de l'islam est perceptible au niveau des chiffres et de la mentalité. On ne trouve pas de ville qui ne comporte pas de communautés musulmanes avec ses mosquées afin que le nom de Dieu soit loué fidèlement cinq fois par jour. Il existe également

[37]. Les pairs éducateurs sont des personnes formées pour sensibiliser à leur tour d'autres personnes de la même appartenance. Ce rapprochement aide à faire passer mieux des messagers comme celui du VIH/SIDA.

plusieurs écoles et associations islamiques dont les objectifs sont divers : certains ont des buts lucratifs et d'autres sont davantage des organes de propagande.

Après avoir présenté les trois grandes religions au Togo, je reviens au diocèse de Sokodé, sur quelques traits caractéristiques de cette région qui marque mes origines et la partie du pays où j'ai mené mes enquêtes.

LE DIOCESE DE SOKODE

Je tiens à présenter le diocèse de Sokodé pour deux raisons : La première est que Sokodé est mon diocèse d'origine où j'ai grandi puis étudié avant d'y revenir plus tard comme prêtre. Pendant cinq ans, j'ai exercé mon ministère pastoral comme aumônier diocésain de l'enseignement catholique et comme président de l'association EPV.

La deuxième raison est que j'y ai mené le plus d'enquêtes dans le cadre de ce présent travail et c'est là également que se trouve le siège de l'association EPV. Plus tard je compte continuer mon ministère en partie au sein de cette structure en dehors de la mission qui me sera confiée.

Dans le diocèse de Sokodé, il faut distinguer deux grandes communautés religieuses :

- ✓ **La communauté musulmane**

Près de 66 % des habitants de Sokodé pratiquaient la religion musulmane selon les statistiques de 1981. Les Kotocoli musulmans de Sokodé représentent 87 % de la population et 98 % de cette même ethnie adhèrent à cette religion[38]. Dans chaque quartier de la ville de Sokodé, on peut remarquer une communauté musulmane avec la présence d'associations islamiques aux objectifs divers comme dans le reste du Togo. L'école coranique traditionnelle dans l'enceinte de la mosquée où le vestibule familial fait place à la Médersa[39].

[38]. Région Centrale, *Mairie de Sokodé depuis la colonisation*, Sokodé, 2002, p.25.

[39]. Les nouvelles associations islamiques dans le diocèse de Sokodé. La Médersa est une école coranique qui dispense un enseignement didactique de type moderne mais en arabe.

- ✓ **La communauté chrétienne**

Pour une population de 400.000 habitants, les statistiques donnent la répartition suivante : 106 900 catholiques, soit 26% de la population, 12.100 chrétiens soit 1,5%. Sokodé a été érigé en diocèse le 14 septembre 1955 par le décret du Pape Pie XII avec Monseigneur LINGENHEIM comme premier évêque. Sous sa direction, le nouveau diocèse continue à se développer[40.]

Monseigneur Chrétien BAKPESSI lui succéda le 09 août 1965. Premier évêque autochtone, il fut intronisé le 16 janvier 1966. Il a basé sa pastorale sur la famille perçue comme un lieu de témoignage de vie. Il décéda en 1992 après 26 ans d'épiscopat. Monseigneur Ambroise DJOLIBA lui succéda le 08 août 1993. S'inscrivant dans la ligne de son prédécesseur, la pastorale familiale connaît depuis lors un épanouissement. Le témoignage de vie de charité et la formation des chrétiens demeurent les points prédominants dans la pastorale du diocèse. Le 1er juillet 1994 fut créé l'évêché de Kara, par détachement de celui de Sokodé.

Dans la ville même de Sokodé, quatre grandes paroisses structurent la communauté chrétienne :

- la paroisse Cathédrale Sainte Thérèse de l'Enfant Jésus
- la paroisse Christ Lumière de Kpangalam
- la paroisse Notre Dame de la Visitation à Kouloundè
- la paroisse Notre Dame de l'Assomption de Komah

Dix communautés religieuses œuvrent à Sokodé, chacune selon son charisme. Leur apostolat consiste à donner des soins médicaux, à s'occuper de la promotion féminine, de l'enseignement, des œuvres de charité et du catéchisme.

---

[40]. Conférence des Evêques du Togo, *Histoire de l'Eglise du Togo*, Lomé, p .7.

1.1.4.3. SITUATION GEO-HUMAINE ET ATOUTS DU DIOCESE DE SOKODE.

1.1.4.3.1. Situation démographique

Le diocèse de Sokodé, d'une superficie de 12.610 km2 couvre près de 80 % de la Région Centrale du Togo qui mesure 13.470 km^2 soit 24% de la superficie nationale pour 10 % de la population soit plus de 400.000 habitants.[41]

Les principaux groupes ethniques sont les Cotocoli, les Kabyè, les Peulhs, les Naouda, les Bassar, les Tem et les peuples de Tchamba. La religion traditionnelle africaine, l'islam et le christianisme sont les différentes religions pratiquées dans le

Diocèse[42]. Quatre préfectures administrent civilement le diocèse de Sokodé : Tchaoudjo, Tchamba, Sotouboua et Assoli.

Sokodé, où se trouve le secrétariat permanent de l'OCDI diocésaine est située à 340 km au nord de Lomé. Limitée au Nord par la ville de Bafilo, au Sud par Sotouboua, à l'Est par Tchamba et à l'Ouest par la ville de Bassar, elle est un carrefour de mouvements migratoires urbains. *Le Diocèse s'étend par voie terrestre sur une distance de 131 km du sud au nord et de 252 km de l'est à l'ouest*[43].

La variété ethnique est assez caractéristique. Nous y rencontrons les grands groupes ethniques du Togo: les Temba (kotocoli), les Ewé, les Mina, les Konkomba, les Tchamba, les Ana, les Kabyè, les Naouda, les Lamba, les Bassar, ainsi que les ethnies des pays voisins : Haoussa, Ibo, Yorouba, Nago, Peulhs

Les Kotokoli, en majorité polygames et musulmans représentent 66,% de la population autochtone. La présence de nombreux établissements d'enseignement général et technique explique aussi la grande proportion des jeunes.

1.1.4.3.2. Les activités socio-économiques

La ville de Sokodé est un carrefour commercial très développé entre le milieu rural et le milieu urbain. L'activité commerciale, en particulier exercée par les femmes, se

---

[41]. Diocèse de Sokodé, Archives (OCDI), Sokodé p. 7.

[42]. Idem, page 8 , Retenir ici que les mots et les noms de certaines régions ne prennent pas de « s » au pluriel. C'est ainsi qu'on a par exemple un Tem, des tem et non des tembas.

[43]. Direction diocésaine des œuvres, *Archives du diocèse de Sokodé*, Sokodé, 2004, p.32.

déroule dans un esprit compétitif, voire capitaliste. L'échange concerne surtout les produits agricoles notamment les céréales et les produits manufacturés comme le souligne Jean Claude BARBIER. «Le simple nom de "SOKODE" évoque à la fois le chef-lieu d'une région importante sur le plan commercial et l'un des trois grands centres de l'Islam[44] ».

Sokodé est la capitale historique de l'islam du Togo jouissant d'une grande fierté de ses adeptes de cette grande religion. Les musulmans y jouent d'ailleurs un rôle important dans le domaine économique où le transport occupe une place de choix.

1.1.4.3.2. Organisation de l'Eglise locale

Le diocèse compte 18 paroisses et 125 stations secondaires. Les 18 paroisses sont encadrées par 64 prêtres et 114 religieux et religieuses et d'au moins 120 catéchistes. Il convient d'y ajouter les 18 bureaux des conseils paroissiaux composés en moyenne de 10 personnes,

> *Les agents pastoraux sont composés de 52 prêtres diocésains, 28 prêtres missionnaires, 110 religieuses profès, 12 religieux et 32laïcs consacrés, repartis sur 20 paroisses et un foyer de charité, une communauté du Puits de Jacob, 13 instituts religieux féminins et deux instituts masculins*[45].

L'OCDI structure de la pastorale sociale de l'Eglise catholique veille à l'épanouissement de l'homme intégral. Elle coordonne les activités et s'adresse à tous sans tenir compte ni de l'appartenance ethnique, ni de la religion. Le diocèse de Sokodé, à l'image de l'Eglise catholique du Togo, est organisé en institutions et services qui facilitent la communication et la diffusion des informations tant sur le plan vertical qu'horizontal. Il s'agit de :

1.1.4.3.2. 1. La Coordination Diocésaine de la Santé

Elle est composée de six centres médico-sociaux, douze dispensaires, trois cases de santé, un centre d'orphelinat, cinq laboratoires et une association de lutte contre le SIDA ; EPV « Ensemble Pour la Vie ». Les responsables se retrouvent tous les trimestres pour faire le point de leurs activités en vue d'une évaluation des différents plans d'action.

---

[44]. BARBIER Jean-Claude et KLEIN Bernard, *SOKODE : Ville multicentrée du Nord-TOGO*, Editions ORSTOM, Paris, p. 16.

[45]. Evêché de Sokodé, *Annuaire du diocèse de Sokodé*, Sokodé, 2016, p. 2.

1.1.4.3.2. 2. La Direction Diocésaine de l'Enseignement catholique

La Direction de l'Enseignement catholique du Diocèse de Sokodé supervise

7 Maternelles pour 450 élèves,

45 Ecoles primaires avec 9 973 élèves

32 collèges (secondaire 1er cycle) comptant2 910 élèves

9 lycées (secondaire 2ème cycle) pour820 élèves

2 lycées techniques avec 495 élèves.

Environ 540 enseignants et stagiaires, tous degrés confondus sont sous la direction de l'enseignement catholique[46] .

1.1.4.3.2. 3. La Direction Diocésaine des Œuvres

Elle coordonne l'apostolat des laïcs engagés dans les mouvements associatifs, sert de pont entre les organes (l'OCDI, organe d'application du plan stratégique) et les associations chrétiennes : conseil diocésain des laïcs, association catholique pour la réflexion et l'apostolat des laïcs, chevaliers et dames auxiliaires de St John, mouvements de foyers chrétiens , les mouvements de jeunes la JEC, les CV/AV, les servants de messe, les choristes, la JAC, ainsi que les groupes de prières.(Renouveau charismatique, Jésus miséricordieux, Légion de Marie , Marthe Robin, Chemin de Croix) sans oublier les centres de formation(garage du Secours Catholique, Menuiserie Catholique, Centre Saint Joseph) qui accueillent les jeunes pour une formation professionnelle sans distinction de religion.

1.1.4.3.2. 4. La radio Sainte Thérèse et la Commission Diocésaine des Médias

Les médias jouent un rôle déterminant en matière d'information, de communication et dans la production d'outils de communication (boite à images, livres, affiches, cassettes audio et vidéo).

---

[46]. Renseignements reçus à la Direction de l'Enseignement Catholique Diocésaine auprès du Directeur Adjoint Wina AKESSOU, 9 juin Août 2017.

1.1.4.3.2. 5. La Commission Diocésaine de Justice et Paix

Celle-ci fait le plaidoyer en identifiant le sida comme facteur de menace de la paix et d'injustice sociale et contribue à la lutte contre la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/SIDA. La sensibilisation du clergé, des religieux, des jeunes en formation et de tous les autres groupes organisés constitue une étape importante dans la prévention de l'épidémie, et la prise en charge spirituelle des malades, spécificité de l'Eglise catholique. La Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique offre un cadre propice à l'intégration de l'étude du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement des écoles et instituts de formation du diocèse.

1.1.4.3.2. 6. Les associations des fidèles laïcs

La plupart font partie des congrégations, associations et mouvements constitués. Dans certaines paroisses, il existe des Communautés Chrétiennes Catholiques de Base (CCCB) fonctionnelles qui se retrouvent régulièrement pour les prières dans les quartiers. Elles sont des relais de proximité pour les victimes de la pandémie vivant dans les communautés de base. Nous verrons plus loin, dans l'aspect pastoral, l'importance de cette organisation en communauté de base.

Toutes ces organisations et institutions constituent des voix et moyens de diffusion, d'informations et de formation sur les méthodes préventives. Nous verrons dans la troisième partie que ce sont des atouts pour éradiquer la pandémie.

Après cette présentation du pays et du diocèse, faisons l'état des lieux sur la situation du pays en matière de VIH/SIDA.

1.1.5. ACTIONS STRATEGIQUES : ENGAGEMENTS DES INSTITUTIONS FACE AU VIH/SIDA. LES SPHERES ET LES STRATEGIES D'ACTIONS

Le présent point a pour objectif de traduire le rôle des institutions dans la stratégie de lutte contre le sida. Ces institutions en favorisant la relation au tiers, ont en outre permis le bon déroulement des enquêtes. Leur médiation fait remarquer que l'éthique ne se cantonne pas dans les seules relations à soi et à l'autre. La relation de personne à personne passe par la référence à ce qui est non-personne. Nous présenterons l'historique de

chacune, son organisation, ses objectifs et ses stratégies mises en place par chacune d'entre elles dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Cette présentation nous permettra de faire un récapitulatif qui montre la convergence des différentes actions contre le sida.

1.1.5.1. PRESENTATION DE L'INSTITUTIONCARITAS TOGO OCDI

1.1.5.1.1. Bref historique de l'organisme

L'Organisation de la Charité pour un Développement Intégral (OCDI) est la *Caritas* locale. Nous présentons brièvement ici son historique, l'organisation de son cadre et les objectifs poursuivis[47].

Dans l'histoire de cette organisation, diverses étapes ont marqué la vie de cette structure de pastorale sociale de l'Eglise Catholique au Togo. En 1950, elle se nommait Secours Catholique et devenait en 1960, Caritas togolaise. Soulignons qu'à ses débuts les interventions de l'Organisation étaient limitées au domaine de l'assistance et du secours d'urgence. L'humanitaire prévalait sur toute action de développement.

Mais, après plus d'une décennie, la question de la personne humaine viendra au premier plan. Ainsi sera mis sur pied, en 1977, le Bureau de Développement de la Conférence Episcopale du Togo (BDCET) et, au cours de la même année, le Bureau de Coordination pour le Développement (BCD). Celui-ci avait pour mission de coordonner les activités de développement ; c'était un bureau parallèle à celui de la Caritas, dont l'activité était toujours de type caritatif.

Une décennie plus tard, s'opère un changement substantiel qui débouche sur une conception plus organisée de la politique sociale au sein de l'Eglise. En août 1987, la Conférence Episcopale du Togo décide la fusion de la Caritas et du Bureau de Coordination pour le Développement. Cette décision eut pour résultat la création de l'Organisation de la Charité pour un Développement Intégral (OCDI). C'est désormais la structure chargée de la pastorale sociale de l'Eglise catholique au Togo, basée sur une conception de l'homme intégral.

---

[47]. Pour cette partie du travail, nous nous sommes référés aux instruments juridiques de l'organisation : les Statuts et le Règlement Intérieur.

1.1.5.1.2. Son organisation

L'OCDI, dotée de statuts et d'un règlement intérieur, est créée conformément à la loi du 1er juillet 1901, loi rendue applicable au Togo par décret du 13 mars 1946, promulgué par arrêté du 8 avril 1946[48]. L'OCDI est membre de la *Caritas Internationalis* et comporte cinq organes de direction, présents dans les sept diocèses du pays[49] :

L'Evêque, organe de décision

L'Assemblée Générale, organe d'orientation

Le Comité Directeur, organe d'administration

Le Bureau Exécutif, organe de mise en œuvre du programme d'activités adopté par le Comité Directeur

Le Secrétariat Permanent[50], organe chargé de l'exécution des programmes, est placé sous la responsabilité du Secrétaire Général qui coordonne ses travaux. Il comprend, outre le Service Administratif et Financier, trois services techniques spécialisés : le Service de l'Animation/Formation, le Service du Projet socio-économique, le Service d'Assistance et de Secours d'Urgence.

En vue d'une meilleure collaboration interdiocésaine, chacun des organes diocésains a un répondant au niveau national, composé, lui, des délégués des diocèses. Ceux-ci représentent leurs diocèses au niveau national où la coordination est assurée par le Secrétaire Général dont la nomination relève de la Conférence Episcopale du Togo.

- **Ses objectifs**

L'article 2 des statuts précise le but et les attributions de l'OCDI : le rayonnement de la charité et de la justice selon le Christ pour la promotion de tout homme et de tout l'homme. L'organisation définit, par rapport à cet objectif, trois fonctions principales :

a) L'animation :

Une grande place est faite dans les statuts à l'animation / formation, outil visant à créer une dynamique de développement. En fait, il s'agit d'une fonction essentiellement éducative. Grâce à elle, l'OCDI s'attache à :

---

[48]. Cf., Les Statuts de l'organisation, art. 1.

[49]. Le Togo compte au total sept diocèses : Lomé, Aného, Kpalimé, Atakpamé, Sokodé, Kara, Dapaong.

[50]. Cf., art. 22 et 23 des Statuts.

-Amener l'ensemble des communautés chrétiennes à un engagement social

-Faire connaître aux communautés la doctrine sociale de l'Eglise et les motivations profondes de l'engagement dans le social

-Eveiller les consciences au sens de l'entraide, du partage, de la justice, dans les domaines de la formation, de l'assistance et de la promotion humaine.

En assumant cette fonction, l'organisation cherche aussi à promouvoir la collaboration entre les services de catéchèse et les œuvres d'inspiration chrétienne qui poursuivent un but d'entraide matérielle et morale.

b) La promotion humaine et le développement**.**

L'organisation vise à :

- Identifier et étudier les besoins et les problèmes de développement des communautés pour en déterminer les causes et définir, le cas échéant, des projets fiables.

- Instaurer une mystique de la charité en vue de la promotion humaine.

c) L'assistance et le secours d'urgence**.** L'OCDI, dans cette perspective entend :

- Assurer et promouvoir l'assistance aux nécessiteux, aux malades et aux orphelins, aux personnes âgées, aux marginalisés et aux autres handicapés.

- Apporter des secours d'urgence, en cas de catastrophe, aux populations sinistrées.

Le rôle de l'OCDI est déterminant dans l'exécution des projets. En tant qu'organisation de la pastorale sociale de l'Eglise, elle représente celle-ci et est politiquement responsable des projets. Elle joue un rôle-clé d'intermédiaire entre le partenaire extérieur et les populations locales. Les sommes destinées à financer les projets passent par elle, de même que l'acheminement des rapports d'activité relatifs aux projets. L'OCDI nationale travaille en étroite collaboration avec les OCDI diocésaines.

1.1.5.1.3. Sa mission

L'OCDI a pour mission d'accompagner, appuyer, conscientiser les communautés dans l'identification et l'analyse de leurs problèmes et capacités, en vue de rechercher les voies et moyens susceptibles de conduire à l'amélioration de leur condition de vie. En vue de cet objectif, l'OCDI œuvre :

Pour le renforcement des capacités d'organisation, de solidarité et d'auto-promotion des pauvres.

Pour la création d'opportunités économiques : micro-finance, élevage, agriculture

Pour épauler les pauvres dans la lutte pour plus de justice dans le développement, les services sociaux, les échanges culturels et en les rendant maîtres de leur propre destin. L'OCDI s'engage dans la mise en place d'un réseau de relations et de collaboration avec les services diocésains et autres poursuivant les mêmes buts[51].

1.1.5.1.4. Méthode de prévention

La méthode de l'OCDI est basée sur les différentes formations organisées à travers les diocèses. Les valeurs évangéliques de l'Eglise, la dignité de la personne humaine, l'option préférentielle pour les pauvres, la distribution équitable des biens. Dans sa vision, elle promeut l'actualisation du commandement de l'amour de notre Seigneur. Elle veut bâtir une société épanouie où règnent la paix, la vérité et la liberté, où la dignité de la personne créée à l'image de Dieu est fondamentale et prioritaire, où l'exclusion, la discrimination des genres, la violence, l'intolérance et la pauvreté déshumanisante n'ont plus droit de cité[52].

1.1.5.2. PRESENTATION DU CNLS/PNLS[53]

1.1.5.2.1. Bref historique

Issu de dispositions diverses et finales, l'Article 68 crée un Conseil National de lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles (CNLS-IST) Les missions, la composition, l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret pris en conseil des ministres le 14 décembre 2006 par le Président de la République, Faure Essozimna GNASSINGBE, l'actuel président.

1.1.5.2.2. Son organisation

Le CNLS dispose des organes suivants :

- l'assemblée plénière et les groupes de travail
-la commission scientifique et la commission éthique

---

[51].EGLISE DU TOGO, OCDI Nationale, Constitution, Organisation et Mission, Lomé,2004, page 23.

[52]. Idem, p.25.

[53]. Nous nous sommes référés aux documents juridiques sur les lieux.

-les comités régionaux de lutte contre le SIDA/IST

-les comités préfectoraux de lutte contre le SIDA/IST et six autres instances composées du secrétariat permanent du conseil jouissant d'une grande autorité morale et dont les membres sont nommés par décret pris en conseil des ministres. Le secrétariat permanent comprend :

- le Président : le président de la République
- le premier vice- président : le Premier Ministre
- le deuxième vice- président : le ministre de la Santé Publique
- le rapporteur général : le ministre chargé du plan
- le rapporteur Général : le ministre chargé des affaires sociales de l'ordre national des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes, le Président du Conseil National du Patronat, six représentants des chefs traditionnels (un par région sanitaire), trois représentants des confessions religieuses, deux représentants des tradithérapeutes, deux représentants des fédérations d'ONG. Parmi les autres membres du gouvernement on compte deux députés, trois médecins en lien avec les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA, deux représentants des organisations locales.

1.1.5.2.3. Stratégie d'approche

Le CNLS a pour mission de :

- définir les orientations politiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.
- mobiliser les ressources internes et externes pour la mise en œuvre du plan stratégique national.
- évaluer l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA/IST.
- approuver le budget et programme annuels d'action.

Le plan stratégique vise les objectifs suivants : la prévention, l'information et la communication, puis les soins et l'appui aux malades.

1.1.5.2.4. Méthode de prévention

La prévention constitue la pierre angulaire de la réponse du Togo au VIH. L'accès universel aux services de prévention de l'infection au traitement, aux soins et à l'appui aux PVVIH dépend pour une bonne part du savoir des individus, des familles et des communautés sur le VIH et ses implications individuelles, sociales, économiques et de

développement. La méthode de prévention est axée sur trois points : l'information, l'éducation et la communication en vue d'un changement ou un renforcement de comportement.

1.1.5.3. PRESENTATION DE L'ASSOCIATION EPV(ENSEMBLE POUR LA VIE)

1.1.5.3.1. Bref historique et principes de fondation de l'association EPV

L'association EPV a été créée le 13 Mars 2004, conformément à la loi n° 40 – 484 du 1er juillet 1901 et du décret n° 92 – 130/PMRT du 27 mai 1992, à l'initiative de prêtres, religieuses et laïcs depuis le 8 décembre 2002, avec la collaboration de quatre prêtres dont moi-même. Au cœur brisé par la souffrance, l'humiliation et le désespoir, l'association EPV essaie par ses sensibilisations et son accompagnement, de rallumer le feu de l'espérance. C'est ainsi remettre l'homme debout intelligemment au milieu des changements de ce monde et surtout face à la peur qu'engendre la pandémie du Sida. « L'Eglise reconnaît dans les pauvres et en ceux qui souffrent l'image de son fondateur, pauvre et souffrant ; Elle s'emploie à soulager leur détresse et veut servir le Christ en eux[54]».L'association vise à prendre en charge les PV/VIH et les Orphelins Enfants Vulnérables (OEV) de la région centrale en leur donnant ,ainsi qu'à leur famille, le bien-être physique, psychique et spirituel sans distinction de religion, d'ethnie, de condition sociale. Dans quel esprit cela est-il réalisé ? Les statuts de l'association l'expriment clairement :

> *Avec les laïcs avec lesquels nous travaillons, nous voulons valoriser la vie humaine dans le respect des personnes, depuis sa conception jusqu'à la mort. Cela commence par l'accueil de chaque personne dans toutes ses dimensions : physiques, psychologiques, sociales, spirituelles, et se vit au quotidien dans une attention à chacun, une écoute bienveillante, un service compétent, un accompagnement personnalisé, dans une relation de qualité, simple et vraie*[55].

L'association se conforme, sous réserve de ce qui pourrait aller à l'encontre de l'éthique morale de l'Eglise catholique, aux dispositions du Ministère de la Santé et de

---

[54]. LG, n° 8.

[55]. Association EPV, Statut de l'association EPV (diocèse de Sokodé) Sokodé, 2003, page 12.

l'État togolais ainsi qu'au programme de lutte contre le sida préconisé par l'OMS en particulier pour toute l'Afrique.

L'association a son siège à Sokodé, chef-lieu de la région centrale, région particulièrement atteinte par le VIH/SIDA pour les raisons suivantes :

- fort taux de scolarisation
- pauvreté de la population
- présence des grands axes routiers
- zone carrefour de 3 pays frontaliers : Ghana, Bénin, Nigéria

Elle est une association créée au Togo, association non gouvernementale, apolitique, confessionnelle catholique, à but non lucratif, dotée de la personnalité juridique.

1.1.5.3.2. Objectifs de l'association E.P.V

L'attention et le soin de l'Eglise pour l'homme blessé, par la vie ne sont pas une nouveauté ni une mode passagère. Visiter, accompagner ou assister des frères et sœurs malades est une des missions confiées à tout baptisé. C'est pourquoi cette association est appelée à :

- manifester à tous la tendresse de Dieu par leur visite et leur entraide fraternelle.
- assurer un accompagnement humain et spirituel de chacun dans le respect de sa liberté et de ses convictions.
- vivre et partager avec les membres dans l'écoute de la parole de Dieu, la prière et les sacrements, ce temps de l'existence marquée par la traversée de l'épreuve.
- prévenir par l'information et accompagner par une prise en charge intégrale.

S'inspirant de l'Evangile et de l'enseignement moral de l'Eglise, EPV lutte contre toute dramatisation face à cette maladie mortelle et cherche à apaiser les élèves et la population devant l'impuissance actuelle de la médecine à trouver un traitement efficace et un vaccin.

L'association cherche à développer une pastorale d'espérance par une prévention à la hauteur de l'homme et un engagement plus fort dans l'assistance aux personnes vivant avec le virus, ainsi qu'à leur entourage.

Sa mission se veut accueil, écoute et accompagnement selon l'esprit évangélique et dans un grand respect des personnes, sans pour autant renoncer à ses convictions éthiques et religieuses, mais en les proposant en toute liberté de conscience. Le but de l'association

est d'améliorer les conditions de vie des personnes concernées. Pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, l'association s'est assigné les objectifs suivants :

- combattre les idées fausses, favorisant la mise à l'écart de ces personnes en améliorant leur condition de vie.

- apporter un soutien psychologique, affectif, matériel et des soins de confort à domicile.

- contribuer à l'intégration et développer des activités d'auto-assistance.

- aider à la prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA (conjoints, orphelins).

- former des volontaires à l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH/SIDA :

Les moyens d'action de l'Association sont :

- les visites à domicile

- les soins aux malades et les consultations

- les prises en charge thérapeutique et matérielle

- le soutien psychologique

- la prise en charge nutritionnelle

- la prise en charge scolaire et la formation professionnelle des OEV (Orphelins et Enfants Vulnérables)

- l'accompagnement humain, psychique et spirituel de la naissance à la fin de vie.

- la sensibilisation des populations.

Ces actions sont menées par des personnes bénévoles, formées et disponibles.

1.1.5.3.3. Les activités de l'association E.P.V

Cette première présentation permet de se rendre compte de la naissance de cette association et son statut actuel dans le contexte de la lutte contre le sida au Togo et dans la région centrale.

Avant même que le récépissé de l'association soit obtenu, les membres se sont engagés activement dans la lutte contre le sida, chacun bénévolement, selon ses compétences.

En 2004, nous avons reçu une aide financière du Secours Catholique qui nous avait permis de former 300 pairs éducateurs dans tous les établissements catholiques du diocèse et 150 bénévoles à l'accompagnement. Chaque année, des sensibilisations sont faites à la

radio comme au sein des écoles catholiques et publiques et les paroisses du diocèse. Nous avons reçu gratuitement une voiture de l'association ASF (Amour Sans Frontière) de Lyon pour nos tournées et visites aux malades. Notre évêque a personnellement pris en charge le dédouanement et les frais d'assurance de cette voiture pour nous encourager et il vient toujours à nos assemblées générales quand il est disponible. Pendant deux ans, la quête du pèlerinage à Aledjo[56] était également versée à cette association.

De multiples constats ont été faits par les éducateurs : religieuses, professeurs, surveillants, etc ... Par conséquent, une sensibilisation a été entreprise systématiquement en milieu scolaire. Chaque année environ 3.000 élèves sont sensibilisés. Un certain nombre d'entre eux font volontairement le test de dépistage, soit en vue d'un changement de comportement, soit au cours d'une maladie. Dans la relève de ce défi, l'appel à différentes compétences constituent un atout majeur pour l'efficacité des services rendus. Mieux, notre diversité devient une richesse, nos différences peuvent être fécondes. Nous travaillons en étroite collaboration avec la Croix Rouge togolaise et d'autres associations (Vivre dans l'espérance, Espoir Vie Togo, Vie Saine, ADESCO (Association pour le Développement et la Santé Communautaire).

Chaque année, des tests sont organisés au sein du complexe scolaire Assomption par l'association, après la sensibilisation aux cours de formation humaine et religieuse. Sur 400 tests, on a souvent une vingtaine de cas positifs et nous assurons leur prise en charge. Certains d'entre eux sont parrainés par des amis en Alsace(France) et en Allemagne. L'ainé de ces élèves est en deuxième année de Master en géographie à l'université de Kara. Malgré les 50 décédés depuis 2003, pour la plupart arrivés en phase terminale, nous nous réjouissons du travail accompli. Chaque année, les quêtes de la messe de rentrée scolaire au sein des complexes scolaires Assomption et Bakhita, la quête du mercredi des cendres et des efforts de carême sont versées à l'association pour la prise en charge des malades.

En ce moment, un centre d'accueil EPV fonctionnel, est financé par une association italienne, afin d'offrir un cadre approprié pour la prise en charge intégrale des PVVIH.

Loin de faire un rapport bilan du travail accompli à EPV, nous voulons exprimer notre satisfaction pour tout ce qui a été fait aux PVVIH gratuitement, avec peu de moyens.

---

[56]. Alédjo est une ville située au nord du Togo à 40 km de Kara. Dans cette ville , existe un foyer de charité et un centre de santé et de formation des jeunes filles comme aides- infirmières. Ce centre est réputé pour la qualité de soins qu'offrent les laïcs consacrés de ce foyer.

Au sein de la communauté de paroisse Sainte Barbe du Warndt, dans le diocèse de Metz où nous sommes en mission pastorale, un repas avait été organisé en 2008 lors de la semaine missionnaire par le SEM (Service de l'Evangile pour les Malades). En plus des dons personnels, nous avons recueilli 4 .000 euros pour contribuer à la construction de ce centre.

Des personnes suivies depuis quelques années sont devenues membres actifs de l'association et participent aux sensibilisations par des témoignages.

1.1.5.3.4. Stratégie d'approche

Le but de l'Association est de sensibiliser et de responsabiliser les jeunes sur cette nouvelle maladie ainsi que d'améliorer les conditions de vie des personnes (particulièrement des jeunes) vivant avec le VIH/SIDA, de les accompagner et d'aider leurs familles à les comprendre et à les porter.

Pour les élèves et les PVVS, l'association s'est assigné les objectifs suivants :

- former les enseignants de tous degrés, surtout ceux du Complexe Scolaire, à la sensibilisation, puis à l'accompagnement des PVVS.
- intégrer la sensibilisation sur le sida aux programmes scolaires.
- apprendre aux jeunes à informer leur famille et leur entourage.
- appuyer la sensibilisation de la population afin de combattre les idées fausses favorisant la mise à l'écart des malades.
- apporter un soutien psychologique, affectif, matériel et conseiller les familles sur des soins de confort possibles à domicile.
- contribuer à l'intégration sociale des PVVS et développer des activités d'auto-assistance.
- aider à la prise en charge des personnes affectées par le VIH (familles, conjoint, orphelins).

Les moyens d'action de l'association pour atteindre ces objectifs sont :

-la sensibilisation et la responsabilisation des jeunes, l'accompagnement, la prise en charge dans sa globalité.

- les visites à domicile,
- la participation aux soins des malades.

Ces actions sont menées par des personnes bénévoles, formées et disponibles. Leur formation initiale est complémentaire pour accomplir des tâches d'ordre médical, pédagogique, social et psychologique.

Certains membres, en raison de leur mission sacerdotale ou religieuse, facilitent l'accompagnement.

1.1.5.3.5. Méthodes de prévention

L'association EPV s'investit dans la sensibilisation à travers les cours de formation humaine et religieuse puis par des animations lors des week-ends dans les paroisses du diocèse où elle a créé des relais. EPV milite pour les droits des personnes infectées et cherche à aider les enfants et orphelins vivant avec le VIH à grandir dans un environnement familial harmonieux, mais aussi de bénéficier de soins de santé et d'une éducation appropriée. Dans ce sens, nous avons réussi à faire parrainer une vingtaine d'orphelins, aide précieuse pour leur éducation et santé.

1.1.5.4. PRESENTATION DE L'ASSOCIATION EVT (ESPOIR VIE TOGO)

1.1.5.4.1. Bref Historique

Jusqu'en août 1995, les personnes infectées par le virus du sida vivaient leur propre histoire et n'entretenaient de relations d'échanges et ne recevaient de conseils que du médecin traitant pour celles qui en avaient un. A cette date, dans le cadre du projet PNUD « Ambassadeurs » et l'appui du PNLS/MST du Togo, les coordinateurs de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique Centrale du RAP+ se sont rencontrés à Lomé. La coordinatrice a ainsi contacté par l'intermédiaire de leurs conseillers psycho-sociaux, huit personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il a alors été décidé de créer une association qui a un nom porteur d'espoir : EVT. Les membres de l'association EVT ont bénéficié de plusieurs formations au niveau national et ont également participé à des conférences et ateliers d'échange au niveau international (Abidjan, Kampala, Amsterdam, etc.) en matière de VIH /SIDA. EVT est une organisation à but non lucratif, ouverte à toute personne vivant avec le VIH/SIDA, ainsi qu'à tous ceux qui sont engagés dans la prise en charge de PVVS et dans les activités de prévention. En 2002, EVT a ouvert un centre à Lomé où elle assure des activités professionnelles de prise en charge globale, tout en veillant à impliquer les malades dans la vie associative. EVT a ouvert un deuxième centre à Sokodé, en 2004, puis un troisième à Aného en 2006. EVT est également à l'origine de RAS+, un réseau

associatif qui a pour ambition de renforcer les capacités des ONG togolaises de lutte, lesquelles sont les principales portes d'accès aux ARV dans le pays[57].

1.1.5.4.2. Son organisation et fonctionnement

EVT est une association de personnes vivant avec le VIH/SIDA, la première du Togo. Elle développe des actions de prévention, de sensibilisation et de prise en charge.
Elle comprend les organes suivants :

-L'Assemblée Générale.

-Le Conseil d'Administration.

-La Direction Exécutive.

-Le Commissariat aux Comptes.

Ces organes ont pour mission de veiller au bon fonctionnement de toutes les activités et d'en rendre compte lors des assemblées générales puis de s'assurer que toutes les activités figurent dans le rapport annuel de l'association. Le conseil d'administration contrôle et exécute les décisions de l'assemblée générale. Le bureau exécutif renouvelable une seule fois présente les rapports moraux, règle les litiges et conflits puis rend compte aux bailleurs de fonds de l'utilisation de leurs aides, cela en étroite collaboration avec le commissaire aux comptes.

1.1.5.4.3. Méthode de prévention

EVT développe des actions de prévention, de sensibilisation à travers les mass média publics et des campagnes de sensibilisation périodique dans les villes où elles ont des relais. Elle est plus visible dans ses actions de prévention lors des manifestations marquant la célébration mondiale de lutte contre le sida chaque 1er décembre. Elle organise des sessions de formation de pairs éducateurs qui s'investissent dans les écoles et les lieux d'apprentissage. Dans sa méthode de prévention, EVT préconise la fidélité, l'abstinence et l'usage des préservatifs à toutes les tranches d'âge.

Les différentes sphères sont engagées en vue de l'éradication de la pandémie. C'est ce qu'exprime ce tableau en guise de récapitulatif. Il présente les points forts des différents champs d'actions. Il y a une convergence de forces à travers les actions menées pour un

[57]. Site Internet: http//www.espoir-vie-togo.org, consulté le 4 mars 2012.

objectif commun. Les organisations politiques, syndicales et associatives ont un rôle essentiel dans l'organisation de la société pour pouvoir faire face aux défis qui s'imposent.

1.1.5.5. TABLEAU SYNOPTIQUE : SYNTHESE DES STRATEGIES DE SPHERES CONCERNEES

Notre étude sur le VIH/SIDA au Togo a ciblé des acteurs engagés dans la lutte contre cette pandémie. Ces acteurs, considérés comme des sphères, sont guidés par des stratégies différentes selon qu'ils relèvent du domaine confessionnel ou non. Nous allons faire ici une récapitulation de leur stratégie, synthèse de chacune des actions menées auxquelles nous ferons appel tout au long de notre étude.

Institutions et Associations	STRATEGIE D'ACTION	APPRECIATIONS	VALEURS
CNLS/PNLS	Application du principe de subsidiarité. Le PNLS est l'organe opérationnel du CNLS. Animation – sensibilisation. Mode de prévention : abstinence – fidélité – préservatif.	Si le rôle de l'Etat consiste à préserver le citoyen contre toute agression extérieure, une politique analogue s'observe dans le cas du sida : protection de la population ; reconnaissance du devoir de l'Etat en termes de protection de santé publique. Engagement en faveur de la dignité humaine. La lutte contre le sida est pensée en termes d'efficacité.	Responsabilité – solidarité. L'engagement de l'Etat pourrait se comprendre, non seulement en termes de protection de la vie (sa valeur sacrée) mais aussi de l'existence d'une alliance que chaque citoyen entretient avec l'Etat. Principe d'égalité, de justice.
OCDI-CET	Organe de coordination des activités des OCDI diocésaines. Mode de prévention : abstinence – fidélité.	En tant qu'institution de l'Eglise (Mater et Magistra), l'OCDI se différencie dans son approche pastorale par l'affirmation d'une vision intégrale de l'homme adossée à la notion de la personne créée à « image de Dieu » (une traduction de la dignité humaine).Elle promeut un ensemble de principes et de valeurs :	Responsabilité – solidarité : recherche de construction de l'homme intégral adossée à une conception originale de l'alliance (unilatéralité). De façon verticale, l'alliance articule la responsabilité dans l'histoire humaine. Mise en valeur du principe relationnel pour une humanité commune. Valorisation de la vie : son aspect sacré. Justice dans son rapport à l'humanité.

		dignité vérité, liberté, justice et paix. Application d'une morale fondée sur la Révélation. Conviction et responsabilité nourrissent l'action.	
EPV	Approche individuelle et collective. Animation – sensibilisation. Collaboration avec le PNLS, l'OCDI et autres ONG. Mode de prévention : abstinence- fidélité - préservatif (selon le cas).	EPV, est une association confessionnelle catholique, guidée par la vision chrétienne de l'homme image de Dieu. Sans s'éloigner des exigences des valeurs chrétiennes, EPV est loin d'initier une pratique marquée par la casuistique.	Responsabilité – solidarité : recherche de construction de l'homme intégral. Valorise également la solidarité et la compassion assortie du sens de l'alliance biblique. Reconnaissance de la valeur sacrée de la vie. Rendre justice à l'humanité.
EVT	Approche individuelle et collective. Animation-sensibilisation. Collaboration avec le PNLS, l'OCDI et autres ONG. Mode de prévention : préservatif – fidélité – abstinence.	Association dont la politique est marquée par la recherche de l'efficacité. Bien que l'on note ici aussi un engagement en faveur de la dignité, il convient de reconnaître que pour cette association, la fin justifie la stratégie.	Responsabilité – solidarité. Dignité. Pratique qui laisse supposer l'existence d'une alliance bilatérale. Valorise également le principe de la solidarité. Valorisation de la valeur sacrée de la vie. Justice à l'humanité.

CONCLUSION DU PREMIER CHAPITRE

Cette présentation nous a permis de nous rendre compte de l'état des lieux avec quelques données officielles de notre contexte d'étude issues du plan stratégique national de lutte contre le sida. La présentation des différentes sphères fait état des différentes activités menées sur le terrain. Le sida reste un problème majeur qui préoccupe toutes les couches de la société togolaise. Le PSN de lutte intègre donc la lutte contre les IST et met l'accent sur la prévention et la prise en charge des personnes affectées et infectées. La faiblesse de la structuration sanitaire et de ses potentialités reste un handicap pour le domaine de la santé.

Cependant, les autorités ne baissent pas les bras. Comme nous avons pu le constater, le Togo fait partie des pays les moins avancés. C'est ce que décrit le ministère de la Santé :

> *Depuis 1990 le Togo connait une crise économique, celle-ci accentuée par les troubles socio-politiques, la suspension de la coopération avec les institutions internationales notamment l'Union Européenne et la dévaluation du FCFA en 1994 .Cette situation a réduit de manière considérable le pouvoir d'achat des populations togolaises. Relativement à l'indice du Développement Humain, le Togo occupe la 141ème place sur les 175 pays en voie de développement.. Le seuil de pauvreté évalué à 90000FCFA soit 137euros par an et par habitant, environ 73% des populations togolaises sont pauvres et 57,4% vivent dans l'extrême pauvreté.*[58]

Face à ce sombre tableau, il est quasiment impossible pour l'ensemble des populations, du moins la majorité d'entre elles, d'être en mesure de répondre de manière adéquate aux besoins de santé. Ainsi la précarité dans laquelle vit la population génère de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé.

Le sida ne constitue pas uniquement une crise de la santé ; ses effets ont une incidence sur chaque aspect de la vie sociale et économique. Il s'attaque majoritairement à la tranche d'âge de la population de 25 à 45 ans qui constitue en tout lieu la population active. L'impact du sida sur le développement économique et social est parfois dramatique

---

[58]. Conseil National de Lutte contre le Sida ; Ministère de la santé. *Plaidoyer pour la mise en place d'un fonds national d'appui à la lutte contre le sida et les IST*, rapport final, Août 2009, Lomé, p. 6.

puisqu'il prive la société des personnes dans la force de l'âge. Tout ce processus nécessite des moyens.

Le coût des soins est de plusieurs fois supérieur au revenu annuel moyen des familles victimes. D'après les estimations de la banque mondiale, le coût du traitement d'un malade est de 2,7 fois supérieur au produit national brut par habitant d'un pays ordinaire[59] .

La lutte contre le VIH/SIDA est reconnue comme une grande cause nationale, d'où le plan stratégique national 2015 avec des objectifs bien déterminés à atteindre. Comment se présente cette pandémie dans ces différents aspects même si les pages qui précèdent l'ont déjà montré en partie ? C'est à cette question que nous tenterons de répondre dans le chapitre qui suit avec les données d'enquêtes quantitatives.

[59]. République Togolaise, OCDI Nationale, Plaidoyer pour la mise en place d'un fonds national d'appui à la lutte contre le Sida et les IST. Lomé, Août 2006, p. 9.

1.2. LES ENQUETES QUANTITATIVES

Notre enquête se propose de présenter quelques aspects illustrant la complexité du problème VIH/SIDA et les différentes représentations sociales qui en découlent. Elle évaluera le niveau de connaissance que la population a en général du sida auprès des personnes interrogées, prenant en compte leurs caractéristiques sociodémographiques : l'âge, le sexe, la religion, le niveau d'instruction et la profession. Elle prendra également en compte les autres aspects concernant les croyances, les attitudes puis le degré de responsabilité. Un questionnaire a donc été rédigé autour de quatre aspects. C'est ce qui nous permettra d'évaluer l'impact de la maladie sur la construction de l'identité, la vie affective et la dignité de la personne affectée et infectée.

Dans une enquête précédente, je m'étais intéressé à un échantillon de 250 personnes[60]. Nous avons certes recueilli des données officielles mais il a fallu aussi l'expérience du terrain pour compléter les renseignements afin de faire une interprétation fiable. Le présent travail vise à mettre en évidence l'état des connaissances et leur évolution, les croyances, les attitudes et inquiétudes en explorant les stratégies mises à jour dans le discours des personnes vivant au quotidien avec le VIH/SIDA. Vivre avec le sida dans certaines régions du Togo, c'est devoir composer avec une maladie qui fait l'objet d'une construction associée à la peur, à la mort et à des comportements stigmatisés à travers des stéréotypes, des préjugés et des croyances culturelles.

Les résultats qui vont suivre, restituent les réponses des acteurs rencontrés au sein des associations, en privé, dans les services puis dans la population en général. Le recours aux bases de données correspond à deux modes d'utilisation bien distincts mais complémentaires : l'identification des individus et leur suivi à partir du questionnaire.

1.2.1. METHODOLOGIE DES ENQUETES

Le champ visé reste la population du Togo et notre méthodologie s'inscrit dans une approche large que nous définirons à travers les enquêtés. Il s'agit d'évoquer ici comment le travail a été mené afin d'atteindre les objectifs fixés.

---

[60]. En 2009, j'avais mené des enquêtes pour l'élaboration du Mémoire de Master II mais seulement pour le diocèse de Sokodé.

1.2.1. 1. PROCEDURE DE L'ENQUETE

L'enquête au sein de la population a ciblé les individus, les groupes organisés en association et les institutions en tenant compte de leurs dimensions socio-culturelles, notamment du niveau d'instruction des individus. La problématique spécifique pour les femmes et pour les enfants, l'aspect social et culturel ainsi que les services de santé ont été sollicités. Pour que notre réflexion soit pertinente, nous avons opté pour une grille d'observation dont le questionnaire varie selon les personnes enquêtées et les lieux de rencontre. L'étude est quantitative mais pas exclusivement car le chapitre suivant traitera des enquêtes qualitatives avec un questionnaire ouvert, utilisé pour les associations et dans les rencontres en privé portant sur les campagnes de sensibilisation, la prise en charge et les attentes par rapport à la contribution de l'Eglise catholique. Les différents champs abordés viennent de la sociologie de l'action, des organisations, de l'anthropologie, ainsi que ceux provenant des théories des sciences sociales et humaines appliquées à la santé. Notre contact avec le terrain s'est fait à partir des consignes du directeur national de l'OCDI et du directeur du CNLS ainsi que celui du PNLS puis des responsables d'associations avec lesquelles nous avons travaillé.

1.2.1. 2. LE CHOIX DES OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Pour la collecte des données, nous avons utilisé plusieurs méthodes. Pour l'analyse qualitative, nous nous sommes appuyés sur un questionnaire. C'était notre principal outil de collecte d'informations avec des questions ouvertes. Il a pour avantage de nous mettre en interaction directe avec les personnes interrogées pour comprendre les motifs qui orientent leurs choix et comportements. Il nous permet également de construire notre discours à partir d'un thème et de laisser la liberté d'expression aux enquêtés avec des relances pour clarifier ou reformuler le contenu. Cela favorise un dialogue fructueux.

Cette exigence méthodologique nous impose de faire des entretiens nous-mêmes plutôt que de les confier à des enquêteurs pour éviter des biais possibles. Ces entretiens ont été réalisés à la fois en français et en langues locales, selon une durée suffisante et raisonnable pour avoir plus de renseignements et pour ne pas ennuyer les enquêtés. Etudier les comportements implique non seulement d'écouter les individus mais aussi de les observer dans leurs pratiques quotidiennes, ce qui offre l'avantage de confronter les discours avec les faits réels. A l'aide d'une grille d'observation, nous avons passé deux semaines dans quatre associations de prise en charge des malades. Il s'agit d'EVT à Lomé

et à Sokodé, d'EPV à Sokodé, des centres médicaux-sociaux de SAR-Afrique : (Santé Rurale en Afrique) une ONG de développement à but non lucratif située à Soumdina Tchèou dans la Kozah à 9 km de la ville de Kara, enfin « Vivre dans l'Espérance » à Dapaong. En ce qui concerne l'analyse quantitative, un questionnaire semi-structuré a été utilisé avec des questions fermées et ouvertes.

1.2.1. 3. POPULATION CIBLE POUR UNE STATISTIQUE EXPLORATOIRE

Trois sphères d'acteurs étaient concernées par notre étude. Au niveau macro-sociologique, nous avons mené des entretiens avec les acteurs institutionnels (OCDI, CNLS, PNLS) dont des directeurs de service, afin de recueillir des renseignements sur les dispositifs de lutte contre le sida en place. Au niveau de la population, nous avons obtenu auprès des familles et associations des informations sur leur perception de la maladie. Une année auparavant, nous avions mené de telles enquêtes dans le cadre de l'élaboration du mémoire de Master auprès de la population en général, auprès des élèves dans le diocèse de Sokodé, ce qui nous sera utile aussi dans ce travail. L'étude s'est également élargie aux agents de santé dans plusieurs villes, aux responsables administratifs, aux enseignants et à certains corps habillés[61]. Nous avons opté pour une méthode de statistique exploratoire en retenant un effectif de trois cent cinquante personnes au total. Le temps des enquêtes limité au Togo ne nous a pas permis de recueillir la totalité des réponses au questionnaire distribué. Les réponses de 200 personnes rendues avant notre retour en France ont été traitées dans un logiciel appelé Sphinx puis exportées par un autre intitulé SPAD, d'une manière quantitative. La population concernée par cette enquête n'est pas identique dans la mesure où nous avons voulu sillonner les grandes villes du pays pour avoir une vue d'ensemble[62]. Il s'agit d'une population que nous connaissons plus ou moins bien, surtout grâce aux orientations du coordinateur- adjoint du conseil national de lutte contre le sida, Monsieur AMOUZOU. Notre cible n'a pas été délimitée au hasard même si certaines personnes enquêtées n'étaient pas dans les choix visés. Nous avons exclu de cette étude les volontaires âgés de moins de 18 ans.

---

[61]. Les corps habillés constituent l'armée dans ses différentes composantes : militaires, policiers, gendarmes, douaniers.

[62]. Il s'agit d'une population que nous connaissons plus ou moins bien et surtout avec les orientations du coordinateur- adjoint du CNLS, le professeur PITCHE Vincent.

1.2.1. 4. LIEUX D'ENQUETES ET DEROULEMENT

Dans le cadre de notre étude, trois acteurs interviennent principalement. Les organisations administratives, les personnes infectées et affectées et la population en général. Nous avons sélectionné nos lieux en tenant compte de la faisabilité en fonction de nos connaissances et de quelques indications, dont la réputation des villes. Il s'agit de Lomé, Kouvé, Atakpamé, Sokodé, Kara et Dapaong.

L'enquête s'est déroulée du 4 août au 8 septembre 2010. Pour mener les entretiens auprès des différents groupes, nous avons procédé de la façon suivante :

Concernant les familles, nous nous sommes rendus directement dans les maisons. Notre choix tenait compte également du niveau vie. Nous les avons interrogés directement soit le mari soit la femme ou les deux à la fois afin de recueillir la diversité des points de vue. Dans certaines familles, les enfants ont également participé activement aux entretiens.

En ce qui concerne les acteurs institutionnels, j'ai procédé dans un premier temps à des formalités administratives, que ce soit à Lomé ou dans les autres villes, afin d'obtenir une autorisation des ministères en charge. J'ai pu rencontrer respectivement les directeurs de cabinet du ministère de la santé, celui de l'éducation, ainsi que le directeur du PNLS en même temps coordinateur adjoint du CNLS. En chaque lieu, je présentais mes attestations de recommandation de l'école doctorale et du CEERE m'autorisant à faire mes recherches et à procéder aux enquêtes. Ceci a facilité mon acceptation dans les différents services techniques pour mener des entretiens et avoir accès à la documentation.

En deuxième année de thèse, j'ai envoyé de nouveau un questionnaire au Togo par le biais de certains confrères afin de tester mes hypothèses, mes objectifs et de continuer à confronter mes connaissances théoriques à la réalité sur le terrain.

Certaines personnes ont été interrogées par groupe, en association, et d'autres individuellement en fonction du questionnaire.

1.2.1. 5. METHODE D'ANALYSE ETDE TRAITEMENT DES DONNEES

Les données quantitatives ont été saisies dans Sphinx MPE version 4.5.0.26 puis exportées vers le logiciel SPSS pour l'analyse. Le traitement des données d'enquête a été fait en collaboration avec le professeur Jean-Paul VILLETE qui donne ici lui-même son témoignage et des explications :

Le Collège des Ecoles Doctorales de l'Université de Strasbourg m'a confié un cours de Statistique Exploratoire intitulé « Traitements de données

d'enquêtes ».C'est dans le cadre de ce cours, que j'ai rencontré, en 2012, Waguéna BITASSA, doctorant en Ethique, qui avait réalisé une enquête auprès de 200 Togolais. Les questions ont porté sur le VIH/SIDA : les connaissances, les attitudes et croyances, les perceptions et responsabilités.

Des raisons diverses : la gravité du sujet, la sympathie pour le doctorant qui pense et agit courageusement dans des conditions difficiles et, beaucoup plus prosaïquement, le fait que j'ai eu du temps de libre m'ont conduit à faire ce travail avec cet étudiant, ce qui est inhabituel. J'ai fait ce que je sais faire : je n'ai rien inventé et j'ai appliqué[63] *quelques règles de l'art en matière de Traitements de Données d'Enquêtes : Analyses factorielles des Correspondances Multiples (AFCM) suivies de Classifications Hiérarchiques Ascendantes (CHA), Arbres de Segmentation de Variables Qualitatives.*

Je ne présente pas ces méthodes, Waguéna BITASSA aura à tirer parti, à interpréter les résultats[64].

- **Statistique Confirmatoire - Inférencielle versus Statistique Exploratoire**

Nous avons mené une enquête exploratoire, les groupes cibles de notre démarche ne sont pas un échantillon. Un échantillon serait la partie d'un tout (la population). Une problématique de la Statistique Confirmatoire serait alors d'inférer, d'extrapoler des choses vues sur l'échantillon à la population toute entière : qu'est-ce que la partie « échantillon » peut nous dire sur les toutes « populations » ? Des méthodes telles que des tests permettraient, ou pas, avec des risques d'erreurs mesurés (les seuils de significativité) des extrapolations de l'une à l'autre.

Ce travail relève d'une problématique de Statistique Exploratoire. Des régularités statistiques ont été identifiées dans deux cents questionnaires. Pour un statisticien, les non-réponses sont a priori réponses comme les autres ; il y a mille interprétations possibles, qui ne sont pas de mon ressort (oubli, lassitude, contestation de la question, interrogation,

---

[63]. En utilisant le logiciel SPAD.

[64]. VILLETTE Jean- Paul, *Ce qu'ont écrit 200 togolais sur le VIH/SIDA à Waguena BITASSA*, doctorant en Ethique. Etude typologique, agrégations/ différenciations des connaissances, attitudes et croyances, perceptions et responsabilités. Des réponses clivantes, version du 17 septembre 2013 pp. 2-3.

incompréhension, doute.). Le silence est un son comme un autre et il faut l'entendre ainsi que ses rapports avec les autres sons. Les pauses, demi-pauses, soupirs contribuent au sens de la partition.

1.2.1.6. MON EXPERIENCE ET DIFFICULTES DE TERRAIN

Faire une recherche sur le VIH/SIDA en tant que question de société, c'est aborder un sujet tabou en lien avec la sexualité et l'intimité des personnes, sur une maladie fortement stigmatisée. J'ai été confronté à la difficulté des personnes vivant avec le VIH/SIDA et surtout des femmes quant à leur vie sexuelle. Comment parler de l'intimité des autres sans aucun jugement ?Comment transcrire l'intimité, les formes d'allusion, les réponses évasives et les silences en forme de réponses ? Ces questions, VIDAL Laurent. et HASSOUN Judith se les sont posées dans leur recherche sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d' Ivoire.[65]

A Lomé, la capitale, comme à Kara, Sokodé et Dapaong, bien que je ne sois pas étranger à mon terrain, quelques difficultés sont apparues au cours de la collecte d'informations. Certaines associations et certaines personnes ne se laissent pas facilement appréhender, d'autres pensent que répondre à mes questions serait me fournir des indices pour les trahir plus tard par rapport à la gestion des financements reçus. Ainsi ma première difficulté est liée à la réticence de certains responsables pour mettre à ma disposition leurs agents qualifiés en la matière ou des informations fiables.

En effet ma proximité avec mes enquêtés s'est jouée sur des nuances très subtiles. Ainsi me voir en soutane[66] les rassurait pour pouvoir discuter avec moi en toute confiance et la complicité s'installait. A d'autres moments, il valait mieux apparaître en tenue ordinaire pour pouvoir recueillir des renseignements. Je reste toutefois tenu à la discrétion par rapport à certaines informations dont les précisions permettraient d'identifier les intéressés.

---

[65]. L'ouvrage de VIDAL Laurent. Le silence et le sens en dit long. Le silence serait donc bruissant de parole1996. HASSOUN Judith, parlera dans « le vécu des femmes malades du sida à Abidjan : vers un nouveau positionnement du chercheur »1997de : « entendre le silence » (page 336) ; n'est-ce pas antinomique ? Volume 39, n°150, pp268-270 , Editions Karthala ,Paris,1997.

[66]. La soutane est un vêtement long, descendant jusqu'au talon, porté par les ecclésiastiques.

J'ai également été confronté au manque de moyens financiers. Il m'est arrivé à plusieurs reprises de payer le déplacement de certaines personnes et d'assurer le déjeuner de beaucoup d'autres sans compter les cadeaux. C'était gênant d'entendre des personnes dire qu'elles avaient pris leur médicament à jeun, ne disposant pas de nourriture pour accompagner leur traitement. C'est toujours encourageant, quand c'est possible, d'offrir des fournitures pour la rentrée scolaire et surtout des clés USB pour la plupart des coordinateurs d'associations qui m'ont aidé dans la collecte des informations. Quand on s'engage pour faire de telles enquêtes, surtout en venant d'Europe, les gens pensent toujours que les recherches sont financées et qu'ils devraient être payés pour les renseignements qu'ils nous fournissent. Il n'est donc pas intéressant de se présenter les mains vides devant ses interlocuteurs. En quittant un malade qu'on vient d'interroger, il est très désagréable de ne pouvoir répondre à ses moindres sollicitations surtout lorsqu'il s'agit de nourriture ou de frais de déplacement.

Une deuxième difficulté est l'accessibilité de certains lieux. Je me déplaçais soit en voiture, à moto ou carrément à pied sur des routes peu praticables. Certaines informations ont été plus difficiles que d'ordinaire à obtenir de certains responsables, soit parce qu'elles sont considérées comme sensibles à cause de l'identité de la personne qui les donne (homme politique, diplomate), soit parce qu'elles ne sont pas disponibles. Ainsi certaines questions comme : « Que pensez-vous de la position de l'Eglise dans la lutte contre le sida ?», ou « Dans quelles circonstances conseillez-vous les préservatifs ?» étaient embarrassantes.

A priori, l'histoire que j'ai partagée avec mes enquêtés dans les villes que je connais, surtout au sein des associations, a facilité ma recherche. Pendant mes six ans d'expérience de terrain, nous avons appris à travailler ensemble et à mieux nous connaitre.

Vaincre la méfiance des enquêtés était le principal obstacle à franchir. La recherche auprès des populations fragiles exige une attention particulière car nous risquons d'accroître la vulnérabilité des personnes, de fragiliser les stratégies de défense mises en avant par certains groupes en position de marginalité et d'exclusion. J'ai bénéficié de l'appui de Véronique MEDODZIE, religieuse responsable de la pastorale de la santé au sein de l'OCDI nationale, grâce aux bonnes relations qu'elle entretient surtout avec les associations.

J'ai été également bien accueilli au sein de l'association « Vivre dans l'Espérance » à Dapaong où j'ai passé deux semaines pour approfondir la question d'accompagnement pastoral avec Sœur Marie Stella et son équipe de bénévoles.

Mon statut de prêtre a quelquefois facilité mes contacts et représentait un grand avantage en vue d'obtenir des renseignements.

Toutefois le fait d'interroger sur un terrain varié m'a forcément mis en présence de différences et d'altérités liées au contexte, aux individus et selon les villes du pays.

J'ai essuyé de nombreux refus liés au fait de vouloir cacher sa sérologie ou celle d'un membre de la famille pris en charge par une association de lutte contre le VIH/SIDA.

Malgré ces difficultés de terrain liées d'une part à un enjeu politique fort dans la société et d'autre part à l'échange humain singulier entre enquêteur et enquêté, les acquis de la recherche demeurent. Ces difficultés mineures que tout chercheur pourrait rencontrer n'entachent en rien la qualité de mon rendu de terrain dans le prolongement de celui effectué en août 2010.

Le chapitre suivant présente les résultats de l'enquête en quatre thèmes : les caractéristiques socio-démographiques, la connaissance et le comportement sexuel, les attitudes et croyances puis la perception et les responsabilités.

1.2.2. RESULTATS

Les tris, à plat, des personnes interrogées concernent l'enquête quantitative auprès de deux cents personnes. Nous avons opté de ne présenter que les tableaux[67] les plus pertinents, les autres sont en annexe ainsi que les questions posées pour notre problématique. Les différents tableaux gardent les numéros qu'ils portent en annexe où figurent tous les tableaux issus de notre analyse.

1.2.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS CONCERNEES

genre	Effectifs
Féminin	68
Masculin	132

Tableau 1

Age	Effectifs
15-25 ans	50
25-35 ans	57
35-45 ans	54
45-55 ans	29
55 ans et plus	10

Tableau 2

Statut	Effectifs
Célibataire	60
Divorcé	3
Marié(e)monogame	108
Marié(e)polygame	21
Veuf (ve)	8

Tableau 3

Tableau 4

Niveau d'instruction	Effectifs
Alphabétisé	2
Aucun	11
Coranique	7
Primaire	36
Secondaire	70
Supérieur	74

Lieu de résidence	Effectifs
Village	53
Ville	147

Tableau 6

[67]. Dans certains tableaux et diagrammes des résultats, il ya des erreurs qui ne peuvent être rectifiées car émanent logiciel Sphinx utilisé pour les réponses du questionnaire.

1.2.2.2. CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA

Deux individus seront regroupés s'ils ont coché à peu près les mêmes cases, c'est-à dire s'ils ont la même liste de modes de transmission. A la question « Avez-vous entendu parler du VIH/SIDA ? », les deux cent personnes interrogées ont coché « oui ». Cette question a été ôtée du fichier pour une meilleure compréhension de nos données d'enquête.

12- Comment attrape-t-on le sida ?

comment attrape-t-on le sida 3	Effectifs
rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SIDA	150
par vagabondage	138
par les objets souillés de sang	120
par transfusion sanguine	113
lors de l'accouchement	86
lors de l'allaitement	73
en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée	15
en mangeant avec une personne séropositive	13
Par le baiser	4
en mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive	4

Tableau 5

14- Y a-t-il une différence entre être positif et avoir le sida ?

Différence Séropositif/	Effectifs
Non	37
NSP	25
Oui	137

Tableau 6

15- Une personne porteuse du sida sera malade, peut-être ou certainement.

Une personne porteuse du sida...	Effectifs
ne sera pas malade	4
sera certainement malade	119
Sera peut être malade	76

Tableau 7

16- Comment se manifeste la maladie ?

comment se manifeste le sida	Effectifs
perte de poids	163
diarrhée	137
cheveux roux	103
zona	89
boutons sur le corps	81
fièvre	75
amaigrissement	56
paludisme	48
lèvres rouges	4

Tableau 8

18- Que faites-vous pour éviter d'attraper le sida ?

que faites-vous pour éviter d'attraper le sida?	Effectifs
utilisation des préservatifs	144
Fidélité	140
utilisations des objets tranchants personnels	85
Abstinence	22
utilisation des toilettes personnelles	20
éviter le contact par les personnes séropositives	13

Tableau 9

25. Avez-vous assisté à des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA ?

Campagne de sensibilisation?	Effectifs
Non	13
Oui	186

Tableau 10

26- A quoi avez-vous été le plus sensible dans les campagnes ?

à quoi avez-vous été le plus sensible dans les campagnes?	Effectifs
à l'existence difficile des porteurs de virus	180
aux aspects médicaux du problèmes	108
aux risques de propagation	86
à la ménace pour la société	77

Tableau 11

27-Dans le cadre d'une campagne de prévention à quelle personne parlant du sida accorderiez-vous le plus d'attention ?

dans le cadre…. À quelle personne ..le plus d'attention?	Effectifs
Personnel de santé	186
témoignage du malade et de son entourage	86
pairs éducateurs	70
enseignants	57
journaliste	35
homme politique	14

Tableau 12

1.2.2.3. ATTITUDES ET CROYANCES

1.2.2.3.1. Différentes réponses

11- Par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité ?

par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité…	Effectifs
la maladie du siècle	121
maladie de honte	67
la vagabonde	36
maigrir sans mourrir	34
elle est au terminus	18
elle a maigri	17
elle a piétiné le clou	14
le motard	13
elle a reçu çà	12
elle a trente trois tours	11
elle est devenue l'intouchable	9
elle est morte depuis longtemps	8
la défunte	2

Tableau 13

33- Le sida est une maladie héréditaire ?

	tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	pas du tout d'accord
Le sida est une maladie héréditaire?	12	19	129	40
Tous les homosexuels ont le sida	15	11	64	78
Mode de transmission par microbes	11	50	94	44

Tableau 14

36- Le sida n'est pas une maladie grave

Le sida n'est pas une maladie grave	Effectifs
faux	182
NSP	6
vrai	12

Tableau 15

37 Les prostitués, les corps habillés, les transporteurs sont plus exposés au sida

Prost./corsps habi./transp. plus exposé	Effectifs
faux	50
NSP	1
vrai	149

Tableau 16

42- Le sida est transmis par sorcellerie

sida transmis par sorcellerie	Effectifs
faux	81
pas du tout vrai	23
peut être vrai	28
vrai	68

Tableau 17

43-Les gens qui ont le sida doivent être isolés pour ne pas contaminer les autres

Isolation des malades	Effectifs
faux	91
pas du tout vrai	22
peut être vrai	25
vrai	62

Tableau 18

45- Avoir une bonne conduite sexuelle suffit pour éviter le sida

bonne conduite sexuelle évite le sida	Effectifs
faux	57
pas du tout vrai	12
peut être vrai	22
vrai	109

Tableau 19

46- On peut guérir du sida

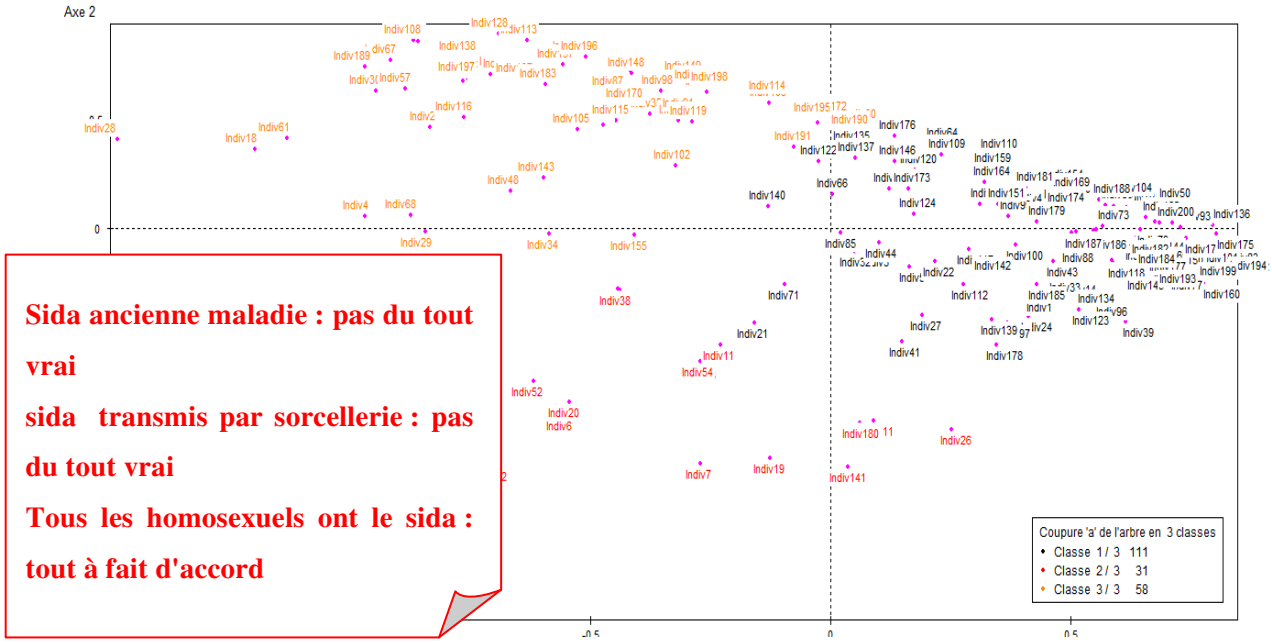
On peut guérir du sida	Effectifs
faux	144
peut être	13
vrai	38
NSP	5

Tableau 20

1.2.2.3.2. Résumé : Attitudes et croyances les plus clivantes

sida transmis par sorcellerie : oui
sida maladie liée à la modernité : oui
Isolation des malades : oui
Le sida est une malédiction de Dieu : oui

Isolation des malades : non,
sida transmis par sorcellerie : non
sida maladie liée à la modernité : peut-être



Sida ancienne maladie : pas du tout vrai
sida transmis par sorcellerie : pas du tout vrai
Tous les homosexuels ont le sida : tout à fait d'accord

Figure 3

➢ **Caractéristiques socio-économiques les plus clivées**

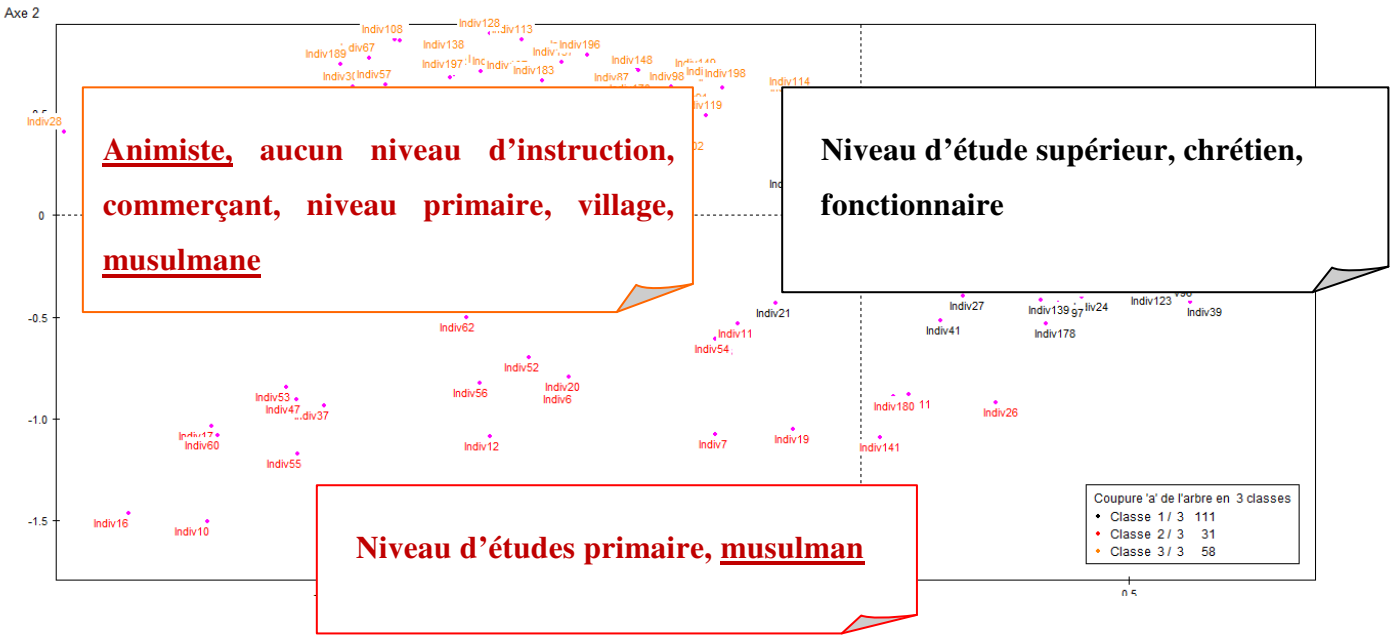


Figure 4

1.2.2.4. Perceptions et responsabilités

1.2.2.4.1. Différentes réponses

49 - Le sida constitue-t-il un risque pour vous ?

Risque du sida pour vous?	Effectifs
Non	35
Oui	128

Tableau 21

51-Connaissez-vous l'existence des centres de dépistage anonymes et gratuits ?

connaissance des centres de dépistage	Effectifs
non	27
oui	172

Tableau 22

52- Il faut interdire l'école à un enfant malade du sida

intediction école à un enfant malade	Effectifs
pas du tout d'accord	1
Pas d'accord	151
plutôt d'accord	31
Tout à fait d'accord	17

Tableau 23

53-Il faut poursuivre en justice un séropositif conscient de l'être qui transmet le virus au cours d'un rapport sexuel sans préservatif.

Poursuite en justice d'un séropositif	Effectifs
pas d'accord	180
plutôt d'accord	14
tout à fait d'accord	6

Tableau 22

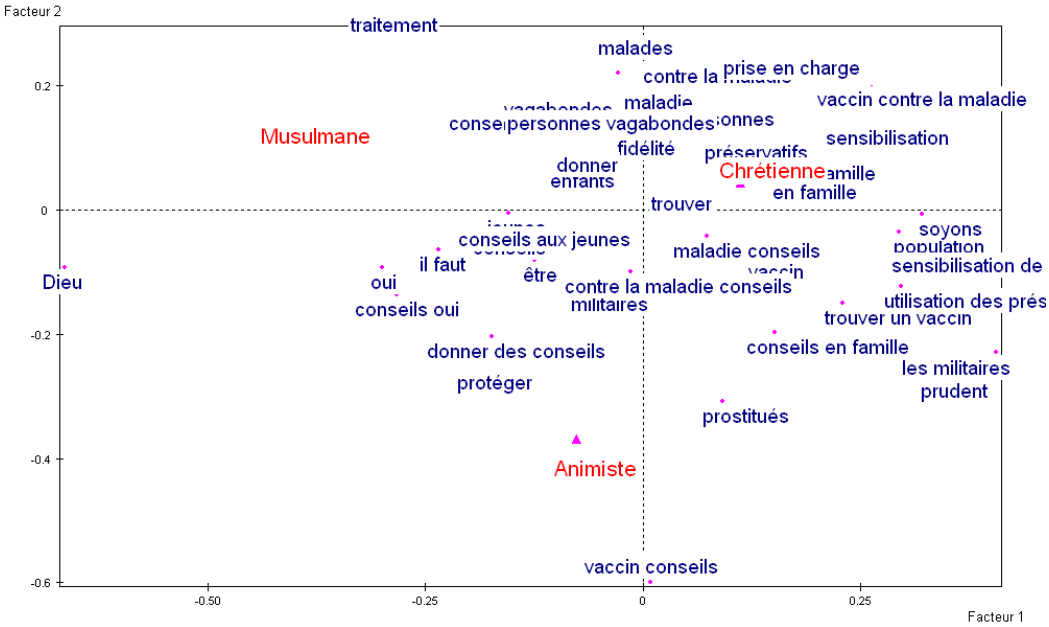
54- Estimez-vous que le malade du sida

estimez-vous que le malade du sida ….	Effectifs
a besoin de sympathie et de solidarité	162
souffre beaucoup	104
a droit au meilleur traitement possible	104
est responsable de ce qui lui arrive	55
coûte cher à la société	29
est dangereux pour les autres	23
n'a pas le droit de travailler dans les hôpitaux	10

Tableau 25

1.2.2.4.2. Tableau lexical de contingence des mots et expressions les plus fréquents croisés avec la religion

Le mot « conseil » est le plus fréquent : il apparait163 fois dans l'ensemble des questionnaires, dont 100 fois dans des questionnaires « chrétiens ».



Le mot « Dieu » est fortement sur-représenté dans les questionnaires « musulmans ».

Une classification :

Des expressions qui ont une structure de répartition (des %) religieuse proche seront regroupées.Trois groupes d'expressions : « vert », « rouge » et « violet », homogènes quant à leur structure de répartition religieuse.

vert	rouge	violet
il faut	fidélité	trouver un vaccin
conseils	maladie	vaccin
être	personnes vagabondes	population
conseils aux jeunes	donner	utilisation
jeunes	personnes	utilisation des préservatifs
oui	malades	en famille
conseils oui	vagabondes	famille
donner des conseils	contre la maladie	sensibilisation de la population
protéger	enfants	conseils en famille
militaires	préservatifs	

Les religions (peu) clivées par les groupes de mots

vert	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Musulmane	17	24	286
Animiste	13	17	218
Chrétienne	69	59	1138

rouge	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Musulmane	17	20	286
Chrétienne	69	71	1138
Animiste	13	9	218

violet	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Chrétienne	69	76	1138
Animiste	13	15	218
Musulmane	17	9	286

Tableau 23

1.2.2.5. LES RESUMES DES DIFFERENTS REGROUPEMENTS

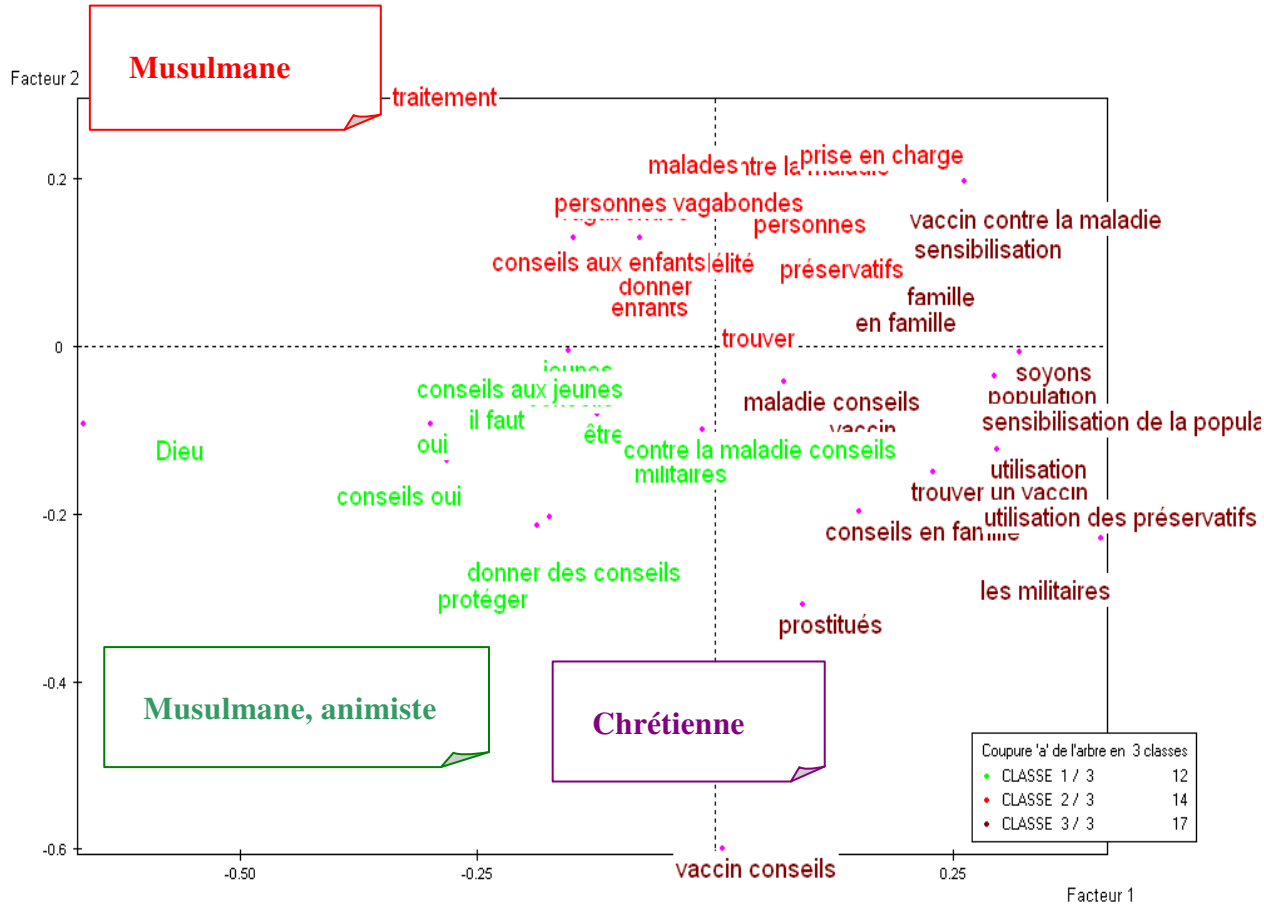


Figure 5

1.2.2.5.1. Associations :

Seront regroupés dans un même cluster les mots et expressions dont la structure de répartition par religion est proche. Spad suggère 4 clusters de mots :

Une classification :

Mots « bleus »	Mots « rouges »	Mots « verts »	Mots « jaunes »
soyons	fidélité et	il faut	remettre
comportement	et	Fidèles	remettre à Dieu
fidélité	préservatifs	bon comportement	prier
trouver	prudence	Etre	se remettre à Dieu
trouver un vaccin	prudent	soyons fidèles	
vaccin	Prudence et fidélité	Dieu	
soyons prudent	prière		
avoir	sexuel		
maladie	comportement sexuel		
trouver un vaccin			

Tableau 246

	nombre de mots	%	nombre d'occurrences	%
Mots « bleus »	11	35%	120	38%
Mots « rouges »	9	29%	94	30%
Mots « verts »	7	23%	77	25%
Mots « jaunes »	4	13%	22	7%
	31	100%	313	100%

Tableau 25

1.2.2.5.2. Religions

Religions sur-représentées (en gras) et sous-représentées dans les groupes de mots :

Les religions sont nettement clivantes dans ces tableaux.

Mots « bleus »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Animiste	**10**	**15**	**32**[68]
Musulmane	**15**	**6**	**46**

Mots « rouges »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Chrétienne	**75**	**89**	**235**
Animiste	**10**	**1**	**32**

Mots « verts »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Musulmane	**15**	**26**	**46**
Chrétienne	**75**	**57**	**235**

Mots « jaunes »	% dans l'ensemble	% dans le cluster	Poids
Musulmane	**15**	**50**	**46**
Chrétienne	**75**	**50**	**235**

Tableau 26

[68]. Les « animistes » utilisent 32 mots ou expressions soit 32/313=10% de l'ensemble. Dans le cluster des « mots bleus », les « animistes » sont sur-représentés, ils représentent 15% des mots. Les chrétiens, au contraire, sont sous-représentés dans ce cluster, ils ne représentent que 6% des mots contre 15% dans l'ensemble

Résumé : la religion sur-représentée dans chaque groupe de mot :

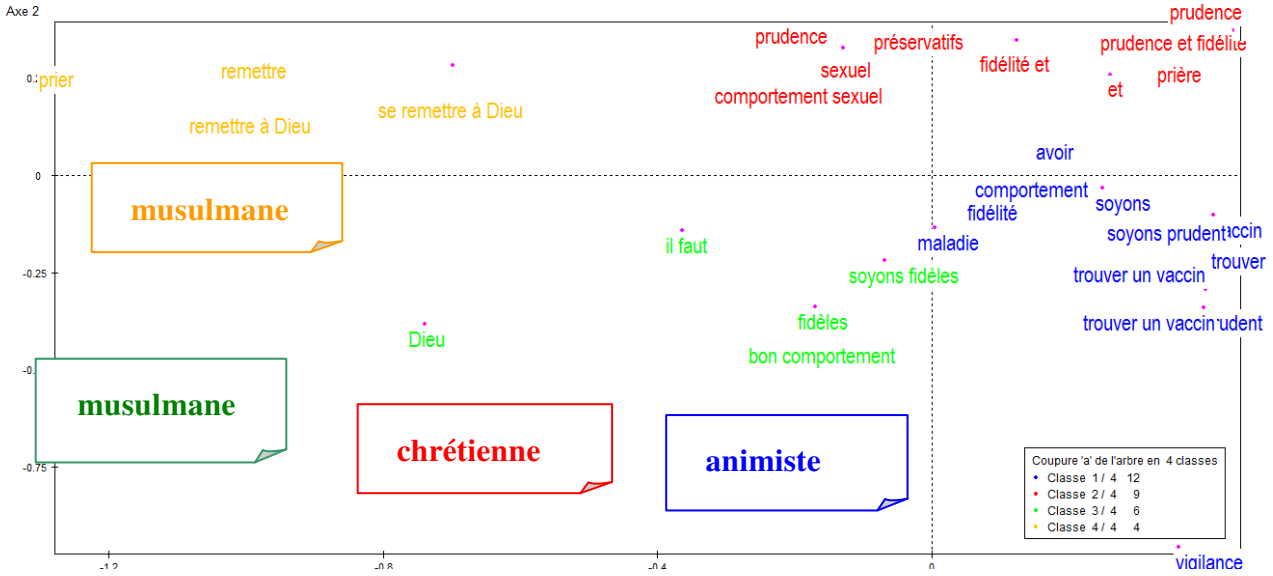


Figure 6

1.2.2.6. TYPOLOGIES SOCIO-ECONOMIQUES

Variables « actives » susceptibles d'être clivantes dans la détermination des groupes : les caractéristiques socio-économiques. Les groupes sont intra-homogènes et extra-hétérogènes : des individus avec de nombreuses réponses en commun aux variables-questions « actives » seront agrégés dans un même groupe.

Ces réponses communes qui les agrègent les différencient des autres.

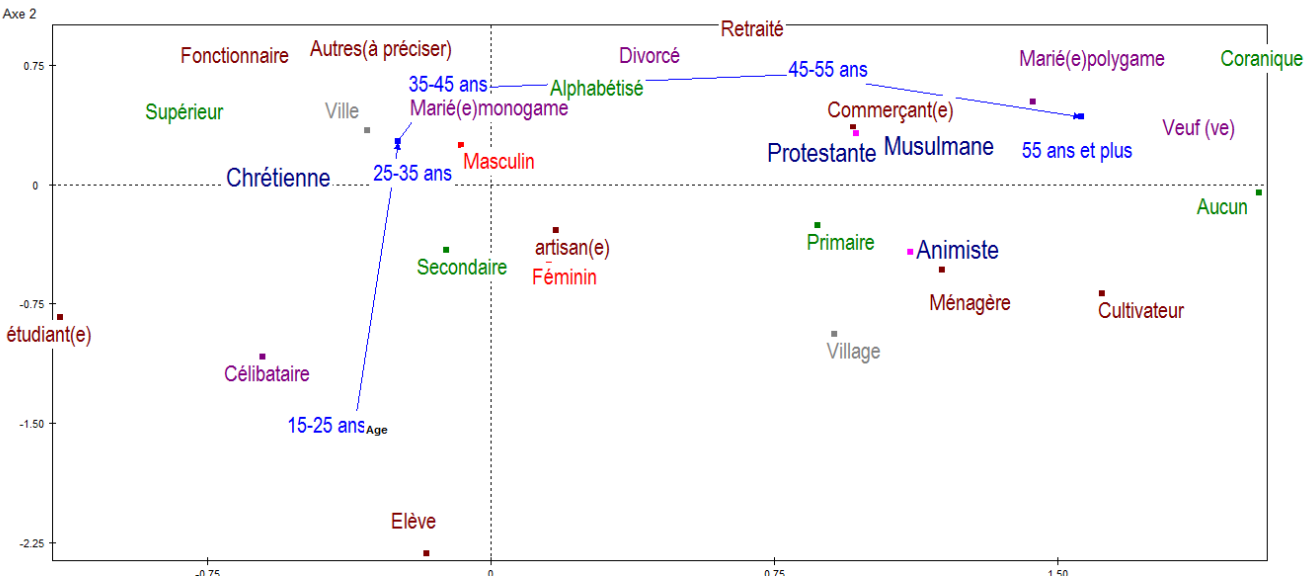


Figure 7

Les chrétiens sont « sur-représentés [69]» chez les plus jeunes, les élèves, les étudiants, les fonctionnaires, les citadins.

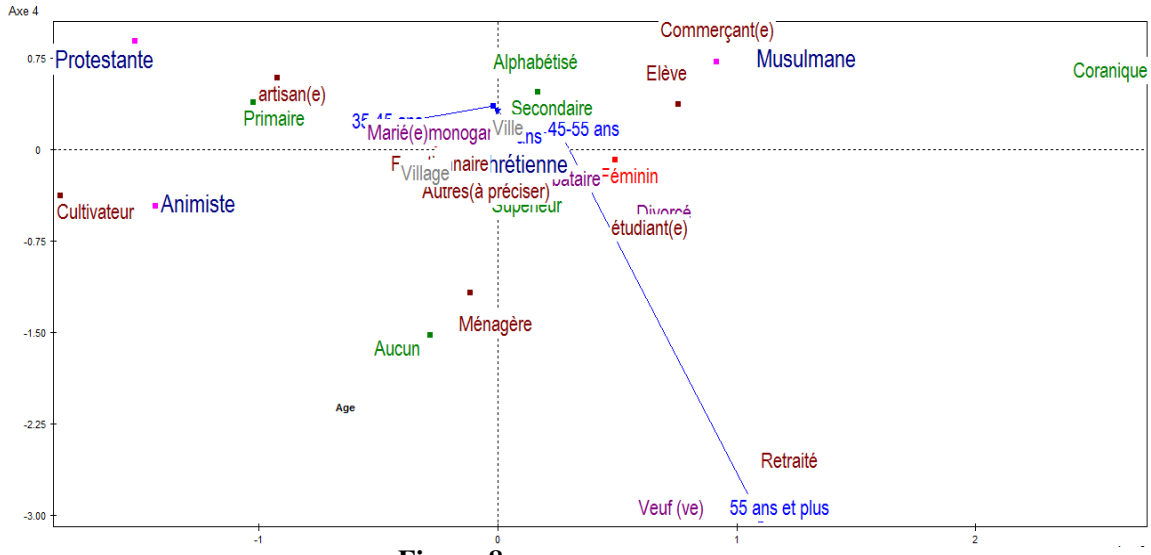


Figure 8

Les animistes sont « sur-représentés » chez les cultivateurs, les artisans de niveau d'étude primaire

[69]. « sur-représenté » signifie exactement que le % dans la catégorie (les citadins par exemple) est supérieur au % dans l'ensemble des 200 personnes. Il n'y a aucun jugement de valeur.

1.2.2.7. VERSION 6 GROUPES SOCIAUX

Les petits groupes sont plus homogènes, d'où leur intérêt, mais il peut s'agir d'artefacts.

Les caractéristiques socio-économiques les plus sur-représentées dans les groupes :

Groupe 1/6 (66 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	effectif
Profession	Fonctionnaire	89	31	61
Niveau d'instruction	Supérieur	74	37	74
Lieu de résidence	Ville	98	74	147
Religion	Chrétienne	91	64	127
Statut matrimonial	Marié(e)monogame	79	54	108
Age	35-45 ans	47	27	54
Genre	Masculin	82	66	132
Profession	Autres (à préciser)	6	2	4

Tableau 27

Lecture : les chrétiens sont 127, soit 127/200 = 64% de l'ensemble. Dans le groupe 1/6, 91% des individus sont chrétiens.

Groupe 4/6 (11 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	effectif
Age	55 ans et plus	91	5	10
Profession	Retraité	55	3	6
Statut matrimonial	Veuf (ve)	45	4	8
Niveau d'instruction	Aucun	27	6	11

Tableau 32

Groupe 3/6 (13 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	effectif
Profession	Elève	100	7	13
Age	15-25 ans	100	25	50
Niveau d'instruction	Secondaire	100	35	70
Statut matrimonial	Célibataire	92	30	60
Lieu de résidence	Village	85	27	53

Tableau 28

Groupe 5/6 (49 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	effectif
Profession	artisan(e)	61	16	32
Niveau d'instruction	Primaire	57	18	36
Religion	Animiste	45	15	30
Lieu de résidence	Village	53	27	53
Profession	Cultivateur	16	5	10
Profession	Ménagère	12	4	8

Tableau 29

Groupe 6/6 (35 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	effectif
Profession	Commerçant(e)	91	21	41
Religion	Musulmane	71	21	42
Statut matrimonial	Marié(e)polygame	43	11	21
Niveau d'instruction	Coranique	14	4	7
Age	45-55 ans	31	15	29
Genre	Féminin	51	34	68
Niveau d'instruction	Secondaire	51	35	70

Tableau 31

1.2.2.8. Résumés : simplifications, caricatures :

Groupe	Représentant typique : ce qu'il est	Opinion/attitude… distinctive
1/6	Un fonctionnaire, de niveau d'études supérieur, citadin, de religion chrétienne, Marié(e)monogame, 35-45 ans, de sexe masculin	Fait la différence séropositif/sida, ne pense pas que le sida se transmette par sorcellerie, le mot le plus utilisé est « maladie du siècle »,
2/6	Un étudiant(e) célibataire, 15-25 ans, d'éducation supérieure, chrétien, citadin	Fait confiance aux pairs éducateurs, ne pense pas que le sida soit une malédiction de Dieu, ni qu'il soit transmis par sorcellerie, le mot le plus utilisé est « maladie du siècle », pense que le sida est un risque pour lui

3/6	Un élève, de 15-25 ans, études secondaires, célibataire, habitant dans un village	Ne pense pas que le sida soit transmis par les microbes, a l'intention de faire un test, ne pense pas qu'on puisse guérir du sida, la fidélité n'est pas un moyen pour ne pas attraper le sida, ne connait pas les centres de dépistage
4/6	Un veuf (ve), retraité(e), de 55 ans et plus, pas d'études	N'a pas l'intention de faire un test, n'utilise pas de préservatif, ne sait pas si tous les homosexuels ont le sida
5/6	Un artisan, un cultivateur ou une ménagèreniveau d'études primaire, animiste, habitant à la campagne	N'a pas l'intention de faire un test, pense que le sida se transmet par sorcellerie, pas par les objets souillés de sang, pense que le SIDA est une malédiction de Dieu
6/6	Une commerçante, musulmane, mariée-polygame, de 45-55 ans, études secondaires ou coraniques	On attrape le sida en mangeant avec une personne séropositive, n'a pas l'intention de faire un test, ne pense pas qu'un malade ait droit au meilleur traitement possible, pour l'interdiction de l'école à un enfant malade.

Tableau 34

Caractéristiques clivantes (et sur-représentées)

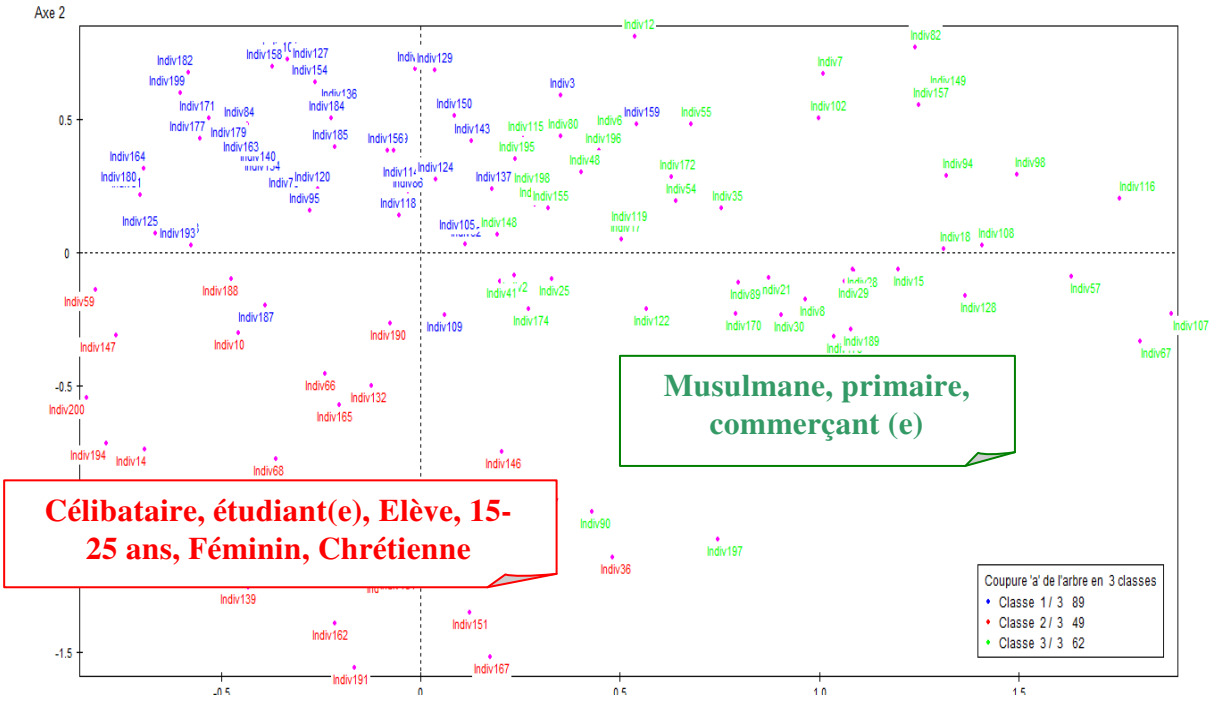


Figure 9

1.2.2.9. TROIS GROUPES DE MOTS POUR DIRE LA CHOSE

11-Par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité depuis son apparition ?

par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité…	Effectifs
la maladie du siècle	121
maladie de honte	67
la vagabonde	36
maigrir sans mourrir	34
elle est au terminus	18
elle a maigri	17
elle a piétiné le clou	14
le motard	13
elle a reçu çà	12
elle a trente trois tours	11
elle est devenue l'intouchable	9
elle est morte depuis longtemps	8
la défunte	2

Tableau 30

Résumé

Les expressions sur-représentées :

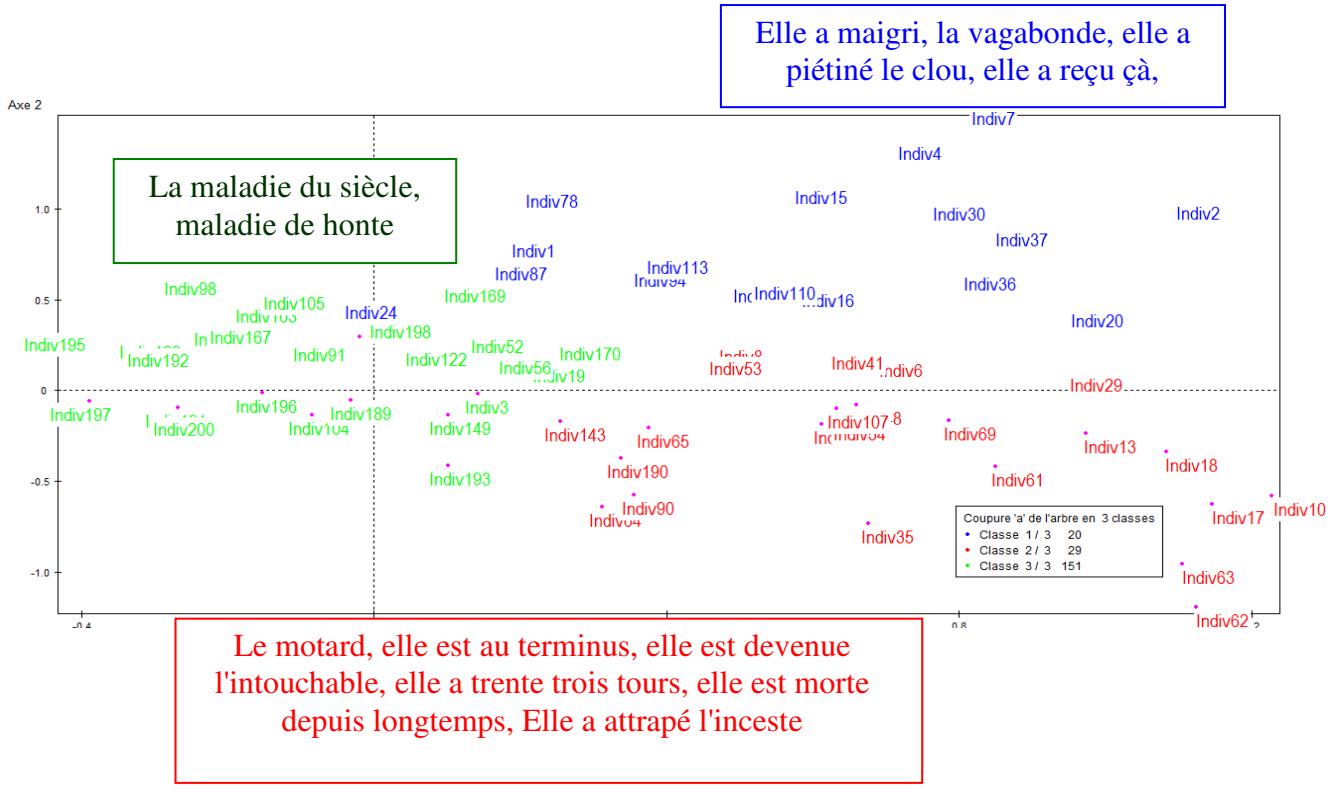


Figure 10

Qui dit/entend quoi ?

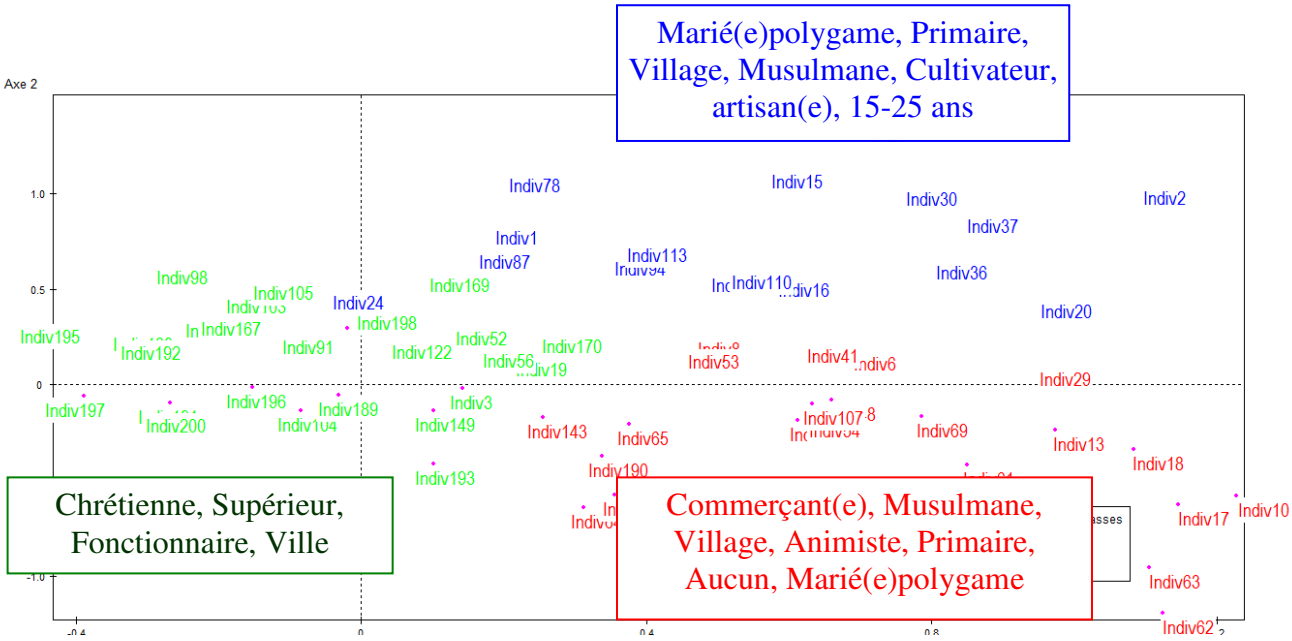


Figure 11

1.2.3. INTERPRETATION DES DONNEES D'ANALYSE

Pour nos données d'analyse, l'interprétation se fera en mettant en corrélation les caractéristiques socio-démographiques par rapport aux connaissances qu'en ont les individus. Les couleurs, dans les différents tableaux, indiquent les chiffres pris en considération dans les enquêtes. Nous optons pour mettre en valeur les plus grands chiffres et les plus petits selon les différentes catégories de la population. Ce qui nous intéresse le plus, ce sont les réponses au questionnaire qui nous permettent de faire le point sur l'état de la question. Pour une meilleure compréhension, nous regroupons les connaissances, attitudes et croyances en première position puis la perception et responsabilité en deuxième position. Dans l'interprétation, nous prendrons plus en considération les modalités avec un grand ou un petit pourcentage ainsi que les réponses les plus fréquentes. Les récapitulations se feront dans les tableaux avec différentes classifications.

1.2.3.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES VARIABLES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET REPATITION DE LA POPULATION ENQUETEE :

1.2.3.1.1. Selon le sexe

Le nombre d'hommes enquêtés dépasse celui des femmes, comme indiqué dans le tableau 1de l'annexe page 306. Par contre, lors des enquêtes qualitatives, les femmes sont plus nombreuses soit (60%). Le principe de parité préalablement prévu n'a pas été respecté. Par rapport aux personnes infectées, nous constatons que les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Cela confirme les chiffres officiels présentés, dans le premier chapitre. Ce sont elles qui fréquentent le plus les centres de prise en charge et certaines vont même chercher les traitements à la place de leurs maris qui ont honte de se faire remarquer. « Se faire connaître comme malade du sida comme un chef de famille est un signe d'humiliation » m'affirmait un homme avec fierté. C'est pourquoi la plupart des individus masculins n'acceptent pas de s'afficher.

Les différents facteurs de transmission sont mentionnés plus haut. La situation sociale des femmes fournit un exemple particulièrement pertinent. Leur situation de dépendance économique et la soumission que les femmes connaissent la plupart du temps, constituent un grand facteur de vulnérabilité. Les pourcentages des enquêtes montrent que les femmes ont une conscience plus aigüe du danger que les hommes. Cela met en évidence la disparité hommes-femmes devant le drame du VIH/SIDA.

Les hommes sont plus convaincus de la transmission du virus par les moustiques que par les femmes. En ce qui concerne les connaissances des modes de transmission avérés, on ne constate pas de grandes différences entre les classes d'âges.On note toutefois une grande amélioration de la connaissance des modes de transmission les plus sensibles. Globalement l'instruction en matière de VIH/SIDA est bien faite et la qualité de l'enseignement n'est pas mise en cause. La proportion de bonnes réponses par rapport à chaque question indique que la sensibilisation devrait se poursuivre pour améliorer davantage les connaissances des groupes très vulnérables que sont les jeunes et les femmes.

Les femmes sont plus ouvertes et discutent volontiers entre elles. Elles ont une meilleure connaissance que les hommes. Dans l'ensemble, les caractéristiques socio-démographiques de nos enquêtés sont représentatives de la population et surtout dans sa partie la plus vulnérable.

1.2.3.1.2. Selon les tranches d'âge

La tranche d'âge la plus touchée chez les femmes est celle des 25-34 ans et chez les hommes celle des 30 à 45ans.Environ 30% des jeunes de 15-24 ans ont fait le test du VIH/SIDA et connaissent leurs résultats. Les personnes âgées ont un niveau de connaissance du sida moins élevé que les jeunes.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans possèdent des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la maladie et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Il est également à noter que les cas de VIH sont diagnostiqués dans la plupart des cas aux consultations prénatales. Les hommes consultent moins les structures publiques que privées. Plus la personne infectée est jeune, plus on attribuera la cause de son infection à sa conduite. Plus la personne est âgée, plus on aura tendance à lier son infection à la malchance ou à la sorcellerie. Plus l'âge augmente, plus les personnes sont conscientes de l'enjeu que représente la nécessité de la prévention et de la prise en charge des personnes infectées et affectées. Les jeunes de plus de 18 ans évoquent davantage l'usage des préservatifs alors que les personnes de plus de 30 ans en parlent moins. Les personnes âgées de 25 à 45 ans sont bien informées, c'est d'ailleurs la tranche d'âge la plus concernée. Par contre un veuf (ve), retraité(e), de 55ans et plus n'a pas l'intention de faire un test et n'utilise pas de préservatif.

Nous constatons une bonne connaissance de la maladie aux âges indiqués des enquêtés. Le problème réside donc dans la prise de conscience effective de la pandémie. Les résultats soulignent aussi que le sida fait moins peur lorsque les répondants connaissent l'existence de la trithérapie et les voies de transmission. La connaissance semble ainsi produire un effet rassurant face au risque du sida. Il ya une corrélation entre l'âge et le niveau de connaissance L'épidémie et le risque modifient également la représentation de la relation amoureuse. Il ne s'agit donc pas seulement de l'âge. Nous pouvons ainsi déduire que le tout se situe dans le changement de comportement. Malgré ce resserrement, les personnes les plus âgées sont toujours celles qui croient davantage à la transmission du VIH par des modalités incertaines. Il n'ya aucune tranche qui soit ignorante de l'existence de la maladie. Globalement les jeunes sont les plus nombreux à trouver efficaces les différentes stratégies de prévention. Elles vont de l'utilisation des préservatifs, au recours au test de dépistage. Les écarts de connaissance entre les différentes classes d'âge sont plus nets en ce qui concerne les modes de contamination.Beaucoup d'hommes responsables de contamination ne sont pas dépistés et continuent d'infecter les autres. Le test VIH/SIDA avant le mariage n'est pas une obligation, mais les pourcentages que montre ce tableau est rassurant par rapport à ceux qui sont d'accord pour connaitre leur statut sérologique.

Jusqu'à 25 ans, les jeunes font plus confiance aux pairs éducateurs et ne pensent pas que le sida soit une malédiction de Dieu,ni qu'il soit transmis par sorcellerie. Le mot le plus utilisé par les jeunes est la « maladie du siècle ».

1.2.3.1.3. En fonction de la religion

Les représentations du sida varient selon l'appartenance religieuse. Les membres des RTA évoquent le sida comme une réponse du ciel à la violation des tabous sexuels. Certains chrétiens et musulmans parlent du VIH/SIDA comme d'une punition divine après un mauvais comportement. Toutes les religions traduisent leur sensibilisation au sujet, cependant les tendances sont diverses. Ce qui ressort des tableaux montre trois groupes : vert, rouge et violet, selon l'utilisation du vocabulaire et les options en matière de prévention et de prise en charge. Des campagnes de sensibilisation sont faites dans toutes les religions, d'abord chez les chrétiens puis chez les musulmans et les adeptes des religions traditionnelles. Dans tous ces groupes, les efforts de sensibilisation sont à encourager car la religion c'est aussi la vie des adeptes qui sont appelés à donner un beau témoignage de leur foi. Les répondants restent en grande majorité convaincus que c'est mieux de connaître leur statut sérologique avant le mariage.Les personnes qui accordent de l'importance à leur religion semblent être plus confiants. Chez les catholiques,beaucoup acceptent de faire le test avant le mariage même si celui-ci n'est pas obligatoire.

A la question n° 41 :« Le sida est -il une malédiction de Dieu ? », le chiffre élevé juqu'à 70 personnes n'est pas rassurant et seulement 45 personnes disent que c'est faux. Ala lumière de ce tableau, nous retenons qu'au sein de la population enquêtée, il y a encore une forte tendance à considérer le sida comme une punition de Dieu.La considération religieuse porte ici sur la culture des chrétiens enquêtés : « Dieu » rassemble seulement 6 citations et est même dépassé par les «préservatifs » cités 11 fois (2 fois plus), gage d'une protection de l'individu (et de sa/son partenaire),ce qui signe à la fois le détachement de la sphère religieuse et de ses dogmes tout comme l'inscription des individus dans la « Cité ».

Ainsi, si les dimensions collectives demeurent, elles restent prégnantes dans les discours : [« et » (30 fois cités), « soyons » (14 fois cités) et « fidélité » (13 fois cités)] qui continuent à fonctionner et peut-être rassurent, dans ce monde citadin en crise, où les solidarités traditionnelles ont été fragilisées. Ces discours manifestent une éducation et une culture religieuse souvent forgées au village mais que les comportements générés par les modes de vie urbains commencent à défaire. Finalement, les individus continuent à se référer à une

appartenance collective bien qu'ils aient quitté le village. Leur déracinement provoque le recours à une appartenance communautaire dans les discours alors que, dans les faits, les relations interindividuelles construites sur les affinités et des proximités personnelles se développent à côté des référents religieux. Ainsi la « fidélité » (25 fois cités) s'associe avant tout à des pratiques qui nous renvoient d'abord au sujet, individu, à travers la sphère privée du couple conjugal comme en témoigne la conjonction des variables « prudence et fidélité » (6 fois cités) et «fidélité et » (8 fois cités).

Les tableaux du tri montrent clairement les différentes fréquences de réponses liées à l'appartenance religieuse et les mots clivants dans chaque religion. Il apparaît que la religion influence le comportement des uns et des autres selon ses lignes directrices de la religion d'appartenance.Il y a donc une prédominance de considération des facteurs de risques et d'engagement au niveau de la religion chrétienne qui préconise la fidélité etl'abstinence. Les chrétiens restent en grande majorité ceux qui sont bien sensibilisés, suivis des musulmans. Comme représentant typique, les fonctionnaires de niveau d'études supérieures,citadins et de religion chrétienne, constituent le premier groupe. Ils font bien la différence entre séropositivité /sida et ne pensent pas que le sida se transmet par sorcellerie. Le mot le plus utilisé dans ce groupe est la « maladie du siècle ».

1.2.3.1.4. Selon le niveau d'instruction

La connaissance en matière de VIH/SIDA est liée à la scolarisation des individus. L'écart est net entre ceux qui ont le plus bas niveau d'instruction et ceux d'un plus haut niveau. La majorité a atteint un bon niveau de connaissance quelque soit le niveau d'étude. Ils connaissent presque tous les signes de la manifestation de la maladie. La fièvre et le zona restent les signes manifestes à travers les pourcentages marqués. Il y a une évidente corrélation entre le niveau d'instruction et la connaissance en matière du sida. Ceux qui ont suivi les cours d'alphabétisation en campagne sont mieux informés que les analphabètes.

La faiblesse du niveau d'instruction et l'analphabétisme des femmes en âge de procréer poussent à la précocité de l'entrée en union et à la grande multiparité, favorisant ainsi la persistance de pratiques traditionnelles défavorables à la santé. Enfin, la pauvreté figure parmi les principaux déterminants de la croissance rapide de la pandémie car, entre autres, elle force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes et filles dans le besoin à adopter des comportements à risques tels que la prostitution.

Plus le niveau d'instruction est élévé plus les personnes sont conscientes que la proximité physique n'est pas un facteur de transmisssion et donc que les enfants séropositifs ne constituent pas un risque pour les camarades de classe. Le niveau d'instruction influence considérablement les réponses sur les modes de transmission. Plus on est instruit, plus on est sensé être bien renseigné. L'important reste au niveau du comportement.

La monogamie demeure une situation favorable dans la prévention des risques et dans la lutte. Il ya lieu de signaler que, concernant le niveau d'instruction, la majorité a atteint le niveau secondaire avec une connaissance d'assez bon niveau.

La présence ou non d'une personne séropositive dans la famille va influencer aussi l'image qu'on a du séropositif et l'attitude adoptée à son égard.

1.2.3.1.5. Selon le lieu de résidence

Le lieu de résidence influence le degré de connaissance de la maladie. Les perceptions du sida varient selon qu'on vit en milieu urbain ou rural. Ceux qui résident en ville sont mieux informés que ceux qui vivent dans les coins réculés où manquent les moyens d'information et la proximité des centres de dépistage. Le niveau d'étude joue aussi un grand rôle dans cette incidence En ville, il existe plusieurs structures de soins, ce qui reste un atout par rapport à ceux qui vivent à la campagne. On note une tendance au déplacement de l'épidémie du milieu urbain vers le milieu rural. Les discours tenus par les enquêtés sont loin d'être univoques selon leur lieu de résidence. Il est donc urgent de penser à la décentralisation de certaines structures sanitaires pour que les lieux reculés ne soient pas trop défavorisés. 65% des personnes vivant avec le VIH/SIDA rencontrées au cours de nos enquêtes résident en ville. Cela s'explique aussi par le fait qu'en ville, il y a la possibilité de mener de petites activités, génératrices de revenus, afin d'assurer son indépendance financière en particulier pour les personnes qui ont pris leurs distances par rapport à leur famille. En ville, en effet, ils peuvent passer inaperçus et sont moins vite repérables par leurs proches. Un jeune de 25 ans ayant fait des études secondaires et habitant dans un village ne pense pas que le sida soit transmis par les microbes et a l'intention de faire le test. Ce jeune ne pense pas qu'on puisse guérir du sida et la fidélité n'est pas un moyen pour ne pas le contracter. Il ne connaît pas non plus les centres de dépistage. La prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

1.2.3.2. CONNAISSANCE ET COMPORTEMENT SEXUEL

A la question « Avez-vous entendu parler du sida ? », les deux cents personnes ont répondu « oui ». C'est pourquoi cette question est ôtée du fichier afin de signifier que c'est acquis, que tout le monde connait l'existence de cette maladie. Pourtant, au début, la connaissance vraie en matière du VIH/SIDA n'était pas prise en considération. En 1985, on pouvait entendre les définitions suivantes **:** **«** Syndrome Imaginé pour Décourager les Amoureux ».Et au moment de la crise économique on a également entendu « Salaire Insuffisant Difficilement Acquis », autant de définitions visant à nier l'existence du VIH/SIDA d'une part et à montrer sa véracité d'autre part.

Le sida est une maladie qui se présente sous plusieurs formes et certaines personnes infectées mouraient en l'ignorant. Avec la séroprévalence qui augmentait d'année en année, il a fallu changer de stratégie à travers les sensibilisations organisées par les différents acteurs de lutte contre le sida et les mass médias.

Le premier tableau montre que la maladie est connue par l'ensemble de ceux qui sont ciblés. L'absence du chiffre zéro en est la preuve. Ils la connaissent par les divers noms cités. Les plus connus sont « maladie du siècle », « la maladie de honte ». Les caractéristiques de la manifestation de la maladie sont plus ou moins connues, d'où les noms, « la vagabonde », « maigrir sans mourir ».

Le tableau n°11 de la question 12, page 73 montre bien le niveau de connaissance en ce qui concerne les voies de transmission. L'une des questions qui reste préoccupante est la conviction selon laquelle le moustique transmet le sida. Au sein de la population , beaucoup ont des doutes par rapport à la transmission du virus du sida par la piqûre du moustique.Celle-ci transmet les gênes du paludisme mais pas le virus du sida. 50% ne sont pas convaincus contre 20% et seulement 30% affirment qu'effectivement la piqure de moustique ne transmet pas le sida. En considérant le fait que 121 personnes sur 200 connaissent les signes par lesquels le sida est désigné, est rassurant. Au tableau 11, on remarque que 150 personnes ont bien visé la grande voie de transmission,celle des rapports sexuels non protégés avec une personne infectée par le VIH/SIDA. Lors des campagnes de sensibilisation, la population est plus attentive aux campagnes menées par le personnel de la santé :186 sur 200personnes. La confusion avec la piqûre du moustique qui transmet plutôt le paludismemontre qu'il y a donc un travail de sensibilisation à poursuivre avec la confirmation scientifique de la médecine.

En dépit des lacunes de connaissance comme le mythe de la transmission par piqûre de moustique,les moyens de transmission sont plutôt bien connus et la majorité des personnes

enquêtées est consciente du mode principal de transmission. Cependant il reste encore à revoir certains comportements liés à l'ignorance. Les pourcentages montrent bien que plus de la moitié connait les modes de transmission.Deux aspects démontrent malgré tout l'ignorance de certains en la matière : ceux qui pensent qu'on est contaminé en mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive (2%) et ceux qui pensent qu'on s'infecte en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée(7%).Cela dénote que certains ne savent pas ou ne sont pas convaincus que le sida ne se transmet pas dans les actes ordinaires de la vie.Les tableaux 12 et 26 mettent également en lumière les aspects importants de la vie ordinaire à travers lesquels il y a encore des doutes.Il apparaît donc indispensable de continuer la sensibilisation à tous les niveaux.

La connaissance du contexte socio-culturel de la sexualité constitue un préalable à la mise en place d'une stratégie de prévention du sida culturellement adaptée. Notons ici une modification des rapports sociaux qui découlent de la maladie. Cette évolution des rapports aux autres nous amènera à examiner les interactions abordées dans le troisième chapitre en croisant les actions des différentes sphères engagées dans la lutte contre le sida puis en faisant une synthèse.

La présence ou non d'une personne séropositive dans la famille va influencer l'image qu'on a du séropositif ainsi que l'attitude adoptée à son égard. Cependant, un certain nombre hésite encore à travers certains gestes de la vie ordinaire tels que manger avec une personne séropositive ou utiliser les mêmes toilettes. C'est ce qu'indique le tableau 11 portant sur la connaissance du VIH/SIDA. Les différents témoignages reçus donnent un visage humain qui interpelle et invite à la prudence, la tolérance et la solidarité.

1.2.3.3. PERCEPTION ET RESPONSABILITE

Les mots conseils, vaccin et fidélité apparaissent plusieurs fois dans toutes les considérations socio-démographiques. Le tableau 47 regroupe les mots pris en considération par les différents groupes à travers quatre couleurs : Le bleu, le rouge, le vert et le jaune. On note ainsi l'engagement des religions au tableau 48.Les attitudes à l'égard des personnes séropositives ou malades ont peu évolué ainsi que l'indiquent les pourcentages de la proposition d'isoler les malades. C'est ce qui engendre la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées.

A la question de savoir si le sida constituait un risque pour la population, 35 ont coché non et 128 oui. Les avis n'étant pas unanimes, prouvent la différence dans la considération de la maladie au sein de la population. Plus le répondant est jeune, notamment âgé entre 20 et 35 ans ou son niveau de diplôme élevé, plus son attitude à l'égard des personnes séropositives est favorable. Tout dépend des enseignements tirés des informations.

L'adultère et la fornication étant condamnés par la plupart des religions, être séropositif peut être interprété comme une punition ou une conséquence des relations adultérines.

Par ailleurs, il ya une dépendance très forte entre la responsabilité vis-à-vis des malades et le niveau d'instruction car les individus qui manifestent une attitude positive vis-à-vis des malades du sida ont un niveau d'instruction plus élevé. La majorité des personnes qui estiment que le malade du sida a besoin de sympathie et de solidarité a un niveau d'instruction supérieur. Elle pense aussi que le malade a droit au meilleur traitement.

Soulignons que ni le niveau d'instruction, ni la religion, ni la proximité du malade, ni la perception du risque personnel de contamination n'influencent le recours au test aussi bien chez les hommes que les femmes. Cependant, ici, l'âge joue: de 45 à 55ans, les personnes enquêtées devraient être raisonnables dans les réponses liées à la maturité et l'expérience de la vie. Globalement, les personnes possédant un faible niveau d'instruction et les plus jeunes partagent aujourd'hui une représentation sociale du sida plus proche des plus diplômés et des plus âgés. Toutefois malgré la relative homogénéisation des connaissances, des attitudes et des croyances, le niveau d'éducation reste une variable discriminante. Plus le niveau d'étude des répondants est élevé, meilleure est la connaissance des modes de transmission, des moyens de protection. L'existence de la trithérapie avec les bons résultats connus à travers la qualité de vie des personnes, constitue un stimulant pour vivre dans l'espérance dans ce contexte du sida. Le niveau d'études, par contre, influence différemment les hommes et les femmes dans les comportements et la perception des risques. Les hommes semblent prendre plus de risques que les femmes. Le phénomène des rapports intergénérationnels se développe de plus en plus et constituerait une source de nouvelles infections chez les jeunes filles. D'autres facteurs sous-jacents entretiendraient aussi la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA tels que l'analphabétisme (41% de la population en général, 66% chez les femmes et 33% chez les hommes), la paupérisation de la population, l'exode rural permanent, la prostitution et la drogue. Les répondants semblent avoir globalement une attitude positive à l'égard des personnes séropositives au VIH ou malades du sida, comportement qu'il convient d'encourager. Cependant les 23 personnes qui considèrent les séropositifs ou malades comme dangereux sont à prendre en considération et méritent une grande attention. Les résultats indiquent que la société a intégré le sida dans le paysage des risques sanitaires mais qu'il existe parallèlement un accroissement du nombre de personnes potentiellement exposées au risque. Si l'on tient compte du sexe des enquêtés, on se rend compte que les femmes sont plus nombreuses à donner des réponses satisfaisantes et donc font preuve d'un degré de responsabilité plus élevé que les hommes.

Il apparaît nécessaire de développer des campagnes de sensibilisation auprès des jeunes ayant un faible niveau d'instruction, surtout à la campagne.

La désignation humiliante du sida dans certains lieux d'enquête par « elle a attrapé l'inceste » témoigne d'une mauvaise connotation de la maladie et indirectement de la personne malade.Cette appelation est faite par les jeunes de 25 à 35 ans et dans une moindre proportion par les personnes âgées de 45à 55ans.Il y a donc une immaturité liée à l'âge. Un travail reste à faire pour une prise de conscience.

Les variables retenues comme actives reviennent dans la plupart des croisements. Elles sont ainsi classées en différents groupes ou classes pour pouvoir identifier facilement ce que les uns et les autres disent parmi nos enquêtés. Devant de tels constats, l'analyse n'est pas exhaustive et plusieurs facteurs entrent en jeu selon les hypothèses de notre recherche.

Nous en traiterons en abordant les perspectives pastorales dans le dernier chapitre de notre thèse. Les progrès dans le traitement des infections et leurs effets sur l'allongement de l'espérance de vie semblent être minimisés à cause de la difficulté d'accès ou au manque de traitement approprié. Les caractéristiques associées au sida expliquent la mauvaise connotation qu'il véhicule, celle d'une maladie mortelle et incurable. Les dangers relationnels et sexuels suscitent ainsi la peur. Les jeunes ont beaucoup de mal à prendre la mesure du danger représenté par le sida. Ils oscillent entre deux tendances opposées : celle qui consiste à exagérer la menace et celle qui revient à la sous-estimer. Les enquêtés sont unanimes sur les références éthiques et le respect des principes de la vie privée et communautaire. Ces témoignages incitent à la prudence, la solidarité, la prise de responsabilité dans tous les secteurs et au respect de la dignité humaine qu'on soit malade ou bien portant. Cependant le cas du sida est particulier ; c'est ce qui ressort dans cette affirmation :

> *Maladie à fort retentissement médiatique, le sida exacerbe le conflit entre l'intérêt collectif et la liberté individuelle. Il donne prise à la récupération politique au détriment de ceux qui sont touchés par la maladie et la détresse qu'elle entraîne*[70].

Le Togo se présente comme particulièrement vulnérable pour bien des raisons qui sont énumérées et étudiées : pauvreté, transition non accomplie, mutations violentes, poids des traditions. Les blocages devant l'usage du préservatif ont une double signification : la dépravation sexuelle puis la considération des malades comme des gens de mauvais

---

[70]. HINTERMEYER Pascal ET AL, *Un voile sur l'amour, enquête sur les attitudes des jeunes face au sida*, Presses universitaire de Strasbourg, 1994, p. 93.

comportement ou des prostitués. Il existe également un lien entre les variables de perception de la responsabilité et la connaissance de la maladie. A partir de notre questionnement, il ressort que le sida est appréhendé comme une maladie grave. Les expressions les plus récurrentes en témoignent : « maladie du siècle », « maladie de honte », « les cheveux roux », « les personnes en manches longues », « la maladie des têtus », « la nouvelle maladie », « la maladie éternelle ».

Au terme de cette interprétation le tableau suivant résume l'ensemble en quatre groupes sociologiques.

Voici les mots les plus fréquents croisés avec la religion.

MOT	Animiste	Chrétienne	Musulmane	Protestante
fidélité[71]	4	25	4	0
et	1	30	2	0
il faut	3	13	6	0
soyons	2	14	1	0
Dieu	3	6	6	0
prudent	3	11	0	0
préservatifs	0	11	2	0
être	2	8	2	0
avoir	1	9	1	0
prudence	0	9	2	0
fidèles	2	6	2	0
comportement	1	7	1	0
fidélité et	0	8	1	0
maladie	1	5	1	0
vaccin	1	6	0	0
prudence	0	7	0	0
soyons prudent	1	6	0	0
remettre	0	3	3	0
sexuel	0	4	1	1
trouver	1	5	0	0
prudence et fidélité	0	6	0	0

Tableau 31

[71]. Le mot « fidélité » apparait 33 fois dans les questionnaires, dont 25 fois dans des questionnaires « chrétiens ». C'est un « marqueur », un mot quasiment exclusif des chrétiens, ainsi que « et » ce qui donne peut-être matière à réflexion.

Etre dans une relation de «fidélité » et avoir un « comportement » marqué par la « prudence », telle est l'option des croyants en Dieu qui tiennent à l'enseignement de leur religion respective.

Voici les mots les plus fréquents croisés avec la religion.

MOT	Animiste	Chrétienne	Musulmane
fidélité[72]	4	25	4
et	1	30	2
il faut	3	13	6
soyons	2	14	1
Dieu	3	6	6

Le mot fidélité paraît être également un marqueur pour les animistes et les musulmans qui le citent plus que les autres mots. Les mots « Dieu » et « il faut » comptent beaucoup pour les musulmans. Il nous semble que pour les questionnaires « chrétiens », nous serions en présence d'une population en mutation qui revendique dans les discours une appartenance collective, mais qui, en pratique, s'attache à se définir en tant qu'individu propre. La « fidélité » du couple organise plus le discours que les « fidèles » de la religion.

CONCLUSIONDU DEUXIEME CHAPITRE

Au terme de notre analyse des enquêtes, plusieurs thèmes se dégagent, liés au contexte et aux résultats que nous venons de présenter. Nous constatons que ni le sida ni celui qui en est porteur ne font objets de valorisation. Les expressions, les mots, comme les métaphores utilisées pour les désigner, laissent percevoir des phénomènes de catégorisation, de stigmatisation, de discrimination, liés aux représentations sociales et culturelles. Cela nous amène à nous interroger sur l'agir des uns et des autres face aux conséquences engendrées par le sida. Comment faire évoluer les mentalités en vue d'un changement de comportement individuel vis-à-vis de la personne infectée ?

Des interpellations éthiques ressortent des thèmes rencontrés :la responsabilité, la peur, la vulnérabilité, la dignité humaine puis la solidarité. N'est-ce pas une invitation à faire face aux différents enjeux avec courage et dans une perspective concluante qui met en articulation les soins, les conditions et moyens ainsi qu'une pastorale précise, au lieu de subir cette pandémie comme une fatalité ?

Le sida est appréhendé par la population enquêtée comme une maladie grave. Cette perception est également partagée par les personnes infectées et affectées. Le sida engendre également beaucoup de dépenses au sein de familles déjà pauvres dans des Etats en voie de développement. La gravité du sida se définit non seulement dans son aspect fatal mais aussi et surtout par son caractère actuellement incurable. La personne atteinte du sida est jugée plus responsable de ce qui lui arrive qu'une personne atteinte du cancer ou d'une autre maladie. La notion de responsabilité est à comprendre sur plusieurs plans engageant ainsi les différentes sphères.

La crise économique mondiale qui frappe de plein fouet les pays pauvres a entraîné une paupérisation aigüe des couches les plus vulnérables, ce qui rend la lutte plus difficile contre le sida. La société togolaise a ainsi une perception variée face au sida, c'est ce que Morin exprime en ces termes :

> *Le sida, phénomène relativement nouveau, est à regarder comme un véritable phénomène sociétal excédant, au même titre que les épidémies passées, le strict cadre médical, suffisant pour les maladies ordinaires même graves. Face aux énigmes et menaces du sida, des processus de pensée et de construction collective ont élaboré et continuent à développer, dans les frontières incertaines des différents*

groupes sociaux, des théories sur le sida combinant croyances, valeurs, attitudes et informations[73].

On retiendra surtout la complexité des représentations autour de la maladie. Les recommandations préconisées par les campagnes de sensibilisation sont loin d'être la solution la plus efficace. Reconnaître la réalité de cette nouvelle maladie et admettre qu'il faut changer de comportement en fonction des modes de transmission reste un impératif.

Ainsi, partout où la pauvreté, l'inégalité des sexes, la violation des droits de l'homme, la maltraitance des enfants, la classification sociale, la stigmatisation, l'exode rural, les migrations internes et internationales, ainsi que la discrimination sexuelle sont présents, on peut observer que le sida se développe de manière plus importante.

Pour terminer, notons avec force que la pandémie affecte tous les aspects de notre vie : la culture, la croyance, l'économie, la politique, la société. La maladie attire aussi l'attention sur les points forts et les points faibles des cultures. C'est ce que nous avons tenté de faire ressortir dans ce deuxième chapitre à travers les enquêtes réalisées.

Ainsi la précarité dans laquelle vit la population est source de nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé. C'est pourquoi nous allons nous intéresser dans le chapitre qui suivra à une deuxième enquête, qualitative cette fois, pour acquérir plus de renseignements. Nous évoquerons également l'action de l'Etat, L'Eglise et des différentes ONG/ associations dans leur combat contre cette maladie.

---

[73]. MORIN Edgar, *Les espaces d'évolution des représentations du sida*/In : Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et représentations du sida. Paris : ANRS, collection sciences sociales et sida, 1994 p.112.

1.3. LES ENQUETES QUALITATIVES

En dehors des enquêtes quantitatives menées dans une perspective fermée avec des chiffres pour vérifier nos hypothèses et évaluer les différents comportements, nous avons mené d'autres démarches au sein de différentes sphères. Notre étude sur le VIH/SIDA au Togo a ciblé des acteurs engagés dans la lutte contre cette pandémie. Ces acteurs, dans leurs fonctions respectives, gravitent autour de ce qu'on a appelé des sphères, guidées par différentes stratégies selon qu'elles relèvent du domaine confessionnel ou non. Nous avons déjà fait une synthèse de chacune de ces actions dans un tableau à la fin du premier chapitre.

Dans ce troisième chapitre nous présenterons quelques Verbatim de nos entretiens avec plusieurs acteurs et des personnes-ressources. Cette présentation mettra en lumière les articulations entre l'Eglise, l'Etat et les ONG/Associations au niveau des activités que chaque acteur mène dans le cadre de l'objectif commun : la lutte contre le sida. Les tableaux ci-dessous récapitulent les résultats de l'approche systémique[74].

Il sera question en plus des entretiens, de témoignages, de messages, d'allocutions et interviews, ce qui nous permettra de faire une analyse critique des différents champs d'action. Cela permettra aussi d'établir un diagnostic social du VIH ainsi que de ses différentes représentations dans la société. Les entretiens ont eu lieu auprès de quatre sphères : l'Etat, l'Eglise les associations et la population.

Ce sera l'occasion de découvrir et d'approfondir certains déterminants non évoqués dans les enquêtes quantitatives. Au total nous avons réalisé 70 entretiens dont 20 en institutions, 6 au niveau de l'Etat, 14 en l'Eglise, 14 au sein des associations, en l'occurrence avec les personnes infectées et affectées, et 16 auprès de la population. Le questionnaire utilisé est joint en fin de l'annexe.

---

[74]. L'approche systémique est une pensée développée en sociologie de l'action dont les chefs de file sont Michel CROZIER et Erhard FRIEDBEERG. Il s'agit d'une sociologie portant sur les stratégies à l'œuvre dans les organisations ; différentes, certes, mais complémentaires sur des thématiques aussi centrales que la domination et le pouvoir.

1.3.1 METHODOLOGIE

Nous avons déployé deux méthodes pour nos enquêtes qualitatives.

1.3.1.1. LES ENTRETIENS

La collecte des données s'est déroulée au mois d'août et de septembre 2011 en rencontrant les personnes directement ou aux moyens de « focus groups » réalisés dans les centres médicaux ou les centres des associations de prise en charge des malades du sida. Nous avons choisi de développer dans l'enquête un entretien directif ou semi-directif selon une grille d'entretien préétablie. Avant tout, nous avons expliqué aux différents interrogés que ces enquêtes étaient destinées à l'élaboration d'une thèse en éthique et théologie morale. Dans chaque cas, il sera précisé dans quel cadre les entretiens ont eu lieu. La transcription des entretiens a été faite en accord avec les personnes interrogées. Dans le souci de respecter l'anonymat des personnes rencontrées, nous avons opté pour un code comportant les initiales des prénoms et noms de chaque personne interrogée. Deux personnes ont souhaité l'anonymat total et cela a été respecté dans la transcription. Les discussions se sont déroulées selon la convenance des personnes. Les thèmes développés lors des entretiens étaient les descriptions locales du VIH/SIDA, les perceptions, moyens de prévention et attentes par rapport aux différents acteurs. Le chiffre indique l'ordre de nos entretiens.

Les difficultés majeures ont porté sur la disponibilité des gens pour les discussions et la ponctualité dans les horaires fixés. La présence d'autres facilitateurs au sein des associations a parfois entravé le cours des discussions et la prise de notes.

A titre d'exemple l'entretien n°1 avec monsieur Vincent PITCHE sera codé comme suit : Entretien n°1 : ViPi1.

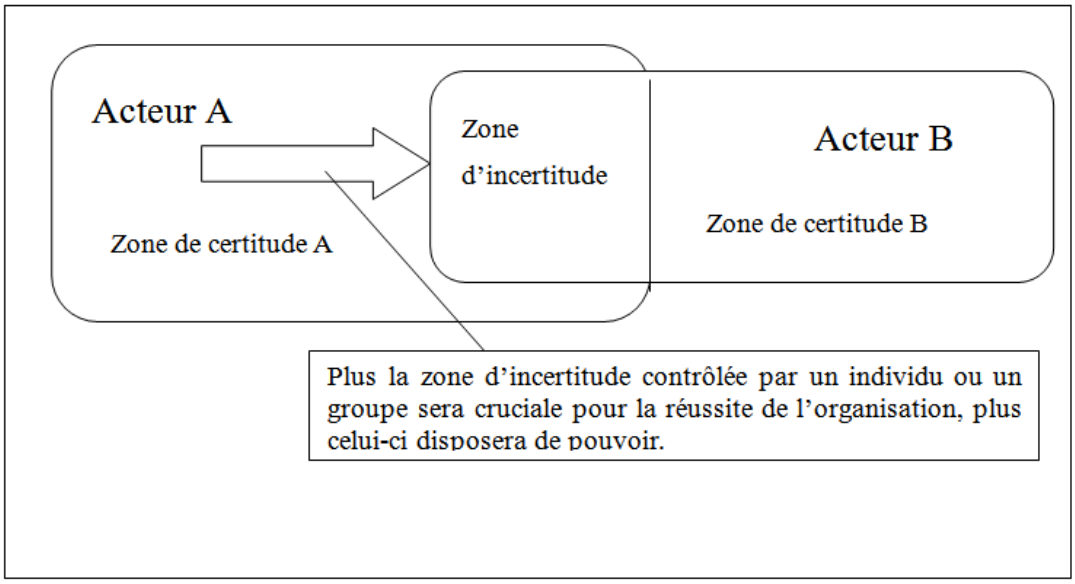
Vi = Vincent Pi = PITCHE ; 1= ordre de l'entretien. Ce codage sera gardé pour l'ensemble des personnes avec qui nous avons eu un entretien. Le texte entier de la transcription est en annexe (ci-dessous).

1.3.1.2. LES MOYENS UTILISES :

Un appareil numérique a été utilisé pour prendre quelques images ainsi qu'un caméscope lorsque leur utilisation a été acceptée.

1.3.1. TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTEURS PRESENTS SUR LE TERRAIN INSPIRE DU TRAVAIL DE PHILIPPE BERNAUX

			LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU TOGO			
Les acteurs	Missions Objectifs	Enjeux	Atouts	Handicaps	Relations aux autres acteurs	Positions aux autres acteurs
Les institutions	Lutte contre le VIH/SIDA	Faire mieux	Organisation étatique	Structures et personnels	Autoritaires Forces	Théoriques
Les ONG/Associations	Lutte contre le VIH/SIDA	Prise en charge	Personnels bénévoles	Manque de finances	dépendance	soumises
La population	Bonne santé	Disposer des moyens de lutte contre le sida	Différents centres CDVA et dispensaire	Manque de moyens	dépendance	dépendance



Le tableau ci-dessus est une approche sociologique destiné à évaluer le fonctionnement des différents acteurs. Ceci nous permettra de mettre en exergue la particularité de chaque acteur,

de son engagement éthique à trouver la meilleure stratégie de prise en charge des malades. Ce sont des atouts sur lesquels ils peuvent fonder des efforts de rapprochement de leur vision de la maladie et du malade. La zone d'incertitude indique les points qui constituent des problèmes entre les acteurs et qui nécessitent des rencontres pour en discuter. La population est la zone d'action et, dans notre contexte, nous pouvons noter trois acteurs A, B, C. Les témoignages des entretiens se complètent en fonction des stratégies, mais chaque acteur selon sa manière.

1.3.2. MOBILISATION COMMUNE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA

Comment faire pour arriver à une génération sans nouvelles infections par le VIH avec pour finalité de réduire l'impact du fardeau du sida sur la population ? Les différentes statistiques, les comportements diversifiés au sein de la population togolaise ont engendré une mobilisation de différentes sphères. Répondre à ces questions fondamentales a conduit à des actions que nous avons évoquées dans les chapitres précédents. Avec un regard critique essayons de mieux comprendre les actions menées par les uns et les autres. Que font les trois axes cibles que sont les institutions, les associations et la population ? En dehors des résultats présentés dans le deuxième chapitre, nous voulons relever quelques aspects qui restent importants pour notre réflexion au sein de chaque sphère à travers les différents témoignages poignants. La pandémie du sida pose de graves problèmes tant aux personnes qu'aux institutions. Comment se présente cette situation complexe et délicate ?

1.3.2.1. L'ETAT

Le Togo s'est engagé dans la lutte contre le sida depuis vingt cinq ans avec la mise en place d'un cadre multisectoriel et institutionnel cohérent. Des résultats satisfaisants ont été obtenus avec la réduction des nouvelles infections. C'est ce que le professeur PITCHE déclarait à l'occasion de la journée mondiale du sida 2013 avec le titre : « Baisse du sida » mais la jeunesse reste très exposée : La lutte contre le sida a marqué des points au Togo avec une baisse significative du nombre de personnes infectées. Le Togo fait partie des 16 pays qui ont réduit de

moitié le taux de la prévalence en dix ans. De 2000 à 2012, il est *passé de 6% à 2,9%. 130.000 personnes vivent avec le VIH et 32 000 sont sous traitement ARV*[75] ».

Dans les grandes villes du Togo, on est frappé de trouver des enseignes et des panneaux publicitaires sur lesquels on peut lire : « Fidélité / Abstinence et utilisation de préservatifs sont nos choix pour éradiquer le sida » ou « Nous autres, nous avons fait notre test de sérologie et vous ? » ou encore « Tous contre le VIH/SIDA » avec plusieurs personnes représentant chaque couche de la société (un militaire, un enseignant, un fonctionnaire de l'Etat, un commençant, un artisan, un infirmier) ou encore un chauffeur montrant un préservatif avec ces mots « Je roule en sécurité » ou « Tous contre le sida » ou encore d'autres images et interpellations.

Chaque année, le 1er décembre, la journée mondiale contre le sida, mobilise plusieurs acteurs qui font des campagnes de sensibilisation à travers les villes et les campagnes. Des concours dotés de prix sont proposés dans les écoles, en différents lieux d'apprentissage et des services. Les acteurs rappellent souvent les voies de transmission et disent ce qu'il faut faire pour éviter une contamination. La connaissance de l'état sérologique à travers les tests dans les centres de dépistage volontaire et anonyme est également proposée. En plus de ce constat, deux témoignages ont retenu mon attention au cours de nos entretiens : il s'agit de celui du directeur adjoint du CNLS qui m'a d'abord convié à assister au séminaire de validation du PSN 2012-2015 ce qui m'a permis de rencontrer différents acteurs nationaux et d'écouter les interventions puis de participer aux travaux en carrefour.

« Nous voulons mobiliser les ressources financières pour que les associations aient les moyens de travailler. Nous savons que l'Eglise catholique mène beaucoup d'actions et nous ne voulons rien faire sans collaborer avec les Eglises même si nos visions ne sont pas les mêmes. Il est arrivé que l'Eglise catholique se soit retirée lors d'un séminaire et il a fallu faire des tractations avant de continuer ensemble, votre collaboration est importante pour nous[76]».

Ce témoignage du coordonateur adjoint du CNLS montre la bonne volonté de l'Etat pour un travail en synergie avec l'Eglise.

---

[75]. http.republicoftogo.com, Vincent PITCHE est le Coordonateur du CNLS consulté le 16 février 2013.

[76]. AMOUSSOU Damien, coordonateur adjoint du CNLS, entretien du 12 Aout 2011.

L'Eglise évangélique, comme deuxième témoin, s'organise avec le pasteur Charles Klagba[77] qui multiplie les sessions de formation surtout en matière d'accompagnement au sein des Eglises évangéliques. La préoccupation première était la formation des pasteurs afin qu'ils intègrent la sensibilisation en matière de sida lors de leurs prédications.

Il a souligné que les pasteurs des Eglises presbytériennes, baptistes, protestantes et les acteurs intervenant dans le domaine du VIH/SIDA ont validé le mardi 5 juin 2012 à Lomé, le plan sectoriel de lutte contre le sida 2012-2015 de l'Eglise Evangélique Presbytérienne du Togo. Par ce document, elle entend intégrer la lutte contre le sida au cœur de sa pastorale sociale pour l'implication de ses structures, l'intégration de l'éducation chrétienne, scolaire, communautaire et familiale. Il s'agit aussi de valoriser la solidarité active avec les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Ainsi l'Eglise Evangélique réaffirme sa position en recommandant l'abstinence, la fidélité conjugale et conformément à son éthique, encourage les fidèles à connaître leur statut sérologique, à s'abstenir de toute promotion du préservatif chez les jeunes mais ne recommande pas le dépistage prénuptial du VIH dans sa communauté.

La détermination de l'Etat togolais se remarque à travers son PSN qui regroupe les principes directeurs que sont l'engagement national dans la riposte au VIH, la gouvernance et la réponse au VIH, la non-discrimination, l'équité, le genre et les droits humains, la décentralisation puis l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Tout cela ainsi résumé : «Pour atteindre la vision fixée, trois axes stratégiques ont été identifiés, à savoir :

Axe1 : Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et les IST

Axe 2 : Intensification de la prise en charge globale ;

Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.

Ces différents axes stratégiques constituent en même temps le cadre des résultats attendus [78] ». Toujours avec l'état, l'entretien avec Maître Tiburce BABALIMA montre les efforts de l'Etat au niveau judiciaire même s'il reste encore beaucoup de choses à faire dans l'application des lois :

« L'Etat togolais nous montre par là combien il se mobilise en impliquant toutes les parties prenantes dans la réponse nationale, notamment le secteur public et privé. Les

---

[77]. Le pasteur Charles KLAGBA est président de l'Eglise Méthodiste du Togo et fondateur d'EHAIA Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique.

[78]. Secrétariat Permanent du CNLS, *Plan Stratégique National*, Mai 2012, Lomé, p. 42.

organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers aussi bien bilatéraux que multilatéraux ne sont d'ailleurs pas en reste selon les termes et les préoccupations du PSN ».

1.3.2.2. L'EGLISE

La gravité de l'infection à VIH au Togo[79] engendre des situations complexes qui ne peuvent laisser indifférente l'Eglise catholique, pas plus que les autres Eglises et croyances. Elle a produit des conséquences néfastes sur les conditions de vie des populations et plus particulièrement sur les couches les plus vulnérables notamment les femmes, les enfants, les migrants, les professionnels du sexe et les corps habillés. C'est dans ce contexte que l'Eglise catholique a élaboré un plan sectoriel de lutte contre le sida 2007-2010. Nous y avons participé dans le temps en tant que délégué de la pastorale de la santé du diocèse de Sokodé. Ce plan, en tous points, était conforme à sa mission, ses préceptes et ses enseignements, Il visait à contribuer à l'effort national afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement par la stabilité et la réduction de la prévalence du VIH. Bref nous pouvons dire que l'Eglise catholique dispose de plus d'un atout à cet effet : C'est ce qui ressort du plan, stratégique national :

- Une organisation territoriale et décentralisée, favorable à la coordination et à l'implication de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre du plan.

- l'existence de structures opérationnelles comme l'OCDI, la CEJP et la DNEC.

-la capacité de mobiliser des ressources internes et externes pour la lutte contre le VIH/SIDA. A ce jour, les interventions de l'Eglise ont couvert les domaines de la prévention, la prévention de la transmission mère-enfant, la prise en charge médicale, nutritionnelle, psychosociale, spirituelle et à base communautaire[80].

Dans cette même perspective, nous pouvons entendre ces propos : « Aujourd'hui les PVVIH/SIDA ainsi que leurs familles ont besoin de la même attention que la tradition biblique requiert pour : « les orphelins, les veuves, les étrangers ; en vertu de sa mission de guérir et de consoler, l'Eglise dans tous ses membres, se doit d'aller au secours de ceux et celles qui souffrent. C'est une œuvre qui oblige tous les membres de l'Eglise. Ce devoir à l'égard de ceux

[79]. Le taux de prévalence est passé de 1% en 1987 à près de 4,5% en 2004 et plus de 10ans après 3%.

[80]. Conférence des Evêques du Togo, Plan sectoriel de lutte contre le sida de l'Eglise Catholique du Togo 2007-2010, Mars 2007, Lomé, p.11.

qui souffrent ou sont écrasés par les aléas de la vie veut exprimer l'amour préférentiel que notre Dieu a pour toute personne, spécialement les plus vulnérables[81] ».

A notre question de savoir ce que fait l'Eglise du Togo contre le sida, voici la réponse du directeur national de l'OCDI, ABALI Benoît :

« La mission de l'Eglise est essentiellement d'être le sacrement du salut et une voie par laquelle le peuple de Dieu peut accéder et comprendre la grâce du Tout-Puissant, le créateur, et comprendre l'amour de Jésus-Christ qui est venu pour guérir les malades, annoncer la Bonne Nouvelle aux pauvres et libérer les captifs (Luc 4,18-19).Elle cherche par conséquent, à prendre soin non seulement de l'âme mais du salut de la personne humaine dans son intégralité. Souvent, la seule motivation de l'Eglise est la compassion pour la souffrance humaine et la solidarité avec les affligés. Je t'invite à rencontrer la sœur Véronique qui saura te dire quelles sont les actions menées par l'Eglise et ses projets à travers sa participation à l'élaboration du PSNL ».

A son tour, sœur Véronique nous a d'abord présenté ses encouragements pour ce travail de recherche qui pourra contribuer à faire connaître la réponse de l'Eglise dans la lutte contre le sida. Elle m'a ensuite convié à aller sur place et constater ce qui se fait dans les centres de référence de prise en charge du sida comme le Centre Loyola de la société des Jésuites à Lomé ou le centre de Kouvé chez les sœurs de Saint Gaétan ,à l'EPV à Sokodé, au centre de santé des sœurs NDE à Kolowaré, au centre de santé Espérance et Vie du Foyer de Charité à Alédjo à 40 km de Sokodé, au centre « SAR AFRIQUE » de Lassa Soumdina à 10 km de Kara au nord du Togo , au sein de l'Association « Vivre dans l'Espérance » à Dapaong fondée par les Sœurs Hospitalières de Saint Augustin dont la responsable est Stella KOUAK. Nous avons sillonné tous ces centres, rencontré les responsables pour se rendre compte de ce qui se fait. Nous avons également eu des entretiens et rencontres avec quelques malades dans ces centres à partir desquels nous avons découvert un grand travail de prise en charge. Nous avons constaté avec regret que les acteurs manquent de moyens financiers pour bien accomplir leur tâche. A certains endroits, il est regrettable de constater que les malades sont laissés à la charge des centres dont les moyens sont limités et qui ne peuvent pas tout faire alors même que la famille devrait assumer cette responsabilité.

Au cours d'un autre entretien, l'évêque de Sokodé déclarait en sa qualité de pasteur de l'Eglise du Togo : « Le sida fleurit et se multiplie là où le rapport sexuel occasionnel est la norme. Les gens s'amusent et jouent ainsi à leurs propres risques. Afin de combattre le sida, mon

---

[81]. Ambroise DJOLIBA, Président de la CET, Chargé du secteur social, idem, p. 9.

premier conseil aux jeunes est : Soyez forts ! Abstenez-vous des relations sexuelles jusqu'à ce que vous soyez capables d'exprimer votre amour à travers une relation engagée et responsable et l'Eglise enseigne que le mariage est cette relation. Mon second conseil est adressé aux mariés : soyez fidèles à votre conjoint. Ceci est d'une extrême importance et j'encourage les structures de prise en charge de bien prendre soin des malades par un accompagnement de qualité ».

Telles sont les paroles de Mgr Ambroise DJOLIBA, évêque de Sokodé et en son temps président de la conférence des évêques du Togo de 2008 à 2014.

Un autre témoignage est celui de Justin-Magloire NABOUD, directeur de l'enseignement catholique diocésain à Sokodé :

« L'Eglise catholique a une longue tradition de soin aux malades. C'était un bon moyen d'entrer en contact avec elle. L'une de ses premières activités était d'ouvrir un dispensaire, en général avec l'aide des religieuses. Nous essayerons dans nos écoles de faire passer le message de prévention à travers les cours de formation humaine et religieuse »[82] .

Dans la ligne des recommandations du Concile Vatican II, l'Eglise d'Afrique vient de connaître en moins de deux décennies la célébration de deux synodes. La première, *Ecclésia in Africa*[83], en 1994 sous le pontificat de Jean-Paul II, a été le lieu d'un diagnostic, ombres et ses lumières, sur la situation du continent africain. Même si cette première assemblée synodale pour l'Afrique s'est tenue dans la perspective d'une espérance, elle n'a pas manqué de s'attaquer à certains maux cruciaux dont souffre l'Afrique : déficit démocratique, sida, guerres, (dont le Rwanda, est un exemple désolant).

Comme chrétiens, « Il faudrait réagir sur deux volets : jeter un regard humble et sincère sur le style de vie personnelle à la lumière de l'œuvre de Dieu ; deuxièmement, tendre la main vers ceux qui sont malades, affligés et orphelins », témoigne KOMLAN Bernard à la paroisse cathédrale dans l'archidiocèse de Lomé.

Pour le président de l'Eglise méthodiste,« La lutte contre le sida par les différentes Eglises dépend énormément de la qualité de l'engagement des chefs des différentes églises au Togo. Dans un contexte de crise généralisée, l'Eglise qui se fait l'écho ou qui est porteuse d'un message extraordinaire, un message qualifié de Bonne Nouvelle, doit continuer' annoncer la

---

[82]. NABOUD Justin Magloire est directeur de l'Enseignement Catholique depuis 2006 et avec lui nous avons fondé EPV à Sokodé au Togo. C'est lui l'actuel Vicaire général du diocèse ; il suit également les activités des différents centres de santé en collaboration avec l'OCDI diocésaine.

[83]. Ecclesia in Africa est le nom du document de la célébration du Synode.

plénitude de la vie. Elle est ainsi interpelée et doit agir. Aujourd'hui face à la pandémie du VIH/SIDA l'Eglise est atteinte et ébranlée dans son corps ».

Quant à l'union musulmane, elle se mobilise dans la prévention avec des campagnes de sensibilisation. Les Imams rencontrés nous ont assuré que leur prédication touchait des aspects du VIH/SIDA.

En mars 2009, Benoit XVI, lors de son voyage au Cameroun et en Angola, avait remis un document de travail aux évêques représentant les 36 conférences épiscopales de l'Afrique. Il s'agissait de préparer le 2è synode des évêques d'Afrique qui s'est tenu à Rome du 4 au 25 octobre 2009. Fruit d'une large collaboration, ce document visait le cœur de l'annonce du Christ en Afrique aujourd'hui. Sans étouffer les défis et les problèmes brûlants de la vie des Africains, il mettait en évidence l'espérance chrétienne. L'Eglise a voulu contribuer à la croissance de la société en appliquant ses convictions sociales basées sur le respect de la dignité des personnes quelles que soient leurs conditions de vie. Le deuxième synode a eu pour objectif de susciter une nouvelle ferveur pour l'évangélisation et la promotion humaine en Afrique et dans le monde.

A l'issue de leurs travaux, les pères de la deuxième assemblée spéciale des évêques pour l'Afrique ont remis au Pape Benoit XVI une liste de 57 propositions concrètes d'une importance capitale. Les pères ont demandé humblement au pape de juger de sa pertinence et de publier un document sur l'Eglise en Afrique au service de la réconciliation, de la justice et de la paix. Nous voulons ici faire cas des orientations de la proposition 51. Celle-ci se résume en ces termes :

« Le sida est une des grandes pandémies comme le paludisme et la tuberculose qui déciment les populations africaines et compromettent gravement leur vie socio-économique. On ne doit pas le considérer simplement comme un problème médico-pharmaceutique, ou uniquement comme une question de changement de comportement humain. C'est vraiment une question de développement intégral et de justice, qui demande une approche et une réponse globale de la part de l'Eglise ».

L'Eglise condamne fermement toute tentative, de la part d'individus ou de groupes, de disséminer le virus, soit comme arme de guerre, soit par le style de vie. Le synode prodigue ses encouragements à toutes les institutions et les mouvements ecclésiaux qui travaillent dans le domaine de la santé et spécialement du SIDA et demande aux agences internationales de les reconnaitre et de les aider dans le respect de leur spécificité… En outre, le synode propose :

- que l'on évite tout ce qui peut contribuer à la diffusion de la maladie, comme la pauvreté, la dissolution de la vie familiale, l'infidélité maritale, la promiscuité et un style de vie vide de valeurs humaines et de vertus évangéliques.

- un service pastoral qui prodigue à ceux qui vivent avec le sida, l'accès au traitement médical, à la nourriture, l'accompagnement pour un changement de comportement et une vie sans stigmatisation sociale ni discrimination.
- un soutien pastoral qui aide les couples vivant avec un conjoint infecté par le virus à s'informer et à former leur conscience, afin qu'ils choisissent ce qui est juste, en toute responsabilité, pour le plus grand bien de l'un et de l'autre, de leur union et de leur famille.
- que le SCEAM édite un manuel pastoral sur le sida pour tous ceux qui sont engagés contre la maladie dans leur ministère ecclésial (prêtres, personnes consacrées, médecins, infirmiers, conseillers, catéchistes, enseignants) afin de mettre en œuvre la morale et la doctrine sociale de l'Eglise dans les différentes situations où le peuple de Dieu en Afrique est confronté aux multiples défis de la pandémie[84].

Ce texte a été repris par le site Zénith.org du 23 octobre en ces termes : l'abstinence et la fidélité sont des clefs de la victoire contre la transmission du sida. Le synode s'adresse à la conscience de ceux qui sont vraiment intéressés « par l'arrêt de la transmission du SIDA par voie sexuelle » pour qu'ils reconnaissent les succès déjà obtenus par les programmes qui proposent l'abstinence pour les non mariés et la fidélité pour les mariés[85] ». L'Eglise est sans pareille dans la lutte contre le sida et dans les soins apportés à ceux qui en sont infectés et affectés en Afrique.

Au regard de cette anthropologie chrétienne, dégageons quelques idées dans le cadre de notre thèse en référence au contenu de la proposition 51.

Soulignons que la relation entre la liberté et les vertus suggère que la vie, l'avenir de l'homme, voire le bonheur n'est pas prédéterminé. L'engagement reste du moins une des conditions sine qua non de l'homme non seulement faillible mais aussi capable selon l'expression de Paul RICOEUR[86] dont l'anthropologie permet de penser que l'homme est à la fois faillible et capable. Voilà pourquoi l'Église, mère et éducatrice, enseigne et encourage les comportements vertueux, en vue de l'épanouissement de soi et d'autrui qui incluent la conversion. L'Eglise comprend cette tâche comme une mission au service de tous, et des

---

[84]. Documentation Catholique, n°2434, du 15 novembre2009, p.1053.

[85]. AKE Yopo Joseph, archevêque de Gagnoa, président de la Conférence épiscopale de Côte d'Ivoire : Les perspectives pour l'Afrique, pour l'Église, intervention lors du colloque international Africa in Ecclésia, sous le haut patronage du Cardinal André Vingt-Trois du 3, au 4 décembre 2010 à Paris.

[86]. RICOEUR Paul, *Parcours de la reconnaissance*, Trois études, Editions Stock, 2004, p.101.

chrétiens en particulier. Déployée dans la dialectique de l'universel et du particulier, cette tâche consiste à rendre justice, à sa manière, à la dignité de l'homme libre, créé à l'image et à la ressemblance de Dieu. Dans l'exercice de cette tâche, l'Eglise mène le combat contre le VIH/SIDA en se situant sur deux champs, celui de la morale et celui de l'éthique.

Saint Thomas d'Aquin voit dans la justice la vertu sociale par excellence : celle qui attribue à chacun son dû. Il lui donne pour objet le bien commun. Pour saint Thomas, la justice est une vertu au même titre que la charité. C'est elle, en effet, qui assure la cohésion de la société globale et il n'y a pour ainsi dire pas un seul acte libre de l'homme qui ne s'y réfère d'une manière ou d'une autre.

Au regard de ces données, l'approche du phénomène VIH/SIDA implique une vision anthropologique conséquente. Mettre en rapport développement intégral et justice, comme le font les pères synodaux, c'est rejeter toute approche réductrice de la personne. Celle-ci doit être comprise dans toutes ses dimensions, autant horizontale que verticale. Dans le contexte du VIH/SIDA la notion de justice revêt un caractère impératif et va de pair avec la représentation de la morale. La justice doit se comprendre ici comme une vertu aidant à rendre nos actions meilleures. C'est ce que Servais PINCKAERS déclare en ces termes :

> *Pour faire un acte de justice, il faut évidemment le vouloir délibérément. Une certaine réflexion est nécessaire pour vaincre la résistance de la sensibilité dans le cas de la force et de la tempérance ; quant à la justice, un effort de dépassement de notre bien propre est requis pour considérer et vouloir le bien d'autrui. C'est précisément dans notre rapport à autrui qu'intervient l'ajustement caractéristique de la justice*[87].

Si la justice a pour objet le bien commun et si celui-ci ne saurait s'écarter du bien de chacun, comment le concept de vérité permet-il d'assumer une responsabilité à l'égard de la dignité humaine ?

Prolongeant la tradition conciliaire, Jean Paul II consacre sa première encyclique au Christ, Rédempteur de L'homme[88]. Dans cette encyclique, le Pape défend la thèse que c'est en partant du Christ, homme parfait, que l'on peut comprendre ce qu'est l'homme et qu'on peut entrevoir le chemin de l'être humain. L'homme, souligne le pape*, est la première route que l'Eglise doit parcourir en accomplissant sa mission : il est la première route et la route*

---

[87]. PINCKAERS *Servais Plaidoyer pour la vert*u, Editions Parole et silence, 2007, p.179.

[88]. Jean Paul II, *Lettre Encyclique Redemptor Hominis*, Edition Pierre TEQUI, 1979.p.49.

fondamentale de l'Eglise, route tracée par le Christ lui-même, route qui, de façon immuable, passe par le mystère de l'Incarnation et de la Rédemption[89].

Si la lettre encyclique « Caritas in veritate » de Benoit XVI intervient dans un contexte de crise économique, une telle crise ne renvoie- t- elle pas à une autre plus profonde, c'est-à-dire une crise de valeurs ? Ce qui n'a pas non plus échappé au monde philosophique. Hannah ARENDT reste ici une philosophe de référence. A travers ses essais d'interprétation critique, notamment de la tradition et des concepts modernes d'histoire, d'autorité et de liberté, des rapports entre vérité et politique, de la crise de l'éducation, elle entend nous aider à penser notre siècle en mettant l'humain en valeur[90].

L'analyse de la réponse des Eglises au Togo nous montre bien leur engagement pour mettre en pratique leur plan stratégique basé sur la prévention et l'accompagnement. Leurs actions sont soutenues par des initiatives locales et des partenaires internationaux.

1.3.2.3. LES ONG/ASSOCIATIONS

Depuis l'avènement de la pandémie du sida, on assiste à la création des associations de lutte contre le sida. A Lomé, nous avons eu quatre rencontres avec Augustin AMEKUSSE, le responsable du RAS+ (Réseau des associations de lutte contre le Sida), Kokou SEDO Antoine SEGNO et Albert GANHO tous responsables d'associations de lutte contre le sida. Ils sont tous animés d'une grande bonne volonté pour travailler et aider les PVVIH, mais ils manquent de moyens financiers et doivent constamment négocier avec l'Etat ou aller ailleurs pour chercher d'autres bailleurs de fonds.

Les principaux résultats obtenus chez les enquêtés se résument ainsi : la majorité des personnes qui fréquentent les associations de prise en charge du sida sont infectées et viennent chercher leur traitement, de la nourriture ou l'argent et du réconfort à travers les différents groupes de paroles et les services rendus par les dites associations. Les associations gèrent pour la plupart des situations complexes en plus du manque crucial des ARV.

Voici le témoignage d'une femme : « Mon mari est tombé gravement malade. Il a été longtemps hospitalisé au Centre Hospitalier Régional de Sokodé. Il n'allait pas bien et nous sommes allés à Kara chez les Chinois. C'est là qu'il est décédé. En fait, il savait bien qu'il était

---

[89]. Idem, n° 14.

[90]. ARENDT Hannah, *La crise de la culture*, Coll. « Folio Essais », Editions Gallimard, 2005, p. 67.

infecté par le VIH mais jusqu'à sa mort il ne me l'a pas avoué. C'est une fois revenue à la maison, quand j'ai fouillé son dossier médical que je me suis rendue compte que mon mari était mort du sida. A l'époque, j'ignorais les symptômes de ce mal bien que je savais qu'il était grave. Face à une telle situation, je suis allée faire mon test de sérologie qui s'est révélé positif. Je suis en vie grâce à EVT et EPV ».

Les associations sont engagées dans la prévention et la prise en charge. Les témoignages et nos entretiens en témoignent. Elles mènent de front leurs activités grâce aux différents bailleurs à l'intérieur du pays comme à l'extérieur.

EVT travaille en collaboration avec des organismes étrangers et fait partie du collectif d'aide pour le Togo (CAP-TOGO) ayant son siège à Mulhouse, en France. C'est grâce à eux que EVT, l'une des grandes structures de prise en charge, dispose des moyens de prise en charge globale des malades tant à Lomé qu'à Sokodé.

EPV œuvre dans le diocèse de Sokodé et s'étend à toute la région centrale avec des relais dans toutes les paroisses du diocèse. Avec son nouveau cadre, elle se dévoue dans la sensibilisation et l'accompagnement des personnes infectées et affectées avec une équipe dynamique de bénévoles.

Vivre dans l'Espérance, à Dapaong, où nous avons séjourné pendant deux semaines, nous a permis de procéder à plusieurs entretiens et de participer à différentes rencontres et groupes de parole, organisés pour la circonstance . Sa directrice témoigne en ces termes :

«Témoigner de toutes ces vies qui sont parties, emportées par l'épidémie du sida depuis le début des années 1980. C'est la raison essentielle qui m'a poussée à écrire ce livre. Au Togo, où je suis religieuse-infirmière de l'ordre des sœurs hospitalières, nous avons parfois enterré plus de cinquante personnes par semaine, jusqu'en 2005[91]».

---

[91]. Marie Stella (sœur), *Vivre dans l'espérance*, avec Sophie Laurent, 2013, Editions Bayard, page 7.

Dans ce livre, sœur Marie Stella est présentée, par son travail à Dapaong comme une nouvelle figure du christianisme à découvrir. Personnalité hors du commun, d'après sa présentation sur la couverture, elle est d'une combativité à faire bouger toutes les barrières. D'une voix rauque, joyeuse et douce à la fois, cette religieuse hospitalière mène dans son pays, le Togo, au cœur de l'Afrique la plus déshéritée, une lutte d'une ampleur inimaginable. Elle a en charge plus de 1500 orphelins et des centaines d'adultes malades. Dans cet ouvrage bouleversant elle raconte son action et l'espoir infini de tous ceux qu'elle accompagne : « J'espère que leur témoignage, transmis à travers le mien, aidera d'autres personnes à mieux vivre jusqu'en Europe où le chagrin et la misère font aussi des ravages ».

A la fin de mon séjour à Dapaong au centre Maguy, lorsque nous faisions le point de mes enquêtes, elle me confiait : « Ici nous montrons aux malades que nous les aimons tels qu'ils se présentent et leur accompagnement nous tient à cœur avec nos moyens du bord ». C'est ce qu'elle continue de dire dans sa nouvelle parution : « Le malade du sida n'imagine pas le rejet, il le constate, il n'imagine pas la discrimination ou le jugement, il le vit, il n'imagine pas l'absence de parole ou de réconfort, il la subit. Et à vrai dire, c'est ce qui le rend malade »,a résumé fort justement un patient inconnu dont j'ai recopié la remarque[92]».

Plus loin, Stella continue en évoquant le bien qu'a provoqué l'arrivée des ARV : « En 2007, le fonds mondial nous a octroyé des traitements coûtant 5000FCFA puis, nous les a donnés. Enfin, c'était un bouleversement inouï ! Nous avions l'impression de voir la mort reculer d'un coup. Nous avons pu recouvrir les besoins de nos cent cinquante patients de l'époque. De 1000 morts par an, nous sommes tombés à 200 en 2008. Bien sûr, il y a eu des échecs, des gens sont décédés malgré tout, parce que c'était trop tard pour eux, parce qu'ils avaient des complications ou réagissaient mal aux ARV. Quoi qu'il en soi, nous avions une solution à proposer »[93].

Nous avons ensuite continué notre séjour par des entretiens avec ceux qui fréquentent l'association.

A notre question de savoir d'où vient le sida voici quelques réponses enregistrées :

« Ce sont les blancs qui l'ont fabriqué dans les laboratoires », « ce sont les homosexuels qui l'ont apporté », « c'est le virus qui a amené la maladie ».

A côté de ces premières réflexions sur les origines, nous avons recherché les causes et les modes de prévention et voici quelques réponses retenues :

« Le sida se transmet lors des rapports non protégés avec des personnes infectées ».

« Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son enfant par l'allaitement ».

« Les chauffeurs, les soldats et les prostitués sont ceux qui contaminent le plus ».

« Une femme qui en souffre ne doit pas allaiter son enfant », « les médecins doivent tester le sang avant le don du sang ».

« Si tu ne peux pas t'abstenir, utilise le préservatif lors des rapports sexuels ».

« Que celui qui veut se marier fasse le test du sida ».

---

92. *Idem* p.55.

93. Idem. p.112.

Le témoignage d'Affissétou, une jeune fille séropositive de 18ans en classe de terminale dans le temps, et aujourd'hui, en deuxième année de médecine à l'université de Lomé nous a touchés :

« Ma mère est décédée du sida et c'est seulement après son décès que je l'ai su, et j'étais fâché avec mon papa infecté depuis des années qui l'avait infectée et aujourd'hui il vit avec une autre femme. Si je réussis au Bac, je compte faire des études de médecine et pouvoir travailler dans ce centre qui s'est bien occupé de ma mère et soigner les autres malades »

Elle déclare avec conviction vouloir lutter contre les lois traditionnelles de l'islam qui « privent la femme musulmane de sa liberté d'expression ». Même si l'association Vivre dans l'Espérance bénéficie d'aides extérieures et soigne mieux que d'autres associations, ces témoignages résument bien la manière dont les ONG/ associations assurent la prise en charge des malades. Toutes les ONG/associations se déploient pour obtenir des financements et surtout se ravitailler en ARV et améliorer de la qualité de vie de leurs patients.

1.3.2.4. LA POPULATION

Nous avons mené différentes investigations auprès de la population générale qui, à priori, n'est pas infectée. Le secret entourant le statut sérologique et le tabou entourant d'une manière générale le sexe nous ont obligés à redéfinir nos stratégies pour recueillir les informations recherchées. Toutes les personnes interrogées reconnaissent que le sida est une maladie grave et incurable et que chacun doit prendre ses responsabilités. Au sein de la population togolaise, on dit souvent que c'est la maladie qui attrape l'homme et non le contraire. Pour le sida, ce n'est pas le cas, et le malade est en quelque sorte rendu responsable de son état. C'est donc l'homme qui attrape la maladie. Voilà pourquoi la population utilise des expressions comme « la maladie des têtues », « une maladie honteuse ». Il faut signaler que si le sida est perçu comme une maladie honteuse, une mort occasionnée par le sida est ipso facto qualifiée de mort honteuse en pays Nawda et les funérailles se font sans tarder alors que pour les autres défunts, selon les familles et leur niveau de vie, il arrive que la mise en terre ne se fasse qu'au bout d'une journée ou même d'un mois.

La réalité des couples discordants dont un membre est séropositif et l'autre négatif est bien complexe et douloureuse. Comment le conjoint séropositif va-t-il faire pour ne pas transmettre le virus à son ou sa partenaire ? Par l'abstinence ? C'est facile à dire ! mais difficile surtout pour tous les couples discordants. Tout ce qu'on peut faire, c'est de leur expliquer l'importance d'utiliser les préservatifs chaque fois qu'ils auront des rapports sexuels. C'est une

question de vie ou de mort et on ne peut pas faire de l'impasse sur cette réalité incontournable. Cette question est revenue à plusieurs reprises dans les causeries.

Utilisation de métaphores d'une maladie visible :

« Ceux qui portent les manches longues », « ceux qui ont des boutons et des cheveux roux, ceux qui font de la diarrhée », « le feu rouge », « ceux qui avalent tous les jours ».

Selon la population que nous avons interrogée, le sida est une maladie qui a plusieurs répercussions, sur le corps d'abord et ensuite sur le regard de l'entourage.

Quelques observations faites par l'entourage en témoignent. Nous pourrions ainsi dire avec Edmond MORIN :

> *Il existe une sorte de dialogique entre les événements et les personnes : l'homme transforme la réalité et la réalité le transforme. Mais l'homme dispose d'un degré de liberté suffisant pour apprivoiser cette transformation …. L'expérience ne montre t-elle pas qu'au fil de l'histoire la tendance est plutôt positive* [94] *?*

Retenons qu'au sein de la population la stigmatisation sociale est négative et le regard de l'entourage souvent humiliant. « Comment ça va chez Kossiwa ?, elle a le sida. Comment tu veux que ça aille ? On attend le jour ». Une personne soupçonnée d'être infectée attend purement et simplement sa mort.

En effet, le fait d'avoir partagé sa vie intime avec une personne qui est infectée ou qui décède du sida est un fort motif d'inquiétude.

Soulignons le poids de certaines mentalités ou comportements au sein de la population qui perturbe les relations. Le fait d'aller chez les charlatans, explorer la sorcellerie, la possession du démon et le monde des ancêtres a ses influences sur la santé. Lorsqu'elles sont malades certaines personnes au lieu d'aller à l'hôpital pour se faire soigner vont d'abord chez les charlatans pour savoir celui ou celle qui est à la cause de son état de santé. Cette pratique est une vision culturelle un peu différente de celle de l'Europe où la mentalité est différente.

Au total 50 entretiens ont eu lieu dont 20 en institutions ,14 au sein des associations, 16 auprès de la population. Le questionnaire utilisé est joint en annexe. Les préoccupations sont les mêmes et se résument à la prévention et à la prise en charge. Dans les deux cas, le financement fait défaut. Il y a de bonnes volontés à tous les niveaux mais les moyens manquent pour bien faire le travail. C'est le constat du PSN.

---

[94]. LENOIR Frédéric, *Le temps de la responsabilité, entretiens sur l'éthique*, préface de Paul RICOEUR, nouvelle éditions Fayard, 2013, p. 171.

Je demande à l'ensemble du gouvernement, à tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et des partenaires au développement de se mobiliser davantage dans la mise en œuvre des interventions de ce Plan Stratégique National afin d'obtenir des résultats décisifs à l'horizon 2015. Je félicite le Secrétariat permanent du Conseil National de lutte contre le sida et les IST et les partenaires en développement et tous les acteurs impliqués dans la riposte pour le travail accompli. Chacun à son niveau de responsabilité doit s'impliquer davantage pour qu'ensemble nous apportions nos contributions de façon coordonnée afin d'amplifier l'impact des résultats que tous nous devons à nos populations, à notre pays et à l'humanité[95].

C'est au sein de la population que se manifeste l'impact de cette maladie à travers le vécu de certaines familles. La perception de la maladie au sein de la société à travers le langage et certains faits remarquables ne constituent pas des signes d'encouragement.

CONCLUSION DU TROISIEME CHAPITRE

Les différentes actions et témoignages nous ont aidés à comprendre d'autres aspects du combat mené. Malgré tout, le problème est loin de trouver une solution stable et fiable. La crise du sida qui perdure attend une réponse viable et interpelle notre société. C'est un défi inouï pour notre société et pour chaque individu car il nous confronte avec notre propre fragilité et avec notre propre mort. Voilà pourquoi la mobilisation reste un défi majeur pour tous les acteurs. Face à ce défi, une nouvelle question sociale se pose eu égard à ses conséquences sociales et économiques néfastes. A ce titre, la maîtrise du VIH/SIDA exige un cadre multisectoriel et la création d'une alliance entre plusieurs secteurs confondus de la société : les parlementaires, les responsables d'institutions, le pouvoir exécutif (les ministères de la santé et de l'éducation), les responsables communautaires d'ONG, les responsables religieux et traditionnels, les responsables de personnes porteuses de VIH/SIDA ainsi que les responsables du secteur privé. Ils doivent œuvrer résolument pour une action concertée et concrète dans cette lutte afin d'assurer un avenir meilleur à la population. Les activités des différentes sphères démontrent le

[95]. S.E.M GNASSINGBE Faure Essozimna, Président de la République, Président du CNLS-IST *in Plan Stratégique National de Lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles 2012-215*, Secrétariat permanent, Mai 2012, Lomé, p. 2.

niveau de leurs engagements. C'est ce que nos enquêtes quantitatives et qualitatives ont pu également révéler. Du chemin reste à faire dans ce travail qui se veut en synergie et nécessite une complémentarité des actions. Les groupes les plus vulnérables restent les jeunes, les femmes et les groupes à risques.

Les Eglises proposent une approche éthique de la question du VIH/SIDA, faite de valeurs en faveur du respect de la personne humaine et de la vie. Les clichés classiques de la condamnation et de la stigmatisation sont à bannir de cette lutte. La valorisation de la question de prévention et d'accompagnement prendra en compte les dimensions culturelles et traditionnelles puis la question du genre. Beaucoup de personnes sont infectées par le VIH mais ne développent pas encore la maladie, ce qui nécessite une bonne prise en charge. Le réseau des associations de lutte contre le sida s'investit pour travailler avec les moyens du bord.

De toutes les méthodes de prévention préconisées, la distribution des préservatifs à la frange de la population sexuellement active constitue un sujet en débat. Tout cela face aux délicats problèmes que sont le sexe et le mariage. Que dire de ceux qui nient leur séropositivité et nient leur vulnérabilité tout simplement en se considérant eux-mêmes comme trop pieux, trop respectables pour contracter ou transmettre le VIH/SIDA ? Les efforts pour faire face au sida doivent être synergiques pour une riposte plus efficace. Comment collaborer pour une meilleure convergence ? C'est le défi qui reste à relever par les différentes sphères dont le travail est louable malgré certains disfonctionnements. Le combat contre le sida doit être le combat de tous et de chacun ; l'Eglise en appelle ainsi à la solidarité. C'est ce que déclare le théologien Nathanaël SOEDE en ces termes :

> L'*éthique soulève, sur le continent noir, une problématique qui unit dans la même réflexion des concepts de vie, de paroles donatrices de sens, de cheminement solidaire, de travail constructif et d'engagement permanent en vue du devoir personnel et collectif*[96].

Dans cette lutte collective, l'Eglise peut bien jouer son rôle en brisant le tabou du silence et parler des multiples situations à risques et en parlant ouvertement. Il revient au gouvernement et aux autorités civiles de fournir des informations claires et correctes aux citoyens ainsi que de consacrer des ressources suffisantes.

---

[96]. SOEDE Nathanaël Yaovi, *Sens et enjeux de l'éthique, inculturation de l'éthique chrétienne*, Paris, Editions Harmattan, 2007, p. 93.

Face à une si grave pandémie, toute la société, l'Eglise réagissent à travers des gestes de compassion, de solidarité et d'amour et faire face à une certaine érosion des différentes traditions politiques, religieuses, ethniques, linguistiques. Une éthique commune s'impose à une société qui manque de références. C'est sûrement ce qui occasionne des morales contradictoires avec le développement de l'individualisme.

Somme toute, le sida est encore pour le Togo et l'Afrique une maladie mortelle sans thérapie efficace ni vaccin, mais non transmissible dans le cadre des rapports sociaux ordinaires. Tel est le message transmis au sein de la population. Il suscite dans certains milieux au Togo peur, préjugés, rejets et discriminations et autant de sentiments que d'attitudes à l'égard des personnes atteintes du virus VIH. Les principes de transparence et de manque de gouvernance sont à déplorer de la part des différents responsables. Par ailleurs, la morale de l'Eglise n'a pas bonne presse, car réduite à certains hommes d'Eglise, discours faits de raideur autoritaire et désuète qui troublent plus qu'ils n'apaisent avec le refus de l'utilisation du préservatif. *La foi est cette source où l'existence est appelée à se renouveler (...) Dans l'Evangile, Jésus ne sépare jamais l'annonce de la Bonne nouvelle de l'appel au bonheur(…) La réflexion sur l'agir doit se conjuguer à l'approfondissement de la foi*[97].

[97]. THEVENOT Xavier, *Les ailes et le souffle*, Editions du Cerf, 2000, p. 8.

1.4. SYNTHESE DES ENQUETES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

Les deux enquêtes ont permis d'avoir une vue d'ensemble des activités menées par les différents acteurs. Dans un premier temps, un parcours au sein de la population a été le lieu d'évaluation de la connaissance par les différentes couches de la population et de son appréhension du VIH/SIDA. Ensuite, les entrevues avec les trois sphères ont été l'occasion de parcourir les actions menées par l'État, l'Église et les organisations non gouvernementales.

Les différentes réponses ne sont pas exhaustives, mais elles nous ont permis d'identifier les stratégies au sein des différentes sphères de lutte contre la pandémie au Togo. Dans ce chapitre, nous voulons souligner les points d'analyse dans les deux types d'enquêtes, particulièrement au Togo. Les données quantitatives sont constituées par des indicateurs ou des variables quantifiables. Les données qualitatives sont l'expression des opinions, des sentiments, des besoins et des attentes formulées au sujet du VIH par l'ensemble des personnes interviewées. Ce chapitre quatre donnera lieu à une appréciation critique interne et externe des chapitres précédents avec les points-clefs relevés. C'est le lieu pour mettre en exergue les points forts et souligner ce qui reste à réaliser et à améliorer dans la lutte au niveau des institutions (l'Etat et les Eglises), des ONG/associations et de la population en général. Quels liens pouvons-nous dégager entre ces deux séries d'enquêtes et en quoi contribuent-elles à notre réflexion éthique et théologique ? Nous essaierons de répondre à ces questions en trois points.

1.4.1. LES ENQUETES QUANTITATIVES

Les enquêtes quantitatives au sein de la population ont porté sur 200 personnes réparties en quatre niveaux : les caractéristiques socio-démographiques, la connaissance générale du sida, les attitudes et croyances, enfin la perception et la responsabilité. Elles sont extensives et analysent un grand nombre d'informations ainsi que la corrélation entre elles. Ce qui permettra de bien discerner les problèmes qui se posent au sein de la population et surtout pour la prévention et la prise en charge des malades.
Le questionnaire envoyé au sein de la population avait pour objectif de :

- Cerner l'ampleur de la maladie, fournir des données actualisées et localiser les lieux à risque.

- Déterminer l'évolution de la prévalence depuis 1981, date de la découverte de la pandémie ainsi que le profil socio-démographique de la population et des personnes infectées.
- Evaluer la connaissance que la population a du sida.
- Evaluer la portée des actions de sensibilisation et d'accompagnements menés au sein de la population puis déterminer les facteurs explicatifs de la persistance du sida au Togo.

1.4.1.1. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

L'enquête a concerné des hommes et des femmes de toutes les professions. Les principales tranches d'âge vont de 18 à 55 ans en tenant compte des lieux de résidence. Environ 6% des femmes et des filles de moins de 50 ans, interrogées sur l'ensemble du territoire, sont séropositives. Les régions de Kara, Centrale et Maritime sont marquées par une grande prévalence par rapport aux autres régions. Les analyses selon les tranches d'âge révèlent une tendance à la baisse du sida. Les femmes du milieu rural (10%) sont plus touchées que celles du milieu urbain. Les données sur le statut matrimonial indiquent que les mariés, les célibataires et les jeunes constituent les populations les plus importantes parmi les personnes interrogées. Le sida persiste au sein de la population avec des divergences en fonction de plusieurs facteurs. Les mobiles socio-démographiques influencent l'évaluation de la lutte contre le sida en fonction de l'identité de chaque personne.

1.4.1.2. CONNAISSANCE ET COMPORTEMENT SEXUEL

L'instruction joue un rôle très important. Plus le niveau est élevé, plus les connaissances sur le sida sont bonnes. Néanmoins, on remarque qu'il y a un certain nombre de personnes qui manquent d'informations sur la prévention, surtout dans les villages où les structures d'information et de prise en charge font défaut. Près de 80% sont bien informés en ville ; 20% sont encore victimes de préjugés. Une certaine inégalité s'est installée entre les sexes. La grande vulnérabilité et la subordination des femmes vis-à-vis des hommes ne leur permettent pas d'assurer leur prévention.

1.4.1.3. ATTITUDES ET CROYANCES

Les différentes ethnies à travers le pays ont des attitudes, des pratiques et des comportements qui peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé de la reproduction. Citons les mariages précoces, les mariages forcés, le lévirat, le sororat, les mutilations génitales féminines (excision), la polygamie (environ 54% des femmes mariées sont dans une union polygame), la pauvreté et la sorcellerie. Le statut de la femme, au faible poids social et économique, la rend vulnérable et socialement dépendante et par voie de conséquence influence de manière néfaste sa sexualité et sa méthode de prévention. Il existe aussi un déni de la réalité du sida et un relâchement des mœurs du fait de la mutation de la société, de l'influence des médias, de la dislocation de la structure familiale et de la perte de certains repères. La discrimination et la stigmatisation à l'égard des PVVIH ou des OEV du sida se manifestent par des attitudes et des comportements déguisés ou voilés. Cela va de la simple attitude de méfiance ou de dédain à la violence verbale ou au licenciement abusif pour ceux qui travaillent.

1.4.1.4. PERCEPTION ET RESPONSABILITE

Les données sur la perception que les enquêtés ont du sida ne plaident guère en faveur des PVVIH et des orphelins du sida car 40% des répondants entretiennent encore des perceptions erronées de la maladie. Certains lient le sida à une punition de Dieu et d'autres à une vie sexuelle dévoyée. Concernant la discrimination, l'enquête révèle qu'il existe encore de véritables poches de stigmatisation envers les PVVIH et OEV au sein de la population. Il y a une insuffisance d'un cadre juridique et éthique réglementaire et un manque de leadership. Pour finir, l'enquête révèle qu'il y a un effritement de l'éducation parentale, une prise en charge inadaptée des malades par les tradipraticiens ainsi qu'une grande faiblesse de l'engagement politique. L'analyse de ces quatre facteurs nous permet de souligner quelques déterminants qui influencent la persistance du VIH/SIDA au sein de la population togolaise.

1.4.2. LES PRINCIPAUX DETERMINANTS

1.4.2.1. L'IMPACT DE LA PAUVRETE

Les données de l'enquête quantitative montrent l'incidence de la pauvreté qui engendre des comportements à risque. En effet, la pauvreté force de nombreuses personnes, notamment les jeunes femmes tributaires des hommes sur beaucoup de plans (économique, financier, social et culturel) adoptent des comportements à risque comme la prostitution comme activité professionnelle. C'est le moyen choisi délibérément par certaines jeunes femmes (15 et 35 ans) pour augmenter leur pouvoir d'achat ou acquérir une meilleure position sociale. Les personnes non infectées considèrent le sida comme une maladie honteuse parce que liée au sexe. La prise en charge médicale change la perception d'une personne séropositive. Les données sur la perception ne plaident guère en faveur de la bonne cause des PVVIH et des orphelins du sida dont les familles avaient déjà des moyens limités pour leur prise en charge normale.

La pauvreté engendre beaucoup de dépenses au sein de familles déjà pauvres. La gravité du sida se définit non seulement dans son aspect fatal mais aussi et surtout par son caractère actuellement incurable. Ainsi la précarité dans laquelle vit la population est source de nombreuses difficultés d'accès aux soins. La pauvreté des femmes et l'inégalité économique entre les hommes et les femmes constituent des facteurs importants qui aggravent la pandémie du SIDA. Des problèmes de malnutrition contraignent certains enfants à un travail inadapté à leur âge ou aux voyages dans les pays limitrophes comme le Nigéria, le Benin et la Côte d'Ivoire. C'est ce que soulignait lors de nos enquêtes AFANOU Kangni dans son article sur le sida au Togo :

« Elles sont scolarisées, déscolarisées ou parfois non scolarisées, elles exercent ou non une activité parallèle. Le taux de prévalence du VIH /SIDA parmi les femmes à partenaires multiples est très élevé : 40% à 50% selon les pays. De plus en plus, la pratique de la prostitution présente des risques étroitement liés à son fondement même, à savoir le multi partenariat. Il y a un lien évident entre les problèmes d'emploi et donc la situation économique et le fléau du sida. Toute réflexion visant à améliorer les situations de l'emploi aura indéniablement des effets

positifs sur la situation du sida. La situation de pauvreté prédispose ainsi à la propagation du sida[98]».

Voici, à titre d'illustration, ce que peut être la détresse sociale d'une personne gravement malade, d'une personne atteinte du sida. Il s'agit de propos recueillis auprès d'une jeune femme gardée chez un guérisseur:

« Je suis mariée, mère de deux garçons. Avec mon mari, on était au Nigeria. J'avais beaucoup d'argent et aidais tout le monde. Depuis que je suis tombée malade, mon argent est fini. Tout mon argent est fini, plus rien ne marche. J'ai été informée de ma maladie il y a quelques jours alors que je suis avec ma maman. Depuis que mon mari a appris que je suis porteuse du VIH et que je vais mourir bientôt, il ne vient plus me voir. Tout le monde s'éloigne de moi. Tout le monde me fuit maintenant sauf ma mère qui n'a plus les moyens pour assurer le traitement. Si seulement Dieu pouvait me pardonner les fautes commises et me guérir… ». Le vécu psychologique de la personne atteinte du VIH est bien une situation de peur et surtout de détresse sociale.

1.4.2.2. L'INFLUENCE DE LA SORCELLERIE

Une autre représentation sociale et culturelle joue un rôle prépondérant, celle du lien entre sida et sorcellerie. Nous avons constaté une multiplicité et une simultanéité récurrente des approches complémentaires des soins. Au moment de l'entrée dans la maladie, les gens font appel à plusieurs systèmes de santé. Une personne malade peut aller demander des soins et conseils auprès d'un ou plusieurs tradipraticiens et devins sans se référer ni à sa famille ni au centre de santé. Soulignons au passage que ce n'est pas pour autant que la valeur thérapeutique des médications traditionnelles est niée. Mais peu d'évaluations scientifiques sont en fait disponibles, hormis les expériences empiriques des praticiens, depuis des générations. C'est ce qu'exprime PISSANG Gilbert : « A ce sujet le corps médical reste indécis quant aux possibles interférences avec les traitements. Il faut quand même avouer que beaucoup de patients utilisent des traitements divers pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, culturels, sociaux et

[98] . AFANOU Kangni André, *Le sida une réalité effarante au Togo* , *L'emploi des jeunes, un moyen pour combattre le sida* ; sur le site :http://www.ynternet.org/archives/cooperationtogo.net/andre/le-sida-une-realite-effarente-au-togo.html consulté le 24 janvier 2012.

spirituels. Ils vont ainsi voir ailleurs avant de recourir à nous, pour certains, au dernier moment quand c'est trop tard [99] ».

En milieu traditionnel Tem, Kabyè et Naouda, les causes naturelles de la maladie et de la mort sont rarement reconnues comme telles. La maladie est rarement perçue comme causée par la nature mais bien comme un désordre dans les relations entre les vivants et les morts (ancêtres et esprits) ou entre les vivants entre eux(sorcellerie et empoisonnement).

« Un grand nombre de personnes sous traitement ARV a tendance à interrompre le traitement afin de mettre en œuvre des rituels indispensables pour apaiser les ancêtres insatisfaits ou obtenir leur soutien et assurer ainsi l'efficacité du traitement biomédical. Il peut aussi autant s'agir de traitements traditionnels contre des présumées attaques en sorcellerie[100] ».

Face à la maladie, il faut donc faire deux choses : aller à l'hôpital pour combattre les microbes et rechercher au village le sorcier ou la sorcière qui les a envoyés. La sorcellerie devient un système de défense qui permet de faire face au malheur inexpliqué. C'est un système cohérent donnant une réponse à une question que beaucoup se posent sous toutes les latitudes : d'où viennent la maladie, le malheur, le mal ? La sorcellerie est perçue comme étant la cause principale des malheurs et indique aussi les moyens de se défendre. La croyance à l'effet maléfique des pouvoirs occultes a ainsi une grande influence sur la santé. Une personne malade, quelquefois, au lieu de se soigner, va faire des libations en disant que sa maladie est due au fait qu'à la mort de son père, elle n'avait pas fait toutes les cérémonies que ce dernier avait réclamées. Dans la tradition Naouda qui est la nôtre, une personne ne meurt pas, mais devient un ancêtre que nous appelons volontiers « un mort vivant ». La famille est ainsi composée de deux parties : ceux qui vivent sur la terre et le groupe des ancêtres qui l'ont quittée. Ces derniers vivent ensemble et jouent un rôle important dans l'existence des vivants. Par exemple, une personne malade peut trouver que ses médicaments n'ont pas d'effets. Elle va consulter un devin qui lui demandera d'interrompre tout traitement et de retourner dans son village natal pour apaiser l'esprit de ses ancêtres en colère par des sacrifices d'expiation incontournables et obligatoires sans quoi on s'expose à vivre dans la peur.

---

[99].Témoignage de PISSANG Gilbert, assistant d'Etat retraité à Sokodé.

[100]. Témoignage d'AGOSSOU Abraham, Directeur Régional de la Santé à Sokodé.

1.4.2.3. LE SILENCE CONSIDEREECOMME UN SUJET TABOUPAR RAPPORT A LA SEXUALITE.

La question de la sexualité d'une manière générale n'est jamais abordée, et pourtant elle est pratiquée même en bas âge.

Toutes les pratiques comme les mutilations et scarifications sont aujourd'hui reconnues à haut risque. Or, elles sont nées dans un environnement et une époque où elles répondaient à un besoin. En somme, elles étaient adaptées et remplissaient des fonctions sociales importantes dans le temps passé. Par exemple, les mutilations génitales visaient à assurer la fidélité de la femme et les scarifications à pouvoir reconnaître l'ethnie des gens. Il est donc clair qu'on ne saurait les éradiquer systématiquement et brusquement. Il s'agira de rechercher des alternatives pour les contourner et envisager des campagnes de sensibilisation. C'est ce que nous analyserons en dernière position dans notre perspective pastorale.

Il existe des valeurs culturelles qui mettent la femme à un niveau social inférieur à celui de l'homme. De fait, on lui nie tout droit à l'égalité et quelles que soient ses appréhensions probables, elle est tenue de se soumettre à son mari. Le témoignage d'une femme malade, mérite attention « Mon mari est mort du sida il y a quelques années après d'atroces souffrances… ses parents ne lui ont pas allégé la souffrance. Mis en quarantaine, en butte contre sa sœur, les hurlements de sa mère, les complots de sa famille contre moi, il n'en pouvait plus. II est mort plus de soucis que du sida[101]».Aujourd'hui encore elle est exposée et d'une façon alarmante à la maladie.

En certains endroits, le poids des cultures traditionnelles avilit et rend les femmes plus vulnérables. Les mariages précoces et la pratique des tatouages ne sont d'ailleurs pas en reste. Pour terminer, rappelons que la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Togo sont de sexe féminin.

Au terme de notre analyse des enquêtes quantitatives, plusieurs thèmes se dégagent liés au contexte et aux résultats que nous venons de présenter. Nous constatons que ni le sida ni celui qui en est porteur ne sont pris en considération. Les expressions, les mots comme les métaphores utilisées par la population pour les désigner laissent percevoir des phénomènes de catégorisation, de stigmatisation, de discrimination liés aux représentations sociales et culturelles. Cela nous

[101]. Témoignage d'une dame qui a été suivie par l'association avant et après la mort de son mari.

amène à nous interroger sur l'agir des uns et des autres face aux conséquences engendrées par le sida. Comment faire évoluer les mentalités en vue d'un changement de comportement individuel vis-à-vis de la personne infectée ? La population enquêtée a une perception variée face à la maladie mais l'appréhension générale est qu'il s'agit d'une maladie grave. On retiendra surtout la complexité des représentations autour de la maladie. Les recommandations préconisées par les campagnes de sensibilisation sont loin d'être la solution la plus efficace. Reconnaître la réalité de cette nouvelle maladie et admettre qu'il faut changer de comportement en fonction des modes de transmission reste un impératif.

1.4.2.4. LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

Au fil de nos enquêtes nous avons déploré également différentes attitudes portant sur la stigmatisation et la discrimination après l'infection par le virus du sida. Ce sont des caractéristiques négatives qui poussent à séparer certains individus liés à leur état de santé, tout en privilégiant d'autres dits « normaux ». C'est une imposition de ceux qui sont en bonne santé par rapport aux autres, ce qui est une forme de discrimination. Nous avons constaté des formes de stigmatisations personnelles et systématiques en plusieurs situations.

Ceux qui sont infectés ou affectés souffrent de discrimination à la suite de leur condition médicale, de leur association ou exclusion d'avec les autres personnes de leur entourage. Les différentes désignations sociales négatives sont humiliantes. Il suffit pour certains patients de constater que d'autres parlent ou rient. Ils en concluent que c'est d'eux qu'il s'agit, alors que ce n'est pas forcément le cas.

S'il est possible aux malades de vivre avec le virus, ils supportent difficilement la stigmatisation et la discrimination qui les poussent à l'isolement. Les accusations à l'endroit des PVS empêchent les familles de bien les accueillir et les obligent à se cacher. En se retirant en campagne ou en un endroit autre que son milieu ordinaire de vie, le patient se prive de la proximité des structures de soins.

Lors de nos enquêtes au Nord du pays, au sein de l'association « Vivre dans l'espérance », Marie Stella nous a cité le cas d'une fille violée et tombée enceinte, et dont l'accouchement dans un centre de santé ne réunissait pas les conditions requises. La sage-femme, sachant son état, n'a pas voulu l'assister lors de son accouchement, et les agents de permanence ce jour là avaient également négligé cette fille qui est décédée de ses souffrances avant l'accouchement, tout comme son enfant. Voilà un exemple criant de discrimination qui mérite l'attention de l'état qui doit rester vigilant dans l'accompagnement des personnes infectées. Dans

l'opinion générale, le sida rejoint la liste des maladies de la honte déjà signalés par SAMBIANI Ankarla : « Dans beaucoup de nos villages, certaines maladies sont traditionnellement considérées comme honteuses et impures ; la lèpre étant un exemple typique. La famille a tendance à cacher le fait que quelqu'un qui lui est cher a contracté une telle maladie et souvent jusqu'au point de renier cette personne[102]».

Les conséquences liées au sida mènent les personnes infectées à nier son impact sur leur vie et à ignorer la nécessité de changer leur comportement. Nous connaissons des personnes qui ont essayé de se suicider avant de décéder des suites de la maladie. Elles souffrent davantage de la honte que de la maladie. Pour elles, la mort est préférable à une longue période de rejet social. Nous reprenons ici quelques exemples qui illustrent les souffrances des porteurs de la maladie.

À Sokodé, Evalou[103] qui vit avec ses quatre épouses est devenu malade et fiévreux, toussant et perdant du poids. Il est allé à l'hôpital avec sa plus jeune épouse. Les tests ont prouvé qu'il était tuberculeux et séropositif. Il a reçu un accompagnement au sujet de sa séropositivité et a été encouragé à le dire à ses autres épouses. Non seulement il n'en a rien fait mais il a continué à avoir des rapports sexuels avec elles.

Toujours à Sokodé un séropositif dit à son groupe de soutien : « Les infirmières font des discriminations et il n'y a aucun respect pour les patients séropositifs. Pour elles, si quelqu'un est séropositif, ce n'est plus un être humain». Il continue en expliquant pourquoi il ne veut pas parler publiquement de son statut, en disant qu'il serait expulsé de sa maison louée, et empêché de se déplacer avec les transports en commun ou d'autres activités de la vie ordinaire.

La stigmatisation et la discrimination ont pour conséquence une distinction nuisible et destructive. C'est ce qu'exprime le témoignage du coordinateur Etienne MANGA :

« Une fois que les gens ont été séparés de ce que nous considérons familier et acceptable, nous nous donnons alors la permission de les traiter selon un ensemble de différentes règles qui signifie invariablement, mal, cruauté et comportement inhumain. Nous disons qu'ils récoltent ce qu'ils ont cherché alors qu'en réalité ils nous servent d'écran pour des craintes et des problèmes

---

[102]. Témoignage Ankarla SAMBIANI, Agent d'animation communautaire au sein de l'association Vivre dans l'espérance à Dapaong.

[103]. Ce nom Evalou a été changé pour éviter de reconnaître la personne qui a donné le témoignage, son vrai nom étant sous anonymat.

non résolus. La stigmatisation se rapporte aux caractéristiques négativement perçues qui mettent certains individus ou groupes en dehors de l'ordre social normal[104] ».

Certains imposent la stigmatisation à d'autres et établissent une discrimination contre eux; ces derniers à leur tour acceptent la stigmatisation pour eux-mêmes, et se comportent en conséquence. Face à cette attitude tout le monde ne reste pas les bras croisés. C'est ce qui explique la déclaration des évêques d'Afrique en s'engageant à « travailler sans répit pour faire disparaître les discriminations et les stigmatisations et contester les normes sociales, religieuses, culturelles et politiques ainsi que les pratiques qui perpétuent ces discriminations et ces stigmatisations[105]. Il n'est pas facile d'identifier ces normes et pratiques destructives, de distinguer ce qui est authentiquement traditionnel de ce qui est abusif de la dignité humaine, de changer les éléments qui stigmatisent, sans détruire inutilement la culture traditionnelle.

Les rites d'initiation et l'héritage des veuves (le lévirat et le sororat) en seraient deux exemples. Les Evêques d'Afrique invitent tous les chrétiens et les personnes de bonne volonté à respecter la pleine dignité et l'égalité des droits de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA en ces termes :

> *Nous réclamons également une action positive et des politiques libératrices des gouvernements dans leur manière de faire face aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Nous appelons les fidèles catholiques à donner de brillants exemples par leur respect de la dignité humaine et par la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA*[106].

La majorité des malades subit la stigmatisation et la discrimination de leur environnement social alors que c'est le moment où ils s'attendent le plus à un soutien. Les valeurs culturelles qui sous-tendent ces comportements ont besoin d'être transformées. Du point de vue du malade, il doit se battre pour échapper à la maladie et à un système social qui le déprécie. Il a besoin de se ressourcer en faisant appel à ses convictions profondes. Le combat s'engage mieux, comme nous le verrons dans la suite, grâce à une stratégie pastorale fiable.

Ce sont-là quelques exemples de la souffrance, de l'isolement et du sentiment de rejet que subissent au quotidien les personnes vivant avec le VIH. La discrimination est une violation des

---

[104]. Témoignage du coordinateur de l'association « Espoir Vie Togo » à Sokodé.

[105]. Symposium des Conférences épiscopales d'Afrique et de Madagascar(SCEAM) « L'Eglise en Afrique face à la pandémie du VIH /SIDA », 2003, plan d'action, III, 2.

[106]. Association des Conférences Episcopales de L'Afrique et de Madagascar, appelé à être un bon Samaritain, 2005, n°5.

droits de l'homme et empêche son épanouissement.[107]C'est sûrement ce que GOFFMANN résume en ces termes :

> *Nous pouvons maintenant formuler ce qui caractérise essentiellement la situation de l'individu stigmatisé dans la vie. Il s'agit de ce que l'on nomme souvent, quoique vaguement, « l'acceptation ». Il se passe que ceux qui sont en rapport avec lui manquent à lui accorder le respect et la considération que les aspects non contaminés de son identité sociale les avaient conduits à prévoir pour lui-même ; et il fait écho à ce refus en admettant que certains de ses attributs le justifient.*[108]

Ne faudrait-il pas éviter aussi des questions comme « où et comment avez-vous contracté le virus », mais plutôt demander « que pouvons-nous faire pour vous aider » ? Si l'Église défend la fausse notion selon laquelle le sida est une expression de la colère de Dieu, elle favorise ainsi la discrimination contre ceux qui souffrent. Il se pose ainsi un problème d'accueil et d'intégration des autres, et surtout un manque du souci des autres et de compassion. Les manifestations de stigmatisations se résument ainsi par le refus d'accueil, l'éloignement des personnes infectées et affectées, leur rejet et exclusion. La honte et la gêne constituent des indicateurs dans la vie quotidienne.

1.4.3. LES ENQUETES QUALITATIVES

Les enquêtes qualitatives sont intensives et concernent 50 entretiens. Il s'agit d'une analyse d'un petit nombre d'informations complexes et détaillées afin de mieux comprendre, d'expliquer et de compléter le volet quantitatif. Les entretiens individuels et approfondis ont été organisés et visaient quatre cibles : l'État, l'Église, les ONG/associations puis la population.

Que pouvons nous retenir des ces différents entretiens qui nous ont permis de mesurer le niveau de concrétisation des objectifs visés ? Certainement des aspects à encourager et une réflexion à mener sur les faiblesses.

---

[107]. Le rapport « Inégalités et discrimination multiple dans l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins » est disponible à : insert web link when available. Une vue d'ensemble des activités de la FRA portant sur la discrimination multiple et la fiche technique du projet sont disponible à l'adresse : http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare

[108]. GOFFMAN Erving ; « *Stigmate ; les usages sociaux des handicaps ; le sens commun* » Les éditions de minuit, Paris, 1975, p.19.

1.4.3.1. L'ÉTAT

Depuis 1987, le gouvernement a pris la résolution de faire face à cette nouvelle pandémie en mettant en place un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer un cadre stratégique national. A travers ses différents départements et services ministériels, il a mené plusieurs actions. Concernant les stratégies, il est à noter qu'en dehors des actions du gouvernement soutenues par le Fonds mondial, l'UNICEF, l'OMS, d'autres institutions internationales à l'instar de PLAN-TOGO, Care International ont mené des campagnes de sensibilisation contre le sida. On remarque un engagement et une détermination de l'Etat mais la gestion ne suit pas. En dépit des efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires, la couverture en infrastructures demeure globalement insuffisante, caractérisée par le manque de ressources financières et surtout humaines qualifiées. L'Etat a mis en place plusieurs cadres institutionnels et stratégiques de lutte contre le sida en plusieurs étapes. C'est ce qu'exprime AMOUSSOU[109] lors de nos entretiens :

Nous voulons mettre en œuvre un cadre organisationnel et institutionnel de suivi et d'évaluation de tout ce qui se fait sur le plan national. Pour cela, il y aura deux structures :

1- *Un organe de coordination qui aura pour mission de définir les orientations politiques et de mobiliser les ressources internes et externes, d'évaluer l'efficacité de l'action engagée dans la lutte contre le sida puis d'approuver les budgets et programmes annuels d'action.*
2- *Un secrétariat permanent qui coordonnera la mise en œuvre de la politique nationale en cette matière de lutte contre le sida et exécutera les décisions Ses attributions seront les suivantes :*
    - *susciter l'implication effective des différents secteurs*
    - *gérer et mobiliser les ressources pour appuyer la réponse nationale à l'épidémie*
    - *assurer la coordination des ressources financières privées, et celles de l'Etat affectées à la lutte contre le VIH*
    - *représenter le CNLS-IST aux assises internationales relatives au VIH, au sida et aux IST*

[109]. AMOUSSOU Damien, cf. Annexe p. 367.

- *organiser des réunions périodiques de suivi avec tous les partenaires de développement.*

Pourtant l'engagement politique reste faible. Le Togo a adopté en 1999 une constitution destinée à expérimenter la démocratie mais cela occasionne une instabilité qui ne favorise ni les investissements ni la transparence dans la gestion des fonds alloués aux malades.

Nous avons plusieurs dossiers en cours qui sont très complexes. Le sida est un problème humain et particulier qui entraîne de très graves conséquences pour la famille et la société conséquences. La problématique prend une tournure compliquée lorsqu'il s'agit d'une maladie secrète, cachée soit volontairement ou involontairement. C'est bien aussi que vous sachiez que depuis le 14 décembre 2005 le Président de la République avait promulgué des lois portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA. Vous devez donc tenir compte de toutes ces lois et pouvoir les mettre en pratique. Dans les dispositions diverses et finales au chapitre VIII article 69, il est dit que sous la supervision du CNLS-IST, les organismes publics et la société civile chargée de la défense des droits de l'homme doivent intégrer dans leurs programmes d'action des activités relatives à la protection des personnes en matière de VIH/SIDA et IST. Il y a d'autres dispositions pénales importantes que vous devez intégrer lors de vos différentes sensibilisations. A la question de savoir ce que l'Etat attendait de l'Eglise, il a répondu ainsi : « Nous sommes tous appelés à faire preuve d'ouverture et d'engagement chacun selon sa mission. Tout ceci dans la nécessaire collaboration avec toutes les instances sociales impliquées.

La présence du virus du sida peut en effet conditionner le choix matrimonial déjà aux stades des fiançailles et mettre en question l'avenir du couple à travers le projet de la procréation et l'unité conjugale. Il conviendrait de cerner tous les enjeux du sida avec la nécessaire objectivité, en tenant compte de la nature de l'institution du mariage et de son statut éthique quel que soit le choix du couple le jour de leur mariage (polygamie ou monogamie). Pensez-y et appliquez ce que dit le code de droit canon. J'ai en mémoire ce que j'avais retenu une fois de l'entretien d'un prêtre lors d'un colloque. Je pense qu'il avait cité le Pape Pie XI dans sa lettre encyclique sur le mariage Casti Connubi : « Le jeunes gens qui se destinent au mariage devront réfléchir mûrement avant de choisir la personne avec laquelle ils devront ensuite passer toute leur existence » Pensez à l'obligation du test du sida avant le mariage car nous avons une fois encore, je le répète, des dossiers très délicats que je ne peux pas révéler dans le cadre de cet entretien.

Beaucoup d'efforts consentis par l'Etat togolais nous encouragent et ont soulagé puis augmenté la durée de vie de nos malades. Si certains, en l'occurrence l'Eglise catholique, se sont

montrés réticents en ce qui concerne les campagnes pour la promotion de l'emploi des préservatifs, ils continuent à exercer une grande influence dans la prise en charge des malades. Je suis conscient que les Eglises possèdent une grande crédibilité en particulier parmi les classes pauvres et marginalisées. C'est ce que beaucoup de communautés religieuses font dans leur centre de santé en soignant les malades avec beaucoup de délicatesse et compétences. Il y a même deux communautés qui font la prise en charge nutritionnelle avec l'initiation de la fabrication de la farine enrichie fortement en vitamines ».

1.4.3.2. L'ÉGLISE

L'Eglise dispose de plusieurs types d'infrastructures socio-sanitaires de lutte contre le VIH/SIDA. Parmi les réponses développées par l'Église, les plus importantes sont la prévention (campagnes de sensibilisation, conseils, dépistage) et la prise en charge(le soutien spirituel, l'assistance aux malades et aux orphelins, la collaboration avec les services de santé et l'action sociale, le traitement des maladies opportunistes). En outre, des actions spécifiques sont développées au profit des PVVIH et OEV telles que les visites à domicile, des projections de films et des orientations spécialisées. L'Eglise, fidèle à sa mission d'éducatrice fait preuve d'une grande compassion en prenant en charge les malades dans sa pastorale de différentes manières. Jugée moyenne, la visibilité de ses actions souffre d'une trop grande discrétion, d'une non-médiatisation de ses activités, du caractère disparate de ses activités insuffisamment coordonnées. L'Eglise a également pris conscience de son attitude moralisatrice qui met à l'index, accuse et culpabilise en s'érigeant quelquefois en juge. Elle utilise ses propres structures médico-sanitaires et associatives pour les mettre au service de la lutte contre le sida. Il s'agit principalement d'associations chrétiennes, de structures d'accueil de PVVIH et des OEV, et de centres de santé. Ces structures sont régulièrement fréquentées et appréciées de la population pour la qualité des services rendus. L'enquête fait ressortir des prestations encore insuffisantes et une accessibilité limitée aux prestations et aux produits. Il en va de même pour la disponibilité des ARV insuffisantes pour couvrir les besoins de l'ensemble des personnes atteintes.

L'invitation à l'abstinence avant le mariage et la fidélité prennent le pas sur la distribution des préservatifs comme le font beaucoup d'associations lors des campagnes de sensibilisation. Au niveau de l'enseignement catholique, des dispositions aussi sont prises. C'est ce qu'explique NABOUD Justin-Magloire : « Nous avons eu des formations avec les enseignants de tous les degrés pour qu'ils soient sensibilisés sur la question. Ils ont également à leur

disposition de la documentation fournie par la Croix Rouge et le Ministère de la Santé. Notre association « Ensemble Pour la Vie » avait également formé des pairs éducateurs qui font les sensibilisations. Récemment l'inspection du deuxième degré a organisé une session des enseignants de toutes les disciplines afin que chaque enseignant puisse en parler lors des cours. J'estime donc qu'en matière de connaissance le message est passé et que les enseignants et élèves savent ce que c'est que le VIH/SIDA, ses moyens de transmission et les voies de non-transmission et autres informations utiles sur le sida[110]».

L'Eglise dispose pourtant d'un réseau de partenaires au niveau national avec les diocèses et international avec l'OCDI qui mène des projets avec le Secours catholique et d'autres organisations de financement à long terme en vue d'une prise en charge globale.

1.4.3.3. LES ONG/ASSOCIATIONS

Elles apportent également leur contribution à la lutte contre le sida à travers les types d'action sur le terrain : plaidoyers et mobilisation des ressources pour des programmes de sensibilisation, d'information et de prise en charge au niveau communautaire avec un suivi et un accompagnement. Elles collaborent avec les chefs traditionnels qui sont les gardiens des us et coutumes hérités des ancêtres. Les ONG/associations contribuent à mettre en place un système d'appropriation de la prise en charge médicale des PVVIH. Elles réduisent également la vulnérabilité, le taux de morbidité et de mortalité des PVVIH par l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments pour les infections opportunistes (IO) et les ARV. Les associations mènent une campagne de sensibilisation contre un certain nombre de comportements et de pratiques à risque au nombre desquels on retient le multi-partenariat sexuel, les rapports sexuels non protégés, la sexualité précoce des jeunes, pratiques qui entraînent l'augmentation de la séroprévalence notamment chez les jeunes filles.

Etre infecté constitue une expérience particulière qui nécessite un soutien prôné par les associations. Selon les personnes interrogées, le sida est une maladie qui a des répercussions sur l'extérieur du corps. C'est ainsi que des expressions comme « la maladie de la maigreur » ou « les gens des manches longues » sont utilisées pour désigner le sida et son porteur. C'est donc

[110]. Entretien avec NABOUD Justin Magloire, directeur de l'enseignement catholique diocésain, Cf. Annexe n°2 p. 377.

une maladie visible extérieurement. La séropositivité touche des aspects fondamentaux de l'identité individuelle que sont la sexualité et l'aspect physique. Les associations aident leurs adhérents à prendre conscience qu'ils ont quelque chose en commun au-delà des différences et de leur histoire. Par des actions de proximité comme des séances d'IEC/CCC, la mise en place des groupements de femmes, l'octroi de crédit pour les AGR Activités Génératrices de Revenus, le suivi …, plusieurs associations et ONG ont également contribué à sensibiliser les populations des régions les plus touchées par les mutilations génitales féminines. Ils agissent sur des organisations à base communautaire. Il y a une amélioration du taux de fréquentation des centres de santé, du renforcement d'un suivi, du changement de comportement, du caractère disparate des activités. Les ONG/associations ont plusieurs partenaires, des bailleurs de fonds qui appuient leurs activités. A Dapaong, au sein de l'association « Vivre dans l'Espérance », une dizaine de personnes œuvrent dans la prise en charge des malades. Lors de nos entretiens, à la question de savoir les attentes, BAKOMA a répondu ainsi:

« D'abord, que les familles s'impliquent dans le suivi de leur membre atteint ce qui amoindrit nos différentes charges.

Ensuite le nerf de la guerre, c'est l'argent. « Nous avons des bénévoles qui font des tournées pour visiter les malades à domicile, il faut qu'ils soient payés sinon nous ne pourrons rien faire tout seuls malgré notre bonne volonté. Cette contrainte budgétaire doit être consentie à tous les niveaux. C'est le lieu de féliciter le fonds mondial, l'ambassade de France au Togo et le PSI qui nous soutiennent depuis des années sans oublier bien sûr le gouvernement togolais. Nous attendons des colloques sur le sida une mobilisation forte, des politiques plus précises, un élargissement de l'accès aux traitements actuels et la poursuite des recherches sur le VIH[111] ».

1.4.3.4. LA POPULATION

L'acceptation de la personne séropositive n'est pas toujours aisée au sein de la société. Dans les associations, les personnes séropositives souffrent des représentations et du regard de l'entourage sur eux. La population joue ainsi un rôle dans la construction de l'identité du malade. Le Togo est très vulnérable à l'épidémie en raison de son faible niveau de développement. La précarité et la pauvreté d'un grand nombre de ses habitants accroît la problématique du sida dans

[111]. Entretien avec BAKOMA Lucien, employé de l'association « Vivre dans l'Espérance » chargé de la mobilisation communautaire.

le pays, entraînant une réduction de leurs revenus déjà faibles. Les groupes prioritaires qui doivent faire l'objet d'une attention particulière sont les jeunes scolarisés et non scolarisés, les femmes et surtout les jeunes filles, les enfants, les PVVIH, les routiers, les militaires et les vendeuses ambulantes. Malgré la solidarité communautaire agissante, les ménages notamment pauvres, se trouvent durement affectés par les dépenses médicales et funéraires.

La maladie est aussi interprétée comme une sanction ou le résultat d'un mauvais comportement du porteur. Il y a un changement de comportement, un renforcement de l'ouverture d'esprit. Il s'agit d'une population principalement rurale inégalement repartie sur le territoire. Le nord étant moins peuplé que le sud où il y a plus de terres cultivables et plus rentables, on assiste à une progression du déplacement de la population. La recherche d'une vie meilleure avec tous ses risques entraîne le même phénomène migratoire vers les pays frontaliers comme le Nigéria, le Ghana et le Burkina Faso. Cela peut engendrer des comportements sexuels qui favorisent la propagation du sida.

Les données qualitatives viennent confirmer les résultats quantitatifs obtenus et complètent d'autres déterminants. L'enquête révèle la difficulté due au manque de moyens financiers des patients qui quittent le dispositif institutionnel pour une pratique autonome. Au-delà de la maladie, ce sont aussi les conditions sociales des patients qui expliquent leurs rapports avec les acteurs dont ils dépendent. Les résultats des enquêtes réalisées indiquent la mobilisation et les efforts menés par les différentes sphères en faveur de la sensibilisation et de la prise en charge. Ils révèlent également l'insuffisance des moyens financiers pour un travail efficace.

A la lumière de ces résultats, il apparaît indispensable de continuer les recherches afin de trouver un vrai remède efficace et surtout de redéfinir les stratégies. Cette nouvelle perspective issue des enquêtes permettra d'analyser les stratégies des acteurs et les opinions des garants des us et coutumes que sont les chefs traditionnels, les religieux, les leaders d'opinion et des victimes.

Ces enquêtes ont permis de faire la lumière sur l'état actuel du sida au Togo. Elles permettent de cerner l'ampleur de la maladie et de mesurer la connaissance de la population. Malgré les efforts accomplis, le VIH/SIDA persiste au Togo. A la lumière de ces résultats, il est donc impérieux et judicieux de poursuivre les différentes stratégies en cours, comme la sensibilisation, la prévention et la prise en charge médicale dans l'accompagnement. Cela permet une évaluation et une exploration de l'impact du poids des pesanteurs socio-culturelles. Avec une prévalence de 3,2% dans la population générale, le Togo a toujours une épidémie de type généralisé et le sida reste un problème majeur de santé publique et de développement dans le pays. Dans l'ensemble, chaque sphère prend ses responsabilités pour lutter efficacement contre

le sida. Les résultats montrent également une nette tendance à la baisse par rapport aux indicateurs avant l'arrivée des ARV. L'analyse des données qualitatives révèle que les sphères sont conscientes de leur rôle. L'Etat sait qu'il peut compter sur les autres acteurs, mais encore faut-il que les moyens permettent d'atteindre leurs objectifs. Cependant, le cadre mis en place souffre d'une coordination insuffisante des actions et du manque d'application des textes sanctionnant certaines pratiques. Notons toutefois la forte mobilisation de tous, dans leurs engagements. Il y a des promesses qui ne sont pas tenues et surtout une mauvaise gestion des fonds alloués aux malades. Il va falloir élargir l'éventail de la prise en charge des PVVIH d'une part et d'autre part de pérenniser les efforts dans le temps. C'est pourquoi il devient incontournable de faire du sida « une Urgence Nationale » en mobilisant suffisamment de moyens pour la prise en charge des personnes infectées et affectées. Les efforts déployés sont à encourager en dépit des insuffisances constatées, de la faiblesse du cadre institutionnel et juridique et de l'absence de coordination et de partenariat étroit entre les institutions et acteurs sur le terrain. Mais comment arriver à travailler en convergence malgré la diversité des stratégies ? C'est là que l'idée d'une mutualisation entre les acteurs, suivie de recommandations, constituerait une approche de solution dans la lutte.

1.4.4. EVALUATION DES DIFFERENTES STRATEGIES

1.4.4.1. LES POINTS FORTS DES DIFFERENTES STRATEGIES

Avec ce dernier point nous tentons de faire une évaluation d'ensemble des stratégies menées par l'Etat, l'Eglise et les ONG/associations.

1.4.4.1.1. Une mobilisation commune pour la lutte contre le sida

Le comportement des acteurs engagés dans la lutte contre la pandémie du sida nous permet de saisir les raisons de leurs engagements. S'ils connaissent des motivations diverses, il reste évident, et nos enquêtes le montrent, qu'un dénominateur commun les unit : le droit à l'accès aux soins qui fait partie des droits de l'homme. Une mobilisation humaine se manifeste par la solidarité, c'est-à-dire l'unité entre les hommes dans la reconnaissance d'une même

origine, d'une même finalité et d'un devoir de réalisation de la santé perçue comme un bien commun. Le droit à la santé et au bien- être signifie ipso facto l'existence d'une alliance naturelle entre les humains, c'est-à-dire une alliance comprise au nom même de notre humanité. Notons que l'affirmation de ce lien naturel entre les humains a fait l'objet de réflexions interdisciplinaires, notamment en sociologie et en théologie. Celle-ci s'est donné pour tâche d'aborder les différents changements au sein des appartenances communautaires (familiales, claniques, ethniques, etc.) vers des identités davantage orientées par des choix individuels (associations, corporations, partis politiques, syndicats, etc.) ou collectifs.

Nombreuses sont les femmes en difficulté pour des raisons de santé, surtout les veuves qui n'ont plus accès aux biens de leurs époux même si elles ont contribué à les acquérir. Le sens africain de la famille est mis à mal au point que la structure familiale éclate et perd son lien solidaire envers certains membres de la famille frappés par la maladie.

Certaines déviations vont à l'encontre du sens africain de la famille. L'engagement des sphères dans la lutte contre la pandémie du sida, nous fait comprendre que la sociabilité est une structure essentielle à l'homme. Malheureusement, à cause de la pandémie, nous constatons que cette solidarité prend une autre tournure ou se perd carrément.

Au nom de cette sociabilité, les stratégies de lutte contre le sida reposent sur l'information de la population et sur l'appel à des comportements responsables. L'action des sphères s'inscrit dans une posture humanitaire d'autant plus que l'individu n'est pas « naturellement » prioritaire par rapport à la société.

C'est faire preuve d'inhumanité que de renoncer à tout engagement dans le cadre de la lutte contre le sida, parce qu'on engage non seulement sa propre vie, mais également celle des générations futures dans une incertitude totale. L'existence ou l'essence de l'homme dans son intégralité ne doivent pas être mises en jeu. A l'horizon de l'humanité, la lutte contre le sida induit une responsabilité qui porte tout à la fois sur le présent et sur l'avenir lointain. Nous développerons plus loin une éthique de la prévention qui prendra en compte toutes les faiblesses soulevées dans les différentes enquêtes. Nous prendrons aussi en considération les points faibles des cultures et des pratiques comme la vulnérabilité des enfants, les adolescents maltraités, la situation des femmes et le statut sexuel des hommes.

1.4.4.1.2. Vision commune de la souffrance du malade

Il s'agit ici de saisir toute la charge sémantique de la souffrance qui s'impose à notre vie et surtout dans son rapport à la maladie incurable qu'est le sida. Les données de nos enquêtes permettent d'établir les interactions et la relation qui lient la souffrance et la maladie. Cette perception de la souffrance dans son rapport à la maladie fait l'objet d'une expérience cruciale tant pour l'individu que pour la société. Dans la plupart des cultures du Togo, et plus particulièrement chez les Nawedeba[112] ,la maladie a une origine énigmatique. Elle est provoquée par un agent extérieur à la communauté. Le malade consulte d'abord des voyants ou des charlatans pour savoir qui est la cause de sa maladie. C'est ensuite seulement, après ces recherches ou après les tentatives du guérisseur ou d'un charlatan ou sorcier qu'il peut se rendre à l'hôpital s'il l'estime nécessaire ou si son état de santé s'aggrave**.** Le sida faisant partie de cette catégorie de maladies particulières, il donne lieu à des dénominations inhabituelles : « la maladie du siècle », «la défunte », « l'intouchable »,« la sorcière ». Bref, c'est tout le lien social qui est en souffrance alors qu'une des premières réponses à apporter au VIH/SIDA se trouve dans la nature du lien social. Le phénomène sida ne saurait autoriser la sortie du schéma individu-société. C'est cette dimension de « droit à la santé » de la personne qui s'observe au cœur de la douleur engendrée par la maladie. Le sida met les malades dans une situation de souffrance qu'ils comprennent parfois comme la conséquence d'un mauvais sort, d'une omission dans l'observance du code culturel ou d'un tort infligé à autrui consciemment ou non.

Cette conception des choses constitue un frein et rend difficile toute participation volontaire du malade à sa prise en charge médicale. Certains comportements sociaux illicites bafouent la dignité humaine. Il est nécessaire de veiller au respect des principes fondamentaux des droits de l'être humain comme nous le rappelle la théologienne THIEL Marie-Jo :

> *L'appel à la dignité revêt un caractère paradoxal. Les droits de l'homme reconnaissent une dignité inaliénable à toute personne humaine grâce à leur formulation très générale, mais cette force s'avère également être une faiblesse car leur justification raisonnable revient alors à chaque individu et culture appelés à les*

[112]. Les Nawedeba sont une ethnie du nord du Togo marquée par ses pratiques culturelles liées aux ancêtres.

reconnaître. C'est dire que le respect de ces droits de l'homme et leur force éthique tiennent aussi dans la solidité de l'anthropologie qui les étaye[113].

En nous référant à la situation des jeunes filles et femmes violées, nous constatons une entorse à cette loi, car non seulement la personne est déshonorée mais encore, elle est stigmatisée par des clichés sociaux.

Un autre cas relaté également au cours de nos enquêtes est celui des femmes victimes de pratiques culturelles à haut risque dans le contexte de la pandémie. C'est le cas du lévirat et du sororat. Des femmes contactent la maladie : dans le lévirat, comme le veut la coutume, la femme épouse un membre de la famille de son mari défunt et dans le cas du sororat, l'homme marie la sœur de son épouse décédée.

On observe aussi des cas de répudiation. Nous citerons comme exemple l'hébergement d'une femme au centre EPV parce qu'elle avait été dépossédée de tout et manquait de moyens pour se prendre en charge. Elle était répudiée par son mari qui ne voulait rien savoir de son état de santé. La solution pour lui, dès qu'il avait appris que sa femme était séropositive, était qu'elle quitte le plus vite possible la maison. Ces comportements parmi tant d'autres ont obligé l'Etat togolais à prendre des dispositions légales pour protéger les personnes séropositives. Ainsi, pouvons-nous lire dans l'article 45 de la loi n° 2005-012, portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA : « Aucun comportement à risque ne peut être imposé à la femme. La femme a le droit de refuser des rapports sexuels non protégés, même s'agissant d'un couple légalement marié ; des programmes de prévention et de prise en charge en matière de VIH/SIDA doivent être mis en place en faveur des femmes »[114].

Cette disposition est loin d'être observée par les institutions elles-mêmes. La commission nationale Justice et Paix s'efforce, à travers des sensibilisations au plan national, de faire appliquer la loi. La lutte contre la pandémie du sida se heurte parfois à la corruption et à des détournements sous différentes formes. Nombreux sont les présidents ou comptables d'associations de lutte contre le sida en prison ou a en fuite sans laisser de traces.

Pour terminer l'infection au VIH/SIDA peut être aussi imputable à une responsabilité personnelle dans le cas d'une vie déréglée ou par des relations sexuelles non protégées. La souffrance dans cette situation est autant physique que morale. Elle commence dès la

---

[113]. THIEL Marie-Jo. *Au nom de la dignité de l'être humain*. Editions Bayard, Lourai, 2013, p. 30.

[114]. République togolaise, Présidence de la République, loi n° 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA du 14 décembre 2005, chapitre VII : des dispositions diverses et finales, Lomé, 2005, p.22.

reconnaissance des premiers signes sur le corps ou aux résultats d'un dépistage. La personne infectée passe par le déni avant d'accepter la réalité.

Lors de nos enquêtes, les entretiens avec certains agents de santé et certaines familles ont révélé ces attitudes : *« Bondoukou n'a jamais accepté qu'elle était porteuse du virus du sida malgré toutes les infections opportunistes, c'est seulement à la phase terminale qu'elle était convaincue de ce dont elle souffrait ».*

Ce cheminement de reconnaissance prend souvent du temps et complique les relations entre l'individu et son entourage. Certaines personnes infectées se culpabilisent, ont l'impression que leur entourage sait de quoi elles souffrent et du coup se cachent ou renoncent à leur résidence ordinaire.

Selon Pierre GIRE la maladie nous ramène au plus profond de notre être et exprime nos limites :

> *Ce qui importe est que soit signifié, dans l'épreuve du corps subjectif meurtri par la souffrance, la force de la vie, comme une forme d'hommage à l'acte d'être, car il y a là, ainsi qu'Aristote l'a observé dans le politique, « une sorte de beauté », celle de l'audace de l'existant face à son propre néant ! En cherchant ainsi à soutenir la vie, l'éthique a le devoir de se référer à une exigence fondamentale d'universalité subordonnée au principe de la dignité humaine*[115].

La maladie du sida engendre des souffrances physiques et morales que le patient est appelé à surmonter afin de maintenir sa dignité. C'est à ce prix que la lutte contre la souffrance peut être remportée. Le rôle des accompagnants s'avère ici primordial, parce qu'ils doivent remonter le moral du malade et l'aider à se ressourcer pour mieux affronter son épreuve.

1.4.4.1.3. Promotion de la vie

La maladie, bénigne ou insupportable, passagère ou définitive, jalonne la vie de chacun et projette l'être humain dans une épreuve existentielle. Parler de la promotion de la vie est une logique du combat mené contre le sida. Parmi les multiples problèmes qui préoccupent l'Etat togolais, le drame du VIH/SIDA tient une place d'importance à cause de l'urgence de trouver des moyens efficaces pour la prévention et la réduction de l'épidémie. C'est une pandémie qui

---

[115]. GIRE Pierre, L*'éthique à l'épreuve de la vie*, In Revue Esprit et Vie n°228, octobre 2010, p. 14.

franchit toutes les barrières géographiques, culturelles, religieuses, politiques et économiques et rappelle à chacun la condition de son corps vulnérable. Le sida atteint l'homme dans ce qui est la source de la vie : le sang et la sexualité. Il pose ainsi des problèmes essentiels qui vont plus loin que ses causes biologiques, jusqu'au sens même de la vie d'un homme. L'ampleur et la rapidité d'expansion de cette maladie nécessitent des mesures immédiates pour l'éradiquer et sauver la vie.

A cet effet, nous avons mentionné plus haut la qualité de l'engagement de différentes sphères au sein de la population togolaise. Les cultures togolaises incarnent cette valeur de la vie et de sa sauvegarde. Elles voient dans la maladie, et plus particulièrement celle du sida, un mal qui menace la vie elle-même. Non seulement le VIH/SIDA met à l'épreuve la santé de l'homme mais encore ce à quoi il reste le plus attaché à savoir la vie. C'est pourquoi, en définissant l'éthique dans le contexte de l'inculturation, le théologien Yaovi SOEDE écrit :

> *Fondée ontologiquement sur les questions qui, quoi et pourquoi ? L'éthique permet au sujet de se désigner lui-même comme locuteur et comme agent de son action. En tant qu'elle existe, la personne est une vie dans l'histoire, une vie qui se développe de la naissance à la mort. Son propre est de se dire, de dire à travers le langage, son agir pour lui donner un sens, une signification dans l'histoire*[116].

C'est donc une nécessité de combattre les multiples signes annonciateurs qui tendent à introduire des contre-valeurs en face de notre société togolaise tournée vers la vie. Plus qu'un droit, la vie dans la plupart des cultures africaines y compris celle du Togo, revêt un caractère sacré. La valeur sacrée de la vie se perçoit à travers des cérémonies depuis la conception jusque dans l'au-delà. Les cérémonies depuis la conception (protection du fœtus) jusqu'aux rites funéraires attestent cette dimension sacrée de la vie. Les rites funéraires sont souvent des lieux d'une transition de cette vie vers l'au-delà. Ils traduisent une croyance en la vie après la mort.

Cette conception de la vie n'est pas détachable de celle de la société et contient une dimension holistique. Cette vision holistique de l'humain, vécue au quotidien parce que expression d'une alliance naturelle, se fait beaucoup plus prégnante dans le cas de la lutte pour la survie. Si le sida est ce champ où la survie de l'homme est essentielle, la place du « prendre soin » comme une réponse à la situation des personnes séropositives s'impose. L'humain reste très présent dans le cadre du « prendre soin » de la personne séropositive.

---

[116]. SOEDE Yaovi Nathanaël, *Sens et enjeux de l'éthique, Inculturation de l'éthique chrétienne*, Editions l'Harmattan, Paris ,2007 p.74.

La similitude en humanité confère une riche signification à la santé (un bien commun) dans sa relation à la vie, et par ricochet permet de changer de regard sur la personne atteinte du VIH/SIDA : par exemple un frère, une sœur malade qu'on ne doit pas spolier de son droit à la vie.

La mobilisation, en vue du respect de la vie et des droits de l'homme fait ainsi partie des droits fondamentaux. Les actions de toutes les sphères montrent l'importance de la vie. En lien avec la dignité de la personne humaine, la vie se comprend sur la scène politique comme un droit et une valeur sacrée. Voilà pourquoi :

> *Le malade du sida n'est pas un sujet dans un lit mais une personne humaine dans toutes ses dimensions physiologiques, psychologiques, relationnelles, juridiques, sociales, spirituelles(…) Le sida remet violemment en cause les conceptions de la vie, de la mort, de l'amour, de la sexualité, le rapport au temps qui s'écoule, la relation avec soi-même, avec les autres, avec Dieu, l'absolu*[117].

L'Église de son côté se fait proche de ses enfants qui souffrent sous le poids du sida dont l'issue est souvent fatale. Elle cherche le bien de ses enfants en leur proposant un chemin de vie et non un chemin de mort. Cette bienveillance maternelle de l'Eglise, Joseph SAMBIENI[118] l'assimile à celle d'une grand-mère dont il nous rapporte ici un conseil préventif : Notre grand-mère nous disait toujours : « Le serpent est un animal dangereux, ne jouez pas avec lui ! Si vous le voyez sur le chemin, écrasez-lui la tête soit avec un fusil de chasse, soit avec une massue ou avec un bâton de berger. Quel que soit l'outil que vous utilisez, ne le laissez pas partir, sinon demain vous serez ses victimes ; si ce n'est pas vous-même, ce serait votre femme, votre enfant ou quelqu'un d'autre ». Je répondais alors à notre grand-mère que, si j'avais le choix entre les trois outils, je choisirais le fusil ou la machette pour être sûr de ne pas le rater. Elle me rétorquait : « Petit fils, et le pauvre berger qui n'a que son bâton, laisserait-il le serpent partir » ? A chacun de nous de donner sa réponse à sa grand-mère.

---

[117]. LEDOGAR Denis, *Face au sida, le courage d'espérer*, Bayard éditions /Centurion, Paris, 1995, p. 99.

[118]. SAMBIENI Joseph est religieux Mariste, membre actif et aumônier de l'association *Vivre dans l'Esperance* à Dapaong au Togo. In le « journal diocésain d'information LAFIE » Avril 2004, diocèse de Dapaong.

1.4.4.2. LES POINTS FAIBLES DES DIFFERENTES STRATEGIES

Il s'agit ici de prendre en compte la probabilité d'échec de toute action humaine. En tant qu'un des lieux où la responsabilité de l'homme est exigée, il n'est pas faux de constater que l'action est souvent marquée par la condition de l'homme faillible dans sa recherche du bien. Les quelques lignes qui suivent témoignent de cet aspect de la personne humaine.

1.4.4.2.1. Constat des limites de la stratégie de l'Etat

L'action stratégique ne saurait éluder la problématique anthropologique. Si depuis les débuts de la science jusqu'à nos jours, la question sur l'homme n'a jamais fini de hanter les esprits, une telle problématique, avec le phénomène sida et les diverses stratégies d'action qu'elle a suscitées, se trouve reversée au dossier de l'anthropologie. Les pratiques des sphères ont-elles honoré intégralement la personne humaine en référence à sa dignité ?

Lors des sensibilisations proposées par le CNLS/PNLS et EVT, ils mettent l'accent sur l'utilisation des préservatifs en priorité avant de parler de la fidélité et de l'abstinence. Même si l'agir du CNLS/PNLS et EVT s'inscrit dans une orientation qui porte sur la finalité, un tel agissement est instrumental parce qu'il y a interaction entre deux acteurs et une chose, il y a recherche de l'utilité. L'Etat et les associations partagent les mêmes logiques et assument certes une responsabilité dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA. Il est toutefois légitime, de demander si l'exercice d'une telle responsabilité oriente les personnes vers des valeurs qui donnent des résultats à court et à long terme.

Si l'homme est la finalité de toute action politique, un agir instrumental ne saurait lui apporter la réponse adéquate s'agissant de la prévention relative au VIH/SIDA. Pour en revenir à l'action stratégique des deux acteurs (CNLS/PNLS et EVT) on n'est pas loin de supposer qu'elle est le résultat d'un conflit entre exigence morale et efficacité politique ou en d'autres termes conflit entre éthique de conviction et éthique de responsabilité

En effet, l'épidémie du sida étant favorisée par de multiples facteurs culturels et sociaux, la lutte devrait prendre en compte tous les phénomènes sociaux. La recherche de l'efficacité ne devra ni négliger les exigences morales, ni la dialectique des rapports entre fin et moyens, ce qui n'est pas le cas s'agissant de l'action du CNLS/PNLS et d'EVT.La recherche de l'efficacité pour l'efficacité ne met-elle pas tout acteur face à la recherche d'une solution déduite des moyens à partir d'une fin ? La stratégie du CNLS/PNLS et d'EVT n'est-elle pas limitée dans la

mesure où elle ne prend pas en compte toutes les dimensions de la personne humaine ? Comment mettre au point une approche équilibrée tenant compte des vrais besoins de la population en matière de santé et plus particulièrement dans la lutte contre le VIH/SIDA ?

1.4.4.2.2. Limite de l'autonomie des patients

L'autonomie au sens de l'étymologique, (du grec) signifie se donner à soi-même (auto-) ses propres lois ou règles de conduite (-nomos). Elle est synonyme de liberté, clef donnant l'explication de l'autonomie de la volonté d'exercice libre de la raison[119]. L'autonomie en appelle à la rationalité et à la liberté. Si nous avons fait référence au respect de la dignité du malade, nous entendons ici insister sur le respect de l'humanité en la personne du séropositif. La personne malade reste un être doté d'une conscience libre, un être capable d'agir. Voilà pourquoi le « principe » de la conscience éclairée est irremplaçable s'agissant des actions stratégiques des sphères dans le cadre de la lutte contre le sida. La grande implication de la personne comme sujet est que la personne ne peut pas être utilisée comme un objet ou un simple moyen pour une fin dans ce monde. Montrer du respect à la personne suppose de garantir qu'elle puisse agir selon sa conscience libre et dûment informée.

Or, il convient de souligner que dans le cadre de cette lutte, on en vient malheureusement à constater que l'autonomie du patient connaît des limites. Les sphères engagées ne font pas des propositions, mais dictent plutôt, par leur stratégie, la conduite à tenir en matière de prévention[120]. Sur le terrain, chacun donne l'impression d'avoir la solution au problème du sida. On pourrait même leur reprocher de s'inscrire dans la logique de la relation de dépendance, plutôt que dans la stratégie de la relation d'aide. N'est-ce pas là une posture contraire à l'autonomie dans la mesure où celle-ci implique fondamentalement que ni l'arbitraire individuel ni l'autoritarisme aveugle ne peuvent être des principes ultimes qui déterminent l'action responsable de toute personne ? La prétention paternaliste devra connaître un déplacement vers la création de responsabilité chez l'autre. En revenant à la notion de « conscience éclairée »,

---

[119]. KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs* (1785), Paris, Delagrave, 1986. P.68.

[120]. Nous notons ici que les sphères (CNLS/PNLS et EVT) s'inscrivent dans la logique de la politique des bailleurs de fonds. Si le préservatif occupe numériquement la première place, c'est qu'il fait l'objet de grands flux financiers. Ne pourrions-nous pas penser ici à une politique d'action déterminée ?

soulignons que *Gaudium et spes* présente la conscience comme le *centre secret* de la personne, le *sanctuaire* inviolable où l'homme est présenté devant Dieu[121].

Si le sida pose fondamentalement un problème éthique, les stratégies de lutte contre cette maladie devraient non seulement et logiquement s'intéresser aux « besoins » physiques, mais plus encore aux « besoins » psychologiques comme le désir de l'accomplissement de soi[122]. En parlant de relation d'aide, nous entendons ici accorder plus d'importance à l'émergence du sujet éthico-moral. Le respect de l'autonomie du patient, n'est-il pas une part noble du « prendre soin » ? Si l'autonomie est inhérente à la nature de l'homme, le « prendre soin » (qui est la traduction du terme anglais (care) – à différencier de « cure » (soigner)) qui concerne la personne malade touche tout un chacun du début à la fin de la vie. Compte tenu de la dignité absolue de la personne humaine, la liberté devra conserver ses droits, quelle que soit l'orientation morale poursuivie. La reconnaissance de l'autre comme autre personne en son altérité reste une des exigences de l'éthique. N'est-ce pas ce qui permet, en fin de compte, de créer l'harmonie dans les rapports sociaux et surtout de respecter dans la mesure du possible la volonté du patient? Nous verrons dans le chapitre portant sur l'alliance thérapeutique, l'importance de prendre en considération l'avis du malade et d'être à l'écoute de ses besoins existentiels.

1.4.4.2.3. Manque de cohérence entre l'idéal et la pratique

Compte tenu des connaissances reçues et des expériences faites dans tous les pays, et malgré les avancées des recherches, le sida reste une maladie plus détestable que d'autres. L'organisation « Sidaction », malgré ses investigations dans le cadre de sa campagne invitait à l'occasion de la journée mondiale du sida 2013 à ne pas crier trop tôt victoire. On aimerait vivre dans un monde sans sida. Un tel idéal, lequel est l'expression de toute aspiration humaine, a toujours été au cœur des politiques de toutes les sphères de lutte contre le sida. Un« Togo sans Sida,» n'est-il pas le vœu que caressent tous les Togolais dans la mesure où le bien est la visée de tous ?

Il convient de souligner qu'en réponse à ce vœu, il y a eu depuis l'apparition de la maladie sur le territoire togolais, plusieurs politiques de planification en vue de la réduction, voire de l'éradication du VIH/SIDA. Depuis 2001, le CNLS-IST en est à son troisième plan.

---

[121]. Concile Œcuménique Vatican II, Constitution pastorale sur l'Eglise (Gaudium et spes), n° 16.

[122]. On peut remarquer ici le renversement de la pyramide d'Abraham MASSLOW.

Actuellement cette institution conduit le plan « orientation stratégique » (2012-2015). Cet objectif du « Millénaire 2015 » augure-t-il de lendemains meilleurs ?

En fait, si on considère l'évolution de la pandémie au Togo, il est à remarquer que les stratégies d'actions ne sont pas à la hauteur des objectifs que l'on s'était toujours fixés quel que soit le volontarisme affiché. Cependant, les stratégies déployées doivent-elles être abandonnées ?

Ici se pose de façon cruciale la problématique de l'action humaine relative à la finitude de l'homme. L'action humaine semble se situer au point d'intersection de la réalité et de l'idéalité. Si le sida ne cesse de lancer un défi à l'homme capable, il est à noter que cette capacité de l'homme se voit confrontée à sa finitude. Le sida, comme toute maladie rebelle, situe l'homme aujourd'hui à l'intersection de deux pôles : faillibilité et capabilité. L'homme, créé à l'image et à la ressemblance de Dieu reste un homme à la fois grand et fragile, pécheur mais appelé à la sainteté. Il est, selon l'expression de Blaise Pascal, un roseau pensant. Si l'idéal recherché par les acteurs est un Togo sans sida, nous pensons qu'une autocritique des actions stratégiques engagées par les diverses sphères est ici nécessaire, nécessité d'une part de sortir, d'une politique dominée par la raison instrumentale (CNLS/PNLS et EVT), et d'autre part d'une perspective trop déontologique de la morale (OCDI et EPV).

En parlant de « nécessité de sortir », insinuons que, pour rapprocher idéal et pratique, la lutte contre le sida devra s'intéresser davantage aux conditions sociales qui permettent la transmission du virus et à valoriser la notion de la solidarité, qui n'est autre que l'expression de notre similitude en humanité. Cette solidarité est malheureusement souvent dégradée. Le « rapprochement » de l'idéal et de la pratique souligne la distinction à faire entre l'action en cours et l'acte accompli.

Les projets sont souvent bien établis avec des financements appropriés mais l'exécution et la réalisation, dans les détails, sont autres. On se demande où vont les fonds alloués. Bien souvent, quand certains projets sont mis en place, les programmes n'aboutissent pas par manque de disponibilité financière et ce sont les malades qui en subissent les conséquences au prix de leur vie. Malheureusement on entend souvent qu'il y a rupture de stock d'ARV et seuls ceux qui ont les moyens peuvent payer un traitement. Par manque de financement, les associations suspendent leurs tournées de visites auprès des malades qui habitent loin des centres et qui ne peuvent s'y rendre. L'approche de la notion de genre et les défenses des droits des personnes infectées ne sont pas suffisamment prises en compte par l'Etat. L'assistance juridique n'est pas vraiment opérationnelle alors que, depuis le 14 décembre 2005, la présidence de la République

togolaise a promulgué la loi n° 2005- 012 portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA.

1.4.4.2.4. Rapport conflictuel au niveau des sphères

Parler de conflit au niveau des sphères ne saurait étonner. Le VIH/SIDA est source de conflits. Si le premier conflit se situe au niveau somatique de la personne infectée (conflit ad intra), le second renvoie plutôt aux logiques qui sous-tendent les diverses approches stratégiques mises en place par les différents acteurs en responsabilité (conflit ad extra). Nous nous intéresserons aux différentes approches stratégiques. En soulignant le caractère évident du conflit, ce que nous voulons rapporter ici est que ce principe participe aussi à l'identité des sphères engagées. Nous sommes en présence d'associations confessionnelles et non confessionnelles, qui ne partagent pas la même vision de la personne humaine et par conséquent les mêmes valeurs.

En effet, en abordant précédemment la rubrique « limites de l'autonomie », nous avions noté que sur le terrain, chacun donnait l'impression d'avoir « la solution » à la pandémie du VIH/SIDA. Une telle position a conduit à des critiques réciproques parfois violentes avec cette tendance à se renvoyer la responsabilité du non-recul du virus avec ses conséquences. Selon les dires de l'État et de ses associations satellites, l'Eglise par sa morale austère, ne contribuerait guère à la réduction du VIH. On lui reproche son formalisme excessif. Elle est d'ailleurs classée dans la catégorie, « les obstacles » à la réduction. Face à certains problèmes de société et particulièrement le VIH/SIDA, l'Eglise est jugée dépassée.

En revanche, pour l'Eglise, ce sont plutôt l'Etat et ses associations satellites qui sont dépassées. L'accent parfois exclusif mis sur le préservatif est source de vie sexuelle non contrôlée et de dépravation morale. Selon l'Eglise, une telle stratégie de l'Etat, relayée par d'autres associations, sape les valeurs traditionnelles, socle des sociétés africaines et particulièrement de la société togolaise. Un autre point sur lequel l'Eglise critique les autres sphères est celui relatif à de la notion de profit, d'intérêt. Les programmes de lutte drainent assez de fonds de la part des institutions financières (Fonds Mondial, ONUSIDA…) dont la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA privilégie le préservatif.

On peut avoir l'impression que la recherche du profit reste le principe de base. Preuve en est le niveau de vie des cadres moyens engagés sur le projet sida, qui bénéficient d'un statut social enviable. Si l'Eglise n'hésite pas à critiquer le mauvais rapport à l'argent, c'est qu'elle est elle-même souvent victime de la mise en place d'une politique de « cheval de Troie » par

l'instauration d'un programme malveillant mêlé de tricherie. La responsabilité est ainsi attribuée aux sphères qui sont en dissonance avec l'Eglise.

La radicalité des positions de l'Eglise n'est pas sans incidence sur la vie surtout morale des populations en raison de l'environnement humain toujours fortement marqué par le poids de la tradition et le phénomène religieux. Chez les chrétiens, surtout, l'écartèlement entre les exigences de la foi chrétienne et la peur liée aux risques de contamination existent dans la mesure où l'utilisation du préservatif n'est pas admise. Le problème du VIH/SIDA est en rapport avec la conscience morale. Les Eglises n'ont pas toujours encouragé un débat ouvert sur les questions touchant à la sexualité humaine et manifestent une certaine réserve.

Il importe de souligner qu'au-delà de la visibilité du conflit entre les sphères, se posent d'autres questions fondamentales telle la nécessaire concordance entre la loi civile et la loi morale. L'Église et l'État se trouvent aussi confrontées à la question de leurs relations dans la mesure où les deux institutions sont appelées à servir une cause commune parce qu'au service du même but. La relation entre Eglise et Etat reste conflictuelle à cause des principes différents qui conduisent leurs actions. Alors, sur la base de quels principes pourrait-on arbitrer ce conflit entre les sphères ?

Par ailleurs la promotion de l'utilisation des préservatifs reste un problème sérieux pour les Églises qui constatent le grand décalage entre la maladie telle qu'elle est perçue et les messages qui sont envoyés et enseignés par l'Eglise elle-même.

Une auto stigmatisation se fait remarquer. Selon le sociologue américain Erving GOFFMAN,

> *Les personnes sont stigmatisées lorsque l'attente des autres à leur égard est supérieure à ce qu'elle présente effectivement. Cette attente est fondée sur un jugement de valeur sociale, sur ce que telle personne, de telle identité sociale devrait être*[123].

L'Eglise encourage tous les acteurs, les chrétiens, ainsi que ceux qui s'engagent dans la pastorale du VIH/SIDA. Elle veut promouvoir de nouvelles initiatives de soins, de prévention de travail en réseau, d'une meilleure coopération entre ceux qui sont impliqués dans la lutte contre la pire pandémie de notre temps.

---

[123]. GOFFMANN Erving, Cité BEAUCHAMP Jean Denis, La représentation sociale de la maladie mentale chez les soignants et les familles d'accueil thérapeutiques, IFCS Henry Dunant, 2006, p. 42.

Au moment de conclure cette étape, il est important de souligner la force du travail accompli dans les actions concrètes en synergie que mènent tous ces acteurs dans l'unique souci de réduire les infections et d'éradiquer la pandémie.

La stigmatisation et la discrimination sont des instruments très douloureux de destruction entre les mains des personnes en bonne santé lorsqu'elles s'adressent aux malades et aux personnes infectées, la désignation négative, le rejet, l'exclusion, la perte d'emploi, les refus de service, la honte et la gêne. La reconnaissance et l'acception par les responsables de l'Eglise que le sida n'est pas un péché mais une maladie serait un tremplin vers l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. Il y a là un message d'espérance de la part de l'Eglise :

> *Là où il y a de la noirceur, allumons une lampe ; quand nous allumons une lampe, assurons-nous que nous avons assez d'huile pour qu'elle soit allumée toute la nuit .Quand nous allumons une lampe, mettons-la sur la table et non en dessous*[124].

[124] Document de la conférence New Partnerships between FBOS and UN organisations. Cité par AJAN (The African Jesuit AIDS Network, *SIDA en Afrique :que pense l'Eglise ?*Les éditions du CERAP, Abidjan 2006, p.64.

CONCLUSION

Les trois principaux acteurs : L'Etat, l'Eglise et les ONG/associations, travaillent activement dans la lutte contre le sida à travers la prévention et la prise en charge. Les entretiens sur le terrain nous ont permis de recueillir les informations sur les stratégies que mènent les différents intervenants et les résultats obtenus. Les chiffres des prises en charge demeurent stationnaires et ne donnent aucun signe d'évolution, ce qui laisse craindre une possible augmentation du taux de prévalence malgré les efforts engagés par les uns et les autres. Il y a donc des lacunes au niveau de la prévention, des difficultés d'organisation des acteurs et des irrégularités dans la prise en charge des structures comme des PVVIH. Un proverbe africain dit qu'une seule personne ne peut pas étreindre un baobab. Les différentes actions et témoignages récoltés nous ont aidés à comprendre les multiples aspects du combat mené et à constater que nous sommes encore loin d'une solution stable et fiable. Pourtant, il est urgent de parvenir à formuler une réponse à cette crise qui interpelle toute notre société.

Le défi est inouï et concerne aussi bien toute la communauté que chaque individu. Voilà pourquoi la mobilisation commune reste une obligation majeure. Face à ce défi est posée la question des conséquences sociales et économiques. La maîtrise du VIH/SIDA exigera un cadre multisectoriel d'actions et la création d'une alliance entre les différents acteurs de la société : les parlementaires, les responsables d'institutions, les ministères chargés de la santé, de l'éducation, les ONG, les responsables religieux et traditionnels, les assistants des personnes malades et le secteur privé. C'est par leur action concertée et concrète que l'on pourra assurer un avenir meilleur à la population. Les activités des différentes sphères démontrent le niveau de leurs engagements. C'est ce que nos enquêtes quantitatives et qualitatives ont pu également révéler. Une telle synergie témoigne de l'ampleur du phénomène et du danger sans limites qu'il constitue pour tous, proches ou lointains. A l'évidence, cette solidarité ne devra pas faire l'impasse sur la mise en place d'une nécessaire complémentarité des actions. Le sida demeure non seulement un problème de santé publique mais représente une menace pour toute la communauté humaine.

Dans ce contexte, que faut-il faire en pratique à tous les niveaux ? Avant de répondre à cette question, nous devons méditer ce que dit Edgar MORIN :

> *Le sida, phénomène relativement nouveau, est à regarder comme un véritable phénomène sociétal excédant au même titre que les épidémies passées, le strict cadre médical, suffisant pour les maladies ordinaires même graves. Face aux énigmes et menaces du sida, des processus de pensée et de construction collective ont élaboré et*

continuent à développer, dans les frontières incertaines des différents groupes sociaux, des théories sur le sida combinant croyances, valeurs, attitudes et informations[125].

Comment fédérer les efforts en vue de l'éradication de la maladie en prenant en compte les différences et les atouts de chaque sphère ? Tel est l'enjeu qui se dégage de cette enquête qualitative. Pouvons-nous alors conclure que les efforts pour faire face au VIH/SIDA doivent être synergiques pour une riposte plus efficace ? C'est certainement ce que le philosophe Paul RICOEUR exprime dans sa définition de l'éthique : *l'éthique est une visée de la vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes*[126].

---

[125]. MORIN Edgar, *Les espaces d'évolution de représentations du sida* in, Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida. Paris : ANRS 1994, p.112.

[126]. RICOEUR Paul, *Ethique et morale art. dans Lectures1. Autour du politique*. Paris, Editions du Seuil, 1991, p. 256.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Comment se présente le sida au Togo à travers les différentes couches de la population et les différentes sphères ? Tout au long de ce travail, nous nous sommes efforcés de rester pragmatiques, attentifs aux données d'enquêtes quantitatives et qualitatives.

Dans un chapitre préliminaire, nous avons fait l'état de la question à travers une analyse minutieuse de cette pandémie. Ce cheminement nous a conduits à la présentation du contexte de notre réflexion en général et du diocèse de Sokodé en particulier avec leurs atouts. L'État, les Églises et associations se mobilisent pour venir en aide à ceux dont les vies sont durement affectées par le sida. Pour y arriver, ils adoptent plusieurs stratégies d'actions concrètes.

Le deuxième et le troisième chapitre nous ont permis de présenter les résultats de nos enquêtes menées sur le terrain depuis la rédaction du mémoire de Master. Procéder à une enquête, interroger des personnes sur leurs opinions, leurs pratiques, leur situation, leur passé est une opération souvent coûteuse en temps et en moyens. Les résultats peuvent se révéler décevants si le dépouillement et le traitement sont mal faits. Les données d'enquêtes peuvent être exploitées de différentes manières en fonction des hypothèses.

Les enquêtes menées révèlent le niveau de connaissance de la population et ses différentes représentations ainsi que l'engagement des acteurs de la lutte contre le sida et les différents défis. Elles constituent un apport de base pour l'ensemble de notre recherche. Les résultats de notre enquête confirment en grande partie notre hypothèse principale et secondaire. L'analyse des données d'enquête a permis de souligner les représentations sociales et culturelles perçues dans certaines régions du Togo.

On ne peut affronter le problème du VIH/SIDA sans comprendre le contexte, ainsi que tous les facteurs complexes qui entourent chaque situation humaine. L'analyse des différentes attitudes face à ce « fléau de l'heure », ses principaux déterminants, étaient aussi indispensables. Il était donc question de mettre en lumière quelques défis soulevés par le sida au Togo. A la faveur de cet exercice, il nous est clairement apparu que le défi majeur reste celui de la prise en considération de la personne et du PVVIH dans toutes ses dimensions.

La plupart de nos enquêtés connaissent des situations économiques précaires, ce qui favorise l'avancée de la maladie surtout chez des jeunes, les femmes, les homosexuels, les victimes d'addiction aux drogues. Il y a là une situation qui ne doit laisser personne indifférent et qui nécessite que chacun s'engage selon ses moyens et ses convictions. C'est cet appel que Marie Stella KOUAK dans son engagement au sein de l'association Vivre dans l'Espérance met

en exergue. Elle le dit si bien en ces termes : « Une seule main ne peut entourer le baobab », selon le proverbe africain que je cite souvent. J'ai même demandé à un peintre de dessiner, sur le mur de notre grande salle de réunion un baobab dont les feuilles portent les phrases clés de notre action. Par exemple : « Les bonnes actions sont des liens qui forment des chaîne d'amour » mots empruntés à Mère Térésa[127].

Comment encourager les partenariats stratégiques ? L'étude d'ensemble des différentes réponses met en lumière des points d'analyse des problèmes évoqués. L'État a pour responsabilité la gestion du bien commun pour le bénéfice de tous les citoyens. Comment repenser une approche collective du problème ? Pour répondre à ces défis, peu de choses ont été faites jusqu'à présent mis à part des rencontres annuelles et des moments de concertation.

Les trois principaux acteurs, l'Etat, l'Eglise, les ONG/associations travaillent activement dans la lutte contre le sida à travers la prévention et la prise en charge. Ces différents acteurs évaluent sommairement l'ensemble des activités menées mais ne répondent pas aux attentes des parties impliquées. Il serait donc intéressant de créer un cadre capable aussi d'assurer une meilleure coordination de toutes les activités menées.

Il ya donc des lacunes où des interventions seraient possibles. C'est ce que nous venons de décrire dans le quatrième chapitre avec la synthèse des enquêtes. Nous les évoquerons comme des niveaux de réflexion en deuxième partie.

La formule de simple collaboration n'est pas assez forte pour réaliser cette mutualisation des moyens matériels et des bonnes idées déployées par les différents acteurs de la lutte contre le sida. N'est-ce pas le lieu propice pour envisager l'idée d'une alliance ? Nous voudrions explorer cette piste en analysant ses contours pour voir comment cette notion d'alliance peut répondre aux nombreux défis engendrés par le VIH/SIDA.

---

[127]. Marie Stella (sœur), *Vivre dans l'espérance*, Lonrai, Editions Bayard, 2003p.76.

DEUXIEME PARTIE

REFLEXION ETHIQUE, THEOLOGIQUE ET PERSPECTIVES PASTORALES.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA rencontrent des problèmes qui interrogent sur le plan éthique. Très souvent, ce sont des personnes économiquement fragiles et désargentées. Le pays ne disposant pas d'une couverture sociale, les frais sont à la charge soit du patient ou de sa famille, soit d'une association de prise en charge de PVVIH. Les trois acteurs majeurs de la lutte contre le sida que sont l'Etat, l'Eglise et les ONG/associations travaillent activement et les résultats sont probants mais restent insuffisants.

En effet, un malade du VIH/SIDA dans son environnement social est très vite stigmatisé, et voit ainsi sa relation interpersonnelle se dégrader. La méconnaissance de la maladie crée un climat de méfiance voire même de peur chez les personnes avec lesquelles il vit. Or toute personne, saine ou malade, doit être respectée. Il convient alors que les professionnels de la santé et les agents pastoraux soient conscients et préparés à la tâche qui leur incombe.

Ainsi donc, plus qu'une coopération seulement professionnelle, ma vision des choses dans cette thèse est que, dans l'accompagnement des malades du sida, l'on fasse preuve de plus de solidarité, d'un meilleur rapport de confiance et d'un engagement plus profond puisqu'ensemble tous cherchent à atteindre le même objectif : mieux prendre soin du malade. Il s'agirait de nouer une alliance entre tous les acteurs de la lutte contre le sida. De cette manière, tous seraient davantage sensibilisés à la nécessité d'une vision holistique de la prise en charge des malades. Ce faisant, le contexte socio-culturel du malade serait aussi mieux pris en compte dans son traitement comme c'est le cas dans toutes les thérapies traditionnelles.

Au Togo comme partout ailleurs, la santé est une préoccupation de tous les jours et concerne toute la société.

Eu égard aux apports théoriques dans le cadre de mes recherches bibliographiques, des résultats de mes activités à la tête de l'association EPV, puis suite aux analyses et aux conclusions de mes différentes enquêtes, il ressort l'existence d'un certain nombre de problèmes.

Il y a des lacunes à plusieurs niveaux qu'on peut regrouper en cinqpoints :

1er niveau : L'absence étonnante de données statistiques fiables au niveau de la prise en charge avec une augmentation prévisible de la prévalence sur le plan national.

2ème niveau : Une irrégularité et un manque de consistance dans le dialogue entre les principaux acteurs de la lutte contre le sida.

3ème niveau : Une mauvaise coordination des prestations, notamment de la prise en charge médicale des patients marquée par :

- Une rupture périodique de stocks des ARV.

- La faiblesse dans la budgétisation des ressources financières.
- Le nomadisme des patients entre les structures sanitaires complexifiant la gestion des effectifs de malades et séropositifs.
- La trop forte mobilisation des ressources matérielles et humaines de plusieurs associations autour d'un même groupe de malades.
- Les frustrations des patients isolés qui, par manque d'informations, n'ont pas accès aux soins appropriés.
- L'insuffisance de connaissances médicales du personnel non recyclé, alors exposé aux risques de contamination. Il en résulte une prise en charge qui ne prend pas en compte la globalité des dimensions humaines. Le suivi et l'éducation thérapeutique des patients ne sont pas assurés.

4ème niveau: Nous pouvons aussi évoquer une déficience des structures d'accueil en place et le personnel actif en nombre insuffisant pour faire fonctionner en permanence les programmes de prévention.

5ème niveau : La faiblesse dans la budgétisation des fonds alloués dans le cadre de la lutte contre le sida et enfin une déficience dans la gestion des fonds alloués d'où une prise en charge qui n'est pas globale.

Peu de choses sont faites pour répondre à ces défis. L'instauration d'un cadre de concertation reste un vœu pieux tant que chaque acteur reste accroché à ses prérogatives. Les rencontres sont souvent informelles et elles ne prennent un caractère officiel que lors des rapports de fin d'année ou pour rédiger des projets à soumettre aux différents organismes financiers partenaires des acteurs locaux. Le caractère éphémère de ces rencontres ne crée pas de liens de solidarité entre les différents acteurs. Ce type de fonctionnement constitue un réel handicap pour toutes les initiatives visant à l'éradication du sida au Togo. La notion d'alliance pourrait peut-être définir les contours de la nouvelle collaboration comme un moyen pouvant permettre d'atteindre plus efficacement une prévention et une prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Comment cette vision des choses modifierait-elle la lutte contre le sida ? Qu'entendons-nous exactement par alliance ?

Dans la société, on distingue d'une manière générale plusieurs sortes d'alliances capables de gérer les relations entre les hommes.

Nous allons partir de ces différents types d'alliances pour montrer leur rôle dans la société et leur lien dans la lutte contre le VIH/SDA. Nous en retiendrons les points positifs ainsi

que les limites qui constitueront des éléments de réflexion. Nous tenterons ainsi donc de proposer des réponses aux différents problèmes posés plus haut dans une perspective d'accompagnement des patients en particulier et de la population en général. Puis nous verrons en quoi cette alliance pourrait être une réponse féconde dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA menée par les trois acteurs.

Quelles solutions envisager dans le processus d'accompagnement des malades pour dénouer les nœuds éthiques et théologiques qui compliquent les rapports humains, individuels et collectifs des partenaires dans cette lutte contre la pandémie ?

En attendant d'y revenir plus en détail dans les chapitres qui suivent, cette notion d'alliance sera abordée au moins sous deux dimensions :

- La dimension horizontale dont relève le niveau individuel entre humains et ensuite avec les soignants (alliance thérapeutique).
- Le deuxième aspect de la dimension horizontale est d'ordre interinstitutionnel (Etat, Eglise et ONG/associations).

Nous aborderons d'une part dans notre premier chapitre la dimension horizontale qui porte sur le niveau individuel en traitant des alliances dans la société. Les différentes figures d'alliances nous aideront à illustrer et à comprendre les enjeux d'une alliance dans une collectivité.

Notre deuxième chapitre portera d'autre part sur les partenaires de l'alliance thérapeutique destinée à prendre soin du patient. C'est à ce niveau qu'on situera ce que j'appellerais, à la suite de certains auteurs, l'alliance thérapeutique qui concerne le rapport global du soigné à son (ses) soignant(s). Ainsi donc, il sera possible de dépasser les carences de la prise en charge du patient pour avancer vers une pratique plus solidaire et efficace contre la maladie et la souffrance.

Puis notre troisième chapitre traitera des relations entre institutions : alliance entre Etat, Eglise et ONG/associations définissant ainsi le cadre de leur engagement éthique. Nous y proposerons des solutions au manque de concertation, de dialogue, de communication et d'optimisation de leurs ressources.

Notre quatrième chapitre enfin abordera les rapports avec le transcendant : l'aspect vertical.

Nous étudierons davantage l'alliance théologique sur laquelle nous mettrons l'accent pour définir la nouvelle pastorale de l'Eglise car l'alliance ne saurait s'arrêter à sa dimension horizontale et il faut la compléter par sa composante verticale qui est aussi importante. L'alliance

théologique dans notre contexte définira les rapports de Dieu avec les hommes pour les uns et pour d'autres un lien avec une force supérieure. Ces différents liens permettront de proposer de nouvelles orientations pour la lutte contre la pandémie du sida.

2.1. LES ALLIANCES DANS LA SOCIETE

Une lutte qui se veut efficace contre la pandémie du sida au Togo ne concerne pas qu'un seul acteur mais demande la mobilisation et la collaboration de nombreux acteurs autour d'un même objectif qui est la prévention et la prise en charge des PVVIH.

C'est la raison pour laquelle, dans ce chapitre, je me réfère au concept d'alliance pour mieux présenter ma préoccupation et ma préconisation. Car, comme le souligne Jean Claude SAGNE : *la théorie de l'alliance débouche sur l'anthropologie sociale. Dès lors, la réflexion sur l'alliance est porteuse d'un enseignement éthique*.

Il faut reconnaitre que dans le cas précis du sida depuis quelques années, malgré les efforts unilatéraux de l'État, de l'Eglise et des ONG/Associations, les résultats attendus restent toujours insuffisants. Leurs efforts et leurs investissements auraient été plus efficaces s'ils avaient été réalisés en synergie comme cela se pratique dans certaines situations complexes et difficiles dans nos sociétés africaines et ailleurs lorsqu'elles doivent faire face à certains défis. En effet, dans la vie courante par exemple, une chaîne de solidarité se met en place quand il faut organiser un mariage ou faire face à une situation particulière. Ce mode de fonctionnement arrive à fédérer les membres d'un groupe social qui s'activent au moment opportun pour gérer au mieux les relations entre les humains.

S'il en est ainsi dans la vie de tous les jours, aucune gestion collective ne vient pourtant répondre au défi du sida.

Jusqu'à présent, les promesses de concertation n'ont pas été réalisées et chaque acteur travaille sans ouverture. Cette situation révèle une absence de coalition réelle dans l'accomplissement de toutes les initiatives visant à éradiquer le sida au Togo. En menant plus loin notre réflexion, nous arrivons au constat que le terme alliance traduirait le mieux le type de collaboration que nous souhaitons. Dans ce présent chapitre, nous préciserons notre vision de cette alliance et nous verrons également ce que cette nouvelle approche commune pourrait apporter de plus à la stratégie de lutte contre le sida au Togo.

Pour ce faire, nous proposerons d'abord quelques définitions du mot alliance puis, nous passerons en revue les différentes formes d'alliances qui ont cours dans la société togolaise et ailleurs, avant de préciser l'importance et les enjeux de chaque alliance pour notre étude.

2.1.1. TERMINOLOGIE

Etymologiquement, le mot alliance vient du verbe allier : alligare, « attacher à, mettre avec ». L'alliance désigne ainsi une union par engagement mutuel. Le terme alliance peut avoir plusieurs significations en fonction du contexte dans lequel il est utilisé et le but visé. L'alliance est un concept universel qu'on retrouve dans toutes les civilisations et de tout temps. Elle est présente dans les situations où l'enjeu pour la survie de deux personnes ou de groupes où leur devenir est essentiel.

C'est ainsi que le terme alliance peut désigner un acte par lequel deux ou plusieurs personnes ou groupe de personnes s'allient et font accord. Jean-Claude SAGNE stipule à cet effet que :

> *C'est dans l'alliance qui construit le milieu de vie que la parole entre deux personnes reçoit son sens, son dynamisme et sa réalisation. La relation interpersonnelle par la parole a pour modèle la réciprocité que l'alliance promeut*[128].

Il s'utilise aussi pour désigner la combinaison de deux choses différentes : une alliance d'autorité et de douceur, alliance de mots, rapprochement de mots en apparence contradictoires *selon ROBERT, encyclopédie des noms propres ; 2010.*

En politique, une alliance peut désigner une union, une confédération entre des Etats, pour leurs intérêts communs ou encore un traité dans le cadre d'une alliance offensive ou défensive.

Le Dictionnaire de l'Académie française (8eme édition) précise qu'une alliance désigne une union entre personnes, résultat d'une entente ou d'un pacte.

On parle également d'alliance dans une union, un accord des alliances d'intérêt qui s'établit entre l'artiste et ses contemporains.

On peut encore parler d'alliance dans le cas de liens contractés par le mariage en tant qu'union d'un homme et d'une femme, de leurs familles par ce mariage. S'il y a un lien juridique entre les époux, il n'y en a pas entre un conjoint et le parent du partenaire même s'il ya une alliance de fait entre deux familles.

---

[128]. SAGNE Jean-Claude, L*a loi du don : Les figures de l'alliance*, Editions Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1997, p. 76.

On dira par exemple : « Il a fait une grande alliance, une alliance honorable en mariant sa fille à un tel ».

En religion, et selon la Bible, c'est un pacte conclu entre Dieu et le peuple hébreu, puis de la Nouvelle Alliance entre Dieu et l'ensemble des chrétiens. Nous développerons cette notion d'alliance en dernier chapitre portant sur l'alliance théologique.

Les alliances sont donc des ensembles plus ou moins concertés et plus ou moins durables d'acteurs autonomes, dont chacun peut obtenir, grâce à l'alliance des avantages qu'il n'aurait pas en dehors d'elle.

Comme plusieurs auteurs l'ont noté, en particulier WILLIAM Gamson[129], les participants à une alliance ont des relations coopératives, mais des éléments de conflit subsistent qui peuvent toujours menacer la concertation et la durabilité de l'alliance. De plus, hors d'une alliance donnée, il existe généralement d'autres alliances ou d'autres acteurs qui sont des adversaires de cette alliance, en compétition avec elle pour ce qui est des avantages recherchés.

En effet, le mot alliance est polysémique. Il renvoie à plusieurs significations et quand on l'utilise, il convient de préciser le contexte et ce que l'on voudrait signifier.

C'est ainsi qu'on peut distinguer des types de regroupements qui peuvent servir de base pour la formation d'une alliance. Certains regroupements offrent plus de possibilités d'aboutir à une alliance : ce sont les associations et les coalitions. D'autres se maintiennent au niveau de simples regroupements sans avenir. C'est le cas des tendances et des agrégats (cf. tableau 2.1.2 page 165).

L'alliance nous intéresse dans notre étude dans la mesure où elle est au cœur de la réalité sociale.

Quelle que soit la société, l'alliance est le modèle de la relation interpersonnelle qui est d'ailleurs très souvent fondée sur les échanges. Les crises ou les soucis de garanties dans le temps et l'espace ont amené les hommes en petits ou grands groupes à poser un certain nombre de cadres ou de clause pour leur conduite.

Jean-Claude SAGNE a tenté de donner des exemples précis dans son ouvrage L*es lois du don ; les figures de l'alliance*, leur implication dans la vie concrète de la société.

---

[129]. GAMSON William, *l'Etude des alliances*, dans http : www.cairn.info/revue-politix-2009-4page 7htm consulté le 12 Février 2014.

C'est ainsi qu'il évoque la figure du repas et souligne que « Le repas est la réalisation repérable et exemplaire des interactions et des relations interpersonnelles dans un groupe[130] ». Et nous savons aussi, que ce soit en Occident ou en Afrique, que beaucoup de choses se disent autour d'une table. Pour l'auteur, le repas est central dans la relation sociale et contribue à construire la vie du groupe. C'est d'abord regarder les autres et les écouter avant de prendre sa part de nourriture. Manger ensemble c'est surtout accepter que d'autres organisent et règlent le rapport à la nourriture pour assurer la cohésion du groupe.

Ensuite, il évoque l'exemple de la loi de la table. Pour SAGNE Jean- Claude se retrouver autour d'une table est la marque d'une communion entre les invités qui se donnent l'opportunité d'échanger pour construire ensemble à partir de certains principes. Il fait ainsi une étude symbolique du repas sur les comportements à table. *«* C'est l'exigence de la réciprocité entre tous les commensaux ou encore l'invitation à faire de l'autre un mangeur au même titre que soit[131] *»*.

C'est ainsi que pour lui, de près ou de loin, la conversation à table rappelle l'horizon de l'alliance comme invitation pour tous à la solidarité dans le partage du don. Dans la vie courante, très souvent, certaines décisions se prennent autour du café ou d'une table où l'on prend le temps de discuter et d'échanger sur des choses très importantes.

La loi comprise comme une donnée de base peut régulariser les conditions pour réunir autour d'une table. Le repas fait exister l'alliance et la rend active et actuelle, il lui donne une existence sociale visible. Le repas fait comprendre que l'alliance exige une loi portant avant tout sur l'échange des dons par le partage. Les plus grandes caractéristiques de la loi d'alliance ressortent de la loi de la table, globalement prise. C'est pourquoi la loi d'alliance confère à la relation interpersonnelle son ouverture à l'Universel et en même temps qualifie la relation en la structurant par l'échange.

Elle se caractérise par :

-une loi de réciprocité

-une loi ouvrant à l'universel

-une loi rendant présent le don originaire

-une loi éduquant à l'échange

---

[130]. SAGNE Jean Claude, op.cit p. 123.

[131]. SAGNE Jean-Claude, op.cit.p. 121.

-une loi orientant de plus en plus vers le modèle prescrit par la réalisation de nouvelles rencontres

Elle est le fait d'un groupe solidaire et uni par une charte que tous reconnaissent. Elle se veut ouverte à tous les hommes qui souscriraient à cette charte. Parler de la loi d'alliance, c'est fonder la loi sur le partage de la vie de tous les jours sous le signe de la durée, de la fidélité mutuelle et de l'ouverture à tous ceux qui sont prêts à accepter les exigences de cette loi.

Et pour terminer c'est aussi un lieu d'échange, de réciprocité entre les convives. Pour lui, « la relation de convivialité est l'esquisse et la figure du lien social. L'essentiel en est la reconnaissance par tous de leur commune dépendance envers la nourriture et par elle la Source de la vi*e* [132]». Cela peut inspirer la nouvelle collaboration entre les différents acteurs de la lutte contre le sida au Togo.

Loin d'avoir une définition exhaustive du mot alliance, l'alliance est une corrélation établie par des personnes, des traités entre des souverains, des nations, des États, des puissances par exemple pour faire ensemble cause commune. C'est certainement ce que SAGNE Jean-Claude décrit dans « *la loi du don* » à travers les figures de l'alliance.

L'auteur y fait une analyse des figures de l'alliance et met en lumière le langage, la parole qui confère au don sa forme et sa portée dans le pacte de l'alliance. La parole donnée par le consentement lors d'un mariage confère au don mutuel sa forme et sa portée dans le pacte de l'alliance.

C'est cette idée de « faire cause commune, de faire face ensemble à une situation dans la résolution commune d'un problème ou avoir un même objectif » qui nous préoccupe dans ce travail de recherche face à la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Dans les soins, il faut le respect de la parole donnée dans le pacte qui lie le soignant et le soigné ainsi que l'entourage du malade. Lorsqu'on a commencé à informer le malade, il faut poursuivre le processus sans interruption. Le malade doit se sentir en confiance pour continuer à échanger ouvertement sur son état. Il doit ainsi être préparé à assumer les informations liées à l'évolution de sa maladie. Le patient très souvent à cause de son état devient très susceptible, dans la communication avec lui tous les mots prennent plus d'importance que d'habitude d'où la nécessité de connaître quelques notions de la culture du malade. Dans certaines communautés, on se garde d'annoncer aux malades des événements tristes, comme des décès, des pertes matérielles et d'autres nouvelles qui pourraient le traumatiser davantage.

---

[132]. SAGNE, Jean-Claude, o.p. cit. 137.

2.1.2. LES DIFFERENTES FORMES D'ALLIANCE

Types de regroupements	Regroupements concertés (+) non concertés (-)	Regroupements durables (+) non durables (-)
Associations	+	+
Coalitions	+	+
Tendances	-	-
Agrégats	-	-

-Les regroupements issus de concertations peuvent évoluer facilement vers une forme d'alliance

-Les associations et les coalitions sont issues de concertations et peuvent évoluer vers des alliances parce qu'elles ont une durée de vie qui s'y prête.

-Les tendances et les agrégations sont des formes de regroupements basées sur les affinités. Elles ont peu de chances d'aboutir à des alliances.

Ces différents regroupements de la société peuvent aboutir à la contraction d'une alliance.

Très souvent, les sociétés fonctionnent par le biais de traités entre deux ou plusieurs personnes ou groupes de personnes. C'est ainsi que les alliances servent la plupart du temps à poser un cadre aux parties contractantes. Et ce qui fait la réalité du groupe comme tel, c'est la structure de l'alliance. Non seulement l'alliance a besoin d'une loi pour que son contenu soit connu et respecté par tous, mais la loi a besoin de l'alliance pour recevoir sa légitimation la plus profonde et son sens le plus prégnant. C'est pourquoi, transgresser la loi peut être nuisible au contrevenant. Il y a plusieurs types d'alliances en fonction des lieux, des peuples, des circonstances de la vie et des finalités.

Nous évoquerons six formes d'alliances qui se traduisent habituellement par des pactes sociaux solides et durables. Nous en rappellerons les points forts pour les retenir et les points faibles pour les prévenir et ne plus y tomber.

2.1.2.1. LES MARIAGES OU ALLIANCES MATRIMONIALES

Qu'il soit coutumier, religieux ou civil, le mariage fait partie des formes d'alliances que l'on retrouve dans la plupart des peuples. Ainsi le mariage coutumier légitime une alliance entre deux personnes de sexes opposés au nom de deux familles au minimum. Le mariage procure à la femme un statut social et un foyer stable dans une alliance garantie par les familles impliquées pour lesquelles c'est une question d'honneur. Il revient très souvent à l'homme de demander la main d'une fille et de payer la dot qui est un élément important dans le processus du mariage pour sceller l'alliance entre les deux familles. Chez d'autres peuples, la famille de la fille apporte aussi une contribution pour la célébration du mariage. La présentation de la dot fait partie de la démarche officielle lors de la demande de la main de la fille en vue de sceller l'alliance entre les futurs époux et leurs familles.

Traditionnellement, ce n'est pas qu'une seule personne qui fait le mariage. L'alliance matrimoniale crée de la parenté qui mobilise parfois des familles entières.

La tradition Nawda veut qu'un enfant ne soit reconnu que lorsqu'il existe une alliance coutumière entre ses parents. Mais dans certains contextes culturels comme chez les mêmes Nawedeba et chez bien d'autres peuples au Togo, c'est la naissance d'un enfant qui légitime un mariage. Sans naissance, l'alliance matrimoniale reste fragile. Le cas échéant, si un couple n'arrive pas à avoir d'enfant, par solidarité, les frères, sœurs, cousins, cousines aident le couple à faire face à l'épreuve d'infertilité. L'origine des enfants issus de cet acte de solidarité demeure un secret de famille.

Le lévirat, ou remariage avec une personne apparentée à l'époux défunt, est le signe de l'indéfectibilité des liens qui unissent la femme à la famille de son époux. Par cette pratique, la famille s'assure ainsi qu'elle bénéficiera toujours de l'usufruit de la dot versée pour la femme. Sinon elle se sentirait autrement spoliée de ses droits au profit d'un autre groupe lignager. Le remariage de la femme à un autre homme issu de la grande famille du mari défunt est la condition sine qua non de sa garantie de soutien et de protection de la part du groupe lignager.

C'est pourquoi, le divorce constitue dans ces sociétés, une entorse grave aux alliances et représente un désordre qui affecte toute la lignée.

Des fondements de l'alliance matrimoniale, nous retenons qu'il s'agit d'un processus d'éveil et de mise en pratique d'une solidarité agissante entre les membres de toute une communauté voire de deux communautés. Quand un évènement survient où un consensus s'impose pour garantir la continuité de la qualité de vie psychique, morale et affective des membres de la communauté, ce sont les deux familles qui se mobilisent pour établir les liens en

vue de la paix dans les ménages. L'alliance matrimoniale, fondement d'une famille, est importante à tel point qu'un proverbe africain dit : « Marier une fille est aussi nécessaire que de creuser un puits ». Ce fait souligne l'importance de l'alliance matrimoniale en tant que fondement d'une famille. C'est aussi le fondement d'une nouvelle vie dans un foyer que les croyants veulent toujours célébrer en Eglise afin que Dieu soit non seulement témoin de leur union mais qu'Il la bénisse. Le jour du mariage est donc marqué par le rassemblement des deux familles et de leurs amis. A l'issue de la célébration, il y a toujours une grande fête avec un repas de noces au cours duquel les jeunes mariés partagent leur joie avec leurs convives et reçoivent également des cadeaux souvenirs.

Rappelons que chez les croyants catholiques, le mariage civil ou coutumier doit obligatoirement précéder la célébration religieuse et que le mariage civil est dissoluble, alors que le mariage religieux catholique est indissoluble.

Après l'échange de promesses, de gestes symboliques et de paroles fortes, la consistance du mariage repose avant tout sur la coopération du couple décidé à mener une vie commune prévue pour toute la vie. Ainsi le jour du mariage demeure un des temps forts de l'échange des biens, un échange cérémonieux et solennel soigneusement codifié par les familles présentes. Cela ne se passe pas toujours sans difficultés, comme le constate Françoise HERITIER-AUGÉ, dans le mariage chez les musulmans où Dieu et les parents occupent une place primordiale dans le choix de ses proches. Elle écrit :

> *Couper la parenté, ce n'est pas seulement à la manière de Qattâl (le meurtrier), attenter à son propre sang par la main, c'est aussi renier sa filiation « par le cœur, par la langue » « Celui qui sous l'Islam appellera père un autre que son Père, en sachant que celui-ci n'est pas son père, se verra interdire le Paradis*[133].

Ces personnes partagent un projet élaboré en commun dans une confiance mutuelle. Il a pour effet d'opérer un changement de statut tant chez l'homme que la femme en créant d'autres liens. Marc AUGE évoque ces questions en soulignant que dans chaque société, il existe des restrictions, en particulier face à la question de l'inceste qui est une forme de transgression de l'alliance matrimoniale. Il écrit :

> *Dans toutes les sociétés, il existe des catégories de personnes qu'un individu donné ne doit pas épouser, et d'autres avec lesquelles son mariage, sans être totalement*

---

[133]. AUGÉE -HERITIER Françoise et RUGIER-COPET Elisabeth, *Les complexités de l'alliance IV Economie, politique et fondements symboliques,* Editions des archives contemporaines, 1994, p. 156.

interdit, n'est pas encouragé. A l'inverse, dans ces mêmes sociétés, au plan idéologique du moins, le choix du conjoint peut être prescrit[134].

En effet, ce qui est dit explicitement dans l'alliance a valeur de loi et peut contribuer plus sûrement à structurer le groupe et ses membres qu'une exigence restée enfouie et donc plus dépendante de la persuasion par chacun et du devenir du groupe. Et SAGNE Jean Claude souligne :

Contracter alliance, c'est s'engager avec l'autre dans la construction d'un espace de solidarité, de respect et de réconciliation. L'interdit de tuer un membre du clan ne fait guère qu'expliciter la relation d'alliance[135].

Le fait d'apporter la dot constitue une part de contribution dans la construction de l'alliance

L'inceste constitue un facteur de destruction au sein de l'alliance matrimoniale. Nous considérons le mariage comme une union d'un homme et d'une femme dans une alliance pour la vie.

Ainsi donc parler d'alliance matrimoniale dans notre recherche éclaire la perspective d'une alliance entre les trois acteurs (Etat, Eglise, ONG/associations). Il convient ainsi que ces acteurs s'en tiennent ensemble aux principes établis. Ne pas le faire constitue un manquement vis-à-vis de l'alliance.

L'alliance matrimoniale devient ainsi une garantie pour la fidélité dans le couple et évite un comportement déviant susceptible de se faire infecter par le virus HIV en dehors du couple. La famille que forme le couple devient une cellule de base de prise en charge et de prévention.

L'alliance matrimoniale peut ainsi servir au niveau de la prévention et de la prise en charge sous diverses formes. C'est d'abord une richesse d'avoir des enfants au sein d'un couple ; ce qui révèle une forme de fécondité qui engage la responsabilité parentale.

En famille, les parents doivent intégrer la lutte contre le sida dans l'éducation en discutant avec les enfants, ce qui dissipera certaines inquiétudes. Ce faisant le sexe ne sera pas une question taboue. Le fait que le VIH/SIDA soit lié au sexe est stigmatisant pour le patient.

Une vie harmonieuse évitera au couple des infidélités qui peuvent être des occasions de contamination.

---

[134]. AUGE Marc, *Les domaines de la parenté » : filiation/alliance/résidence*, Editions François MASPERO, Paris, 1975, p. 32.

[135]. SAGNE Jean Claude, op cit, p. 142.

Le deuxième aspect sur la prise en charge est fondamental car les personnes infectées sont quelquefois coupés de leur famille, et cette solitude peut engendrer la mort, puisque les liens sont parfois coupés avec les familles. Il faudrait faire en sorte que ces dernières soient impliquées. Les membres de la famille peuvent ainsi servir de trait d'union entre tous les intervenants dans la prise en charge du patient. Le malade traverse différentes étapes et vit souvent une instabilité qui peut le rendre agressif en fonction de l'évolution de son état. Pour réussir l'éducation thérapeutique qui a pour but de former et d'informer le patient pour qu'il apprenne à vivre avec sa maladie, il faut que la famille soit concernée.

Cette vision des choses pourrait être une solution pour les orphelins : les accueillir en famille au lieu de créer des centres d'enfants vulnérables à la charge des associations.

Somme toute, l'alliance matrimoniale, fondement de la famille, constitue un soubassement pour l'alliance horizontale et permet ainsi de faciliter l'articulation entre les différentes alliances.

2.1.2.2. LES PACTES SOCIAUX

2.1.2.2.1. Alliance entre deux peuples

L'histoire des peuples africains est émaillée d'alliances de non-agression entre des royaumes, des peuples, des tribus, etc. Ces alliances servent à garantir la paix entre voisins et à préserver la quiétude des habitants d'une contrée.

Dans les sociétés africaines traditionnelles, où une forte tradition orale avec ses croyances joue un rôle très important dans la vie quotidienne des gens, ces alliances se scellent souvent par des sacrifices rituels ou par des pactes de sang. SAGNE Jean-Claude précise que « la parole est un élément clé de l'alliance ». Dans les traditions orales, où il n y a ni écrits, ni recueils de textes, c'est « ce qui est dit » qui fait foi. La parole est créatrice de lien, c'est-à-dire de relation interpersonnelle sous l'horizon de l'alliance. Et plus loin dans le même ouvrage, l'auteur rappelle que :

> *La parole se valide surtout dès aujourd'hui par la qualité de l'alliance minimale qu'elle noue entre les interlocuteurs*[136].

[136]. SAGNE Jean Claude, op.cit .p. 69.

Ces croyances, accompagnées de rites et de pratiques magico-religieuses, par exemple boire ensemble un breuvage spécialement préparé et consommé avec solennité par les participants, maintient les hommes dans une alliance permanente non seulement entre eux mais également avec le surnaturel. Chacun des contractants invoque ses divinités protectrices et leur offre des libations. L'alliance ainsi conclue assure la sécurité des deux groupes, dissuade de toute velléité agressive, et favorise la libre circulation des personnes.

Les conventions solennelles qui consacrent les alliances sont sacrées, donc scrupuleusement respectées par tous. Les transgresser revient à manquer de respect aux divinités chargées de veiller à leur stricte application. Dans ce cas, personne ne saurait prévoir la gravité des maux qui s'abattraient sur les fautifs. Les sanctions prises contre le transgresseur, après délibération de l'autorité coutumière, peuvent être psychiques par la survenue de troubles du comportement; elles sont sociales lorsque le fautif est mis à l'index et rejeté par le groupe.

Ces rites et les pratiques magico-religieuses servent à sceller et à maintenir l'alliance comme le décrit Hélène CLAUDE dans ses études chez les *Agnié.*

De la même façon, des peuples nouent des alliances sacrificielles comme le mentionne Claude Hélène PERROT dans son étude sur *les Anyi-Ndenye de Côte d'Ivoire*. Selon l'auteur, pour conclure leur alliance, les groupes Abrade et Akye ont « pris fétiche » (amwà), c'est-à-dire qu'ils devinrent «frères» et entrèrent dans une relation de bon voisinage. Ils acceptent ainsi de ne plus se faire la guerre et de ne plus convoiter les biens des uns et des autres.

Ce raisonnement aboutit à cette conclusion éclairant notre sujet. L'alliance scellée entre deux peuples est une des façons de se préserver des conflits, des annexions ou d'autres formes d'agressions. L'alliance entre les peuples peut constituer une forme de solidarité. Ce faisant, la mobilisation des peuples unis sera une force contre la maladie du VIH/SIDA. Ces peuples pourront ensemble contribuer à une meilleure connaissance de la maladie. Ils peuvent ainsi faire alliance pour endiguer le mal. En prenant des dispositions communes, ils pourront mettre en œuvre des mesures préventives qui seront les contenus des clauses discutées et acceptées par les mêmes peuples (abandon de certaines pratiques traditionnelles comme le lévirat, le sororat, les scarifications, les mutilations génitales).

Ce sont certes des valeurs culturelles auxquelles certains peuples tiennent. Leur abandon demandera un travail progressif de sensibilisation dans le temps et l'espace. A ce propos nous pensons ici à ce que précise SAGNE Jean Claude :

> *Ce qui caractérise l'alliance, c'est qu'elle porte sur un contenu repéré et convenu, qui s'explicite et s'impose dans une charte ou une loi, il n' y a pas d'alliance sans loi, de même que toute loi ne peut tirer sa légitimité que de l'intention d'instaurer*

parmi les hommes une certaine alliance au moins minimale : le respect des droits de l'autre[137].

Il faut souligner que la conception de la sexualité reste aujourd'hui encore très subjective. C'est ainsi que par exemple la sexualité sous d'autres formes chez certaines tribus comme les mobas à Dapaong au nord du Togo est tolérée à certaines occasions. Il est admis qu'une femme aille passer la nuit avec un autre homme lors d'une grande fête traditionnelle avec le consentement de son mari. Une alliance entre peuples permettrait de revoir ces traditions en essayant d'abord de comprendre les fondements de ces pratiques pour ensuite montrer en quoi elles peuvent être dangereuses. Ce serait le lieu de procéder à l'inculturation de certaines coutumes pour faire des points retenus unanimement des valeurs à transmettre à la population et aux générations suivantes.

2.1.2.2.2. Alliance entre un chef traditionnel et ses administrés

Dans les cérémonies de chefferie chez les peuples Ewés de Danyi au Togo, celui qui est élu immole un bélier acheté avec les fonds publics. Il s'engage ainsi devant les ancêtres et les notables à veiller sur les traditions, à l'intégrité du territoire et à la bonne entente de toute la population. Ce rituel confère au chef immunité et invulnérabilité. C'est pourquoi toute atteinte à l'intégrité physique du chef est passible de sanctions. Le chef est une personnalité de référence qui est appelée à résoudre tous les problèmes auxquels est confrontée sa population. Les administrés sont conscients de leurs engagements de fidélité aux recommandations du chef dans toutes les circonstances. Et le chef à son tour ne doit jamais perdre du vue les engagements et les responsabilités qui lui incombent. Les droits et devoirs de chacun sont ainsi fixés et connus.

[137]. SAGNE Jean Claude, op.cit ; 1997, p. 179.

Cette figure d'alliance peut contribuer au respect de la vie de toutes les personnes. Le chef, comme autorité traditionnelle devient ainsi partenaire du projet de sensibilisation contre la prévention du sida.

Il reste ainsi une personnalité dédiée à la cause de sa population. Les limites de son pouvoir sont fixées et connues. Il détient son pouvoir des hommes et des divinités, un pouvoir surnaturel. Etant dédié à la cause de sa population, le chef ne peut ignorer l'exitence et les effets

néfastes du sida. Il est invité à lutter contre la maladie et à protéger ses administrés à travers sa participation aux activités d'information, d'éducation et de communication.

Le chef traditionel peut ainsi dans l'exercice de ses fonctions participer aux differentes sensibilisations en se faisant former dans un premier temps dans le but de bien transmettre le message pour un changement de comportement face au VIH/SIDA.

Lors de toutes les campagnes de sensibilisation dans un village, il faut l'autorisation du chef et de ses notables . Ce sont eux qui accueillent les différentes délégations ou tous ceux qui viennent en mission dans leurs milieux et donnent des orientations pour la bonne marche de tout exercice dans le village. Le chef traditionnel est ainsi le garant de la réussite des activités qui peuvent être menées.

Très souvent, toutes les questions et procédures qui s'imposent après ledécès d'un habitant du village doivent passer par le chef qui donne les consignes.

Il peut donc avoir une grande influence pour instaurer la paix en aidant les familles à règler les questions d'organisation des obsèques. Nous pouvons pour cela signaler le rôle du chef dans la prise en charge des veuves et des orphelins après le décès soit du père soit de la mère dans une famille. Ce qui est alarmant, c'est le partage de l'héritage du défunt par sa famille très souvent sans rien réserver à la veuve et aux enfants.

Les différentes interventions du chef ont plus d'influence dans ce genre de circonstance. Raisons pour lesquelles aujourd'hui, il est vivement souhaitable que les chefs de village soient instruits, ouverts aux questions socio-sanitaires dans la recherche des solutions adaptées et convenables.

2.1.2.2.3. La parenté à plaisanterie

Les brouilles, les mésententes, les conflits sont inhérents à la vie en société. C'est pourquoi la plupart des sociétés africaines de tradition essentiellement orale, ont tiré profit de leurs expériences, bonnes ou malheureuses, pour créer de multiples formes d'alliances qui sous-tendent le tissu social et servent de toile de fond à la paix sociale. Les peuples sont conscients que leur tranquillité dépend du respect des mécanismes de ces conventions. Ces alliances s'activent pour prévenir des infractions au code social ou pour pallier les insuffisances et les faiblesses de la nature humaine. Mais aucune convention, aussi parfaite soit-elle, ne peut se substituer à l'abnégation ou à la capacité de don total de soi aux autres qu'exige la fraternité. C'est pourquoi les sociétés africaines magnifient la fraternité et favorisent le vivre ensemble.

L'un des mécanismes de cette bonne intelligence sociale est la parenté à plaisanterie dont nous empruntons ici la définition à l'auteur Ivoirien YACOUBA Kouakou:

> *La parenté à plaisanterie est une pratique sociale typiquement ouest-africaine, qui autorise, et parfois même oblige, des membres d'une même famille (tels que des cousins éloignés), ou des membres de certaines ethnies entre elles, à se moquer ou s'insulter, et ce sans conséquence ; ces affrontements verbaux étant en réalité des moyens de décrispation sociale*[138].

Parfois cette alliance s'est instaurée entre des peuples aux modes de vie différents comme les sédentaires cultivateurs et les nomades éleveurs, parfois entre des ethnies de tradition guerrière. C'est le cas des Peuhls au Togo qui sont éleveurs, donc toujours en déplacement et les Temberma au nord du Togo qui sont sédentaires.

Dans tous les cas, la parenté à plaisanterie scelle une alliance entre des groupes organisés, et sert ainsi de rempart aux conflits ethniques.

Outre les groupes ethniques, les clans familiaux fondent leur système de fonctionnement de leur parenté à plaisanterie sur l'identité de certains patronymes. Les hommes de ces différents clans familiaux n'ont pas besoin de se connaître pour plaisanter entre eux sous la forme d'impolitesses rituelles et comiques pendant lesquelles personne ne se vexe. C'est le cas des Nawedeba et des Kabye de Kouméa au nord du Togo.

La parenté à plaisanterie se décline entre membres d'ethnies, entre patronymes, mais aussi entre territoires tels que les régions, les provinces ou les villages. Les dialogues moqueurs qui découlent de ces relations font appel à des caractères spécifiques de ces ethnies, souvent liés aux habitudes alimentaires ou aux modes de vie. Selon l'interprétation de Marcel GRIAULE qui a désigné ce phénomène comme une *alliance cathartique,* ces relations sont un moyen de désamorcer les tensions entre ethnies voisines ou entre clans familiaux, d'où notre intérêt pour ces formes d'alliance traditionnelle. Revitalisées, elles pourraient servir à rétablir la cohésion sociale mise à mal par la pandémie du sida.

C'est un phénomène qui concourt à maintenir de bonnes relations entre les grands-parents et parents et petits-enfants, entre plusieurs générations.

---

[138].YACOUBA Kouakou Kouadio, Alliances inter-ethniques et parenté à plaisanterie ou dynamique d'une dédramatisation endogène des conflits socio-politiques en Afrique : le cas de la Côte d'Ivoire in actes du colloque international sur « Royauté, chefferies traditionnelles et nouvelles gouvernances », Editions Dagekof, p. 86.

Dans le contexte du sida, même la parenté à plaisanterie peut être un peu le lieu de dédramatiser les conséquences de la maladie. Par exemple, au lieu de rendre les moqueries tragiques pour le malade et son entourage, elles deviennent pour eux un moment de détente. Le fait d'être parents à plaisanterie peut être une forme de compassion ou de sympathie naturelle. Ceci permettra de maintenir une bonne ambiance autour du malade.

Ce n'est pas une cure, mais un moyen de rendre la maladie plus supportable évitant ainsi certaines formes de stigmatisation et de discrimination. C'est pourquoi la méconnaissance de cette pratique peut avoir des conséquences dramatiques.

La parenté à plaisanterie bien comprise crée un climat de convivialité, de fraternité en favorisant de meilleures conditions de vie.

2.1.2.2. LES ALLIANCES STRUCTURELLES

2.1.2.3.1. Relations interculturelles : alliance entre peuples et tribus

Nous traiterons ici de l'alliance entre les ancêtres et les collectivités.

En général, les fêtes traditionnelles servent à pérenniser la mémoire des ancêtres et à perpétuer les traditions. C'est le cas du Dzawuwu-zan, fête traditionnelle des Ewés de la région de Kloto. Cette pratique culturelle s'appuie sur des croyances ancestrales. « Mia No » veut dire *notre mère* en langue locale. Cette appellation désigne la terre comme une mère nourricière. Car c'est d'elle que viennent les récoltes. L'homme doit, par conséquent, la respecter, la préserver de toute profanation ou souillure. Dans l'ancien temps, au cours de cette fête, on offrait aux dieux et aux mânes des ancêtres les mets préparés avec les prémices de certaines cultures comme le maïs, le manioc et l'igname.

Dans la région d'Agou au sud du Togo, c'est la fête de Gbagba qui donne le ton officiel de la consommation de la nouvelle igname. La cérémonie centrale généralement célébrée le premier samedi du mois d'août, consiste à faire des offrandes aux divinités, aux mânes des ancêtres, et aux génies protecteurs.

Chez les Akposso, la célébration de l'Ovazu à Badou et Amou Oblo dans la région centrale du Togo est également une grande fête traditionnelle qui a pour but de remercier les dieux qui ont favorisé une récolte abondante et protégé les membres de la communauté. Le fonio, une céréale spécifique à la région est l'élément central de cette fête. Il a joué jadis un rôle déterminant dans la victoire du peuple Akposso sur l'envahisseur Akwabu. Cette histoire s'est déroulée à l'époque précoloniale dans le territoire togolais occupé par les Britanniques qui fut

ensuite rattaché au Ghana. Selon le témoignage d'un chef guerrier Akposso, durant cette guerre, la nourriture était devenue rare et c'est surtout grâce au fonio que la famine fut évitée. En plus d'être l'aliment de base de la population, il servait de poudre à canon pour les combattants qui prononçaient une formule magique, lançaient une poignée de poudre faisant des ravages dans le camp ennemi. Lorsqu'il n'y avait plus rien à glaner dans les champs, les combattants se nourrissaient de fruits sauvages cueillis en brousse au mépris des morsures de serpents devenus très agressifs.

Les Akposso ont pu franchir tous les obstacles et résister aux envahisseurs grâce à leurs réserves de fonio. C'est ainsi que le fonio est devenu un symbole fort de la tradition Akposso sur lequel repose l'organisation de cette grande fête traditionnelle en région centrale du Togo. Il représente pour les Akposso les valeurs d'endurance et de combativité face à l'adversité. Ils s'identifient à ces valeurs ancestrales grâce auxquelles ils sont liés à leurs ancêtres. Si cette alliance se défaisait, une grande partie de la motivation de la culture Akposso disparaîtrait aussi. Ses participants bénéficient de la protection des ancêtres, s'ils n'ont commis ni crimes ni fautes graves. D'ailleurs, lors de ces festivités, on ne consomme le fonio ou on ne participe aux libations que si l'on est en paix avec tout le monde et le cœur purifié de toutes pensées négatives. La fête se célébrait dans un environnement social pacifié, occasion rêvée de tous les ressortissants de la préfecture d'Ovazu, pour venir rendre hommage à leurs ancêtres. Aujourd'hui, cette fête perd son élan traditionnel et devient de plus en plus folklorique. Mais nous en retiendrons surtout la forte attraction qu'elle exerce sur la diaspora et sur les populations originaires de la région. L'immense potentiel culturel de l'événement est encore inexploré.

Selon le témoignage d'Alfred GUIDI, historien du milieu, Ovazu est célébrée pour maintenir l'entente et l'harmonie avec les ancêtres et bénéficier de leur protection

La fête est célébrée aux récoltes du mois de décembre. Elle est précédée de sacrifices rituels et de libations en l'honneur des fétiches au cours desquels des animaux, coqs, poules et chèvres sont offerts en sacrifice. Une partie de ces offrandes est réservée aux ancêtres et l'autre donnée en consommation aux fidèles présents. Manger ensemble à ces occasions consolide les liens, ce que Jean- Claude SAGNE dit bien en ces termes :

« Le repas est la réalisation repérable et exemplaire des interactions et des relations interpersonnelles dans un groupe » et manger ensemble c'est inscrire la série des comportements individuels de manducation dans un « ensemble » qui ne tient pas tant à la manducation elle-

même qu'à ses conditions sociales »[139] . Ainsi donc, la pratique du repas reste un des actes importants dans la conclusion des alliances dans un groupe social. Les échanges durant le repas fondent, reflètent et reproduisent tous les échanges symboliques qui font la vie d'un groupe. Nous pouvons dire que l'alliance s'inscrit au cœur de la réalité sociale. Elle est le modèle de la relation interpersonnelle, fondée sur l'échange des dons.

Ces moments de retrouvailles peuvent servir aussi à une campagne de sensibilisation et faire le point sur la situation dans le secteur. C'est aussi l'occasion de faire des projets de structures de lutte contre le sida. Nous retenons deux aspects fondamentaux !

Le rassemblement en vue d'honorer une tradition qu'il faut cultiver et développer afin de maintenir l'alliance avec ses ancêtres qui veillent sur sa population.

C'est un temps fort de l'année qui peut être un ressourcement pour ceux qui croient aux forces surnaturelles et à leur protection dans leur vie. Cela est donc à l'image du rassemblement des chrétiens pour l'Eucharistie qui est au centre et au sommet de leur vie. C'est le lieu d'écouter la parole de Dieu et de se ressourcer individuellement et en communauté. Cela nous oriente vers le rassemblent eucharistique qui invite tout le monde. Ces différents moments peuvent aussi être des opportunités de sensibilisation et de mise en garde contre des dépravations sexuelles et leurs conséquences tant pour les familles que pour toute la société.

2.1.2.3.2. Les alliances extérieures entre Etats

Les différents traités internationaux signés entre les pays constituent les alliances extérieures. La plupart des pays africains ont adhéré à l'Organisation des Nations Unies fondée après la seconde guerre mondiale. Son but est d'assurer la paix dans le monde entier. Dès le lendemain de leur accès à l'indépendance, les Etats africains se sont regroupés dans des organisations sous-régionales pour traiter ensemble des questions qui leur étaient spécifiques. C'est ainsi qu'en Afrique de l'Ouest est né le Conseil de l'Entente en 1959. Le Togo y a adhéré en 1966. Un fonds d'entraide et de garantie des emprunts permet de soutenir les membres les plus défavorisés. Le 28 mai 1975 est créée la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) qui prend le relais du Conseil de l'Entente. Son but principal est de promouvoir la coopération et l'intégration avec pour objectif de créer une union économique et monétaire ouest-africaine. La CEDEAO a mis en œuvre divers accords dont celui de la libre

[139]. SAGNE Jean-Claude, op. cit, p. 123.

circulation des personnes et des biens dans sa zone. Face aux multiples dysfonctionnements nés des tensions entre différents pays, la CEDEAO a adopté en 1978 un Protocole de non-agression, suivi en 1981 du Protocole d'assistance en matière de défense et une Déclaration des principes politiques en juillet 1991. Pour garantir par exemple l'aspect sécuritaire de la CEDEAO, l'*Economic Community of West African States Cease-fire Monitoring Group* (ECOMOG) a été créée. Ses principales tâches sont entre autres l'observation et la supervision des cessez-le-feu, le maintien de la paix, l'intervention humanitaire, le déploiement préventif, la construction de la paix, le désarmement et la démobilisation. L'ECOMOG est intervenue notamment dans les guerres civiles du Liberia, de Sierra Leone et de Guinée-Bissau[140].

Il en est ainsi de la plupart des partis politiques et des autres organisations dites volontaires. De même pourrait-on dire de certaines alliances durables sur le plan interétatique qu'elles sont des associations plutôt que des coalitions. C'est le cas, par exemple, de *l'OTAN* (Organisation du Traité de l'Atlantique Nord). Les associations s'assimilent aux coalitions en ce qu'elles sont concertées, même si les négociations sur la participation et l'action des membres sont moins fréquentes que dans les coalitions. L'Union européenne est un autre exemple d'une alliance de type associatif, concertée mais durable, à la différence des coalitions.

Les tendances ou alignements sont des alliances non concertées et durables, ou du moins plus durables que les coalitions. Il en est ainsi des tendances interventionnistes ou néo-libérales, ou encore des tendances nationalistes et des tendances fédéralistes ou internationalistes dans un parti politique. Les tendances ou alignements peuvent aussi regrouper des acteurs de plusieurs organisations dans la réalisation des politiques publiques et même des Etats qui, sans faire partie d'associations concertées, agissent généralement de façon convergente pour un objectif commun.

Pour notre étude, l'alliance extérieure entre Etats peut porter sur une campagne sous-régionale pour de faciliter certains accords. Cela permettrait une complémentarité entre les différentes institutions de la lutte contre le sida. Ainsi les PVVIH pourront avoir des livrets de suivi leur permettant d'accéder aux soins dans les pays signataires.

Par cette alliance, les uns et les autres peuvent bénéficier des expériences des pays dans lesquels les initiatives et des stratégies sont plus concluantes.

---

[140]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Economic_Community_of_West_African_State consulté le 17/02/2016.

2.1.2.3.3. Les alliances entre partis politiques

Il s'agit là d'une alliance pour gagner des voix aux élections. Les partis mutualisent leurs moyens, rapprochent leurs idées et adoptent des stratégies pour battre leurs adversaires communs. Mais, le plus souvent, ces alliances sont éphémères parce qu'elles ne survivent pas aux conflits d'intérêts qui éclatent au lendemain des votes.

Les regroupements politiques où les occasions de débat n'existent plus, perdent progressivement la substance de ce qui les a réunis au départ et deviennent de simples caisses de résonnance des idées à la mode. En l'absence de toute critique ou autocritique, ils ne possèdent plus le recul nécessaire pour évaluer et prévoir leur action politique. Ils ne se manifestent à leur électorat potentiel que de façon sporadique, signant de la sorte leur mort programmée.

Au sujet des alliances politiques faites au Togo, il y a d'abord deux grands partis politiques rivaux : le RPT (Rassemblement du Peuple Togolais) au pouvoir depuis 1967 et l'UFC (Union des Forces du Changement) dans l'opposition. Les deux ont fait alliance de paix pour le meilleur devenir du pays en 2010. Il y a eu aussi plusieurs alliances au sein de l'opposition togolaise mais qui, aujourd'hui, ont perdu leur efficacité. D'abord le CST (Collectif Sauvons le Togo) rassemblait presque tous les partis politiques sauf l'UFC en vue d'affronter le parti au pouvoir et revendiquer les élections législatives et locales. Cette alliance s'est soldée par un échec après un an de lutte à cause de certains intérêts particuliers de plusieurs partis politiques qui ont préféré se retirer. Il s'agit principalement du CAR(Comité d'Action pour le Renouveau), ADDI (Alliance Démocratique pour un Développement Intégral)...etc.. Il faut donc noter que c'est dans le souci de remporter en bloc les élections législatives de 2012 que ce collectif a été mis sur pied. Depuis leur échec leurs relations ne sont pas stables à cause des intérêts divergents. Aujourd'hui l'ANC (Alliance Nationale pour le Changement) siège au parlement au nom du CST qui regroupe ANC, CPP (Convergence Patriotique Panafricaine), CDPA (Convention Démocratique des Peuples Africains).

En 2015, d'autres regroupements de partis politiques vont s'opérer en vue d'affronter le parti UNIR (Union Pour la République) ancien RPT (Rassemblement du Peuple Togolais) aux élections présidentielles.

Nous constatons que les partis politiques font alliance uniquement pour remporter les élections. Mise sur pied la veille, l'alliance ne survit généralement pas au lendemain de ces élections. La seule qui perdure est celle conclue entre l'UFC et le RPT actuellement UNIR qui a apporté le calme et éliminé la violence qui régnait entre eux dans les années 1990-1994, alliance de paix conclue entre le président actuel Faure Gnassingbé et Gilchrist Olympio.

En conclusion, pour notre sujet, les alliances entre partis politiques peuvent avoir aussi dans leurs programmes politiques le soutien des projets et des institutions qui prennent en charge les PVVIH. Les partis politiques pourront également assurer la prévention dans les campagnes.

2.2.2.4. Un exemple d'alliance dans la société : le cas de l'hygiène alimentaire à l'école.

La question de l'hygiène alimentaire à l'école est une question vive d'actualité et elle peut nous aider à illustrer notre perspective d'alliance thérapeutique. A cet effet, nous nous inspirerons d'un document officiel du Luxembourg intitulé : *Guide de bonnes pratiques pour une bonne hygiène alimentaire dans les services d'éducation et d'accueil pour enfants* qui corrobore bien les liens de collaboration qui doivent exister entre les différents acteurs.

Dans la préface du dit document, Claude MEISCH, Ministre de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse souligne que, quand on parle *« d'hygiène alimentaire dans les services d'éducation et d'accueil pour les enfants, c'est une responsabilité de toute l'équipe éducative, le personnel de cuisine, ainsi que les gestionnaires et la politique et les tâches sont très variées et complexes »*[141].

Ce service scolaire peut aller de la cuisine sur place jusqu'à la production délocalisée. Le seul but que poursuivent tous ces acteurs est d'offrir aux enfants une alimentation saine afin qu'ils soient en bonne santé. C'est aussi en vue de cela que Lydia MUTSCH, Ministre de la Santé du Luxembourg, affirme que :

> *L'élaboration d'un guide de bonnes pratiques est donc le moyen de premier choix pour permettre une mise en conformité du secteur entier avec les obligations de la règlementation alimentaire tout en prenant en compte les particularités des établissements*[142].

En France, le décret n° 2011-1227 du 30 septembre 2011 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans le cadre de la restauration scolaire stipule :

> « Le décret prévoit les exigences que doivent respecter les gestionnaires des services de restauration concernant la qualité nutritionnelle des repas qu'ils proposent. Ces

---

[141]. MEISCH Claude, Ministre de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse a participé à la 2e rencontre scolaire de la Grande Région le 8 juin 2016 à Trèves. […] *Guide de bonnes pratiques pour une bonne hygiène alimentaire dans les services d'éducation et d'accueil pour enfants ;* p. 4.
[142]. MUTSCH Lydia. Op. cit., p. 3.

exigences portent sur la variété et la composition des repas proposés, la taille des portions, le service de l'eau, du pain, du sel et des sauces ».

Le texte prévoit que ces dispositions sont précisées par un arrêté conjoint du ministre de la défense, des ministres chargés de l'outre-mer et des collectivités territoriales, de la santé, de l'alimentation, de la consommation et de l'éducation nationale. Ce qui est remarquable dans le travail de l'hygiène et de la santé à l'école, c'est de voir que ce thème est au confluent de plusieurs services et a des ramifications qui existent entre l'éducation à la santé et l'instruction à l école et la vie quotidienne.

Ce qui nous intéresse dans le choix de cet exemple, c'est le nombre des institutions et des acteurs qui doivent travailler en étroite collaboration pour la même cause et surtout coordonner les activités et les stratégies.

Nous nous permettons d'évoquer dans le contexte de notre recherche le rôle de la famille et des acteurs directs de l'école. Dans un document de l'éducation nationale en France intitulé : *L'hygiène et la santé dans les écoles primaires* mis a jour le 22 avril 2008, il est mentionné : Les familles qui jouent, bien entendu, un rôle primordial dans l'organisation de la vie quotidienne sont les premières, par leur action éducative, à construire des repères structurants pour aider leurs enfants à développer, en matière d'hygiène et de santé, des attitudes saines et préventives.

Ce travail commencé en famille doit être continué entre autre à l'école et les centres de formation des enfants et des jeunes à travers des activités pédagogiques appropriées à chaque niveau d'étude et ceci en partenariat avec les différents acteurs et services de santé et la participation active des familles. C'est à ce prix que l'école peut jouer pleinement son rôle de prévention.

Cet exemple que nous évoquons insinue que les nouvelles questions que posent les problématiques de l'hygiène à l'école supposent une étroite collaboration entre les membres de la communauté éducative, les familles et les différents ministères. Ces multiples acteurs doivent ainsi développer les échanges dans un climat de confiance et de responsabilité partagée. C'est, ce faisant, que ces instances offrent à tous les acteurs de l'école qui sont les exécutants, la possibilité de s'approprier ces consignes au bénéfice de tous. C'est ce travail fondamental de base qui permettra une véritable dynamique d'hygiène chez les élèves et les équipes éducatives contribuant ainsi à leur bonne santé.

Nous estimons que cet exemple peut mieux aider le lecteur de notre recherche à réaliser les relations intrinsèques entre les différents partenaires Etats, Eglises ,ONG/associations qui œuvrent pour l'éradication du sida au Togo.

Qualifier cette relation d'alliance sous-entend une coordination et une fédération des forces vives, des initiatives et des dispositions pour un même but, la prise en charge des PVVIH/SIDA. La lutte contre cette pandémie peut ou doit partir d'une prévention qui doit commencer dans la famille qui est la cellule de base de l'éducation et le terreau de nos bonnes pratiques. Cette lutte implique également les efforts harmonisés des différents acteurs comme les parents, le personnel de la santé, de l'éducation, et de tout son environnement. Car qui aborde la question de la prévention du SIDA évoque toute cette attention que l'on doit porter non seulement à ceux qui vivent avec le virus mais aussi à toutes les personnes qui cohabitent avec ces porteurs.

2.1.2.3. TABLEAU SYNOPTIQUE

Différentes alliances	Les limites	Aspects positifs	Domaine d'action
Alliances matrimoniales	Infidélité Rupture Influence de la durée	Union Dialogue Enfants Education Durée Fidélité Liberté	L'amour de la vie. Mobilisation au niveau de la prévention et de la prise en charge. Rappel constant de l'existence des dangers de la maladie
Alliances sociales	Quand la parole donnée n'est pas toujours respectée. Décrypter des situations complexes.	Respect des institutions coutumières Engagements aux droits et aux devoirs Présence de l'autorité traditionnelle La notion de loi Partage de repas	Protection de la population Participation à la sensibilisation dans la prévention. Bonne ambiance La paix sociale Aspect spirituel
Alliances structurelles	A court terme A long terme Incompréhensions	Coopération	Circulation des biens et des malades et des soignants. Bonne gestion des structures Solidarité Différents accords Confiance mutuelle.

CONCLUSION

Notre tâche dans ce chapitre a été d'abord de définir l'étymologie du mot alliance, d'évoquer certaines figures de l'alliance dans la société, leur impact sur la vie en général, ce qu'apporte la notion d'alliance dans les relations sociales et institutionnelles et donc les raisons de son utilité.

En plus des figures d'alliances que nous avons évoquées, d'autres formes d'alliances sont possibles telles que :

- L'alliance des frères : elle repose sur le don initial du père géniteur. L'alliance fraternelle est pleinement l'alliance, ouvrant sans frontière l'univers de la réciprocité.
- L'alliance des compagnons ou des camarades : elle se base sur la collaboration pratique à une même tâche ponctuelle. Elle a pour loi celle de la réalisation d'une tâche entreprise en commun. C'est une loi d'ici et maintenant, loi provisoire et limitée, à la merci de la mutation de la tâche ou de sa disparition. Nous pouvons évoquer les pratiques dans certains milieux professionnels.

La conclusion d'alliances engage efficacement les acteurs pour des objectifs à court, moyen ou long terme. L'alliance vue sous diverses formes peut avoir des intérêts dans la lutte contre le sida. Elle montre que, dans une telle organisation, les différents acteurs doivent s'investir à fond dans les décisions, les activités, et les méthodes adoptées par consensus. L'ensemble des actions constitue une chaîne et le succès dépend de la bonne tenue, du rôle joué par chaque maillon. Ainsi donc, la vie et l'efflorescence de l'alliance dépendent de la qualité de la contribution de chaque membre du groupe dans son domaine de compétence. C'est ce que nous dit Jean-Claude SAGNE en ces termes :*Ce qui fait la réalité du groupe comme tel, c'est la structure de l'alliance. Le lien social qu'elle produit est la relation d'alliance*[143].

Dans le contexte qui nous occupe, l'alliance constituera un moyen plus efficace de redynamiser les efforts de l'Etat, de l'Eglise et des ONG/associations. L'amélioration de la qualité des relations entre partenaires redonnera confiance aux malades. En effet, ces derniers sont parfois, à leur corps défendant, des laissés pour compte dans les conflits d'intérêts ou de personnalité de soignants ou des responsables d'ONG/associations. Nous tenterons de montrer

[143]. SAGNE. Jean- Claude, op.cit. p. 21.

dans les chapitres qui suivent en quoi toutes ces formes d'alliances répondent aux différents nœuds éthiques et théologiques relevés à la fin de la première partie et comment la création de véritables alliances pourrait contribuer à éviter les échecs, corriger les écueils puis endiguer et même éradiquer au Togo le fléau du VIH/SIDA. D'où le chapitre sur l'alliance thérapeutique.

2.2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

La pandémie du sida est avant tout un problème de santé publique pour lequel le seul recours à des soins médicaux ne saurait constituer l'unique solution. Pour mieux faire face à cette situation, il est indispensable de conjuguer les efforts des divers services sociaux et les politiques sanitaires. Malgré les progrès techniques et les avancées significatives des recherches scientifiques et pharmaceutiques, qui ont contribué à prolonger de plus en plus la vie humaine, certaines situations et pathologies restent encore préoccupantes. La prise en charge des malades engendre des difficultés économiques tant pour les familles que pour les communes et les gouvernements voire même sur les Etats.

De plus, la prise en charge des personnes malades du sida exige un travail d'étroite collaboration et de complémentarité entre différents services, c'est pourquoi nous estimons qu'il est préférable de fédérer des approches thérapeutiques en attendant le vaccin à grande échelle annoncé à moyen terme. Selon l'article d'Abel OZIH :

> *En termes de prise en charge des PVVIH, le taux de décès lié au sida a baissé de 30% entre 2005 et 2014 grâce à la mise sous traitement des PVVIH dont le nombre était de 37511 à la fin de l'année 2014 ; soit un taux thérapeutique de 35%. Le défi de la qualité des services offerts aux PVVIH est aussi important que l'augmentation de la charge virale et le suivi biologique*[144].

Prendre en charge une personne souffrant d'une pathologie chronique comme le VIH/SIDA implique une relation et une responsabilité qui engage tant le personnel soignant que le patient dans sa dimension humaine, individuelle et relationnelle. L'alliance thérapeutique engage le soignant comme le soigné. Béatrice BIRMELE dans la rencontre singulière médecin-malade souligne avec force la nécessité de reconnaître les droits et devoirs réciproques et surtout l'histoire et les motivations du patient.

> *Comment alors soigner la personne singulière qui lui fait face ? Comment s'engager dans cette relation avec elle ? Le médecin ne soigne pas la maladie, ni le malade, mais tel malade singulier, telle personne irremplaçable ayant une maladie donnée. Il a donc besoin de compétences qui s'assimilent certes à la connaissance, l'expérience et la technique, mais aussi de savoir-faire dans l'ordre de la « technè »*

---

[144]. OZIH Abel, « *Où en est le Togo dans la lutte contre le VIH/SIDA* ? » Site http://cnls, togo.org consulté le 25 Mai 2014.

et de qualités relationnelles qui lui permettront de soigner une personne précise dans son corps et sa personne[145].

Derrière les statistiques publiées sur le sida se cache une grande souffrance. On ne saurait se contenter de la prise en charge simplement médicale et matérielle d'un malade atteint du VIH, qui constitue la réponse de la société à cette affection. L'alliance thérapeutique ambitionne de « donner de la vie aux années » malgré la maladie, tout en espérant influencer son évolution, grâce à l'élan vital qui existe en chacun. Un malade qui a le moral croit en sa guérison. Voilà pourquoi l'alliance thérapeutique optimisera la prise en charge et aidera à la globaliser.

Comment prendre en compte les préoccupations du patient dans l'administration des soins afin de prendre les dispositions qui lui seront bénéfiques ? Le travail d'alliance thérapeutique que nous abordons consistera à mettre en place un cadre intégrant une prise en charge sous la forme d'un partenariat entre soignants et soignés. Il fait appel à plusieurs registres allant de la sensibilisation à la nécessité du test de dépistage jusqu'au processus de guérison. Il s'agira pour nous de voir comment s'adapter, concilier et trouver l'équilibre entre professionnalisme et empathie afin de tenter d'endiguer la maladie dans le respect des partenaires de l'alliance (malades et soignants). Nous présenterons ce chapitre en trois points :

1. L'alliance thérapeutique
2. La relation médecin-patient
3. Les autres partenaires de l'alliance thérapeutique

[145]. BIRMELE Béatrice, *La rencontre singulière médecin-malade* : *l'expérience de la maladie chronique*. Paris, Editions Seli Aslan, 2011, p.16.

2.2.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

2 .2.1.1. DIFFERENTES DEFINITIONS

L'alliance thérapeutique est un concept qui a vu le jour dans le domaine des sciences humaines en particulier ceux de la psychothérapie, de l'hypnose et la psychanalyse.

Elle peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'atteindre les objectifs fixés. L'alliance, il faut le souligner, n'est pas en elle-même curative, mais elle constitue un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer aux traitements engagés et le suivre consciencieusement. C'est une modalité de collaboration entre le thérapeute et le patient[146].

Selon le docteur Ralph GREESON célèbre psychiatre et psychanalyste américain, la relation thérapeutique est à la fois une configuration où prend place le transfert et une « real relation », une relation qui puise dans le réel son expression et ses manifestations. Il conceptualise l'alliance comme une capacité du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif visé. Il précise cependant que parfois les limites peuvent devenir poreuses, des mouvements transférentiels pouvant infiltrer l'alliance, mais que le noyau essentiel de l'alliance reste « la vraie relation ». Contrairement au docteur Corinne BRENNER, Richard GREESON souligne la nécessité de reconnaître l'importance fondamentale de la confiance du patient et sa nécessaire coopération avec le thérapeute.

D'une manière générale, toutes les définitions s'accordent pour comprendre l'alliance thérapeutique comme une notion multidimensionnelle, incluant les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation.

A ce sujet, le philosophe GASTON Bachelard isole plus précisément quatre facteurs indépendants :

- La capacité du patient à travailler délibérément en thérapie.
- Le lien empathique unissant patient et thérapeute.
- La compréhension et l'implication empathique du thérapeute.

---

[146]. BORDIN, E (1979) et GASTON L. Marmar (1990) in http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm . BIOY Antoine et BACHELARD Maximilien, *L'alliance thérapeutique: historique, recherche et perspectives cliniques,* Perspectives Psy, 2010/4 vol, 49 ; pp. 317-326.

- L'accord que partagent le patient et le thérapeute pour arriver aux buts envisagés.

2.2.1.2. LES ELEMENTS FONDAMENTAUX DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SELON PAUL RICOEUR

Paul RICOEUR aborde la notion d'alliance thérapeutique dans une perspective de responsabilité partagée des acteurs dans la relation de soins. Elle implique un processus de coopération entre les différents acteurs dont les principaux sont le soignant et le soigné. L'alliance thérapeutique devient ainsi un élément important de la médecine moderne qui peut s'élargir à d'autres intervenants pour une prise en charge adéquate.

Comment alors créer un espace où sera définie une place pour chaque acteur ?

Il répond par trois notions qu'il appelle « les niveaux du jugement médical[147] » qui sont la confiance, la prudence et le respect du code de déontologie. Ces notions tiennent compte de l'homme dans son intégralité. Il donne ainsi une place essentielle à la réciprocité des relations qui doivent exister entre soignants et soignés.

Il tient compte de la complexité des interactions et des réactions qui naissent des contacts entre les différents partenaires de soins et le patient. Il s'agit notamment de l'entourage paramédical, des psychologues, des travailleurs sociaux et non médicaux (famille, association, pouvoirs publics concernés par l'environnement quotidien du malade).

2.2.1.2.1. La confiance

Elle est à la base de toutes les relations et particulièrement dans le contexte du sida, à cause de la honte liée au regard des autres. Très souvent les malades se cachent en se retirant loin de leur milieu ordinaire de vie. C'est le cas de ceux qui sont dans le déni de leur séropositivité. Le manque de confiance réciproque vis-à-vis de leur entourage provoque en effet une situation difficilement supportable. Par peur d'être montrées du doigt, la plupart des personnes déclarées séropositives préfèrent ainsi garder leurs résultats secrets.

Au départ, tout intervenant dans l'alliance thérapeutique doit apprendre à gagner la confiance du malade et non s'imposer à lui. Le sida est une maladie dont la prise en charge est longue, d'où l'intérêt de cette confiance pour les deux parties en vue du maintien de la qualité des soins.

---

147. RICOEUR Paul, *Le Juste 2*. Paris, Editions Esprit, 2001, pp. 227-243.

Pour Paul RICOEUR, cette confiance permet de faire vivre la relation de soin en laissant agir le temps. Cette confiance à la base de toutes les démarches, s'accompagne d'une promesse. Le médecin fait preuve ainsi de sa compétence professionnelle et des qualités humaines.

> *La fiabilité de l'accord, écrit-il, devra encore être mise à l'épreuve de part et d'autre par l'engagement du médecin à suivre son patient, et celui du patient à se conduire comme l'agent de son propre traitement. Le pacte de soins est présenté comme une alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée entre les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs. Cette promesse tacite est constitutive du statut prudentiel du jugement moral impliqué dans l'« acte de langage », de la promesse. Le pacte de confiance : respect de l'estime de soi*[148].

Si ce pacte de confiance n'était pas obtenu, il serait préférable de rompre la relation et de changer de médecin. Médecin et malade doivent être des alliés contre la maladie et la souffrance, ce qui comprend le rapport à soi-même aussi bien qu'aux autres. Il peut être menacé notamment par un pouvoir de la part du corps médical.

Denis LEDOGAR aborde la question de confiance dans le même sens :

> *Le lien qui va s'instituer pendant plusieurs années entre un patient et un médecin, une équipe, est un élément majeur de la qualité de la prise en charge ;une relation de confiance facilite le suivi ultérieur, la compréhension et l'adhésion du patient au traitement*[149].

Le témoignage de Marie Stella vient illustrer cette notion de confiance. Pendant ses tournées de campagnes de sensibilisation dans les villages, Marie Stella KOUAK avait rencontré un homme grabataire, fonctionnaire, se considérant envoûté par un de ses collègues de service qui enviait sa place et donc lui en voulait à mort. Il est revenu de Lomé pour se soigner chez un herboriste. Ayant constaté des signes manifestes et majeurs tels qu'une perte de poids de plus de 10kg, une fièvre persistante et des diarrhées, elle lui demande s'il accepte sa consultation. Il est d'accord ; elle lui prodigue ses conseils et elle fait accepter un prélèvement en vue du dépistage du sida et de la recherche des germes du paludisme. Les deux tests sont positifs et le malade est sauvé de justesse grâce aux fortifiants puis la trithérapie. S'il était resté une semaine de plus dans

---

[148].RICOEUR Paul. Op. cit, p. 230.

[149].LEDOGAR Denis. *Au chevet des malades, Un soutien précieux pour mieux comprendre et mieux vivre la maladie*. Paris, Editions, presses de la renaissance, 2001, p.137.

ce village, il serait décédé malgré les décoctions de son herboriste réputé. Cette confiance envers Sœur Marie Stella KOUAK lui a valu un traitement permettant de prolonger sa vie. Le refus de l'aide proposée lui aurait été fatal et ni lui ni son entourage n'auraient jamais su qu'il mourrait du sida. Son état de santé se serait aggravé et il serait mort, comme lui-même le prévoyait, caché dans son village. Aujourd'hui, cet homme a retrouvé une bonne forme, a repris son travail, suit son traitement.

2.2.1.2.2. La prudence

La relation interpersonnelle avec un médecin implique des qualités particulières pour persister à soigner un patient quel que soit le stade de sa maladie. Prendre une décision face à des conditions de vie particulières de souffrance peut affecter un certain nombre de relations et surtout le jugement des personnes. Quel est alors le noyau éthique de cette rencontre singulière qu'évoque Paul RICOEUR en mettant l'accent sur la notion de prudence ?

> *Dans la continuité du pacte de la confidentialité qui engage l'un à l'égard de l'autre tel patient avec tel médecin. A ce niveau prudentiel, on ne parlera pas encore de contrat et de secret médical, mais de pacte de soins basés sur la confiance. Or ce pacte conclut un processus original. Au début, un fossé et même une dissymétrie remarquable séparent les deux protagonistes, d'un côté celui qui sait et sait faire, de l'autre celui qui souffre*[150].

Il s'agit d'un pacte de soins dont le fond éthique est le respect de la dignité du malade. La relation entre médecin et patient est basée sur un discours clair, loyal et adapté à la situation :

- Clair car il s'agit de ne pas utiliser de mots scientifiques incompréhensibles pour une personne hors du milieu médical.

- Loyal car il faut dire la vérité sur les pronostics et la gravité de la maladie avec des explications suffisantes.

- Adapté au patient : c'est-à-dire ne pas tenir le même discours à tous les patients, s'adapter à ce qu'il peut et veut entendre. On ne peut annoncer la même nouvelle de la même façon à une personne anxieuse et dépressive qu'à une personne avec un caractère solide. Cela rejoint la notion de prudence. L'objectif du thérapeute est de prodiguer ses soins au corps et à l'esprit, ce qui implique une connaissance acquise permettant d'espérer la guérison du malade. Même si la confiance est une qualité attendue tant du médecin que du patient, l'application

[150]. RICOEUR, Paul. Op cit. p. 229.

prudente de la thérapie choisie reste du ressort du praticien. Même le lien affectif, au cas où il existerait, ne doit pas obscurcir son jugement.

2.2.1.3.3. Respect du code de déontologie

Paul RICOEUR distingue trois obligations fondamentales:

Premièrement, l'obligation faite au corps médical en général de porter secours non seulement à leurs patients mais à toute personne malade ou blessée.

Deuxièmement, la fonction de connexion. Le corps médical doit être sensible au social et au politique. Par exemple, le titre I du code français de déontologie médicale, soumet les devoirs généraux de tout médecin à des règles professionnelles qui confèrent un statut social à son travail. Ainsi cet article du code français précise que la médecine n'est pas un commerce. Le patient est une personne non une marchandise, même si les soins ont un coût financier. Ce coût est extérieur à la relation de contrat et met en jeu la dimension sociale de la médecine. Il précise également dans son titre II article 35 que les patients ont le droit d'être informés de leur état de santé. Il convient toutefois de s'assurer que la personne ne présente pas de risques et qu'elle est psychologiquement apte à recevoir l'information.

Troisièmement, la fonction d'arbitrage est aussi la partie critique de toute déontologie. Dans une perspective éthique, elle concerne les démarches de recherches cliniques en vue d'améliorer l'efficacité des soins. Elle nécessite des modalités d'exploration du corps humain et des expérimentations de traitements. Le patient doit être non seulement informé mais aussi associé à ces expérimentations qu'il souhaite bénéfique pour son état de santé.

Se pose alors la question du consentement libre, éclairé du patient. Comment agir face à des patients exigeants, à tort ou à raison ? Comment faire accepter des compromis ? Le code français de déontologie médicale[151]tend à ignorer ou du moins à minimiser cette situation. Ainsi l'article 2 précise que « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité ». Ainsi dit, le médecin exigera que le patient informe sa famille de son état. Paul RICOEUR termine en soulignant deux constatations paradoxales : d'une part, la personne n'est pas une marchandise ni la médecine un

[151]. RENE Louis. « *Code français de déontologie médicale* », introduit et commenté par Louis RENE avec une préface de Paul RICOEUR, Paris, le seuil 1996 pp. 9-25.

commerce, mais la médecine a cependant un coût pour la société ; d'autre part, si la souffrance est privée, la santé est publique.[152]

Pour le médecin se pose le problème éthique entre secret médical et non-assistance à personne en danger chez un patient infecté qui refuse de se soigner et d'informer ses proches de sa situation. Que doit faire le médecin ? Prévenir la personne en danger pour lui sauver potentiellement la vie ? Préserver le secret médical ? Au Togo, ces questions ne sont pas encore définitivement résolues eu égard à la disponibilité et aux moyens dont disposent les soignants. Les patients ne sont pas toujours préparés et les dispositions sanitaires et les lois en vigueur ne sont pas appliquées en raison du niveau de vie et du contexte. En France toutes ces questions sont gérées par l'assurance-maladie et par des lois et plus particulièrement les lois Kouchner de mars 2002[153] et Leonetti de 2005 reprise et amendée par la loi Leonetti- Claeys de février 2016.[154]

Toujours ce sont les droits du malade qui prévalent d'où les directives anticipées pour la personne de confiance inscrites dans la loi.

Au Togo, malheureusement, la situation est bien différente. Les fonctionnaires et les gens qui ont un revenu régulier sont pris en charge par les assurances-maladies. Les autres se soignent en fonction de leurs moyens. Il serait important d'avoir une éthique des soins uniformisée qui s'impose à toute l'équipe soignante et de créer les conditions permettant au malade de recevoir les informations médicales le concernant. La bonne compréhension de son état par le malade lui permettra sans aucun doute de participer plus efficacement au processus de codécision.

---

[152]. RICOEUR Paul. Op cit. pp. 238-239.

[153]. La loi Kouchner de 2002 concerne la démocratie sanitaire et plus précisément les grands principes de la personne à savoir le consentement éclairé et l'accès au dossier médical.

[154]. La loi Claeys-Leonetti de 2016 reprend certains grands principes de la loi 2005, à savoir :

La possibilité de ne pas entreprendre ou d'interrompre investigations et traitements ; le fait de ne pas s'abstenir déraisonnablement ; le droit d'utiliser des antalgiques à doses suffisantes en toute fin de vie pour soulager la souffrance, quand bien même ils écourteraient ce qui reste de vie. Cette nouvelle loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été adoptée le 27 janvier par l'assemblée nationale et le sénat. (*Le guide juridique n°43 mars-avril 2016*).

2.2.1.3.4. Quelle relation entretenir en définitive ?

Qu'elle soit privée ou publique, la question de santé est au cœur de l'alliance thérapeutique. Elle est entièrement associée aux relations (quelquefois redoutées au point d'éviter d'y penser) entre la vie et la mort, la naissance et la souffrance, la sexualité et l'identité de soi-même vis-à-vis de l'autre.

La déontologie est issue d'une réflexion anthropologique sur le vivre bien et ensemble dans une confiance réciproque. Elle prend en compte la souffrance et les conséquences que la maladie peut provoquer dans l'entourage. Le patient a le droit de savoir la vérité sur sa santé, si son état psychique le permet. Cela fait partie de ses droits. Cependant dans le contexte du sida, la question de confidentialité se pose avec une particulière acuité.

A l'association EPV par exemple, nous avons eu du mal avec un homme qui refusait d'annoncer sa séropositivité à ses deux épouses. C'est après cinq ans seulement qu'il consentit à le faire quand il se rendit compte que sa santé se détériorait et qu'il devait commencer la trithérapie. Au nom du principe de la confidentialité, l'Association n'avait pas le droit d'en parler à qui que ce soit sans le consentement du malade.

Le consentement éclairé est à la base de toutes les décisions concernant le patient. C'est ce qui est souhaitable mais les conditions dans la réalité ne le permettent pas toujours.

Comment trouver un consensus malgré les désaccords raisonnables qui peuvent surgir et qu'en est-il de la relation entre le patient et son soignant ? Si en France, la prise en charge se fait dans un parcours de soins bien organisé qui implique le généraliste, en qui le malade a confiance, et qui l'oriente ensuite vers un spécialiste qui a l'assurance de son confrère, il en sera ainsi dans toute la chaîne de prise en charge.

Au Togo, la vision de la prise en charge ne saurait copier une telle structure mais l'objectif reste bien d'obtenir la confiance du malade envers tous les intervenants orientés vers le processus de guérison ou du moins vers la prise en charge de tous les aspects de sa maladie. A cause de la carence des médecins, c'est souvent l'assistant médical ou l'infirmier qui a la charge du suivi médical.

Intéressons-nous maintenant à la relation fondamentale entre soignant et soigné.

2.2.2. RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LA DUREE

Comment travailler ensemble dans une relation réaliste et vraie dans le processus de la prévention et de la thérapie ? La pratique médicale est orientée vers la santé, c'est-à-dire les soins

administrés au corps seulement, alors que le malade fait tout pour retrouver le bonheur profond auquel tout homme aspire qui implique de se sentir bien dans son corps comme dans son âme. Cet état est particulièrement mis à mal pour les PVVIH/SIDA.

Etre infecté aujourd'hui signifie vivre chroniquement avec le virus pendant de très longues années. Grâce aux progrès de la médecine, avoir le sida n'est plus synonyme de mort imminente. A la découverte d'une séropositivité, d'autres bilans permettront au médecin de déterminer le type de traitement que doit suivre le patient en y associant le personnel paramédical.

2.2.2.1. EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Dans les hôpitaux et centres de santé, les médecins généralistes et assistants médicaux restent les acteurs principaux dans la prise en charge initiale de la maladie, le dépistage et surtout l'annonce. Ils n'orientent le patient vers un test de dépistage qu'à l'occasion d'un bilan de santé. Il arrive qu'une situation de séropositivité se révèle, entraînant ainsi différentes réactions (surprise, colère, peur) et parfois un choc assez profond (déni, refuge dans un mutisme total, retrait de toute vie sociale ou désordre mental). D'une manière générale, les tests de dépistage sont systématiques pour tout le monde dans les cliniques privées et pour les femmes enceintes dans les centres de prévention pour la transmission mère-enfant (PTME). Lorsqu'une personne vit en contact avec un séropositif connu, il y a possibilité de contact avec le virus. Le test peut être proposé par le médecin afin d'écarter tout soupçon de contamination. La prise en charge des malades est assurée par une équipe soignante interdisciplinaire comprenant les soignants, la famille, l'entourage et d'autres intervenants dont la tâche sera de soulager la douleur, d'apaiser la souffrance psychique et de sauvegarder la dignité de la personne malade. Dans l'état actuel des connaissances, le traitement ne fait qu'empêcher la prolifération du virus.

Béatrice BIRMELE a analysé l'expérience de la maladie chronique que va vivre un malade et qui va entraîner une « relation singulière » médecin-malade.

Les médecins, les infirmiers et les aides soignants sont perçus par les malades comme ceux qui prescrivent et qui guérissent. Or, l'équipe soignante ne peut qu'appliquer un traitement d'accompagnement destiné à soulager le patient au maximum, à lui offrir une vie digne. Cependant, il faut noter la récente augmentation de l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH/SIDA, lorsqu'elles sont convenablement traitées.

Au terme d'un bilan, le patient est revu quinze jours plus tard pour que lui soient communiqués les résultats de celui-ci, en prenant le temps nécessaire pour en

expliquer la signification : combien de lymphocytes CD4 ? Très naturellement, ces données permettent au médecin d'introduire la discussion de l'éventualité d'une thérapeutique.[155]

Au Togo, le traitement par les antirétroviraux est gratuit depuis 2005 mais son coût réel reste très élevé ainsi que le bilan pour la majorité de la population. Même les mieux lotis se heurtent parfois à des problèmes d'approvisionnement. Par ailleurs, les patients ne sont soumis au traitement antirétroviral que si leur état l'exige. Initialement les traitements visaient seulement à augmenter l'immunité du patient pour prendre en charge toutes les maladies opportunistes, mais le principe des prescriptions a évolué. On notera aussi que les traitements antirétroviraux, qui étaient d'une grande exigence au début, ont évolué. Ils consistaient à prendre dix à quinze comprimés par jour à des heures bien déterminées. Aujourd'hui la trithérapie est devenue moins contraignante tout en augmentant l'espérance de vie des patients. Avec ce nouveau traitement, on constate également une diminution des effets secondaires, alors qu'initialement les douleurs abdominales, la perte de cheveux, les céphalées affectaient la majorité des malades.

2.2.2.2: L'ECOUTE ACTIVE DU PATIENT, SA VALORISATION ET L'ADAPTATION DES SOINS

La rencontre soignant-soigné se déroule dans les différents types de liens que nouent les partenaires de l'alliance thérapeutique. Les infirmiers et aides-soignants ont un contact privilégié avec le patient. Lors de la tournée des soins, ils effectuent la toilette, les pansements, etc. C'est un moment fort d'une relation très intime qui crée des liens. Ils échangent beaucoup et c'est à eux que le patient se confie le plus. Denis LEDOGAR nous donne des points d'attention :

Il faut s'adapter à la vie sexuelle du patient, à la présence ou non d'un conjoint ou d'un partenaire. Il est particulièrement nécessaire lors des consultations, d'aborder ces problèmes en écoutant le patient et son partenaire régulier, séparément ou ensemble.

Ne pas considérer les malades atteints du SIDA comme des pestiférés est le meilleur conseil que nous pouvons donner. N'ayons pas peur de les approcher, de vivre à leurs côtés, de

[155]. Idem, p. 138.

nous asseoir à leur table et de partager leur repas. Il est important pour le séropositif de ne pas se sentir rejeté par ses amis et son entourage[156].

C'est donc le moment pour ses amis et sa famille proche de lui exprimer leur affection.

L'expérience de Marie Stella KOUAK reste aussi édifiante. Ses accompagnements si divers partent de l'idée que chaque personne est unique :

Cette personne, je l'accueille telle qu'elle est avec plus ou moins de difficultés bien sûr, et là où je crois percevoir qu'elle se trouve sur son chemin d'être humain. Cet amour qui est vie, que je reçois et transmets par toutes sortes de moyens, afin que le fait qu'elle soit accueillie puisse faire diminuer ses angoisses et grandir au quotidien l'espérance et la paix jusqu'au grand passage qu'il nous est parfois donné d'accompagner aussi.[157]

Le sida reste une maladie grave, presque incurable de nos jours. Le patient passe par plusieurs étapes selon l'état de son organisme ou selon les moyens mis en œuvre pour le traitement. Selon le cas, il est ainsi confronté à l'une de ces deux situations : la rémission ou la mort plus ou moins proche.

Pour autant, la logique de rentabilité faisant des hôpitaux ou autres structures des lieux où le soin est sans cesse évalué économiquement et le patient considéré comme un client aide peu à la promotion d'une présence gratuite et désintéressée des soignants au chevet du malade. Au fond, on donne davantage de crédit au *cure* – le soin technique – qu'au *care* – le soin affectif moins visible mais important puisqu'il participe, à travers l'ordinaire de la vie au maintien des relations humaines. Les contraintes résultant du manque d'effectif générateur d'un surcroît de travail, mènent bien hélas les soignants à souvent quitter un idéal qu'ils nourrissaient au départ pour retrouver une routine limitée aux gestes techniques.

Au Togo, de multiples facteurs, particulièrement l'état déplorable des structures de santé ainsi que les salaires très bas des soignants, contribuent à négliger le « prendre soin » qui nécessite une attention et une écoute active.

Afin de dépasser ces facteurs d'échec, il est nécessaire de porter un regard positif sur la profession soignante, en reconnaissant qu'au-delà des inévitables conflits, demeure

---

[156]. LEDOGAR Denis. *Au chevet des malades, un soutien précieux pour mieux comprendre et mieux vivre la maladie,* Paris, Editions Pocket, 2003, p.141.

[157] Commission sociale de l'Episcopat, Albert ROUET, président, SIDA, *la société en question*, Bayard éditions : Centurion, Paris, 1996, p. 87.

la présence auprès de personnes en situation de souffrance qui reste le cœur de l'engagement.

On retrouve ainsi sous une autre forme, le devoir de non-abandon dont parlait déjà l'éthicien Emmanuel HIRSCH, qui écrivait en 2004 :

> *L'hôpital constitue dans sa nature même une valeur déterminante qui inspire et marque nos conceptions de la responsabilité humaine. (…) Des femmes et des hommes s'efforcent de consacrer leur générosité, leurs talents et leurs compétences là même où l'on serait tenté de renoncer – là même où bien souvent nos démocraties abdiquent ». (…) : « Conviction et passion qualifient à coup sûr l'esprit qui anime et rassemble celles et ceux qui ont fait le choix de s'engager au sein de l'hôpital(…) Devant l'abandon, l'indifférence, les discriminations de toute nature, les hospitaliers sont parfois les derniers à ne pas renoncer*[158].

La présence continue des soignants traduit ce qui les habite et les motive jour après jour. En donnant au soin une valeur toute particulière, cette profession rencontre un esprit positif constitué de multiples activités individuelles et d'une approche toute humaine de la souffrance. L'alliance thérapeutique vise essentiellement la confiance qui doit prévaloir et se développer dans leurs rapports et en tout cas, l'attitude rassurante que doit avoir le corps soignant.

2.2.2.3. LES ETAPES DE SOINS DANS LE CONTEXTE DU SIDA

Au Togo, la création des centres de dépistage volontaire et anonyme a été une bonne initiative au vu de la population à risque. La sensibilisation porte entre autre sur l'intérêt de connaître son statut sérologique VIH/SIDA. Le fait de faire un test ne constitue pas un soin mais est le soubassement de la prise en charge en cas de résultat positif. En cas de résultats négatifs, la personne peut se situer et continuer à prendre des dispositions pour ne pas se faire contaminer. C'est ce qui explique l'importance accordée aux dispositions avant et après le dépistage.

---

[158]. HIRSCH Emmanuel. « Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin » Paris, Cerf, 2004, pp. 42-47.

2.2.2.3.1. La sérologie de dépistage

A l'heure actuelle, la seule parade que l'on puisse proposer face à la propagation de la maladie est uniquement la prévention. Le test de dépistage de sérologie est une des étapes importantes qui permet de connaître son état. Aujourd'hui, il existe en France des tests qu'on peut faire seul à la maison avec une goutte de sang comme on le fait pour le test de grossesse.

Ce dépistage permet à l'intéressé de prendre ses dispositions pour une demande de prise en charge.

D'une manière générale, il existe trois cas de dépistage : le premier est fait à l'occasion d'une hospitalisation lors d'un bilan général, le deuxième au moment d'un dépistage individuel ou dans un centre de dépistage anonyme, puis le troisième dans une situation de risque ou de doute après une situation embarrassante. Rappelons encore qu'en dépit des efforts considérables effectués dans les laboratoires du monde entier, il n'y a pas actuellement de traitement curatif contre le VIH. Seul un ralentissement et une stabilisation du processus est actuellement possible par une association de médicaments et par une nutrition adaptée pour renforcer le système immunitaire. La maladie, à son stade initial, se manifeste par des signes plus ou moins perceptibles et des symptômes peu spécifiques, comme des troubles digestifs ou des éruptions cutanées, ce qui rend son diagnostic difficile pour le patient tout comme pour le médecin. Elle est alors préalablement suspectée puis dépistée au moyen d'analyses biologiques et d'observations cliniques. Les circonstances sont diverses : avant un don de sang, ou lors d'une hospitalisation, une simple consultation, un soupçon d'atteinte, un dépistage volontaire, ou encore l'accouchement chez le nouveau né d'une mère malade. C'est donc le dépistage qui permet d'envisager une prise en charge fiable.

2.2.2.3.2. Le pré-test de sérologie

La première consultation avant la sérologie permet de préparer le patient aux résultats et d'évaluer ses connaissances sur le VIH/SIDA et son niveau de compréhension d'un résultat négatif ou positif. Cette consultation permet également d'évaluer la personnalité du patient, d'établir un plan d'action pour la réduction des risques personnels, et de lutter contre la transmission. C'est également le moment de préparer la personne à prendre la décision de poursuivre ou non les examens afin d'évaluer les dispositions à prendre en cas de résultat positif. Le médecin peut commencer l'éducation du patient à la propagation du virus en lui conseillant ou proposant l'abstinence ou des rapports protégés jusqu'aux résultats. Il arrive aussi que le

médecin demande une sérologie de l'hépatite B et C en plus de la syphilis, maladies souvent associées et transmises en même temps que le VIH, enfin il sollicite une autorisation orale ou écrite du patient pour pouvoir prescrire une sérologie VIH/SIDA.

2.2.2.3.3. La post-sérologie

La consultation porte sur le résultat de la sérologie, la prise en charge psychologique éventuelle du patient (celle-ci doit toujours tenir compte de l'entretien préalable avant le test). S'il revient, c'est qu'il est décidé à connaître ses résultats. Un résultat négatif signifie qu'il n'est pas infecté par le virus ou qu'il est infecté mais en phase de séroconversion. Dans les deux cas, un test de confirmation est nécessaire. Il faut donc encourager le patient à se rendre disponible pour la suite des rencontres. La positivité du test peut n'être effective que deux à trois mois après la contamination, d'où la nécessité même en cas de test négatif, de faire une nouvelle sérologie et de continuer à prendre les mesures de prévention pour éviter la dissémination du virus (abstinence ou port du préservatif). Si le test est positif, on refait tout de même une nouvelle sérologie pour éviter les erreurs qui, bien que rares, se produisent parfois.

Ces deux phases déterminent la suite et préparent la personne à rencontrer un médecin ou à intégrer une association de prise en charge des personnes infectées afin de bénéficier de tous les services liés à son état de santé. Une meilleure connaissance et une meilleure compréhension peuvent aider à développer une thérapie optimale pour combattre le virus et les maladies liées au sida, améliorant ainsi notablement la qualité de vie des patients infectés. Lors d'une annonce de séropositivité, il faut d'emblée évoquer les possibilités thérapeutiques qui permettent de dédramatiser les résultats positifs, et donner de l'espoir aux patients en le rassurant sur les possibilités de prise en charge par les médecins et la société.

2.2.2.4.4. Les différentes étapes de la prise en charge des séropositifs.

Depuis l'apparition de la pandémie au Togo, les acteurs ont pris des dispositions pour endiguer le mal et les résultats s'améliorent au fil des années comme on peut le constater dans l'un des rapports les plus récents du Conseil National de Lutte contre le Sida.

Selon ce rapport, on dénombre 141 structures accréditées qui ont offert des services de prise en charge globale à 57356 PVVIH enregistrées régulièrement en leur sein. Les résultats suivant ont été enregistrés :

37 511 PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ont été mises sous traitement ARV sur les 45 372 soit 82,67% de taux de réalisation.

18 999 prophylaxies IO ont été offertes aux PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sur les 24 510 prévues soit un taux de 77,52%.

19 445 PVVIH (d'adultes, adolescents et enfants) ont bénéficié d'une prise en charge psychosociale sur les 75 430 prévues soit un taux de réalisation de 25,78%.

En outre, le nombre de PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ayant bénéficié d'un bilan de suivi biologique est seulement de 11 536 sur les 53959 prévues soit un taux de réalisation de 21,38%.

- Enfin pour le nombre de PVVIH éligibles aux ARV ayant bénéficié d'un dépistage actif de l'hépatite B et C on enregistre un très faible taux de réalisation de 1,02% car seulement 36 personnes ont bénéficié de ce service sur les 3 544 prévues.

- Les ressources mobilisées et dépensées dans le cadre du VIH en 2014 s'élèvent à neuf milliards neuf cent cinquante-huit millions neuf cent deux mille six cent quatre-vingt-quinze (9 958 902 695FCFA). Les financements domestiques représentaient 23,76 % de l'ensemble des ressources.

- Le taux de mobilisation des ressources par rapport au budget prévu dans le plan opérationnel 2014 était de 56,79 %. Le taux de consommation des ressources par rapport au budget disponible était de 61,02%[159]. Ce taux montre bien que les dépenses excèdent le budget prévu.

La prise en charge des séropositifs se fait en deux temps : on procède d'abord au traitement des infections opportunistes ensuite à la mise sous traitement ARV lorsque le bilan de santé confirme l'état de maladie.

2.2.2.4.4.1. Les infections opportunistes et les effets indésirables des traitements

Le patient vit avec une maladie non encore déclarée mais qui demande une surveillance continue. Pour retarder la survenue de la maladie, l'équipe soignante s'évertue à traiter toutes les infections opportunistes qui peuvent affaiblir le système immunitaire du patient. Il s'agit notamment de prendre au sérieux et de traiter en profondeur avec de fortes doses d'antibiotiques

[159]. Rapport d'activités sur la riposte au VIH/SIDA au Togo, Rapport GARPR, juin 2015, Présidence de la république, p. 22.

et d'autres médicaments, des maladies communes dans la population telles que les bronchites, les pneumonies, la fièvre, le paludisme, les toux persistantes.

Ces traitements fatiguent et déroutent la plupart des patients parce qu'ils sont toujours sous médication à cause de la fréquence des infections opportunistes. Cette situation se traduitpar un dégoût qui aboutit à l'abandon de la thérapie chez un bon nombre de PVVIH. Dès ce stade, le patient est à considérer comme un partenaire incontournable dans le processus de l'administration des soins. Ce partenariat doit être maintenu pour pouvoir adapter le traitement à l'état de santé du patient même lorsqu'il se détériore et que la maladie se déclare.

Selon le même rapport on note une tendance à la régression des cas de décès dû au sida. Avec un pic en moyenne de 10330 cas de décès en 2009, ce nombre a chuté jusqu'à 641 cas en 2014.

2.2.2.4.4.2. La mise sous traitement ARV

Le traitement antirétroviral s'impose au stade sida qui est la dernière phase par laquelle passe un malade avec une sérologie positive au VIH.

Il est proposé le plus tôt possible à toutes les personnes atteintes dans le but d'aboutir à une charge virale nulle.

Au Togo, il y a trois lignes de traitement proposées en fonction des bilans effectués et de l'évolution de la maladie chez le patient. La première ligne est la trithérapie, classée en deux protocoles de traitement : le premier protocole est composé de la Triomune 30 ou Zidovudine. Le deuxième protocole utilisé est le Duovir. Puis la troisième ligne est à base d'Efavirenz. Ces trois protocoles correspondent au traitement pour adultes. Aux enfants, sont administrés la Triomune junior et le Zidovudine junior.

Ces médicaments ont permis d'augmenter la survie de nombreux malades.

Les efforts du gouvernement sont répertoriés dans le rapport d'activité du CNLS datant de juin 2015. Il montre cependant que malgré la gratuité des ARV le système de prise en charge ne couvrepas tous les besoins des malades enregistrés. Le rapport du CNLS indique qu'entre 2005 et 2014 les nouvelles infections ont baissé de 62%. En 2009, on note 10330 cas de décès tandis que de 2005 à 2014 on enregistre seulement 641cas de décès.

2.2.2.4.3. Quelques principes directeurs dans l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est guidée par quatre principes : l'autonomie, la confiance, la négociation et l'influence. Ces principes définissent l'environnement le plus favorable au bon déroulement des soins. Nous allons nous inspirer de l'apport particulier de chaque principe au processus de prise en charge selon les principes éthiques de Paul RICOEUR et du RAPPORT BELMONT.

2.2.2.4.5.1 Le principe d'autonomie

Comment motiver un patient afin qu'il puisse coopérer au traitement proposé ? Dans le cadre du sida, certains patients trouvent la trithérapie contraignante et préfèrent mourir plutôt que de suivre un traitement à vie sans être sûr de pouvoir guérir. Ainsi au nom de leur droit, des patients peuvent refuser le traitement proposé. Mais au préalable, le médecin doit leur donner toutes les informations et explications relatives au traitement envisagé et aux conséquences de leur décision. Un patient qui refuse de se soigner prend des risques et devient contagieux pour les autres. Au Togo, le CNLS a mis en place des lois obligeant les patients à veiller à ne pas contaminer d'autres personnes sous peine de sanctions. Ils doivent être traités comme des agents autonomes, c'est-à-dire capables de décider de leurs objectifs, d'agir et de participer à la prise de décision les concernant. Les personnes ayant une autonomie diminuée ont droit à une protection spéciale.

Cependant, cela doit être associé à l'obligation de ne pas laisser mourir le patient sans soin. Le médecin a l'obligation de prendre en charge le patient ou de le transférer à un collègue. Le principe d'autonomie se heurte à deux problèmes :

- Celui de la maîtrise de la propagation du virus, qui dépasse l'individuel au profit de la collectivité. En Europe, en dehors des politiques de santé publique, le pouvoir judiciaire en condamnant certains auteurs d'infections pratiquées en connaissance de cause a jugé utile de s'emparer du problème.
- Celui de la liberté fondamentale de tout individu de se soigner ou pas. Ici se pose le problème de la prise de conscience et de connaissance effective des risques. La participation d'un parent ou ami proche « de confiance » pourra influencer favorablement la prise en charge de ce malade au cas où il ne comprendrait pas tous les enjeux le concernant.

2.2.2.4.5.2. La gestion au long court

Prendre soin d'un malade chronique nécessite la mise en place de certaines attitudes auprès de l'équipe soignante et de l'entourage. L'accompagnement d'une telle maladie est un chemin qui demande l'engagement de la personne qui désire en retirer les bienfaits et préserver la qualité de sa vie. Au départ, cela nécessitera une approche délicate de la personne soignée. La relation de soin implique d'empiéter sur le cadre de vie du soigné parfois sans y avoir été invité. Il faut souligner que c'est toujours complexe car faire alliance s'appuie aussi sur la relation entre le patient et son entourage. Par la suite, puisque le sida est une maladie chronique et longue dans sa prise en charge, l'intérêt de cette confiance sera plus facilement perçu par les deux parties. En fin de compte, ce chemin difficile, suivi avec persévérance, peut permettre d'aboutir à une existence normale et à une certaine qualité de vie. En même temps c'est complexe car faire alliance s'appuie sur la relation contractuelle médecin-patient. C'est ce qu'Olivier DOBERSERQ traduit en ces termes :

> *Donner sa confiance, c'est accepter un appui, un soin, une aide, une main qui vous guide, un regard qui comprend, un sourire, un geste qui apaise. C'est accompagner une personne dans le respect du parcours, la laisser se projeter dans un avenir même impossible, c'est partir à la rencontre de l'autre dans une relation de bienveillance, d'attention et de reconnaissance*[160].

Le plus important est de garder une pensée positive vis-à-vis de soi-même, des autres, avec une volonté de vivre. La confiance donnée suppose des moments d'échanges pour se confier et des temps de partage pour s'assurer de la sincérité réciproque. Dans le cadre du sida, elle est indispensable pour que le malade accepte de se confier et de partager sa séropositivité. La patience et la maturation sont deux éléments importants pour consolider la confiance dans une relation.

---

[160]. DOBERSERQ Olivier. *Sur un chemin de confiance*, Pastorale de la santé, Dimanche de la santé, Février 2014, p 2.

2.2.2.4.5.3. La négociation pour obtenir la confiance

La confiance, fondement de l'alliance soignant-soigné, suppose un dialogue qui implique plusieurs aspects. Ce mot tout simple de la vie courante est en même temps bien compliqué ! La confiance ne se décrète pas. Il faut dire toute la vérité, mais la question est de savoir dans quelle circonstance on peut la dire. Le malade est-il capable d'accepter et de supporter la vérité ? Entre médecin et malade, le dialogue s'articule autour de l'information et de la tenue du dossier médical qui est indispensable. Béatrice BIRMELE, dont l'argumentaire porte sur la rencontre singulière qui allie à la fois reconnaissance, dialogue et délibération, le dit en ces termes :

> *Dans une telle maladie chronique,… la qualité de la relation soigné-soignant et l'adhésion au traitement reposent essentiellement sur un cheminement au long cours, la confiance, l'information et l'éducation du patient par les différentes catégories de soignants… Mais cette situation restera toujours difficile à accepter et à vivre, avec l'alternance de périodes de révolte, de marchandage, de déni, d'angoisse, de résignation, et de périodes d'acceptation et peut-être même de satisfaction*[161].

Au-delà de la négociation, on entre dans la gestion au long court de la relation de soins. Devant les surprises désagréables et les souffrances induites par la maladie, ainsi que les effets secondaires des traitements, le patient ne suit parfois pas les prescriptions des soignants. Dans un tel contexte, le médecin ne peut pas s'opposer à la volonté du patient, dont le consentement est nécessaire. Il tentera de gagner la confiance du patient et de lui faire comprendre la nécessité du traitement qui devrait l'aider à guérir. Toutefois, il devra prêter attention au fait que quasiment tous les malades se renseignent à travers l'internet et possèdent beaucoup d'informations parmi lesquelles ils n'arrivent pas à hiérarchiser.

---

[161]. BIRMELE Béatrice, « *La rencontre singulière Médecin-Malade, l'expérience de la maladie chronique* », Paris, Editions Seli Arslan, 2011, p. 57.

2.2.2.4.5.4. La bienfaisance

Cette notion implique la générosité et le bien-faire avec bonté pour obtenir le bien-être de l'autre. C'est en quelque sorte la promotion de ce qui est avantageux pour le patient. Dans le cadre du sida, la bienfaisance peut se manifester à plusieurs niveaux depuis l'écoute jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Certaines personnes infectées se culpabilisent déjà de ce qu'ils vivent, ce qui fait que le moindre geste de manque de compassion à leur égard constitue un motif de révolte. A cause de leur susceptibilité, les PVVIH/SIDA ont besoin d'une attention particulière à travers les gestes courants de la vie. Ce n'est certes pas un privilège qui leur est accordé, mais une manifestation de solidarité fondée sur leur fragilité. Un accueil chaleureux assure et valorise les malades en leur exprimant de l'empathie. Chaque malade a son originalité à travers son comportement. Une attitude positive envers lui à travers des paroles bienfaisantes et des gestes, par exemple le toucher, se manifeste par des actes de bienveillance. Même si cela ne fait pas partie de leur charge auprès du patient, ce ne serait pas de trop si l'équipe du réseau de soin manifeste une générosité par des signes d'assistance au patient. Il est important ici de faire en sorte que la confusion avec le personnel soignant ne s'installe pas au risque de devenir du « paternalisme médical ».

2.2.2.4.5.5. La justice

La thématique de la justice peut être abordée de plusieurs manières dans la mesure où elle a un sens qui dépasse ce qui est communément appelé justice commutative qui tient compte des principes égalitaires et la justice distributive ayant trait à la répartition des biens au sein d'une communauté. Dans notre contexte, la justice n'est pas une notion relative à un individu, mais une notion à intégrer dans les nécessités individuelles et collectives de la prise en charge des PVVIH. C'est ce qu'affirme le théologien Marc FEIX en ces termes :

> *L'expérience humaine du sentiment d'injustice mobilise chez l'humain la volonté de justice. En ce sens, la justice se caractérise d'abord par une forme de subjectivité et par la relation entretenue entre sujets : elle est à la fois individuelle et collective, avant même d'être un principe de la philosophie, de l'éthique ou de la*

théologie. La sémantique du concept de justice,… est polyvalente, renvoyant à une dimension civile[162].

C'est aussi une attitude d'ajustement vis-à-vis des bien portant afin que les PVVIH ne soient pas sous estimés mais qu'ils aient aussi accès à tous leurs droits. C'est ainsi que les valeurs de liberté et d'égalité pourront servir de moyens sur le chemin de l'humanisation de tout être au sein de la société. La justice implique l'équité, la non-discrimination, l'impartialité, la moralité mais aussi la légalité. L'équité, dans notre contexte, mène surtout à l'égalité d'accès aux soins et aux médicaments, la non-discrimination envers les séropositifs et le droit à la confidentialité. Lorsque les textes de l'Eglise parlent de justice comme norme des relations sociales, ils emploient souvent une expression que la tradition antérieure ne connaissait pas : la justice sociale par l'engagement auprès d'une couche particulière de la société, les malades et les pauvres, ... L'Eglise exprime ainsi que l'amour de Dieu et du prochain implique le principe de justice. Ce vocabulaire nouveau demande à être défini par rapport aux concepts anciens.

Thomas d'AQUIN voit dans la justice la vertu sociale par excellence : celle qui attribue à chacun son dû. Il lui donne pour objet le bien commun dans lequel il distingue trois formes : légale, distributive et commutative.

> *La justice, dit-il parmi les autres vertus, a pour fonction propre d'ordonner l'homme en ce qui est relatif à autrui. En effet, elle implique une certaine égalité, comme son nom lui-même l'indique : ce qui s'égale « s'ajuste, dit-on communément ; or l'égalité se définit par rapport à autrui*[163] *».*

Thomas d'Aquin définit aussi la justice comme étant une vertu générale au même titre que la charité. C'est elle, en effet, qui assure la cohésion de la société globale et il n'y a pour ainsi dire pas un seul acte libre de l'homme qui ne se réfère d'une manière ou d'une autre au bien de la société globale. Cette justice générale, il l'appelle à bon droit justice légale, puisque la loi est sensée assurer la réalisation du bien commun[164]. Dans les soins, la justice suppose la reconnaissance effective du séropositif ou de l'affecté, en évitant toute forme de stigmatisation et de discrimination.

---

[162]. FEIX Marc, article , « JUSTICE » in Laurent LE MOINE(dir), Eric GAZIAUX et Denis MULLER Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne, Paris, Editions du Cerf, 2013, p. 1174.

[163]. THOMAS D'AQUIN, Somme Théologique, IIae, Q.57.

[164]. BIGO, Pierre. *La doctrine sociale de l'Eglise, recherche et dialogue*, Presse Universitaire de France, Paris, 1966, p. 217s.

La justice implique un traitement équitable pour tous. Par exemple, les autorités doivent veiller à la satisfaction des besoins élémentaires des populations dont l'accès aux soins est une des obligations morales. Dans le contexte du VIH/SIDA, la justice est une force morale qui doit se traduire en comportements convenables aux malades.

Le problème du manque de médicaments et surtout de la trithérapie illustre bien cette notion de l'obligation de justice. L'accès discriminé aux traitements gratuits mérite d'être pensé et ajusté. Cela relève de la capacité d'adaptation des acteurs aux réalités du terrain : l'Etat veillant à la stricte répartition des ressources en sa possession selon des critères en rapport avec les taux de contamination de chaque couche, comme le note l'éthicienne Marie Jo THIEL :

> *Pour répondre à ces défis, diverses alternatives éthiques et anthropologiques se font jour, en particulier les éthiques du prendre soin « Care Ethics » qui placent au cœur de leur approche la vulnérabilité des personnes et leur interdépendance et qui permettent de donner un fondement pertinent et nouveau à la solidarité, à l'idée de responsabilité et à celle de la justice. Car en définitive il ne s'agit pas seulement d'être reconnu sujet de droit mais de devenir soi dans sa dignité*[165].

Les différents acteurs s'investissent dans la prise en charge des couches des populations les plus vulnérables afin d'atteindre le respect de la dignité de toute personne et surtout du PVVIH. Tout cela ne peut se passer dans un contexte fermé mais dans un réseau d'alliance afin de faciliter l'éducation thérapeutique pour une meilleure prise en charge. C'est ainsi que nous bâtirons la Paix par un chemin de fraternité comme nous le rappelait le pape François dans son message pour la journée mondiale de la Paix du 1er janvier 2014. C'est ainsi que nous pourrons parvenir à une vraie justice en éthique. C'est ce que note Marie Jo THIEL en ces termes :

Pour l'éthique, ce défi de justice est aussi un défi de fraternité. Elle creuse davantage encore l'enjeu de justice en ce sens qu'elle déplace les liens de la solidarité intergénérationnelle sur le terrain de la fraternité citoyenne. Tous sont frères et sœurs, la fraternité de l'un engage celle de l'autre, la solidarité ne peut être seulement intergénérationnelle, elle doit aussi être interférée et sœur, c'est-à-dire interhumaine, ancrée dans notre commune humanité[166]».

---

[165]. THIEL Marie-Jo, *La santé augmentée. Réaliste ou totalitaire* ? Paris, Editions Bayard, 2014, p. 218.

[166]. THIEL Marie -Jo, *Faites que je meure vivant, vieillir, mourir et vivre* ,Paris, Editions Bayard, 2013 p.153.

2 .2.3. LES AUTRES PARTENAIRES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Devant une maladie chronique incurable le médecin est incapable d'apporter une réponse satisfaisante et globale à lui tout seul. Nous avons montré que l'alliance thérapeutique concerne aussi un réseau qui assume et dépasse le personnel soignant. C'est cet aspect que nous allons aborder dans une perspective dépassant l'action du médecin et du personnel de santé.

2.2.3.1. LA PLACE DES THERAPEUTES TRADITIONNELS

Jusqu'en 1980, l'épidémie du sida, qu'on suspectait virale, était quasiment inconnue et donc non traitée. Ce n'est qu'à partir de 1981 que la recherche a vraiment progressé. De ce fait, au Togo comme ailleurs, la thérapie traditionnelle, rituelle ou religieuse, avait toute son importance face à un mal qualifié de mystérieux. Cette thérapie interprète en effet la maladie et ses causes et la traite à l'aide de plantes à qui on attribue des vertus mystiques ou protectrices grâce à des agents surnaturels ou humains supposés intervenir dans la transmission de la maladie. Mais depuis la découverte du virus et l'introduction des médicaments reconnus réellement efficaces dans les années 1990, ces thérapies traditionnelles ou liées aux fausses croyances relèvent de l'obscurantisme pour les pires et de l'effet placebo pour les meilleures, évaluées par les médecins à une efficacité de 50%.

La culture traditionnelle tient une grande place dans la mentalité des malades du sida. La séropositivité fait l'objet d'interprétations particulières qui nous informent sur les représentations. Nous l'avons évoqué au deuxième chapitre dans les enquêtes quantitatives. Il est aujourd'hui admis que ces représentations liées à la maladie ont un fondement social et culturel hérité de la transmission de savoirs profanes. La manière dont une personne exprime et interprète ses sensations corporelles est toujours historiquement, socialement et culturellement liée à un contexte et aux modes d'infection. Si la médecine traditionnelle a fait et continue de faire ses preuves dans le traitement de certaines infections opportunistes, elle manque cependant de moyens adéquats de diagnostic et souvent s'arrête aux symptômes. Les mêmes remèdes sont quelquefois prescrits pour plusieurs maladies comme l'aspirine. Le gouvernement veille à ce que ces soignants, à partir des herbes, fassent leurs preuves avant de les admettre dans une médecine reconnue. Certains herboristes sont uniquement à la recherche de l'argent sans se soucier de l'efficacité du traitement qui coûte souvent très cher. Beaucoup de malades vendent leurs biens

pour se soigner, mais parfois sans profit et malheureusement meurent tôt ou tard en laissant leur famille dans la pauvreté.

2.2.3.2. L'INFLUENCE DES FAUSSES CROYANCES

Le culte des ancêtres a une grande influence sur la santé. Parfois avant d'aller se soigner, une personne fait des libations prétendant que sa maladie est due au fait, qu'à la mort de son père, elle n'avait pas fait toutes les cérémonies que ce dernier avait réclamées.

Dans la tradition Naouda, dont je suis originaire, une personne ne meurt pas, mais elle devient un ancêtre que nous appelons volontiers « un mort vivant ». La famille est ainsi composée de deux parties : d'une part ceux qui vivent sur la terre, et d'autre part le groupe des ancêtres qui est vivent au-delà. Ces derniers ont une existence et jouent un rôle important dans l'existence des vivants. Par exemple une personne malade, estimant que les médicaments n'ont pas d'effets, consulte un devin qui lui demandera d'interrompre tout traitement et de retourner dans son village natal pour apaiser l'esprit de ses ancêtres en colère par des sacrifices d'expiation. Si cette démarche n'est pas faite, obligatoirement, la personne vivra dans la peur continuelle.

Certaines représentations de la maladie se font en fonction des croyances des gens et de leur perception de la maladie comme nous l'avons décrit dans les enquêtes qualitatives. Cela a été bien constaté au cours des enquêtes à travers les métaphores comme « ceux qui portent la mauvaise maladie »,« les abeilles du village », « ceux qui souffrent du mal qui ne pardonne pas », « la chose l'a mordu » et des expressions comme « le criquet »,« ceux qui font la diarrhée », « ceux qui portent les manches longues » ou encore « les hommes aux joues tombantes » Toutes ces représentations n'encouragent pas à prendre les bonnes dispositions ou à remplir les conditions de soins adéquates.

Ces croyances se réfèrent principalement aux origines de la maladie. Selon nos enquêtes, la principale de ces croyances attribue l'origine de la maladie à une relation supposée avec un singe, un chien et une femme. Une autre l'attribue à une invention du virus par les blancs. Une troisième en rend responsables les homosexuels, la quatrième à un virus. La cinquième ignore l'origine. Ces attributions ont tendance à décourager les bonnes volontés et les privent de soins. Ces fausses croyances sont liées en partie aux modes de contaminations que nous avons évoquées par ailleurs.

2.2.3.3. LA FAMILLE ET L'ENTOURAGE : LIEU DE FRATERNITE

Naturellement la famille, du fait de sa proximité avec le malade est un acteur fort de l'alliance thérapeutique. La notion de l'entourage au Togo est un mot très vaste, car le sens de la famille est très large. L'entourage ne consiste pas seulement en frère, sœur, père, mère, ce sont aussi les cousins, neveux, tantes, les personnes du même clan, du même village, les voisins. La famille étant une notion plus large au Togo, si le malade se retrouve sans sa famille cela engendre une grande souffrance pour lui. Se sentir abandonné par sa famille en Afrique est souvent mal vu et constitue une forme de discrimination. De même qu'il n'est pas toujours possible de prévoir la réaction du sujet à l'annonce de sa séropositivité, il est presque impossible de savoir comment réagira son entourage face à sa maladie. Une autre situation complexe est celle des parents. Si avant de tomber malade, celui-ci menait une vie affective et sexuelle normale et respectable, il a plus de chance d'être bien entouré par sa famille surtout si celle-ci est renseignée sur la maladie. « Pour des parents, l'annonce de séropositivité ou de la maladie de leur enfant est particulièrement traumatisante et inacceptable. La mort, à plus ou moins longue échéance de ce dernier, est totalement inadmissible, car contraire à l'ordre habituel[167] .

« S'il m'arrive de trembler, c'est à cause du regard de l'entourage ». Ce témoignage exprime la souffrance des PVVIH. Souvent ces personnes pensent que tout le monde connaît leur séropositivité : elles ont donc tendance à se cacher et quelquefois préfèrent passer par de petites portes pour se rendre dans les centres de prise en charge ou vers les associations afin que leur entourage ne réalise pas qu'elles sont infectées. Accompagner des personnes qui mènent un combat à cause des brisures intérieures est finalement l'affaire de tout le monde. Les anciens mettaient les lépreux à l'écart. Aujourd'hui la lèpre se guérit mais d'autres catégories sociales comme les PVVIH sont menacées de marginalisation.

Dans les soins, chaque fois que c'est possible, on laisse une place aux proches du malade. L'équipe soignante ne prend pas la place de la famille, cherche à saisir le désir du patient sur la place qu'elle peut occuper. Ce faisant, la famille peut rendre service au malade en l'absence d'un membre de son équipe soignante. Certains malades culpabilisent continuellement et pensent que tout leur entourage est au courant de leur état. Ils auraient voulu que personne n'en soit informé. Il arrive aussi que certaines familles rejettent le patient. On rencontre ce cas principalement lorsque le patient avait au départ des problèmes relationnels avec sa famille ou s'il était en

---

[167]. KOUAK Marie Stella, *Vivre « mieux »avec le sida -en Europe, au Togo, Quel espoir* ? 1997-1998 p. 28.

rupture familiale. Souvent les familles finissent par accepter la pathologie et entourent le patient de leur sollicitude. Les intervenants extérieurs doivent adapter leur rôle de soutien aux différentes situations et cheminer avec le malade en fonction du choix de celui-ci et de sa famille. La famille est un complément important dans le processus des soins. Elle peut apporter une meilleure attention aux besoins des malades et ainsi coopérer à son vécu quotidien. Les entretiens avec les familles permettent de les impliquer avec efficacité dans le processus des soins. Leur présence peut même favoriser de nouvelles pratiques de soins aux malades surtout dans le cadre de la dénutrition régulière du malade

Les témoignages reçus pendant les enquêtes sont autant d'échos, de preuves d'exclusions sociales liées au sida. L'association EPV par exemple, a la charge de personnes abandonnées par leur famille ce qui montre que quelque part l'esprit de fraternité est atteint au sein de notre société. La peur d'être délaissé conduit le malade à se sentir persécuté. Ces appréhensions finissent par devenir réalité : l'entourage a ainsi tendance à rejeter l'individu et à manifester sa méfiance. Ce genre d'attitude n'encourage pas non plus la collaboration avec les personnes séropositives. Cependant, il arrive que la révélation du résultat positif du test de sérologie à certains membres de l'entourage permette d'établir des rapports sociaux basés sur l'aide et la solidarité. C'est en tissant et en gardant les liens avec les membres de sa famille et de son entourage que le patient peut vivre dans un climat de relations fraternelles.

2.2.3.4. LES ASSOCIATIONS : SOURCE DE CREATION D'IDENTITE ET DE SOLIDARITE

Le sida est une maladie qui favorise l'isolement, le repli sur soi. Un partage pleinement respectueux dans les groupes de parole au sein des associations avec les personnes en souffrance leur permet de passer de la relation altérée à la rencontre retrouvée avec d'autres PVVIH et des personnes en bonne santé.

« Pourquoi moi ? Et comment m'en sortir ? J'en ai marre d'en avoir marre », lançait une femme lors d'un partage de groupe au cours de mes observations dans les associations. En association, on est rassuré de ne pas être seul et d'avoir toujours quelqu'un à ses côtés pour écouter ; certains sont contre cette pratique, ils invoquent une discrimination positive. L'expérience a montré que les associations menées par les PVVIH sont bien encadrées et leurs demandes sont souvent vite prises en compte par l'Etat ou les grandes institutions internationales. Ces associations constituent également des lieux de rencontres fructueuses, « on ne se sent pas seuls, on prend conscience que d'autres vivent la même situation », me disait un

patient dans une association. Il est fréquent que les PVVIH perdent leurs amitiés et leurs propres connaissances en raison de la honte qu'ils éprouvent. La remise en place d'un programme d'information par ces associations peut aider les personnes infectées à vivre sereinement sans l'esprit de révolte et à rejeter toute envie de contaminer d'autres personnes par des rapports sexuels non-protégés.

Les associations développent des programmes de soins à domicile, de soins ambulatoires et d'éducation sexuelle, en même temps qu'elles fournissent un réconfort religieux si elles appartiennent à ce domaine. Les membres d'associations réalisent également parfois des tâches ménagères et d'autres actions de soutien au patient et à sa famille. Certains soignants préparent encore le malade à la mort, ce qui inclut la préparation d'un testament ou des dernières volontés envers la famille notamment les enfants. Les associations de PVVIH aident ainsi à la reconnaissance et à la reconstruction de l'identité du patient comme l'affirme Philippe ADAM :

> *Si la prise de conscience de soi en tant que personne atteinte correspond bien à un mal individuel, elle a plus de chance d'apparaître lorsqu'elle est soutenue par les travaux collectifs de gestion de la séropositivité proposés au sein des groupes de paroles associatifs*[168]». A travers l'engagement de ces associations, bien des choses peuvent évoluer, comme l'écrit KANATI Lardja:
>
> *Le sida touche le cœur de l'homme et brise toute sa vie. Au cœur brisé par la souffrance, l'humiliation, le désespoir les associations essaient d'écouter, d'accompagner, d'administrer les soins, de rallumer le feu de l'espérance en remettant l'homme debout et en lui redonnant le goût de la vie, le sourire, l'espoir, même si cela ne dure que quelques minutes , quelques mois et quelques années* [169].

---

[168]. ADAM Philippe Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Editions Armand Colin, 1993, p.78.

[169]. KANATI, Lardja. *Des représentations sociales du VIH/SIDA à la construction d'une identité séropositive : Analyse de discours en pays Moba* (Nord-Togo). Thèse pour l'obtention du doctorat nouveau régime en sciences humaines et sociales mention Sociologie, préparée sous la direction de COMBESSIE Philippe soutenue publiquement le 16 décembre 2011, Université Paris Ouest Nanterre La Défense. Ecole Doctorale ÉOS (ED 386) « Économie, organisation et société » p. 41.

2.2.3.5. L'IMPORTANCE DES GROUPES DE PAROLE

Du fait de la stigmatisation, il est difficile pour les personnes de partager avec le tout venant leur état sérologique et tout ce qui en découle. Le fait de rencontrer d'autres personnes souffrant de la même maladie est un réconfort. Ces groupes de parole peuvent se constituer en dehors ou au sein des associations et permettent d'évacuer des doutes, des révoltes. La maladie est parfois une occasion, de doute, de révolte, de repli sur soi. Dans le cadre de l'alliance thérapeutique, les groupes de parole aident à faire ensemble un bout de chemin dans la confiance réciproque du vécu des uns et des autres. Quand le nombre d'intervenants est grand, cela devient un secret collectif. Il y a une controverse entre le droit des personnes infectées à la confidentialité et le droit pour leurs partenaires à être avertis du danger qui les menace directement.

Le corps médical[170] français a longuement débattu de cette question et ses solutions peuvent nous être d'une grande utilité. La déclaration du docteur BRUNNET, coordonnateur de l'OMS sur le sida en Europe, nous éclaire :

> *L'affection chronique provoquée par le virus du sida est une maladie longue ; elle nécessite une prise en charge très longue et très intense aussi bien sur le plan somatique que le plan psychologique. Le coût de la perte de confiance est d'évidence énorme, puisqu'elle peut remettre en cause la possibilité du suivi. Le bénéfice qu'on pourrait en attendre n'est pas garanti. La révélation à l'autre n'est pas, en elle-même, un moyen de prévention. La confiance est le premier objectif qu'il nous appartient de préserver dans le suivi des clients infectés par le virus*[171].

Nous constatons bien que les relations les plus profondes s'enracinent dans les gestes ordinaires du quotidien. Pour un grand malade, dans le contexte du sida, cela devient thérapeutique quand les échanges sont possibles et se passent dans de bonnes conditions. Il n'y a pas de solutions toute faites d'où la nécessité de construire l'alliance thérapeutique. Puisque l'on sait que la maladie sera longue avec des hauts et des bas ponctuée des effets secondaires des traitements ou des maladies intercurrentes liées à l'immunodépression, les groupes de parole sont d'une grande importance dans le cadre de cette alliance thérapeutique. L'affirmation du groupe

---

[170]. Il ya une controverse par rapport au groupe de parole mais l'important c'est d'évaluer le degré de confidentialité et la capacité de partager ce qu'on vit.

[171]. CARITAS INTERNATIONALIS, « Secrétariat Afrique, L'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA », Lomé, Editions SECAF, 2001, pp.108-109.

peut ainsi aboutir à la reconnaissance de certains droits et confirmer ainsi l'identité collective du patient qui peut se sentir écarté. Il peut également y avoir rupture des liens sociaux avec l'aggravation de la maladie en raison du stigmate et de l'affaiblissement physique. Pour finir, les groupes de parole aident en fin de compte à une autre forme d'affirmation de l'identité de la personne séropositive à travers la prise de parole en public et le témoignage.

CONCLUSION

L'alliance thérapeutique dans un contexte de maladie chronique comme le sida offre la possibilité d'un cheminement dans une triangulation où le patient, l'équipe soignante et la société sont amenés à assumer leur responsabilité. La qualité des soins dépend de l'investissement de chaque acteur à travers une attention mutuelle et la mise en commun des compétences et de leur savoir-faire. Heureusement, le développement des nouvelles technologies oriente vers de multiples sources d'informations et de formations qui permettent de s'instruire et de participer activement et efficacement aux soins que l'on peut recevoir ou à administrer.

L'équipe soignante a cependant une responsabilité particulière dans le déroulement de l'alliance thérapeutique dans la mesure où les patients sont souvent fragilisés. D'où la nécessité d'une éducation thérapeutique. C'est ce que Dominique JACQUEMIN souligne avec force :

> *Si le soignant se trouve effectivement investi d'une certaine puissance qu'il a, il porte effectivement une part plus grande dans la responsabilité d'alliance, celle de la rouvrir, de la restaurer dans la longueur du temps étant donnée la fragilité du destinataire, mais il n'est pas tout puissant, même si certains patients voudraient l'en investir. Le soignant ne peut, à l'image de Dieu, rester dans cette posture de l'inconditionnalité qui le conduit à un excès de responsabilité*[172].

Le soignant porte cependant une part plus grande étant donné qu'il possède un savoir et le patient est fragilisé. C'est donc le droit du malade d'avoir un traitement et le devoir du médecin de soigner son patient malgré son impuissance ultime devant la mort qui arrivera tôt ou tard.

L'alliance se construit dans le temps et s'adapte en fonction de l'état du patient et reste une notion multidimensionnelle, incluant la négociation, la mutualité et l'esprit de collaboration. Voilà pourquoi nous aborderons dans le chapitre suivant l'alliance entre les différents acteurs qui se veut créatrice de nouvelles perspectives pour aller plus loin dans la collaboration.

L'alliance thérapeutique est chemin à construire, à accueillir au quotidien un chemin fait de soins et de compassion. La mission des partenaires consiste à consentir à rester en relation avec la personne malade en ayant le sens de la vie dans un contexte de responsabilité partagée. Cela demande un savoir-faire mais aussi des compétences techniques absolument nécessaires mais pas suffisantes. Le défi consiste à chercher l'attitude la plus ajustée pour une éthique de la

---

[172]. JACQUEMIN Dominique, *Dans l'article « Le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins » dans Revue Francophone de Psycho-Oncologie (2005)*. P.6.

coopération afin de savoir trouver un secours utile et un chemin de vie. Somme toute, les multiples problèmes soulevés par le sida ne peuvent pas être résolus par les seuls acteurs principaux que sont l'Etat, l'Eglise et les ONG/associations, mais engage toute la société. Voilà pourquoi l'éthique médicale s'inscrit dans le cadre du vivre bien et du vivre ensemble. La thérapie évoluera grâce à la qualité des soins et l'implication de tous. Sans cela il peut naître des formes d'injustice qui classent les personnes de la société. C'est ce qu'affirme la philosophe HONNETH Axel :

Les injustices permettent aussi au sujet de se constituer en mettant le monde à distance par l'ironie et le retrait. Plus encore, face aux injustices, les individus peuvent se ressaisir eux-mêmes et se construire comme des sujets moraux en forgeant leur propre éthique, en construisant à l'écart[173].

[173]. HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Editions du Cerf, 2000, p. 410.

2.3 : L'ALLIANCE HORIZONTALE : LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE : ETAT, EGLISE, ONG / ASSOCIATIONS

Dans toute l'histoire des peuples, il a toujours existé des liens entre divers groupes sociaux. C'est le cas encore des sociétés africaines qui très souvent, ont établi entre elles des alliances efficaces pour prévenir ou endiguer des situations conflictuelles ou faire œuvre commune.

Cette pratique sociétale qui a suffisamment fait ses preuves en Afrique en général et en particulier chez nous, au Togo, devrait être à notre époque une source d'inspiration dans la lutte contre la maladie du sida. En effet, dans notre étude qui illustrait les difficultés que rencontrent actuellement les différentes institutions dans la lutte contre la pandémie et la recherche des voies et moyens plus efficaces, nos enquêtes ont révélé la tendance naturelle de ces institutions à s'accrocher à leurs prérogatives. En conséquence, elles s'investissent très peu dans les projets de concertation, dans des réflexions communes, dans des projets régionaux ou sous régionaux. Ce mode de fonctionnement unilatéral fragilise et freine l'efficacité.

De nos investigations, des résultats de nos enquêtes et des déclarations des professionnels que nous avons rencontrés, il résulte que la mobilisation des ressources pour l'éradication du sida au Togo est restée très souvent et trop longtemps une affaire privée. Ce constat douloureux appelle à une réflexion, une dynamisation et nous conduit à affirmer qu'il est urgent de repenser, de réorganiser et d'assainir les modalités des campagnes de sensibilisation et d'information en priorité dans les institutions scolaires et parascolaires. Nous apporterons les mêmes conclusions pour les différents cadres de collaboration des différents acteurs si on veut redynamiser le travail de terrain.

C'est dans la recherche de ces perspectives plus adéquates que nous avons choisi de partir de la notion d'alliance, des enjeux des différents types d'alliances et leurs corollaires pour proposer une collaboration horizontale entre institutions adaptée au contexte togolais. Nous verrons dans ce chapitre comment cette stratégie peut aider les différents acteurs de notre pays à relever le défi d'une lutte efficace contre le sida.

Cette nouvelle vision des choses, ou mieux ce nouveau mode de fonctionnement, exigent de collaborer dans un esprit de complémentarité, de compromis et dans un processus de dialogue constructif. Le protocole d'accord qui en résulterait, aurait alors des chances de réussir à condition que les valeurs universelles qui doivent être respectées s'appuient aussi sur des alliances locales. Dans les instances décisionnelles, les représentants de chaque groupe social

convié ont tous le droit de prendre la parole. Ils s'expriment à souhait sans qu'on l'interrompe et seul le poids de leurs arguments importe. Ces règles de bienséance sociale et de respect de temps de parole d'autrui s'apprennent dès le bas âge et s'appliquent à la lettre. Il ya donc une éthique tacite dont les règles de fonctionnement sont à rapprocher de celles énoncées par le sociologue Jürgen HABERMAS[174]. Pour que les échanges soient productifs, les intervenants pourront s'inspirer de l'éthique de la discussion, qui propose un processus rigoureux de questionnement. Il recommande:

1. La nécessité d'une « rationalité procédurale ». Il n'existe pas de vérité a priori, la qualité de la décision éthique résulte du processus mis en œuvre en tenant compte du temps et des acteurs.

2. La capacité de considérer l'autre comme acteur légitime de la discussion, donc comme un sujet à part entière. Il s'agit d'une mobilisation de tous les acteurs.

Compte tenu des résultats peu satisfaisants de notre enquête auprès de certains acteurs, il paraît important de redéfinir les stratégies et les objectifs. C'est certainement ce souci d'efficacité qui a poussé Vincent PICTHE à déclarer lors du bilan national 2015 intitulé : « Où en est le Togo dans la lutte contre le VIH/SIDA ? » Il s'inquiète à juste titre de l'inefficacité des procédures en cours.

> *J'estime urgent d'élaborer un nouveau plan stratégique dans la nouvelle vision mondiale du post 2015 ce qui suppose, selon lui, d'inscrire nos interventions dans la pérennité, de saisir toutes les opportunités de financement et d'investir stratégiquement dans les interventions à haut impact, à commencer par les zones et les populations à morbidité plus élevée, viser non seulement l'efficacité mais surtout l'efficience dans la mise en œuvre de nos interventions*[175].

En clair, une simple « conversation » n'y suffit pas. Il y faut des discussions de fonds et de vrais débats.

Cela suppose de suspendre l'activité stratégique pour engager ce que HABERMAS appelle « une activité communicationnelle ». Afin de mieux décider, il s'agit de bien recueillir

---

[174]. JURGEN Habermas, *De l'éthique de la discussion*, traduction de l'allemand par Mark HUNYADI . Editions Flammarion, 1999, p. 17.

[175]. OZIH Abel in site du PNLS-TOGO : www.pnls.tg – Santé et Education rapport 2013 p.24. Consulté le 12 juillet 2015 à 16h 20mn.

les données stratégiques en vue d'une analyse minutieuse. La méthode de Jürgen HABERMAS se déroule en quatre étapes :

1. Un patrimoine de faits communs à partager : les stratégies de lutte contre le sida.

2. Des récits et des faits réinterprétés c'est-à-dire les actions menées par chaque acteur.

3. Des opinions et des jugements, plus précisément l'évaluation de l'efficacité de chaque activité dans la lutte contre le sida.

4. Enfin le partage des réactions personnelles pour aboutir à une concertation et une mutualisation des actions.

En résumé, pour élaborer ensemble une éthique de prévention de la maladie et de prise en charge globale des malades, les acteurs doivent se parler, s'écouter et accepter les critiques, afin de développer un argumentaire commun autour de quatre points :

1- L'éthique de la prévention.

2- La prise en charge holistique.

3- Le suivi et la gouvernance de l'ensemble des acteurs.

4- Enfin une structure de coordination.

Nous donnerons dans les pages qui suivent la marche à suivre par les acteurs pour intégrer cette nouvelle vision des choses.

2.3.1 : DES FONDEMENTS ETHIQUES DANS LA PREVENTION

La prévention est une étape essentielle dans la lutte contre le sida. Le Togo fait partie des 26 pays africains qui ont obtenu un résultat appréciable, avec un taux général de baisse de 50% dans les nouvelles infections et de 62% chez les enfants de 15 ans à 18 ans. Selon l'ancien premier ministre togolais AHOUMEY-ZUNU Séléagbodji (2012) des mesures décisives sont à prendre à tous les niveaux afin d'atteindre le risque proche de zéro. Néanmoins ce souhait ne sera effectif que si les mesures qui s'avèrent indispensables sont prises à tous les niveaux.

> *Nous devons prendre toutes les mesures de prévention afin de réduire plus significativement le nombre de nouvelles infections notamment chez les femmes, les enfants et les groupes vulnérables. La vision du gouvernement est d'avoir à l'horizon 2020 une génération sans sida au Togo*[176].

---

[176]. AHOUMEY-ZUNU Séléagbodji, *Politique Nationale VIH/SIDA,* secrétariat permanent, CNLS-IST-TOGO 2012 site web : www.cnlstogo.org.consulté le 12 mars 213.

Pour une efficacité accrue, les trois acteurs principaux, l'Etat, l'Eglise et les ONG/associations doivent s'accorder sur les méthodes de prévention de la maladie. L'Etat par exemple prévoit qu'il est possible d'obtenir à l'horizon 2020 une génération sans sida. Cela peut être une utopie mais son principe est d'avoir un objectif. Les autorités civiles et coutumières mènent de leur côté, en concertation, des réflexions sur les causes de la maladie et sur ses modes de transmission liés au style de vie et au comportement sexuel des populations à risque. Quant au rôle spécifique de chaque acteur dans l'information et la formation, nous avions exposé ce qui est fait au niveau de chaque acteur. Dans le compte de l'année 2015, la sixième campagne nationale de dépistage été réalisée grâce à la collaboration de l'Etat avec les différents partenaires. Le tableau suivant illustre les résultats obtenus par région.

REGIONS	EFFECTIF PREVU	EFFECTIFDEPISTE
LOME COMMUNE	12600	10058
MARITIME	5450	5819
PLATEAUX	6600	6798
CENTRALE	3950	3694
KARA	7900	8269
SAVANES	3500	3653
TOTAL	40000	38291

Source : CNLS Magazine, An 4 ; n°006 Février 2016 page 13.

Ce tableau montre que le pays a réalisé 83% des objectifs fixés pour le dépistage. Cela fait ressortir un déficit de 17% qu'on pourrait résorber en révisant les approches préalablement adoptées par les acteurs.

A défaut de précisions sur l'identité des enquêtés, on peut se référer à la spécialité de chaque région pour donner une explication des chiffres obtenus Il ya des disparités au niveau des répondants par région. Dans les régions des plateaux, kara et savane ainsi que maritime le nombre de personnes dépistées dépasse le nombre prévu. Les régions maritimes, plateaux jouissent de ressources où la population est plus à l'aise, dispose plus de temps pour s'intéresser à des activités de sensibilisation.

Dans la région centrale, au centre du pays il y a moins de structures d'accueil et la population est plus ancrée dans ses pratiques traditionnelles et moins réceptive aux discours innovants.

Lomé la capitale est une plaque tournante économique de la sous-région. La population est plus autonome dans ses activités administratives et commerciales. Les gens ont des difficultés à dégager du temps libre de leurs activités principales. Ils ont aussi facilement accès aux différentes sources d'informations. Le déficit constaté au niveau du total est dû au fait qu'il ya une grande concentration de population à Lomé et au centre où Sokodé est la deuxième grande ville après Lomé. Les stratégies à développer par les acteurs pour la sensibilisation ne doivent pas être les mêmes sur toute l'étendue du territoire. Il y a des efforts particuliers à faire dans les grandes villes comme Lomé et Sokodé où la population dispose déjà de possibilités d'informations et de structures de soins, tandis que dans le reste du pays, il existe une forte demande d'informations non satisfaite.

Dans la région centrale il ya beaucoup d'ONG /associations qui œuvrent dans la sensibilisation et la prise en charge. Ces grandes villes constituent les centres d'exode rural où les jeunes espèrent trouver du travail. Dans les villes où il y a eu plus de structures sanitaires, le taux de test de dépistage est élevé, car la population est rassurée de la prise en charge médicale.

2.3.1.1. LE LEADERSHIP SOUHAITE DE L'ETAT

L'Etat ne dispose pas de tous les moyens indispensables pour réaliser sa politique de protection sanitaire des populations mais des organes responsables comme le CNLS et le PNLS attendent avec impatience une manifestation plus concrète de son leadership. Depuis l'avènement du sida au Togo, l'Etat a essayé d'organiser l'action de toutes les institutions partenaires autour de plans stratégiques de lutte, tels ceux tout récents de 2001 et 2010, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants. Certains projets vivotent parce que la pauvreté des populations est si endémique que l'essentiel de leurs énergies est dépensé dans les activités de survie quotidienne. Ainsi, tout projet qui n'apporterait pas aussi des solutions à leurs préoccupations plus générales serait voué à l'échec. L'action souhaitée de l'Etat est de mettre les moyens à la disposition des différents acteurs et de veiller à leur bonne gestion. Même si le rêve de l'Etat semble irréaliste comme celui d'avoir un Togo sans sida, l'important est de mobiliser les efforts en vue d'empêcher de nouvelles infections et soigner les malades. Au niveau également de l'Etat, pour combattre le sida, il est essentiel d'accroître la justice sociale sur le

plan international et replacer l'économie dans une perspective différente de celle d'une mondialisation.

2.3.1.1.1. Les tenants des pratiques traditionnelles nuisibles

Quelle démarche à l'endroit de tous ceux qui tiennent à certaines pratiques néfastes ? Le gouvernement cherche à sensibiliser les autorités coutumières pour qu'à leur tour elles introduisent dans les mœurs des populations les bonnes pratiques sanitaires et hygiéniques, par exemple : l'emploi d'instruments à usage unique lors des scarifications, la stérilisation des instruments au cours des rites d'excision et de circoncision, le nettoyage des instruments à l'eau de javel ou à l'alcool avant tout autre usage. Ces pratiques sanitaires s'installent progressivement chez les coiffeurs dont les outils de travail sont contrôlés par des agents en tournées régulières dans les ateliers. Dans les centres de santé et de transfusion sanguine, des mesures sont également prises tels les contrôles de poches de sang avant toute transfusion quelle que soit l'urgence par de nombreux praticiens. Prélever le sang d'un membre de la famille en cas d'urgence n'est plus possible sans examen préalable même s'il est du même groupe sanguin que le malade. Des mesures analogues sont prises en cas d'intervention chirurgicale évitant en particulier d'utiliser des instruments potentiellement infectés.

Cependant, on note un relâchement vis-à-vis de ces mesures de prévention. C'est pourquoi pour accélérer le processus, l'Etat devrait soutenir financièrement les ONG/associations engagées dans cette lutte. Il devrait en outre règlementer puis contrôler le métier de guérisseur traditionnel et prendre des dispositions légales pour abolir toutes les pratiques traditionnelles néfastes qui peuvent contribuer à augmenter le nombre de personnes infectées.

Une prévention efficace doit donc prendre tout un ensemble de dispositions contraignantes et les faire appliquer à tous les niveaux, impliquant tous les acteurs concernés.

2.3.1.1.2. Les moyens des acteurs.

Pour pouvoir réaliser leurs objectifs chacun dans son domaine, les acteurs ont besoin de moyens diversifiés vu que le risque de contamination reste aujourd'hui encore une question cruciale dans la société togolaise. C'est la raison pour laquelle une lutte effective contre le sida exige des moyens humains et aussi autres (conditionnels, spirituels, politiques, sociaux..) répartis dans toutes les structures professionnelles et les différentes couches sociales.

Tous les secteurs paramédicaux devraient eux aussi avoir accès aux ressources financières, matérielles et humaines mises à disposition par l'Etat. Tant que ces ressources internes ne suffisent pas, il devrait alors signer des accords internationaux et sous-régionaux avec les institutions intéressées afin de compléter la prise en charge d'une grande partie des personnes infectées et de la population.

2.3.1.1.2.1 Les moyens financiers

Selon le coordonnateur du Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST) le professeur Vincent PITCHE se référant au rapport ONU/SIDA 2015 : « En matière de prévention, le pays a noté une baisse de plus de 50% de nouvelles infections dans la population générale et de près de 63% chez les enfants ; en juin 2015, plus de 38 % des PVVIH sous ARV, avec une baisse de décès liés au sida de 30% [177]». Depuis l'avènement du sida au Togo, l'Etat a pris des mesures parmi lesquelles l'élaboration de plan stratégique périodique.

Pour la période 2012-2015, le conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS/IST) a élaboré un nouveau plan stratégique national dans une démarche inclusive et participative avec les principaux acteurs. Le budget total du plan national de suivi s'élève à 2 milliards huit millions six cent cinquante trois mille cent cinquante-neuf[178] (2008653159FCF) soit 3062172 euros. Durant l'année 2014,

> *les dépenses consacrées à la lutte contre le sida sont estimées à 958902695FCF soit 15179200 euros. Ces ressources proviennent de trois principales sources de*

---

[177]. Ministère de la Santé, *CNLS, le sida au Togo* in magazine, Lomé, An 4 , n°006 , Février 2016 p.10.

[178]. République Togolaise, Secrétariat permanent du CNLS, *Plan national de suivi et évaluation du PSN 2012-2015*, Lomé, p.27.

financement : les fonds publics, les fonds privés et les fonds internationaux. Les fonds internationaux (76,24%), notamment les ressources du fonds mondial, ont dominé les dépenses engagées dans la lutte contre le sida au Togo en 2014. Les fonds domestiques étaient de 23,76% dominés par les fonds privés (54,09%). Cette configuration de la lutte contre le sida au Togo dénote une forte dépendance du Togo vis-à-vis des ressources extérieures notamment celles du fonds mondial. Même si en 2006 les financements domestiques ont augmenté de plus de 100%, il reste encore faible par rapport au besoin de financement de la réponse nationale. Malgré ces efforts, la contribution des autres acteurs reste importante pour la lutte contre le sida[179].

Dans plusieurs associations, il y a des bénévoles qui feraient mieux leur travail s'ils avaient une rémunération conséquente. Actuellement, le salaire d'un infirmier est porté à 250 euros, celui d'un assistant-médical à300euros et celui d'un médecin à 450 euros environ sans compter les différentes primes.

Le financement serait à la base de toutes les activités qui vont être engagées en vue du résultat escompté. Il servira à mettre les moyens matériels et humains au service des populations et des personnes infectées. Les différents acteurs menaient leurs activités avec leurs propres ressources devenues bailleurs diversifiés. Quelle que soit la provenance, l'Etat a un droit de regard au début du financement et à la fin du rapport d'activité. Cela permet au gouvernement de recenser tous les donateurs et d'organiser les activités en fonction du domaine d'action de chaque sphère.

[179]. Rapport GARPR-TOGO 2015, p. 30 site web : www.cnlstogo.org . Consulté le 18 Octobre 2016.

PROPOSITION DU BUDGET 2016 AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

CODES	INTITULE	BUDGET 2015	REALISATION 2015	PREVISION 2016	TAUX ACCR
	1.INVESTISSEMENT	**79 000 000**	**71 455 930**	**81 500 000**	**0,03**
A.1.0.1	Terrain	*4 000 000*	3 360 000	1 000 000	-0,75
A.1.0.2	Bâtiments	*37 000 000*	27 759 574	65 000 000	0,76
A.1.0.3	Autres infrastructures et aménagements	*30 000 000*	26 057 156	10 000 000	-0,67
A.1.0.4	Matériel de transport	*1 000 000*		2 500 000	1,50
A.1.0.5	Equipements de bureau	*1 000 000*		1 000 000	0,00
A.1.0.6	Mobilier (bibliothèque, orphelinat et bureau)	*6 000 000*	14 279 200	2 000 000	-0,67
	2. FONCTIONNEMENT	**36 100 000**	**34 437 836**	**36 600 000**	**0,01**
A.2.0.1	Honoraires et frais pour audit financier et comptable	*1 400 000*	1 200 000	1 500 000	0,07
A.2.0.2	Electricité ; Eau ; Gaz ; …	*3 500 000*	2 923 345	3 500 000	0,00
A.2.0.3	Entretien et réparations en général (réparation bâtiment, électricité, plomberie, …)	*2 500 000*	2 390 305	2 500 000	0,00
A.2.0.4	Entretien et réparations du matériel de transport	*4 000 000*	4 024 848	3 000 000	-0,25
A.2.0.5	Téléphone ; internet ; fax ; poste, courrier express, courses en ville, frais divers	*2 400 000*	2 464 877	3 000 000	0,25
A.2.0.6	Livres, cours, documentation	*1 000 000*	994 600	1 000 000	0,00
A.2.0.7	Fournitures et petit matériel de bureau	*2 600 000*	2 669 655	3 000 000	0,15
A.2.0.8	Carburant pour matériel de transport	*7 500 000*	7 372 888	7 500 000	0,00
A.2.0.9	Assurances du matériel de transport et des locaux	*500 000*	245 147	500 000	0,00
A.2.1.0	Frais de monitoring et missions (per diem, frais de voyage, logement, restauration),coût séjour App. D'Auteuil	*8 000 000*	8 050 496	8 000 000	0,00
A.2.1.1	Formation du personnel d'appui	*200 000*		100 000	-0,50
A.2.1.2	Evaluation, études, animation/modération ateliers de formations, camp	*1 000 000*	686 900	1 000 000	0,00
A.2.1.3	Charges institutionnelles(dépenses pour les CA, l'AG, cadeaux)	*1 500 000*	1 414 775	2 000 000	0,33
	3. ACTIVITES	**47 100 000**	**19 387 162**	**44 800 000**	**-0,05**
A.3.0.1	Prise en charge médicale	*8 000 000*	4 253 042	9 500 000	0,19
A.3.0.2	Prise en charge nutritionnelle	*8 000 000*	4 277 685	9 000 000	0,13
A.3.0.3	Bien être des PVVIH et des OEV	*30 000 000*	10 856 435	25 000 000	-0,17

A.3.0.4	BIBLIOTHEQUE	*100 000*	-	300 000	2,00
A.3.0.5	OCTROI CREDIT POUR AGR	*800 000*	-	500 000	-0,38
A.3.0.6	Formation groupe cible (Communautaires et bénévoles)	*200 000*	-	500 000	1,50
	4. FRAIS DU PERSONNEL	**29 425 000**	**20 250 095**	**29 550 000**	**0,00**
A.4.0.1	Salaires bruts	*25 000 000*	17 731 485	25 000 000	0,00
A.4.0.2	Charges patronales	*4 375 000*	2 518 610	4 500 000	0,03
A.4.0.3	Assurances, loyer, résidence	*50 000*		50 000	0,00
	5. ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS	**14 200 000**	**8 130 022**	**13 900 000**	**-0,02**
A.5.0.1	AGR BOUTIQUE	*5 000 000*	4 075 300	5 500 000	0,10
A.5.0.2	AGR ATELIER COUTURE	*500 000*	331 753	300 000	-0,40
A.5.0.3	A.G.R BUS	*400 000*	153 900	600 000	0,50
A.5.0.4	ERGOTHERAPIE	*0*	-	0	#DIV/0!
A.5.0.6	SAINT JEAN	*4 000 000*	3 021 969	5 000 000	0,25
A.5.0.7	FERME AGRICOLE (Cultures, Elevage, Jardin)	*4 300 000*	547 100	2 500 000	-0,42
Total (Composante A)		**205825000**	**153 661 045**	**206 350 000**	**0,00**
	B- RECETTES				
B.1.0.1	BOUTIQUE EPV	*8 000 000*	4 878 350	7 326 825	-0,08
B.1.0.2	ATELIER DE COUTURE	*650 000*	*286 500*	550 000	-0,15
B.1.0.3	LOCATION BUS	*4 500 000*	1 497 809	4 500 000	0,00
B.1.0.4	ERGOTHERAPIE	*200 000*	-	150 000	-0,25
B.1.0.5	MAISON ST JEAN	*10 500 000*	3 051 455	8 500 000	-0,19
B.1.0.6	PROJETS	*50 900 000*	35 691 101	40 673 175	-0,20
B.1.0.7	SUBVENTIONS, AIDES ET DONS	*124 000 000*	*196 779 987*	135 650 000	0,09
B.1.0.8	AUTRES RECETTTES INTERNES	*7 075 000*	*787 857*	2 500 000	-0,65
B.1.0.9	CONTRIBUTIONS DES PATIENTS ET REMBOURSEMENT DE CREDIT AGR	-	*4 473 955*	6 500 000	#DIV/0!
	TOTAL	**205 825 000**	**247 447 014**	**206 350 000**	**0,00**

Ce qui est important, c'est la part de l'autofinancement. Nous constatons bien qu'il y a une politique nationale mais qui ne suffit pas pour faire face à tous les besoins liés à la lutte contre le VIH/SIDA. Les ressources extérieures constituent une grande part dans la prise en charge des PVVIH.

La mobilisation des ressources domestiques peut couvrir aussi une grande part si une sensibilisation est faite dans ce sens. Est-ce que les ONG/associations ne bouclent pas toujours leurs budgets prévisionnels ? Une évaluation de la contribution des ONG/associations estime que la plupart des associations ne réalisent que 80% de leurs dépenses. Le budget prévisionnel suivant de l'association « Vivre dans l'espérance » nous montre les différentes dépenses pour un travail plus ou moins bien accompli, prenant en compte tous les domaines.

Pour faciliter la compréhension, voici le taux de change en euros : 205825000FCFA :313777,10 euros ; 247447014FCFA : 377229,23 euros ; 206350000FCFA :314577,45 euros.

2.3.1.1.2.1.2. Le matériel

Pour accomplir leur mission, les acteurs ont besoin d'un minimum de matériel. Les acteurs possèdent le matériel de base. En moyens de déplacement, il y a les vélos, motos et voitures pour les grandes structures alors que tous les centres ne disposent pas de tels moyens de déplacement.

Pour bien mener leurs activités, les différents acteurs ont non seulement besoin de moyens financiers mais aussi des moyens de transport pour pouvoir faire des tournées.

Il convient de mobiliser les moyens de déplacement avec des voitures bien équipées pour les soins à domicile, et des motos pour les tournées ainsi que l'équipement bureautique (avec tous les moyens modernes de communication) pour le volet administratif et tout le matériel pour les laboratoires depuis les machines jusqu'aux réactifs pour les examens. On pourrait également développer les soins à domicile avec des véhicules équipés et ainsi soigner plus efficacement les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

2.3.1.1.2.1.3. Les moyens humains

Le Togo dispose de 3712 agents prestataires de soins : médecins, assistants-médicaux, infirmiers, agents communautaires et visiteurs à domicile représentent un moyen humain sur lequel on peut compter pour assurer la prise en charge des patients comme nous l'avons présenté plus en détails dans la première partie de ce travail au niveau des ressources humaines en 1.6.

Ils sont nécessaires pour assumer les activités depuis l'administration jusqu'aux agents de terrains impliqués dans l'alliance thérapeutique. Leur rémunération devrait être assurée par le projet en cours.

Dans le but de toucher toute la population, nous proposons dans notre travail de mettre l'accent sur une institution indispensable dans la société qui pourrait contribuer à une plus grande sensibilisation : l'école.

2.3.1.1.3. AU NIVEAU DE L'EDUCATION

L'Education Nationale togolaise représente une portion importante de la population active. A titre d'exemple, voici quelques données statistiques qui fournissent une indication sur la population cible qui peut être touchée par notre proposition. Par exemple, en 2013-2014, le premier et le deuxième cycle du secondaire comptaient 532335 élèves et 15566 enseignants.

Répartition des élèves et des enseignants

Nombre / Région	Elèves			Enseignants		
	M	F	T	M	F	T
Lomé-Golfe	50 219	50 117	100 336	2 919	251	3 170
Maritime	40044	26041	66085	1929	70	1999
Plateaux	52 212	32 120	84 332	2 220	124	2 344
Centrale	28327	18280	46607	1089	55	1144
Kara	35 477	23 035	58 512	1 407	93	1 500
Savanes	32152	19239	51391	1055	59	1114
Ensemble	**238 431**	**168 832**	**407 264**	**10 619**	**652**	**11 271**

Premier Cycle du Secondaire

Répartition des élèves et des enseignants

Nombre / Région	Elèves			Enseignants		
	M	F	T	M	F	T
Lomé-Golfe	19 640	12 440	32 080	967	194	1 161
Maritime	12916	4709	17625	566	30	596
Plateaux	21 298	7 918	29 216	801	48	849
Centrale	11241	4271	15512	562	24	586
Kara	13 170	5 407	18 577	681	38	719
Savanes	8888	3173	12061	365	19	384
Ensemble	**87 153**	**37 918**	**125 071**	**3 942**	**353**	**4 295**

Deuxième Cycle du Secondaire[180]

Les personnels éducatifs, les enseignants et les élèves constituent un relais décisif pour la prévention et la responsabilisation pour enrayer le sida. Il faut préciser qu'aujourd'hui les jeunes

[180]. Ministère des Enseignements Primaire et Secondaire (MEPS).
Tableau de bord de l'éducation au Togo, les indicateurs de 2013-2014.
Direction de Planification de l'Education et de l'Evaluation juin 2015.

de moins de 15 ans représentent 43% de la population[181] togolaise et sont majoritairement dans le processus de la scolarisation. Les bilans les plus récents des caractéristiques physiques du système éducatif donnent un nombre encore plus important d'élèves et d'enseignants selon les différents niveaux.

Ces jeunes apprenants sont à l'âge où il est plus que jamais nécessaire d'être informé des risques des comportements irresponsables et des avantages de la prévention. Pour ce faire, le Ministère de l'Education Nationale devrait travailler en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé pour développer les actions d'information et de sensibilisation auprès des élèves dans les différentes écoles, à tous les niveaux.

Cette coopération de ces deux Ministères pourra se fonder tant sur les enseignements, les séances d'éducation à la santé dans les collèges et lycées, que sur toute action complémentaire de l'action pédagogique dans les classes à l'occasion de l'enseignement des différentes disciplines.

A cet effet, les personnels des dits Ministères pourront ensemble construire des fiches pédagogiques sur le VIH-SIDA, permettant aux enseignants et au personnel animant les séances de prévention d'avoir accès à des informations claires, fiables et actualisées pour les élèves.

Nous pouvons lire sur le site du Ministère de l'Education Nationale française :

> *L'éducation à la sexualité fait partie des compétences sociales et civiques du socle commun de connaissances et de compétences. Elle permet de faire réfléchir sur le respect de soi, des autres, la prise de risques, le sens de la responsabilité collective, individuelle et la solidarité. Dans le cadre de la lutte contre le sida, elle permet également de s'interroger sur les discriminations envers les porteurs du VIH.*[182]

Il serait très souhaitable de doter les établissements des documents d'information sur le VIH /SIDA expliquant clairement et simplement comment se transmet le virus, comment se protéger contre cette pandémie, que faire en cas de séropositivité, pourquoi, quand et comment débuter un traitement contre le VIH et indiquant les structures et organismes qui permettent de s'informer sur le sujet. Il faudrait également travailler différentes thématiques telles que la prise de conscience des risques, la responsabilisation individuelle et collective, la lutte contre les

---

[181]. Plan Sectoriel de l'Education 2010-2020, Nouvelle politique pour maximiser la contribution de l'éducation au développement économique et social du pays, p. 11.

[182]. http://www.education.gouv.fr/cid49797/1er-decembre-journee-mondiale-lutte-contre-sida.html Consulté le 5 septembre 2016.

discriminations, etc. afin de préparer le mieux possible les jeunes qui sont appelés à diriger leur propre destin, sans doute à collaborer un jour avec des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Les efforts de prévention doivent être pérennisés et renforcés dans les établissements scolaires étant donné que l'on y trouve les forces vives de l'avenir du pays. A travers les élèves les campagnes de sensibilisation pourront aussi directement ou indirectement atteindre les autres couches de la nation surtout les populations les plus vulnérables.

Le ministère de l'éducation devra veiller à ce qu'on intègre dans les différents programmes d'enseignement, des chapitres sur le sida. Les cours d'éducation civique actuels ne suffisent pas à sensibiliser les élèves et à les encourager à avoir un comportement responsable et surtout à aider ceux qui, aujourd'hui encore, se montrent incapables d'éviter les conduites à risque.

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, outre les actions de sensibilisations faites à l'aide de concours primés, des tests de dépistages volontaires suivis de mesures d'accompagnement devraient être institués.

Les milieux éducatifs et les familles devront assumer leur part de responsabilité dans l'éducation sexuelle des jeunes. Les jeunes pourront ainsi mieux contrôler leurs pulsions sexuelles face aux multiples sollicitations quotidiennes. L'éducation est une arme indispensable dans la lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles.

Il faut également intensifier l'éducation aux valeurs de la vie, de l'amour et de la sexualité dans le cadre de l'école comme en dehors. Elle n'est pas la seule cependant pouvant constituer ce terreau dans la prévention au sein de la société. L'Eglise et plus généralement les institutions religieuses peuvent aussi jouer un rôle déterminant dans la lutte contre cette pandémie.

2.3.1.1.4. Les familles : lieu de dialogue, de communication et d'éducation sexuelle

La famille est un lieu de dialogue, de communication et d'éducation sexuelle. La responsabilité de l'éducation sexuelle incombe en premier lieu à la famille qui représente la première école de vie et de formation des enfants à la responsabilité de la vie sous tous ses aspects.

La responsabilité des enfants vis-à-vis de leur vie s'apprend en famille et c'est le devoir des parents de l'assumer pour la maturité de leurs enfants. Quelle que soit sa composition ou son appartenance, un travail en amont doit être effectué en famille pour permettre une prise de

conscience des enjeux de la maladie. La famille constitue par ailleurs un lien avec les soignants pour la prise en charge d'un malade infecté.

Nous avons constaté avec amertume qu'une conséquence des décès liés au sida est la perte des valeurs de la solidarité familiale. L'entente dans les familles est souvent fragilisée quand survient un décès dû au sida ou lorsqu'on constate la présence d'une personne infectée au sein de la famille. La prise en charge du veuf ou de la veuve et des enfants pose souvent des problèmes liés aux questions d'héritage. Une éducation responsable, assurée par les parents, aiderait également les enfants à faire un usage éclairé de l'internet. En effet, dans nos sociétés africaines, les enfants et les jeunes scolarisés, du fait du tabou décrété se montrent ignorants au sujet de la question sexuelle et vont chercher des réponses sur le net mais en n'ayantpas un sens critique suffisant. S'il existe un dialogue en famille sur ces questions, l'éducation sexuelle se fera non seulement à l'école mais aussi en famille.

2.3.2. L'ENGAGEMENT DE L'EGLISE

Le Togo dispose de sept diocèses qui eux aussi représentent un atout dans l'apport de l'Eglise dans la lutte contre le sida.

Brève présentation des diocèses du Togo et de leurs agents pastoraux : atout potentiel pour une campagne de sensibilisation

- **Du Sud au Nord**

Le Togo dispose de sept diocèses qui eux aussi disposent d'un capital humain non négligeable estimé à plus de 2000 personnes. Par exemple :

L'archidiocèse de Lomé compte 640 agents pastoraux.

Le diocèse d'Aného 180

Le diocèse de Kpalimé 301

Le diocèse d'Atakpamé 208

Le diocèse de Sokodé 230

Le diocèse de Kara 261

Le diocèse de Dapaong : 159

Ce capital humain constitue une base pour un travail efficace dans la lutte contre le sida en lien avec les structures de l'Eglise. Ces agents pastoraux serviront d'atout potentiel pour une campagne de sensibilisation.

- **Les différents services sanitaires de l'Eglise et leur impact sur une sensibilisation effective.**

Au total 25 centres de santé assurent la prise en charge des PVVIH et dix autres consacrent une partie de leurs soins aux PVVIH.

Tous les diocèses disposent de centres de santé où il y a les volets VIH/SIDA avec la possibilité de faire des tests de dépistage VIH suivis d'une prise en charge. Ces centres fonctionnent selon les financements et les équipements disponibles. Il ya au total 15 structures d'Eglise qui font les tests de dépistage et seulement 8 qui possèdent des compteurs CD4 permettant de faire le bilan des patients afin qu'ils soient éligibles ou non pour le traitement ARV.

2.3.2.1 LA RESPONSABILITE DE L'EGLISE COMME INSTITUTION

L'Eglise doit toujours lutter pour que ceux qui souffrent du VIH/SIDA puissent bénéficier de tous les soins et de tout le respect possible. Dans cette perspective, elle cherche à soulager la souffrance morale et spirituelle des malades afin qu'ils soient traités de façon digne du Christ lui-même. Il faut rappeler que :

> *12 % de ceux qui s'occupent des malades du VIH/sida dans le monde travaillent pour des organismes de l'Église catholique et 13 % sont des organisations non gouvernementales catholiques.25% des soins aux victimes du VIH/sida sont donc assurés par l'Église catholique, soutien majeur des États dans la lutte contre le sida*[183].

La mission de l'Eglise étant de s'occuper de l'homme dans toutes ses dimensions, elle a donc la responsabilité de prendre part activement à l'éveil des personnes non infectées à travers une pastorale qui mette en exergue les méfaits de la pandémie. Cette pastorale de la santé sera développée dans les différentes structures de l'Eglise, les familles, les paroisses, la presse écrite et audio-visuelle, les centres médicaux sociaux. Ce travail de fond est à faire en lien avec l'OCDI, les Eglises-Sœurs, les Musulmans et d'autres confessions religieuses qui s'investissent à leur manière dans la lutte contre le sida. Nous proposons d'ailleurs à cet effet une alliance des congrégations religieuses du Togo qui pourrait initier un cadre de concertation entre les

[183]. Mgr BARRAGA Javier Lozano , Président du conseil pontifical pour la pastorale de la Santé, lors de la XXVIe Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le Sida, le 27 juin 2001.p.7.

différentes Eglises afin de rendre plus visibles leurs activités et de mutualiser les possibilités des uns et des autres.

Le discours pastoral simplement moralisateur, coupé du vécu des populations est source d'incompréhension, Mgr Duval alors président de la conférence des évêques de France, écrivait aussi :

> *L'Eglise est un bouc émissaire dans l'évolution du sida, cette maladie que tout le monde voudrait voir vaincue (…) Le sida est devenu pour l'opinion publique un motif de tourner en dérision le pape et l'Eglise. Peu importe ce qui se fait dans beaucoup de nos diocèses pour prévenir le mal, pour accueillir, réconforter et accompagner les malades comme ceux qui les soignent. Peu importe ce que dit l'Eglise en Vérité*[184].

L'Eglise doit être solidaire de ceux qui sont exposés à cette maladie ou affectés ainsi que leurs familles. Pour que la lutte contre le sida soit plus efficace, le Saint-Siège propose d'appliquer les plans mondiaux visant à coordonner la lutte contre la maladie; il invite tous les gouvernements à tirer pleinement parti de l'autorité de l'État face à l'épidémie et il suggère notamment d'y consacrer des budgets suffisants.[185]

Le Saint-Siège recommande ainsi de multiplier les centres de traitement des malades, d'informer et d'éduquer le public sur le sida et de favoriser une plus grande participation de la société civile à la lutte contre le sida ainsi que l'engagement de toutes les personnes de bonne volonté dans cette lutte.

2.3.2.2. ACTIONS CIBLEES DANS LES DIOCESES

Tous les diocèses sont structurés pour sensibiliser et atteindre toutes les couches de la société. Chaque diocèse est capable de mener des activités de prévention dans le cadre de la pastorale de la santé. L'OCDI nationale ayant des relais dans tous les diocèses, elle pourrait s'appuyer sur les communautés chrétiennes de base (CCB) grâce aux personnes en lien avec les secrétaires généraux de chaque diocèse. Les CCB sont de nouvelles organisations chrétiennes qui veillent à une bonne organisation et connaissent bien les quartiers. Cela facilite la prise d'initiatives en petits groupes, là où se vit la fraternité.

---

[184]. Lettre aux évêques de France, le 17 Avril 1995 in ANATRELLA. Tony « *L'Eglise et l'Amour* » Editions Flammarion, 2000, p. 288.

[185]. Mgr Javier Lozano Barraga, Op.cit.p.8.

2.3.2.3. LES MOYENS DE COMMUNICATIONS

Les diocèses disposent de périodiques qui font le bilan des activités menées, de radios et de télévisions pour informer et permettre la confrontation des idées. Dans les diocèses, les agents pastoraux veilleront à l'utilisation de nouvelles technologies de communication pour que toutes les générations puissent accéder facilement aux informations sur le sida. Ils pourront organiser des tables rondes et des témoignages sur le vécu de cette pandémie.

2.3.2.4. UNE ALLIANCE ENTRE LES RELIGIONS

2.3.2.4.1 Une nouvelle expérience : Une alliance entre les différentes confessions religieuses

Une structure de coordination composée des différentes confessions religieuses jetterait les bases d'une alliance nationale des acteurs. Elle s'articulerait autour d'une réflexion sur la charité comme fondement et aboutissement dans la construction de la personne et la restauration de sa dignité. Une telle ouverture dans l'approche théologique pourrait atténuer la discrimination et la stigmatisation des malades et focaliser l'attention de tous sur la nature des soins à leur apporter. Pour ce faire, il faut créer un cadre de réflexion permanent capable de faire le point sur les activités de chaque église sœur. C'est dans le même esprit que le Pape appelle les Catholiques et les Luthériens à la révolution de la tendresse lors de son voyage apostolique pour faire progresser le dialogue œcuménique. Son appel se traduisait en ces termes :

> *Nous demandons à Dieu inspiration, encouragement et force en sorte que nous puissions rester ensemble pour servir en défendant la dignité des droits humains, surtout ceux des pauvres, travaillant pour la justice, et rejetant toutes les formes de violence. Dieu nous demande d'être proches de ceux qui aspirent à la dignité, à la justice, à la paix et à la réconciliation*[186].

La réponse à la crise du VIH/SIDA par les acteurs religieux renvoie à quatre appels à l'action :

1. Un appel à l'accueil, l'écoute, le dialogue et l'action dans la pastorale de la santé.
2. Un appel à la responsabilité partagée des acteurs et des malades.
3. Un appel à la justice sociale en veillant aux soins des malades.

---

[186]. Pape FRANCOIS, déclaration lors de son voyage apostolique en Suède le 31 octobre 2016, La Croix et la Documentation Catholique du 01/11/2016.

4. Un appel à l'espérance selon les convictions de chaque personne.

Pour y arriver, il faudrait commencer par renforcer l'œcuménisme et le dialogue interreligieux. Cela permettrait de jeter des bases de relations solides et d'un dialogue fructueux. La mise en place d'une pastorale d'accompagnement reste un impératif éthique pour l'Eglise dans sa mission.

Les ONG/Associations confessionnelles ont le même objectif que l'Etat et l'Eglise sur la lutte contre le sida mais avec leurs stratégies respectives. Elles interviennent dans les mêmes domaines et font face aux mêmes défis socioculturels et économiques. Les différentes organisations ciblent des domaines bien particuliers dans lesquels elles s'investissent comme la prise en charge des veuves et des orphelins, la pratique de rites traditionnels tels que les mutilations génitales et les scarifications qui augmentent la vulnérabilité de certaines populations. Au nord du Togo, la pratique de certaines coutumes comme les Akpema[187]chez les Kabye constitue une cible d'investissement pour certaines organisations. C'est de cette façon que des familles investissent sans compter des ressources financières qui auraient pu servir à d'autres causes.

L'œcuménisme et le dialogue entre les différentes religions autour de la lutte contre le sida assure un cadre de travail fructueux de réflexion sur les vrais enjeux du sida. C'est ce cadre de coopération apaisé entre les religions qui permettra de mieux discuter loin des incompréhensions dogmatiques habituelles. Pour y arriver, ceux qui travaillent déjà dans un esprit d'œcuménisme doivent s'ouvrir davantage aux autres confessions religieuses dans leur pratique habituelle du dialogue.

2.3.2.5.2 Les sensibilisations

Les initiatives de sensibilisation comportent plusieurs aspects que sont l'information, l'éducation et la sensibilisation (IEC).La sensibilisation est un moyen efficace pour préserver les populations de nouvelles contaminations et doit être menée de plusieurs manières afin de toucher une grande majorité de la population. Elle doit s'étendre aux populations les plus éloignées des centres urbains qui n'ont pas accès aux médias.

[187]. Pratique qui consiste à soumettre la jeune fille aux rites de passage de l'adolescence à l'âge adulte. Pendant une à deux semaines elle sera soumise à des pratiques traditionnelles. La fille devra se rende à certains marchés nue et aussi se rendre sur une montagne où elle doit s'asseoir sur une pierre pour affirmer sa virginité.

Les grands bailleurs de fonds et les ONG privilégient la participation de la population aux actions qui sont engagées à leur endroit. Ils mettent l'accent sur la vente ou la distribution des préservatifs, encouragent et font la promotion des méthodes de protection par la sensibilisation et l'éducation. Parmi ces méthodes, la fidélité et l'abstinence semblent accessibles à tous. Mais certains aspects de la stratégie des bailleurs de fonds impose des limites à l'action de certains acteurs comme l'Eglise qui se voit obligée de suivre la ligne indiquée pour obtenir les fonds nécessaires à leurs activités.

En réalité, l'esprit chrétien de la sensibilisation porte d'abord sur l'éducation, l'abstinence, la fidélité. Il se résigne en dernier lieu à l'utilisation du préservatif pour ceux qui ne peuvent pas s'abstenir. En effet, le réalisme n'impose pas la distribution systématique des préservatifs mais l'accès facile et proche, car la sexualité est non seulement une affaire de rationalité mais aussi de sentiments.

Les activités d'information, de formation et de maintien de contact apportent à la population une connaissance actualisée des phases d'évolution de la maladie ainsi que les dispositions en cours. En l'absence de vaccin et de traitement efficace, la prévention constitue la meilleure arme de lutte contre le sida car cette maladie se propage rapidement à cause du mode de vie et surtout du comportement sexuel des populations.

2.3.4. LA NECESSITE DE L'ORGANISATION DES ACTEURS EN RESEAU

2.3 .4 .1 L'EXPERIENCE DE CERTAINES REGIONS

De 2005 à 2008, dans la région Centrale qui a pour chef-lieu Sokodé et dans d'autres régions du pays où j'ai exercé la présidence de l'association EPV, le fonds mondial avait financé une somme de 5 millions d'euros pour la lutte contre le sida. La direction régionale de la santé avait convoqué une réunion des acteurs de lutte contre le sida, nous demandant de faire des projets dans un délai de deux semaines pour recevoir les fonds. Les projets une fois déposés, nous avons attendu trois mois avant qu'un administrateur soit désigné par l'Etat, pour la gestion de ce projet. Après une série de réunions coûteuses en per diem et salaires, ce n'est qu'au bout de la deuxième année du projet que les travaux ont commencé en réalité. Il n'existait aucune liste officielle des ONG/associations retenues et il n'ya eu aucun lancement officiel des travaux. Aucune association d'Eglise n'était concernée et des associations de développement ont été impliquées à la dernière minute. Au bout de la troisième année, alors que les activités n'étaient pas encore menées, il fallait démarrer un autre projet. La région n'a pas pu obtenir le deuxième volet parce que le rapport du premier n'avait pas été adopté. Dans les régions Savane et

Maritime, les activités avaient été bien menées ainsi que dans les pays voisins couverts par le projet du fonds mondial (Benin, Burkina Faso, Niger). La mauvaise coordination ainsi que l'absence d'information ont caractérisé cette étape de la gestion du projet.

Les leçons à tirer de cette expérience sont de plusieurs ordres :

-La lourdeur administrative et l'improvisation des acteurs sur le terrain avec un profil inadéquat.

-L'absorption par l'administration de la plus grande part des ressources allouées au projet. (Salaires, fonds de roulement).

-Le manque de rigueur dans l'organisation générale et la mauvaise planification des activités.

-Le manque de suivi et le non respect des délais.

Cela nous amène à proposer une alliance au sein des trois institutions pour l'obtention de meilleurs résultats. Les structures doivent se donner les moyens de créer une alliance capable de faire tomber ces barrières qui freinent la bonne collaboration entre elles.

Après l'évocation des structures créatrices d'alliances, nous évoquerons les actions qui permettront une meilleure visibilité des actes de lutte contre le sida. C'est pourquoi, il est nécessaire d'approfondir notre réflexion sur les modes d'acquisition et d'utilisation des ressources indispensables aux structures de lutte contre le sida.

2.3.4.2. LA MUTUALISATION DES RESSOURCES FINANCIERES, MATERIELLES ET HUMAINES

Selon des avis concordants, il apparaît que chaque acteur gère ses fonds selon un plan défini par ses bailleurs. L'Etat n'a donc pas de contrôle réel sur la gestion de ces acteurs. Une centralisation des moyens financiers ne permettrait-elle pas à tous les acteurs d'utiliser les mêmes règles de gestion et d'avancer vers les objectifs sus mentionnés ? Si le nombre des PVVIH sous traitements antirétroviraux a pu dépasser 17000 en 2014 grâce à l'appui financier des partenaires, il est d'autant plus important de bien organiser la collecte et la gestion des ressources si l'on veut continuer à être efficace. Cela ne peut s'envisager qu'après analyse des données recueillies dans les enquêtes de terrain qui aboutissent à :

- une collecte organisée des données statistiques ;
- une structure de concertation et de collaboration viable où toutes les parties se sentiront concernées en permanence ;
- une organisation des tâches de la structure faîtière à mettre en place ;
- une bonne gestion des stocks d'ARV ;
- un contrôle du bon fonctionnement budgétaire de toutes les structures ;

- une orientation optimale et une répartition géographique des effectifs soignants ;
- une organisation de la concertation entre les associations ;
- une visibilité et un accès facile aux services d'information ;
- un renforcement des effectifs du personnel soignant et des bénévoles
- une mise à jour régulière des connaissances du personnel soignant par des sessions de formation ou de recyclage ;
- une optimisation des structures sanitaires existantes et au besoin la création de nouvelles structures ;
- une méthode de prise en charge globale et des recommandations établies en concertation et respectées par tous.

Cette mutualisation favoriserait aussi une viabilisation en matière d'information et de documentation.

2.3.4.3. LA VIABILISATION DES CENTRES D'INFORMATION ET DE DOCUMENTATION

Les centres d'information devraient être plus accessibles aux populations et aux acteurs afin de leur permettre de mettre à jour leurs connaissances. Ils devraient avoir pour objectif de former les personnes comme relais et surtout les chefs traditionnels dans les villages qui décideront de s'impliquer activement. Les chefs de villages sont souvent des personnes-ressources sur qui repose le bon fonctionnement des activités à entreprendre dans un village, or ces centres actuels de sensibilisation et de documentation ne sont pas bien fréquentés.

2.3.4 .4. L'ELABORATION ET LA GESTION DE PROJETS

Les projets de toutes les organisations impliquées doivent êtres conçus ensemble dans le cadre des recommandations de la structure de concertation ou d'alliance. Une fois les financements obtenus, la gestion devrait être suivie avec rigueur pour que les bénéficiaires prévus accèdent, chacun dans son état, à ce qui lui permettrait d'entrer dans la logique du projet. A cet effet un organe de contrôle régulier pourrait être nécessaire pour vérifier la bonne gestion des fonds débloqués.

2.3.4.5. L'ALLIANCE ORIENTEE VERS UNE SOLIDARITE INTERNATIONALE

Un des problèmes majeurs demeure le manque de fonds nécessaires pour un travail efficace. L'Etat togolais malgré sa mobilisation sur ce thème n'arrive par à couvrir tous les besoins urgents même élémentaires de la prise en charge. Voilà pourquoi une solidarité dépassant le cadre du pays est nécessaire. L'investissement des bailleurs de fonds doit continuer

en redoublant le financement pour de meilleurs résultats. Le « Round 8 » qui se fait actuellement mobilise une série de projets visant un Togo sans sida selon les termes du CNLS à l'échéance de 2020. Le CNLS dans sa mission cherche à centraliser les moyens et à veiller à leur gestion tout en organisant les différents acteurs sur le terrain au nom de l'Etat. Ses actions sont orientées tant dans la prévention que la prise en charge.

2.3.5. SUIVI ET GOUVERNANCE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

2.3.5.1. ESTIMATION NATIONALE SUR LE VIH/SIDA

Les dernières estimations et projections de 2014 montrent une courbe en régression des nouvelles infections et des décès liés au VIH/SIDA. C'est ce que représente le tableau suivant :

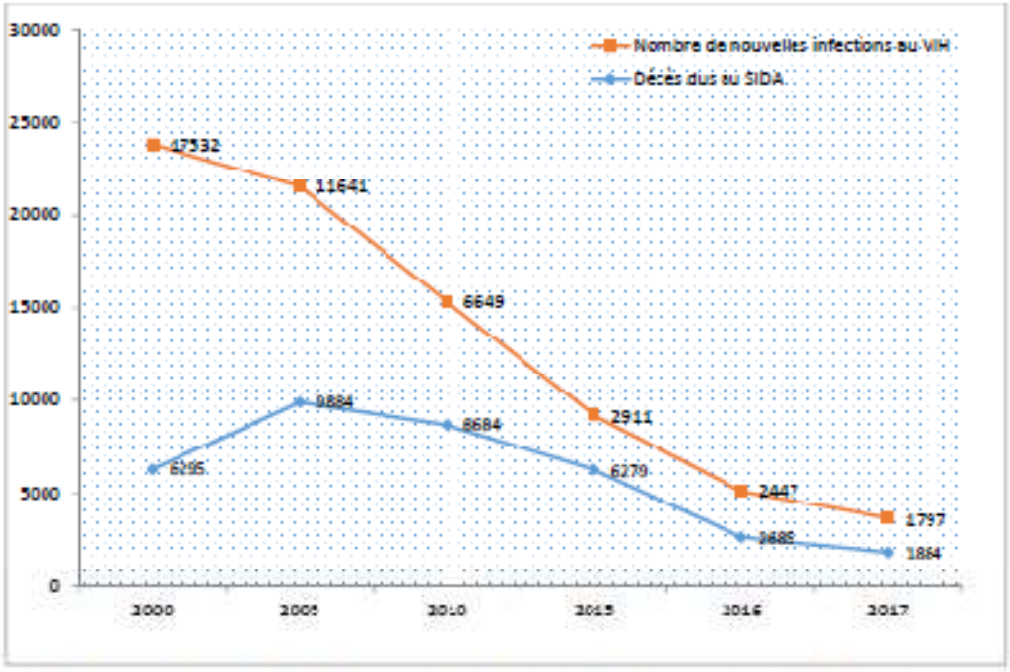


Figure 6: Estimation sur l'évolution des nouvelles infections et des décès liés au VIH de 2012 à 2017 au Togo

Source: EPP Spectrum 2014

Si l'on veut obtenir les résultats attendus en 2017, il va falloir revoir les différentes stratégies à mettre en œuvre. C'est dans cette optique qu'il faut adopter une nouvelle vision de la gestion des choses. Car la mauvaise gestion des fonds fait partie des défis et englobe plusieurs aspects qui handicapent l'aboutissement des projets. Pour veiller à la bonne gestion, un suivi rigoureux et régulier sera indispensable dans l'exécution des projets. Tous les acteurs associés à l'élaboration des projets demandent également à être informés des dépenses et de l'avancement des chantiers, ce qui suscitera des critiques constructives pour la croissance et la réalisation de toutes les activités prévues.

Faire alliance favorisera la mise en place progressive d'un programme d'autofinancement à inclure dans le cahier des charges des acteurs qui comprendra notamment la présentation et le lancement du projet, l'évolution à mi-parcours et la fin du projet.

2.3.5.2. LA PRESENTATION ET LE LANCEMENT DES PROJETS EN COURS

Au démarrage de chaque projet, il serait important de le présenter sur le plan national, ce qui permettrait à toute la population d'être informée de ses activités. Un appel d'offre préalable devrait être organisé afin de comparer les structures en mesure de réaliser des activités prévues. Ces pratiques permettraient de rendre visibles toutes les initiatives à tous les niveaux de la société pour un suivi régulier de l'Etat ainsi que des institutions qui financent ces projets.

2.3.5.3. L'EVALUATION A MI-PARCOURS

Une évaluation à mi-parcours est nécessaire pour contrôler la bonne évolution des activités prévues lors de l'élaboration d'un projet. Elle permettra de faire des rectifications et de corriger des déviations en temps utile. Cela est indispensable pour éviter les défauts de financement et les malfaçons ainsi que d'autres facteurs qui surgiraient privant au final les différents bénéficiaires de leur dû. L'évaluation pourrait aussi être faite à la fin de chaque année ou aussi à la fin de chaque étape dans l'évolution de la réalisation du projet.

2.3.5.4. FIN DU PROJET

Comme toute œuvre en voie d'achèvement, il est important de pouvoir en faire une présentation explicite et un bilan qui rendrait compte de l'évolution des activités en tenant compte des différents facteurs de réussites et d'échecs.

La fin d'un projet devrait être sanctionnée par un procès verbal. Celui-ci doit être transmis à tous les acteurs, leur permettant ainsi de prendre connaissance de ce qui est fait.

2.3.6. STRUCTURE D'ALLIANCE DE COORDINATION

En vue du bon fonctionnement des différentes sphères, il serait intéressant de mettre en place une structure de coordination.

Cette structure aurait pour mission de veiller à la mise en pratique des accords définis entre les différents acteurs. Elle pourrait produire régulièrement un rapport accessible à tous les partenaires de l'alliance, encourager, critiquer dans un esprit positif les méthodes pour faire

avancer, ce qui permettrait à la population de constater et de participer à leur manière à la réussite du projet.

2.3.6.1. LES VALEURS PARTAGEES

Les acteurs souhaitant participer ensemble à la lutte contre le VIH/Sida partageraient des valeurs communes parmi lesquelles on peut citer**:**

- l'esprit démocratique ;
- l'ouverture à toutes les personnes sans distinction de genre ni d'appartenance raciale, ethnique, religieuse ou coutumière ;
- l'acceptation du débat contradictoire et de la concertation ;
- le partage d'expériences ;
- le respect des principes de solidarité et de justice pour tous.

2.3.6.2. LA MISSION ET LES ATTRIBUTIONS DE LA STRUCTURE D'ALLIANCE DE COORDINATION :

2.3.6.2.1. La mission

La structure aurait pour mission d'œuvrer à la création et au maintien d'un cadre de concertation, de plaidoyer et de défense des intérêts des acteurs. C'est ce qui permettrait une transparence en posant des bases solides pour cette alliance.

2.3.6.2.2. Attributions de la structure de coordination

La structure de coordination aurait les responsabilités suivantes :

- Promouvoir la visibilité des actions de tous les acteurs impliqués dans la riposte au VIH/SIDA à travers une meilleure coordination et une bonne capitalisation des expériences de la structure ;

- Renforcer la crédibilité des institutions concernées par le plan national VIH/SIDA par l'adoption générale d'un code de conduite rappelant les valeurs éthiques, de probité et d'humanisme caractérisant l'action communautaire ;

- Promouvoir la transparence dans le processus de désignation de représentants dans les instances nationales et internationales de prises de décision afin de mieux capitaliser leur participation ;

- Contribuer au plaidoyer en faveur de la mobilisation et de la redistribution des ressources sur des bases transparentes et équitables ;

- Assurer la promotion de bonnes pratiques de gestion et de professionnalisation par les OSC membres ;

- Consolider un partenariat équitable avec l'Etat de nature à résoudre les questions d'intérêt pour la structure et garantir une meilleure appropriation des politiques, programmes et/ou projets nationaux.

2.3.6.2.3. L'engagement des adhérents

En adhérant à cette charte, les acteurs impliqués dans la riposte au VIH/SIDA s'engageraient :

- à convaincre les leaders associatifs du bien fondé de la structure ;
- à accepter l'adhésion des réseaux existants ;
- à résoudre pacifiquement les conflits de leadership des responsables des structures associatives ;
- à mettre en place un mécanisme de prise de décisions, fluide et transparent ;
- à définir des critères objectifs, impartiaux dans la désignation des membres des bureaux exécutifs.
- à respecter les principes de bonne gouvernance et de transparence ;
- à participer à la mobilisation de ressources ;
- à respecter les textes et procédures légales.

2.3.6.2.4. Organes de la charte

En tenant compte de l'organisation de tous les acteurs que nous avons présentés dans notre premier chapitre, nous proposons à ce niveau que la structure de coordination soit dotée des organes de fonctionnement suivants :

a) une Assemblée Générale (l'AG),

b) un Bureau National de Coordination (le BNC)

c) un Bureau Régional de Coordination (le BRC).

2.3.6.2.4.1. L'Assemblée Générale

Elle est composée de l'ensemble des membres adhérents à la structure. Elle se réunit au sujet des statuts tous les deux ans.

L'adhésion à la structure est conditionnée par la signature de la charte.

2.3.6.2.4.2. Le Bureau National de Coordination (le BNC)

Il est l'organe national de coordination. Il veille à la complémentarité de toutes les interventions des membres, du mécanisme et à leur cohérence avec les priorités régionales et nationales.

Le BNC est composé de cinq (05) personnes dont un coordonnateur national, un secrétaire général et un trésorier.

Les membres du BNC sont élus par un collège électoral composé des délégués régionaux des BRC. Ils sont élus au sein des réseaux/collectifs représentatifs d'ONG/Associations et d'ONG/Associations d'envergure nationale dont les sièges sont à Lomé. Sur la base de l'expérience et en considérant que tous les centres de décision sont à Lomé, il apparaît nécessaire que les membres du BNC résident à Lomé afin de garantir l'opérationnalité et l'efficacité de la plate-forme.

Le siège du BNC est logé dans l'enceinte du CNLS. Les sièges des BRC par contre sont logés dans les bureaux des associations des coordonnateurs régionaux.

2.3.6.2.4.3. Les Bureaux Régionaux de Coordination (le BRC)

Ils sont les organes de coordination décentralisés au niveau régional. Ils sont composés de trois (03) personnes dont un coordonnateur régional, un secrétaire et un secrétaire adjoint.

Les membres des BRC sont élus parmi et par les organisations membres basées dans la région concernée. Seul le coordonnateur sera rémunéré mensuellement, les autres auront une rémunération par trimestre ou en fonction des réunions et tournées.

Les membres du BNC et du BRC devront être désignés sur la base de critères objectifs et impartiaux tels que la neutralité personnelle et politique, la notoriété des institutions auxquelles ils appartiennent. La charte constituera le document officiel en prenant en compte la notoriété des postulants, celle de leurs institutions de provenance, etc. Ils seront élus pour un mandat de deux ans renouvelable une seule fois.

2.3.6.2.4.4. Appui institutionnel aux acteurs

L'appui institutionnel aux organisations membres se fera à travers un programme qui constituera le socle des actions à engager.

Cet appui institutionnel devra être adapté aux besoins spécifiques de chaque acteur. Pour cela, un plan déterminera les champs d'actions de chaque acteur pour une meilleure organisation des financements reçus au niveau national comme international.

2.3.6.2.4.5. Evolution de la structure

Le travail de la structure de coordination commencera par la mise en place et l'adoption de la charte. Il se poursuivra par l'adaptation de textes juridiques. La charte constituera le document officiel de référence permettant une bonne gestion et la recherche des objectifs à atteindre.

Conclusion

Deux types d'action sont nécessaires face au VIH/SIDA : la prévention par le renforcement de la prise de conscience ainsi que le dépistage et le traitement. Les deux sont d'une importance cruciale, bien qu'il vaille mieux, bien sûr, prévenir que guérir. Pour prévenir la maladie, il faut d'abord en faire le bilan honnête, comme d'une affection qui touche réellement l'individu dans sa totalité.

Nous ne finirons pas ce chapitre sans saluer les différents efforts actuellement en cours sur le plan national, régional et international pour relever ce défi, grâce à la mise sur pied d'un programme d'action visant à la prévention et au traitement de la maladie.

Le fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA et pour la santé est un motif d'espoir pour tous.

Dans ce chapitre, nous avons décrit une ébauche des recommandations pratiques en vue d'améliorer la prévention de la maladie et l'accompagnement des malades qui constituent deux leviers majeurs dans toute réponse efficace au VIH/SIDA. L'Etat, l'Eglise et les ONG/associations, en alliance, auront à faire abstraction de leurs différences pour adopter un projet commun salutaire pour la nation. En menant leurs échanges et leurs débats dans un esprit positif, ils seront capables de formuler des propositions justes et équilibrées pour endiguer le sida. En devenant solidaires, ils lèveront les freins à l'efficacité. Pour obtenir les meilleurs résultats dans leurs œuvres, il sera indispensable que les ressources disponibles soient dirigées prioritairement vers l'Homme dans son intégralité, c'est-à-dire aussi dans sa vie de chaque jour.

Le contexte culturel et socio-économique sera aussi pris en compte dans les différentes évaluations dans ce processus collectif.

L'alliance contribuera à préserver la dignité humaine dans un contexte où malheureusement la tendance est trop souvent d'en rester à des conceptions étroites et peu généreuses. Le problème de communication entre les différents acteurs trouvera une suite favorable en brisant les frontières et en créant des ponts. C'est en veillant à cet aspect horizontal que l'aspect vertical trouvera aussi sa place pour que la prise en charge holistique du malade se fasse dans de bonnes conditions.

Toutefois, il faut reconnaître que l'Etat est la seule institution qui a la capacité juridique et qui peut imposer les décisions prises et veiller à leur exécution. Le gouvernement est conscient de cette réalité et c'est pourquoi il multiplie des initiatives pour une réponse adéquate en faisant confiance à tous les acteurs. L'Eglise, dans ses différentes structures et instances, est appelée à continuer sa lutte contre la maladie tout en restant fidèle à ses principes et valeurs.

C'est tout l'appel du Pape Jean-Paul II, à l'issue du synode sur l'Afrique, le continent le plus frappé par le mal du VIH/SIDA, appel lancé à l'Eglise d'Afrique et au-delà de l'Eglise aux acteurs politiques, scientifiques et autres, pour que dans un élan de solidarité nous fassions tous « une société de soins », chacun par ses remèdes, c'est-à-dire son charisme propre :

> *La lutte contre le VIH/SIDA doit être le combat de tout le monde. Me faisant l'écho des pères synodaux, je demande aux agents pastoraux d'apporter aux frères et sœurs atteints du VIH/SIDA tout le réconfort possible du point de vue matériel comme du point de vue moral et spirituel. Aux hommes de science et aux responsables politiques, je demande instamment que, animés par l'amour et le respect dus à toute personne humaine, ils ne lésinent pas sur les moyens susceptibles de mettre fin à ce fléau*. Ecclesia in Africa, n°16.

La menaçante pandémie du VIH/SIDA interpelle non seulement la société à travers les institutions mais provoque un double défi : la prévention et l'assistance en vue d'une prise en charge intégrale prenant en compte l'aspect spirituel. C'est ce qui engendrera une vision édifiante de la dignité de la personne humaine et de son destin qui le transcende en tant qu'individu.

2.4. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE DANS LA PERSPECTIVE DES SOINS

L'épidémie du sida affecte toutes les dimensions de la vie humaine et relationnelle. Elle a une influence négative sur l'épanouissement personnel et sociétal de tous les patients. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA pose un problème de conscience à toutes les communautés y compris l'Eglise. En effet, même si la motivation des partenaires à acquérir tout le matériel nécessaire aux soins des malades ne faiblit pas, les questions portant sur la foi et les besoins spirituels s'intègrent difficilement aux préoccupations des soignants, des soignés et de leur environnement social. Le principe universel des droits de l'homme dit que le malade a droit[188] aux mêmes égards que tous les autres membres de la société, pourtant dans la pratique quotidienne, de profonds malentendus naissent des divergences de vision : les soignants axent leur intervention uniquement sur le physique alors que les soignés ont besoin d'une prise en charge globale. C'est ce que note dans son témoignage le Docteur Eve RUBBI, gériatre du Centre universitaire de traitements et réadaptation vaudois à Lausanne en Suisse :

> *Le patient est ainsi vu dans sa globalité grâce à l'évaluation de ses quatre dimensions : bio-socio-psy et spirituelle. La dimension spirituelle est intégrée dès le début de la prise en charge à l'hôpital. Mais parfois, et cela arrive assez souvent, ce n'est pas tout de suite que la détresse spirituelle est mise en évidence. Ce ne serait qu'une fois que toutes les autres dimensions auront été prises en compte, et que l'on se sera aperçu que l'évolution du patient à l'hôpital n'est pas celle attendue, que l'on se posera la question d'une détresse spirituelle*[189].

La qualité de la relation risque de se détériorer entre les différentes parties en présence et régresse ainsi, au détriment des malades. Dans cette situation, les limites des simples capacités humaines sont vite atteintes et rendent ainsi la prise en charge incomplète. D'où l'importance de

---

[188]. OMS/SANTE ET DROITS DE L'HOMME, *Principaux faits*. Aide mémoire n°323 Décembre 2015.

La constitution de l'OMS établit que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain » … Les groupes vulnérables et en marge de la société sont souvent moins susceptibles de jouir du droit à la santé. Trois des maladies transmissibles les plus meurtrières au monde, le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose touchent de façon disportionnée les populations les plus pauvres au monde, ce qui pèse lourdement sur les économies des pays en développement.

Consulté sur le site www.who.int/mediacentre/factseets/fs/323/fr le 03/02/2017.

[189] JACQUEMIN Dominique (dir), *Besoins spirituels, soins, désir, responsabilités,* Collection Soins et spiritualité n°7, Lumen vitae, Editions jésuites, 2016, p. 12.

l'alliance permanente de la société avec des forces spirituelles pour rééquilibrer les différentes formes de soins afin qu'ils soient holistiques. Très souvent, quand la personne humaine fait face à des problèmes existentiels qui dépassent son entendement, elle cherche à s'accrocher à une force surnaturelle.

Il s'agit là d'une perception et d'une attente globale des personnes infectées et affectées par le sida. L'aspect thérapeutique prend très souvent le pas sur les réponses spirituelles traditionnelles. L'Eglise doit chercher à établir une voie plus adaptée, balisée à la lumière de la Révélation. Sa mission dans ce contexte de pandémie est, non seulement d'annoncer la Bonne Nouvelle aux malades, mais aussi de la mettre en pratique. En s'intéressant à l'homme tout entier, dans ses dimensions physique, sociale (doctrine sociale de l'Eglise) et spirituelle, l'Eglise manifeste son souci du bien- être de l'homme, et prend soin des malades en gérant avec eux toutes leurs préoccupations matérielles et spirituelles jusqu'à la fin de leur vie. Elle lutte pour la dignité humaine, recommande et sensibilise au respect de la vie humaine dans les joies comme dans les épreuves. C'est pourquoi j'ai envisagé plus haut la perspective d'alliance thérapeutique qui est une relation entre le soignant et le soigné, allant de pair avec les soins spirituels pour compléter la prise en charge holistique des patients. CUNGI, médecin psychiatre, spécialiste reconnu des thérapies comportementales et cognitives, définit à cet effet l'alliance thérapeutique comme « une collaboration active, le patient et le soignant travaillent ensemble, basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles[190] ». Comment introduire la notion d'alliance dans les soins spirituels apportés au malade ? Mais, n'oublions pas que, si l'alliance prend différents aspects au cours du temps, elle reste toujours la même et ce, depuis le Décalogue. L'alliance existe en amont dans toute relation en Eglise mais reste aussi à construire. C'est une relation privilégiée qui existe entre l'être humain et son créateur, comme le mentionne le jésuite théologien THOMASSET Alain :

> *L'alliance de l'homme et de la femme est à l'image de l'alliance de l'Humanité avec son Créateur ; la création est don originaire, promesse de vie et de stabilité, invitation à la relation amoureuse réglée par une loi du respect de l'altérité : autant dire qu'elle a toutes les caractéristiques d'une Alliance*[191].

---

[190]. CUNGI Charly, *Alliance thérapeutique*, les grands dossiers des sciences humaines. N°15, 2009.

[191]. THOMASSET Alain, *Interpréter et agir, Jalons pour une éthique chrétienne*, Paris, Editions du Cerf, 2011, p. 110.

La mise en place d'un protocole de pratiques thérapeutiques qui tient compte de la dimension spirituelle de la vie du malade est une manière d'entretenir et de maintenir cette alliance entre l'homme et Dieu. L'alliance résume l'ensemble des rapports de Dieu avec les hommes et ainsi devient le moteur de l'agir humain. Comment l'Eglise peut-elle contribuer à accompagner la personne en situation d'épreuve, de maladie, en dépit du désespoir causé par le VIH/SIDA ?

L'engagement chrétien aux côtés des malades consiste à les aider à se rétablir corps et âme. A l'image du Christ, l'Eglise doit agir avec compassion, tout en relevant les différents défis actuels. Nous allons organiser notre réflexion autour de la pastorale de la santé de l'Eglise à travers le paradigme de l'alliance biblique selon les trois points suivants :

1- La signification biblique de l'alliance.

2- L'alliance théologique et ses implications face aux défis liés au sida.

3- L'accompagnement pastoral de l'Eglise.

2.4.1. LA SIGNIFICATION BIBLIQUE DE L'ALLIANCE

Dans l'Ancien Testament, l'Alliance est le pacte entre Dieu et le peuple hébreu.
Nous retenons du vocabulaire théologique que les hommes se lient entre eux par des pactes et des contrats le plus souvent réciproques[192].D'ailleurs l'Alliance (bérith en hébreu) signifie lier. Ce concept s'applique pour le temps de guerre comme pour les temps de paix. Ce dernier aspect nous intéresse particulièrement puisqu'il suppose, des parties impliquées, l'intégrité, le plein épanouissement, l'harmonie de la personne humaine ou du groupe. C'est pourquoi l'on parle d'une alliance de Paix. Dans l'Ancien Testament le mot alliance a donc revêtu diverses formes. C'est une notion complexe faite de différentes idées qui ont fait leur évolution avec Noé, Abraham, Jacob et Moïse. Ce dernier reçoit les dix commandements de Dieu qui deviennent la loi fondamentale du peuple de Dieu. Le peuple nomade qui devient progressivement sédentaire, puise sa force dans la foi et le respect de la loi exprimée dans l'Arche. C'est certainement ce sens que le jésuite Paul BEAUCHAMP exprime bien lorsqu'il met le décalogue au cœur de la loi :

---

[192]. LEON-DUFOUR Xavier (dir) *Vocabulaire de Théologie Biblique*, Paris, les éditions du Cerf, p. 29.

La loi du décalogue se trouve énoncée plusieurs fois dans la Bible. Elle scande les étapes de son trajet narratif, qui va « d'une montagne à l'autre », du Sinaï aux monts de Galilée. Notre repère principal…le décalogue, c'est lui qui fut le plus souvent repris au cours de l'histoire. C'est à partir de lui que Jésus prononce le discours sur la montagne[193].

Le décalogue précise que :

- l'homme est créé à l'image de Dieu. C'est un concept de base dont nous nous inspirons pour la prise en charge de tous les malades.
- la loi fondamentale est désormais la seule référence du peuple. Ce faisant, il le libère de ses anciennes pratiques et oriente définitivement sa croyance. L'aide au malade peut consister en une réorientation vers les lois fondamentales de sa croyance.

Cette alliance dont l'élément fondamental est le décalogue met en lumière la relation du peuple avec Dieu et les relations des membres du peuple entre eux. C'est par cette Alliance que l'agir moral du peuple prend son sens. Nous examinerons dans le contenu de ce décalogue, ce qui met en relief l'infini de la vie dans l'alliance et ce qui exprime le soin que Dieu prend de son peuple, malgré ses infidélités.

2.4.1.1. LES PARTENAIRES DANS LA 1ER ALLIANCE

2.4.1.1.1. Les fondements du décalogue et ses clauses dans l'alliance (Ex. 19, 1-25) ;(Dt 5,6-21).

La thématique de l'Alliance commande toute la pensée religieuse de l'Ancien Testament. Utilisée comme un des langages dans la Bible pour dire la relation de Dieu avec le peuple d'Israël, l'Alliance traduit le dessein de Dieu d'aider les hommes dans leur recherche de paix, ce qui implique qu'il demeure proche de son peuple et à son écoute.

Le décalogue, est-il besoin de le rappeler, consiste en dix commandements qui concernent le rapport de l'homme à Dieu, la propriété des biens, la vie en société, le mariage et la famille. Ces règles plus morales que juridiques ont pour but de déterminer la conduite de l'individu plutôt que l'organisation de la société et les rapports sociaux. Dieu s'est révélé à son peuple en exprimant sa volonté à travers les dix commandements qui forment un ensemble. Le

---

[193]. BEAUCHAMP Paul, *La loi de Dieu ; D'une montagne à l'autre*, Paris, Editions du Seuil, Avril 1999, p. 5.

décalogue est composé de deux parties : la première se rapporte à l'amour de Dieu et les sept autres à l'amour du prochain. Gravés par Dieu dans les cœurs des hommes, ils enseignent la véritable humanité. Le décalogue rappelle les exigences fondamentales de la conscience humaine et les prescriptions à suivre.

-La première partie concerne la sainteté de Dieu (Ex 20,1-11) : Dieu se révèle proche des siens et à leur écoute. Le premier commandement nous demande de nourrir et de garder avec prudence et vigilance notre foi et de rejeter tout ce qui s'oppose à elle. Il invite l'homme à aimer Dieu plus que tout. En aimant, l'homme doit respecter ainsi le jour du Seigneur. L'obéissance aux commandements implique dans un premier temps des obligations envers le Créateur. Ceci constitue le point focal de la pastoral, le malade est conscient de sa vulnérabilité et par conséquent de sa finitude avec la possibilité de se retrouver face à son créateur ou dans une autre dimension. Il obéit ainsi à des lois qui le dépassent et occupent sa pensée du moment.

- La deuxième partie commence avec le quatrième commandement qui est le début de la seconde table et indique l'ordre de la charité à mettre en pratique. Nous y voyons comment les hommes doivent vivre entre eux. (Ex 20,12-17).Les sept autre commandements se rapportent à l'amour du prochain et indiquent l'ordre de la charité. Ensuite le respect de la vie humaine et l'intégrité de la personne. Le respect des personnes et de leur bien. Vivre dans la vérité. Tu ne convoiteras pas les biens de ton prochain : L'enseignement de Jésus oriente la pastorale de l'Eglise par son ouverture universelle par exemple l'annonce de la Bonne Nouvelle à tous les peuples. Jésus guérit les malades de toutes les catégories sociales aussi bien sur le plan physique que Spirituel.

Pour finir, les dix commandements résument la loi de Dieu et contiennent les clauses de l'alliance conclue entre Dieu et son peuple. L'intérêt du décalogue n'est pas seulement dans son contenu, mais avant tout dans sa forme. Son contenu comme nous venons de le décrire relève du droit naturel et donne des orientations sur la volonté de Dieu et les exigences pour une vie harmonieuse en société. Le comportement du chrétien doit s'harmoniser aux commandements de Dieu fondés sur l'amour et la conscience humaine. Le décalogue se vit dans un esprit de communion et d'alliance avec Dieu. Il embrasse toute la vie et ses engagements, il constitue la base et le centre de toute vie y compris celle que nous appelons alliance thérapeutique. Le décalogue forme un tout indissociable, il énonce les requêtes de l'amour de Dieu et du prochain.

2.4.1.1.2. L'implication de l'alliance Sinaïtique dans le vivre ensemble

Le contexte de l'alliance Sinaïtique après la libération d'Egypte (Exode 24,3-8) est stipulé ainsi : lorsque Moïse eut proclamé à tout le peuple chaque commandement, conformément à la loi, il en résulta une obligation de mise en pratique. En réalité, Dieu ayant défini son projet, celui de faire d'Israël son peuple choisi, sa parole devient lumière pour l'éclairer sur le chemin. Israël doit alors vivre, jour après jour, dans le cadre de ces commandements. En transgresser un seul est enfreindre les autres en rompant l'harmonie avec Dieu et son prochain. On peut prendre pour exemple le cas d'une femme fidèle infectée par son mari polygame (que nous avons rencontré lors des enquêtes qualitatives cf. entretien n°34 Anonyme des enquêtes qualitatives)qui entraîne la rupture de l'alliance de leur mariage. Ainsi, le peuple d'Israël devait se libérer progressivement de la servitude grâce aux commandements pour vivre en communion avec Dieu. Sa foi consistera pour une large part à lire dans les événements de la vie, les exigences, les appels et les interventions de Dieu. Répondre à ces appels, c'est principalement être attentif aux autres et surtout aux plus faibles.

Enfreindre la loi, c'est rompre l'Alliance et inversement. Mais la loi n'est jamais une fin en soi. Elle est le moyen par lequel le peuple progresse dans son histoire d'Exode-Libération, déjà commencée mais pas encore terminée. La loi est tout entière liée à l'exode, elle en provient, l'exprime, le perpétue. Elle est tout entière insérée dans l'Alliance. C'est l'Alliance qui donne son sens à la loi, et non l'inverse. La Loi découle de l'alliance, elle ne l'a pas créée, mais exprime la relation du peuple avec Yahvé.

Du fait que l'homme est un être créé, il dépend nécessairement de son créateur. En instituant Israël comme son peuple, Dieu en fait sa créature par excellence et le peuple ne peut que reconnaître sa dépendance envers Lui. Ce statut de créature qui marque la nature humaine implique une expérience originelle du rapport entre les êtres créés et Dieu. Ce rapport de l'être créé avec le créateur manifeste l'expérience transcendantale de l'homme, c'est-à-dire la dépendance radicale de l'homme envers son Créateur et aussi l'ouverture spirituelle illimitée de l'homme vers ce qui le dépasse et marque sa finitude.

- L'alliance entre humains que ce soit par le sang ou par l'appartenance à la même société ne peut pas aboutir à des abandons car il y a toujours des conséquences collatérales. Il ya un devoir d'assistance envers chacun et plus particulièrement les plus vulnérables : les pauvres, les malades et les délaissés.
- Le VIH/SIDA peut rompre hélas les liens familiaux et aboutir au rejet et à la dépossession. Nous pouvons citer l'exemple réel suivant : Après le décès d'un homme,

son frère s'est emparé de sa maison et de ses biens et a renvoyé la femme et ses trois enfants dont deux séropositifs chez les parents de la femme. Les deux enfants séropositifs ont été pris en charge par l'association EVT. La solidarité familiale est ainsi mise à mal, détruisant les liens tissés depuis des années. Ce genre de situation est typique de nombreux problèmes évoqués lors de nos entretiens à Dapaong, au nord du Togo et à Sokodé, au centre du Togo.

L'alliance[194]qui est préconisée est aussi obéissance à Dieu, fidélité à ses commandements et implique solidarité entre les membres du peuple. C'est ainsi que l'obéissance à Dieu se révèle comme la clé de l'Alliance. Elle serait même synonyme de liberté et de responsabilité. L'obéissance est donnée à un Dieu créateur de la liberté de l'homme, un Dieu qui ne veut autre chose que le meilleur pour l'homme.

Elle constitue une ligne de conduite pour parvenir à la paix entre les hommes, le bonheur d'une vie en harmonie avec le Créateur. Elle apparaît comme un soin prodigué par Dieu à l'humanité entière, signe qu'il ne se lasse pas de conduire son peuple en le sanctifiant par sa présence[195]. L'alliance initiale entre Dieu et Abraham, devenue alliance entre Lui et le peuple élu, apparaît alors comme un bienfait prodigué par Dieu à l'humanité entière et un engagement à la conduire vers la sainteté par son intervention.

Forts de cette alliance, révélation de Dieu aux hommes, il ne nous est pas permis de soutenir comme nous l'avons entendu dire par certaines personnes au cours de nos enquêtes , que le sida est une punition de Dieu. La mission de l'Eglise va être d'œuvrer pour garder et entretenir cette alliance. C'est ce qui explique toute sa pastorale, particulièrement en faveur des personnes vulnérables.

En conclusion de l'alliance dans l'ancien testament, nous pouvons retenir que l'alliance de Dieu avec l'humanité telle que nous l'avons vue dans l'ancien testament est une alliance qui protège tout le monde et surtout le faible. Dans le contexte de la société, le malade devient un maillon faible de ce partenariat et a besoin de la protection du plus fort.

C'est ce que Xavier LEON-DUFOUR résume en ces termes :

---

[194]. BERNHARD Häring. « *Lire dans le Christ »,T1 coll. « Initiations* », Paris, Editions du Cerf, 1998, p.30.

[195]. KLAM Sébastien., *Je te soigne, tu me soignes, Dieu nous soigne : une humanité soignée : l'éthique du care au regard de la théologie catholique*. Thèse présentée et soutenue le 20 novembre 2015 à l'Université Lorraine sous la direction de Christophe BOURIAU, p. 213.

Dans l'ancien testament, l'alliance commande toute la pensée religieuse, mais on le voit s'approfondir avec le temps. Dans le nouveau testament, il acquiert une plénitude sans égale car il a désormais pour contenu tout le mystère de Jésus Christ[196].

Cette ancienne alliance éclaire notre vision de l'alliance thérapeutique et pose les jalons à l'image de ceux du décalogue. Nous sommes ainsi conduits à développer un partenariat de responsabilité entre le malade et le réseau des soignants et à établir les règles qui encadrent le fonctionnement de ce partenariat. Elle trouve son accomplissement dans le ministère de Jésus, dont on rappellera qu'il vient non seulement pour les biens portant mais aussi et surtout pour les malades. (Luc5.31).

2.4. 1.2. L'ALLIANCE DANS LE NOUVEAU TESTAMENT

2.4.1.2.1. Le Christ comme fondement de cette alliance

La nouvelle alliance inaugure une ère nouvelle, celle de la réalisation des promesses de Dieu par Jésus-Christ, le médiateur. Cette nouvelle alliance n'est plus fondée sur les sacrifices vétérotestamentaires mais sur le sacrifice suprême du Christ à travers sa mort. La nouvelle alliance est un accomplissement des promesses de Dieu par l'incarnation, la mort et Résurrection de son Fils. Elle marque un tournant capital dans l'histoire de Dieu et de son peuple. Jésus, en tant que Verbe de Dieu fait chair, mène la loi à son achèvement dans la liberté. Il accomplit sa mission de remise en ordre de la loi (Mc12, 28-34) en transgressant parfois certaines prescriptions de la loi juive- pardon de la prostituée, en guérisons, accueil des victimes d'ostracisme en rétablissant la dignité aux rejetés. A l'image du Christ l'adhésion au projet de Dieu s'exprime chez chacun dans la solidarité et l'engagement responsable. Elle devient la norme de tout jugement moral en relation avec la vie.

Notre devoir dans la prise en charge des malades est de les accompagner jusqu'à l'accomplissement des béatitudes, et de prendre ainsi le cheminqui mène au Père.

Jésus Christ est en personne la Nouvelle Alliance qui nous donne l'Esprit. En assumant l'Ancien Testament et en étant la source du Nouveau, il révèle le mystère de la destinée humaine[197]. Par l'Esprit, qu'il communique au croyant, il le motive pour marcher à sa suite.

---

[196]. LEON DUFOUR Xavier (dir) *Vocabulaire de Théologie Biblique,* Paris, les Editions du Cerf deuxième édition revue et augmentée, 1970, pp. 28-29.

Pour tous les auteurs du Nouveau Testament, le fondement de l'agir moral est identique, tout homme a une certitude : il peut être sauvé. Dans le contexte de notre réflexion, tout se résume à l'idée de l'imitation du Christ, la primauté de l'amour ou charité qui doit se manifester entre nous et plus particulièrement à l'endroit des malades en général et ceux atteints par le sida en particulier.

En ce sens, tout individu est membre d'un corps, il existe et compte pour Dieu et n'est pas une fin en soi. L'amour agapè ou charité est comme une sève vivifiant la vie chrétienne. *Agapè* traduit une bonne volonté énergique et bienfaisante que rien n'arrête quand il s'agit du bien de l'objet aimé. C'est par là qu'il devient le médiateur d'une d'alliance que laissait entrevoir le message de consolation (Is 42, 6).La grâce de la nouvelle alliance, avec le sacrifice du Christ, restaure tout homme dans toute sa dignité. Les guérisons et les miracles en sont les témoignages et instituent la mission qu'il donne à son Eglise de continuer l'attention aux malades. L'Eglise dans son organisation dispose des aumôneries dans les hôpitaux publics et cliniques afin de marquer sa présence à leurs côtés. Ce service est bien apprécié, ainsi qu'il ressort de l'entretien n°33 avec Rosalie lors des enquêtes qualitatives mentionnées en annexe B. L'homme doit contribuer à son bonheur mettant en pratique les recommandations du Christ. Le Pape émérite Benoit XVI l'affirme en ces termes :

> *L'alliance serait ainsi la réponse à l'homme en tant qu'il est à l'image de Dieu ; en lui resplendirait celui et ce que nous sommes nous-mêmes et qui est Dieu lui-même : pour lui, qui est toute relation, « l'Alliance ne serait pas dès lors quelque chose se trouvant à l'extérieur dans l'histoire, en dehors de son être, mais la manifestation de lui-même, le « resplendissement de sa face »*[198] .

Dieu a voulu s'incarner en personne en son Fils Jésus Christ à travers le deuxième testament pour la restauration de l'humanité. L'Alliance n'est pas seulement une relation, dans laquelle le partenaire humain a montré sa fragilité, mais un échange réciproque sous l'impératif d'aimer son prochain. Ce n'est plus Moïse, mais le Christ seul médiateur de cette alliance qui marque la liberté des enfants de Dieu manifestée en ces mots : aimer Dieu et son prochain.

---

[197]. SCHNACKENBURG Rudolph. « *Le message du Nouveau Testament* », Vol, 2, De Jésus à l'Eglise primitive, p. 94.

[198]. RATZINGER Joseph, Article *Nouvelle alliance, la Théologie de l'Alliance dans le Nouveau.* Testament Croire et célébrer, la communion de foi, 30 ans de collaboration Editions, Parole et Silence 2008, page 204.

Le Christ, en fondant la nouvelle alliance, l'a rendue visible par le sacrifice de son corps et de son sang donnés en nourriture aux chrétiens. (1Co. 11,25). Nous lisons ainsi dans le catéchisme de l'Eglise Catholique :

> *Le mode de présence sous les espèces eucharistiques est unique. Il élève l'eucharistie au- dessus de tous les sacrements et en fait comme la perfection de la vie spirituelle et la fin à laquelle tendent tous les sacrements*[199].

Ce sacrifice de la croix se renouvelle à chaque célébration eucharistique lors du rassemblement des fidèles.

2.4.1.2.3 L'importance de l'Eucharistie comme sacrement de la Nouvelle Alliance

Dans le Nouveau Testament quatre textes évoquent l'institution de l'Eucharistie : selon Saint Mt 26, 26-29. « Pendant le repas, Jésus prit du pain et, après avoir prononcé la bénédiction, il le rompit ; puis le donnant aux disciples, il dit : « Prenez et mangez ceci est mon corps. » Puis il prit une coupe et, après avoir rendu grâce, il la leur donna en disant : « Buvez- en tous car ceci est mon sang, le sang de l'alliance, versé pour la multitude, pour le pardon des péchés. Je vous le déclare : je ne boirai plus désormais de ce fruit de la vigne jusqu'au jour où je le boirai, nouveau, avec vous dans le Royaume de mon Père ». Mc 14, 22-25 ; Luc 22,15-20 ; 1Co11, 23-26.

Jésus dans sa mission de médiateur, nous met en communion avec son Père et ce à travers sa parole et son corps. L'Eucharistie est le pain de la vie. C'est par elle que Dieu diffuse sa vie dans chacun des cœurs et de l'Eglise. Elle fait de nous des vivants sur cette terre et pour une vie éternelle. C'est pourquoi Jean-Paul II le souligne en disant que l'Eglise vit de l'Eucharistie :

Dans l'Eucharistie en effet, nous recevons également la garantie de la résurrection du corps à la fin des temps : « Celui qui mange ma chair et boit mon sang a la vie éternelle ; et moi je le ressusciterai au dernier jour » (Jn 6,54). Avec l'Eucharistie, on assimile pour ainsi dire le « secret » de la résurrection c'est pourquoi Saint Ignace définit avec justesse le Pain Eucharistique comme « remède d'immortalité, antidote pour ne pas mourir »[200] « L'Eucharistie est la source et le sommet de toute la vie chrétienne »(LG11). En Jésus Christ se réalise définitivement la nouvelle alliance. Le sacrifice du Christ devient aussi, d'une manière ou d'une

---

[199] Catéchisme de l'Eglise Catholique, n°1374.

[200] JEAN PAUL II, *Lettre encyclique Ecclesia d'Eucharistia*, Paris, Avril 2003, Téqui, 2005, n°18.

autre, celui de ses membres à travers la communion lorsqu'ils participent à la messe. La vie des fidèles, leur louange, leur souffrance, leur prière, leur travail, sont unis à ceux du Christ et sa totale offrande, et acquièrent ainsi une valeur nouvelle[201]. Enfin, il est nécessaire que l'Eucharistie se traduise en pratique de la charité, Benoit XVI l'affirmait en ces termes : *Une Eucharistie qui ne se traduit pas en une pratique concrète de l'amour est elle-même tronquée*[202].

L'Eucharistie est aussi la source d'une nouvelle vie comme l'expose le Catéchisme de l'Eglise Catholique :

> *L'Eglise qui est le corps du Christ participe à l'offrande de son chef. Avec lui, elle est offerte elle-même tout entière. Elle s'unit à son intercession auprès du Père pour tous les hommes. « Toutes les fois que le sacrifice de la croix par lequel le Christ notre Pâques a été immolé (1Co. 5 ,7) se célèbre sur l'autel, l'œuvre de notre rédemption s'opère*[203] ». L'Eucharistie continue ainsi à rendre le Christ présent à notre temps.

Nourris par la parole et l'eucharistie nous devenons membres du corps de l'Eglise appelés à coopérer à la création. C'est sans doute ce que le Concile Vatican II rappelle dans Lumen Gentium en faisant de la charité le fondement de la mission de l'Eglise :

> *Le Christ, unique médiateur, crée et continuellement soutient sur la terre, comme un tout visible, son Eglise sainte, communauté de foi, d'espérance et de charité par laquelle il répand, à l'intention de tous, la vérité et la grâce*[204].

L'Eglise, dans son désir de soigner, s'approche de tous, écoute et relève, c'est ce qui est au cœur de son enseignement et son action. Comme nous le précisions au sujet du repas dans les différentes alliances de la société, l'animal sacrifié et le repas que partagent les différents signataires permettent de sceller leur pacte et marquent une communion entre eux. C'est l'exemple de la fête OVAZU que nous avons traité dans le chapitre des alliances dans la société cf (2.1.2.3.1) au Togo où le repas, à base du fonio, une céréale cultivée dans cette région réunit chaque année tous ses ressortissants. De la même façon, l'Eucharistie réunit aussi le peuple de Dieu qui y trouve la nourriture et la force nécessaires à la constance de leur foi, face aux

---

[201]. Catéchisme de l'Eglise Catholique, n° 1368.

[202]. BENOIT XVI, *Dieu est amour*, Paris, Bayard/Cerf/ Fleurus-Mame, n°14, 2016 page 31.

[203]. VATICAN II Lumen Gentium n°3.

[204]. VATICAN II, *Lumen Gentium*, n°8.

difficultés de la vie. Enfin, dans son image de « pain » de vie, l'Eucharistie est spécialement parlante et importante pour les malades et ceux qui les soignent.

2.4.1.2.4 Jésus, modèle de la prise en charge des malades

Nous voulons montrer maintenant, à travers certains passages du Nouveau Testament comment Jésus s'occupait des malades. Enseigner, guérir et exorciser constituent les activités majeures visibles de la vie de Jésus. Les blessés de la vie viennent vers Jésus pour obtenir la guérison intégrale. Contrairement aux lois de son époque, Il osait toucher les lépreux. Aujourd'hui où le sida continue à faire des victimes, la question se pose de notre comportement envers les personnes infectées. Comment lutter contre sa propagation ? L'exploration des deux textes suivants nous guidera dans notre réflexion.

2.4.1.2.4.1 La guérison des lépreux (Marc 1,40-45)

Le choix de ce texte est lié au fait que la lèpre est comparable au sida à cause de l'exclusion de celui qui en souffre. Dans les enquêtes qualitatives nous avions évoqué le fait de la discrimination et la stigmatisation qui reste une situation persistante aujourd'hui.

Dans le passage d'Evangile de la guérison du lépreux et bien d'autres passages, (Mc 1, 29-30 ; Mc 12 1-12) il est dit que vont au Christ ceux et celles qui veulent vivre et être en bonne santé. Selon la loi, le lépreux est intouchable, il est interdit de le toucher comme aujourd'hui certaines personnes infectées par le VIH/SIDA sont victimes de la stigmatisation et de discrimination. Comme les lépreux au temps de Jésus étaient traités avec méfiance, aujourd'hui, les personnes atteintes du sida subissent le même sort. Jésus commande au lépreux guéri de se montrer au prêtre pour faire constater sa guérison et être réintégré dans la société. Mais il se retire dans la solitude et prie pour leur manifester son amour. Le geste de toucher le lépreux est significatif. Pour Jésus, toucher c'est guérir c'est-à-dire rendre une vie humaine normale, replacer dans la société et permettre une relation nouvelle à Dieu (Luc 5,12-16). Le Christ attire à lui, prend à son compte la misère humaine et il donne ce qui est de lui, la santé et la vie. Le Christ est communicatif, non pas tellement au sens où on livre facilement ses idées et ses sentiments, mais plutôt au sens d'un échange. Il s'approprie la misère humaine au point de prendre devant son Père la responsabilité de nos faiblesses en nous donnant ainsi de participer à la vie, à la grâce de l'amitié du Père. Jésus guérit en essayant de leur faire percevoir qu'au-delà du mal dont souffre le corps, il faut aussi soigner l'âme. Il propose une libération de tout homme dans la vérité et

l'amour. Le Christ accueille toujours avec bonté, puissance et dans la vérité. Ce fait explique l'existence de la souffrance des gens qui ont besoin d'être soulagés ou guéris comme ceux qui sont atteints par le sida. Face à ces maux, Jésus se montre puissant, victorieux du mal dans la discrétion comme pédagogie. Jésus agit ainsi avec la puissance de Dieu et son enseignement fait figure de nouveauté. A l'exemple de Jésus, l'Eglise a la mission de s'occuper des malades pour qu'ils gardent leur dignité malgré leur épreuve. C'est ce qu'elle fait dans sa pastorale à travers ses membres et structures.

2.4.1.2.4.2. Jésus, figure du bon Samaritain : Luc (10, 25-37).

La parabole du bon Samaritain nous révèle, d'une part, quelle est la réalité qui fonde le Royaume et d'autre part, quelle loi doit guider l'action du chrétien. L'attitude de Jésus dans cette parabole interpelle sur plusieurs points qui peuvent inspirer nos actions et orienter notre comportement aujourd'hui vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

A la question : que dois-je faire pour avoir part à la vie éternelle ? La réponse de Jésus bouleverse, il fait confiance à cet homme de loi, depuis la loi de Moïse. Qu'y a t-il d'écrit ? Tu aimeras ton prochain comme toi-même. Tu aimeras Dieu et ton prochain. Révélation de ne pas séparer ces deux commandements. Il a bien répondu : amour du prochain. En faisant ainsi, Il se rend proche. Au lieu de discuter, il présente une autre parabole. Le serviteur du culte est passé à côté du blessé de la vie, pour des raisons cultuelles, il s'est détourné de peur de se rendre impur en franchissant un interdit rituel. Bien intentionné, il tient au respect de la loi.

Le Samaritain, pris de pitié, rencontre le blessé, désinfecte ses plaies, il est ému jusqu'aux entrailles. Il le prend en charge physiquement. Il se reconnaît dans le blessé, son semblable. Il ne veut pas le laisser seul et il le dépose à l'auberge. Il a le souci de prendre soin du blessé. Il veut vivre son humanité par l'offrande de ce qu'il possède : l'argent. Lequel des trois s'est montré le prochain du blessé ? Celui qui a exercé la miséricorde. Accueillir, faire attention, ne pas juger et surtout prendre soin des faibles et des malades du VIH/SIDA, telle est la responsabilité commune.

Jésus veut faire comprendre que le bon Samaritain, méprisé par les Juifs, est porteur de la bonté efficace de Dieu pour tout homme. La réalité qui fonde le Royaume est l'amour miséricordieux du Seigneur. Le bon Samaritain fut pris de pitié. C'est là une expression que les évangiles réservent habituellement à la pitié de Dieu, à la miséricorde de Dieu. La parabole de Luc nous fait cerner comment Jésus aime tout être humain d'un amour profond, plus

particulièrement au moment de la faiblesse et de la maladie. Avec lui tout change. Comment vivre une attention particulière aux délaissés ? Jésus s'est identifié aux pauvres en demandant la justice en leur faveur. L'Eglise doit faire montre de cette solidarité avec les victimes de la pauvreté et des situations injustes. La figure du bon samaritain invite à la proximité des personnes malades, celles qui souffrent et ont besoin de soins. Le bon samaritain reste un exemple pour tous.

Pour encourager cette compassion, devoir de tous, la théologienne Catherine FINO le rappelle bien en évoquant l'éthique du care :

> *l'intérêt des chrétiens pour cette éthique qui valorise l'attention à autrui et en particulier aux plus vulnérables est d'autant plus fort que les notions traditionnelles de « compassion » ou de « charité » sont aujourd'hui disqualifiées dans un contexte '' post-métaphysique''*[205] .

Etranger, méprisé dans le pays qu'il traverse, le bon samaritain ne s'embarrasse pas de savoir quel est l'état civil de celui sur lequel il se penche. La vraie compassion agit sans se soucier de références : tu souffres, tu es en détresse, alors je m'approche et m'occupe de toi, j'accepte ton humanité, comme elle, est dans sa totalité. L'humanité du Bon Samaritain se reconnaît dans l'humanité du blessé. La parabole enseigne fortement que notre amour de l'homme doit imiter l'amour dont Dieu donne l'exemple. Amour universel, amour désintéressé, sans frontière, amour qui pardonne et qui guérit, amour qui s'arrête au chevet de la souffrance et qui se fait tout proche. Le royaume de Dieu se fonde sur l'amour et cet amour est la Loi qui s'impose aux membres qui le constituent.

2.4.1.2.4.3. Jésus et le relèvement de la femme adultère (Jean 8, 1-11)

La société juive est semblable à la nôtre, avec beaucoup de préjugés. Ce texte est une invitation à adopter envers les PVVIH les comportements de Jésus face aux malades. Jésus devant la souffrance des malades était d'abord un homme touché au cœur, ému de compassion pour chacun de ces malades, de ces personnes blessées. (Mc 14,41).

Le pardon donné par Jésus à la femme adultère révèle qu'à travers la loi Dieu établit avec l'homme une relation d'amour L'attitude surprenante de Jésus permet à la femme d'être en

---

[205] FINO Catherine, De Tronto à Butler, l'éthique du care au risque de la déconstruction, la contribution des chrétiens au processus de reconstruction », Revue théologique de Louvain, 45, 2014, p. 232.

confiance avec lui et de pouvoir se refaire. Cette relation d'amour miséricordieux que Dieu garde avec le pécheur, les scribes et les pharisiens semblent n'en avoir aucune idée. Ils sont tout entiers à leur inimitié mortelle contre Jésus et tout prétexte est bon pour le prendre au piège, même la détresse pitoyable d'une femme. Jésus les renvoie à leurs propres péchés, et rappelle à cette femme le commandement qui la protège contre sa faiblesse ; il lui donne le pardon de Dieu : « Je ne condamne pas, va et ne pèche plus ». La loi sans l'amour est le propre de certains scribes et pharisiens pour qui la réussite de la vie religieuse consiste à être en règle avec un ensemble de prescriptions et ils oublient que la loi est de Dieu. En clair, la loi donnée par Dieu qui est Amour est nécessaire à notre vie avec des incidences dans nos différentes relations.

Par son mode de transmission, le sida pose particulièrement des problèmes d'éthique sexuelle et touche par conséquent une dimension importante de l'existence humaine. « Ne jugez pas afin de n'être pas jugés » (Mathieu7,1). Des personnes peuvent vivre leur maladie avec culpabilité et la conviction d'être punies par Dieu comme les enquêtes l'évoquent.

Quand on a bien compris, d'une part que l'amour du prochain ne faisait qu'un avec l'amour de Dieu et l'amour de soi, et d'autre part l'enracinement de cet amour surnaturel dans l'amour naturel il reste encore à l'appliquer. Ainsi on ne peut pas juger ceux qui sont infectés par le VIH/SIDA d'autant que certains ne sont que des victimes. Jésus manifeste la solidarité de Dieu envers chaque être humain. A travers la rencontre avec la femme adultère, il manifeste la miséricorde divine et la restauration de la dignité de l'humain.

S'il existe une constante dans les agissements du maître, c'est bien son souci de compassion pour les personnes blessées psychologiquement ou malades, ce qui doit être notre attitude vis-à-vis des séropositifs, des malades du sida, comme de tous les autres blessés de la vie.

L'accueil pratiqué par Jésus est un modèle à imiter dans nos différents rapports avec notre entourage et surtout les malades. La relation est le fondement de notre existence. L'appel à ne plus pécher, la transformation de la santé physique en santé spirituelle comme guérison complète, l'aspiration de la part du rétabli de suivre Jésus, sont autant de signes qui montrent l'implication de toutes les personnes dans le processus de guérison.

2.4.1.2.4. LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COMME CADRE DE DEPLOIEMENT D'UNE ALLIANCE THERAPEUTIQUE.

La mission de l'Eglise s'enracine dans cette alliance de Dieu avec son peuple. Il s'agit d'un contexte à la fois global et spécifique : global parce qu'il concerne la personne dans son histoire et son vécu présent, spécifique parce qu'il s'agit d'une personne consciente d'une maladie qui l'interpelle dans sa vie de relation avec Dieu et la société, dans ses convictions et sa foi. Dans la vie sociale, comme nous venons de le décrire, on peut considérer que les hommes devraient vivre dans un certain partenariat pour la recherche du bien commun et l'épanouissement de chacun selon sa vocation et son charisme. Ce lien permet de se considérer tous, responsables du bien social ou du progrès de la société. Quand on a le sida, c'est un des lieux où l'on doit manifester le souci de l'autre.

La personne victime du sida, même si cela est parfois la conséquence d'une vie dévoyée, ne doit pas être mise en marge de la société, ni se voir privée de certains droits à cause de sa maladie. C'est certainement pour évoquer un aspect de cette manière de comprendre que Irénée de Lyon dans son analyse des causes et agents des maladies, soutient que l'homme lui-même qui dans un mauvais usage de sa liberté, peut être responsable de ses maladies et souffrances voire de sa mort[206].Tout comme Dieu ne rejette pas son peuple qui a rompu l'alliance, de même le malade du sida ne peut pas être considéré comme une personne hors de la société.

Dieu n'est donc pas un paternaliste qui force la liberté humaine en accomplissant tout pour l'homme. L'Eglise du Togo participe aux différents plans stratégiques initiés par l'Etat depuis neuf ans et mène une part active dans les soins des malades à travers les différents centres de santé tenus pour la plupart par des communautés religieuses dont le charisme est la santé. L'Etat peut donc compter sur l'apport de l'Eglise, c'est ce que le Docteur SINGO, directrice nationale du programme de lutte contre le sida évoquait dans l'entretien n°3 des entretiens qualitatifs sur l'apport de l'Eglise dans la prise en charge des malades qui est à encourager.

[206] IRENEE de Lyon, *Contre les hérésies*, v, 15. 2 pp. 67437-1224.

2.4.2. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE COMME ENGAGEMENT DANS LA PASTORALE DE L'EGLISE

Dans ses divers engagements, l'Eglise s'efforce dans ses approches pastorales à travers ses structures de relever les défis que pose le VIH/SIDA au sein de la société. Il s'agira pour nous de prendre en considération deux aspects importants : la sexualité et le mariage.

2.4.2.1. L'ALLIANCE MATRIMONIALE ET LA SEXUALITE RESPONSABLE

Nous nous situons dans le champ uniquement biblique avant de donner quelques précisions sur l'aspect éthique et moral de la sexualité dans le contexte du sida. Nous avons bien mis en exergue dans nos enquêtes que la transmission par voie sexuelle constitue 80% des cas ; c'est bien plus que la transmission sanguine et celle de mère à enfant. Cette réalité pose plusieurs défis actuellement face au VIH/SIDA dans la vie ordinaire et l'engagement au mariage. Ceci amène à promouvoir les comportements sexuels à faible risque de transmission de VIH, puis à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

2.4.2.1.1 La sexualité comme valeur et ses fondements

Dieu a créé l'homme comme un être de relation et de communion. Le conditionnement originel de cette relation mutuelle est la différentiation des sexes. La sexualité est une dimension constitutive du couple.

La parole de Dieu montre clairement la sexualité et ses différentes fonctions. Dans Gn 2, 18 ; 2,24, la sexualité devient ainsi une dimension entière de la personne humaine. Ce conditionnement est bon (Gn 1,31), mais peut être vicié par la convoitise (Cf. Gn3 ,16).

Dans son sens général, le mot « sexualité » vient du latin « secare » qui veut dire couper. La conception biblique de la sexualité humaine repose sur plusieurs fonctions. La sexualité est la clé de voûte de l'ordre, de la différence (Lv 15 et 18 ; Gn 1, 3. 6-13). De la sexualité découlent à la fois l'altérité et la complémentarité, deux éléments importants qui destinent l'homme et la femme à l'union (Gn 2,24). En référence à la Bible, les fonctions de la sexualité sont principalement au nombre de trois :

- La fonction relationnelle ou affective : selon l'Ecriture, elle est constitutive de l'être humain (Gn 1,27 ; 2,18). Notre humanité est faite d'altérité dans une relation de complémentarité.

- La fonction procréatrice : c'est le résultat d'une bénédiction (Gn1, 28 ; Ps 8,6-9, Si 17,1-8, Sg9, 2-3 ;10,2).

-La fonction érotique : la sexualité a un rapport étroit avec le plaisir. La Bible ne l'ignore pas (cf. le Cantique des cantiques). Le plaisir sexuel surtout est une expérience d'abandon mutuel des conjoints entre eux. La jouissance implique toujours un minimum de confiance en soi et en l'autre. Cette fonction conduit les époux à mieux habiter leur corps et à connaitre davantage leurs faiblesses.

La sexualité concerne l'ensemble de la vie des êtres sexués dont nous faisons partie. Par delà cette fonction qui a été accompagnée de normes, obligations et interdictions, notre réflexion se doit d'avancer dans la ligne d'une éthique qui tient compte de la fragilité humaine. Il faut alors des valeurs comme la confiance, la maîtrise de soi et du bon sens. Timothy RADCLIFFE aborde la question en évoquant les fondements de la sexualité chrétienne :

> *L'Eglise veut arriver à une éthique chrétienne plus profonde, elle ne doit pas seulement parler, elle doit écouter. Un cardinal disait qu'il y a trois autorités dans l'Eglise. D'abord celle de la tradition, de l'Evangile et de la doctrine qui relève surtout de la responsabilité de la hiérarchie. Ensuite la raison qui intervient surtout dans la discussion, les débats, les universités … Ce cardinal ajoute une troisième autorité, celle de l'expérience de ce que les gens vivent. Pour bâtir une théologie de la sexualité, nous avons besoin de ces trois autorités*[207].

Il ne s'agit pas d'une éthique réservée aux seuls chrétiens, qui à son tour se poserait comme une norme, mais elle s'adresse à tous pour faciliter le vivre ensemble pour une humanité meilleure.

Quant aux valeurs qui aident à mener une vie bonne et juste, elles ne seront pas forcément nouvelles. Pour que la sexualité soit épanouissante, il faut qu'elle puisse se vivre dans une confiance fondamentale. L'acte sexuel est un don de soi-même, dans la confiance envers le partenaire. Dans un rapport amoureux, on doit répondre à la confiance, à l'abandon de l'autre par une attitude de respect, et de vérité, même si la société a changé en matière de sexualité comme le souligne Nicole JEAMMET dans son analyse psychanalytique *:*

> *Nous sommes passés d'un excès de puritanisme à un excès de libéralité, les tabous sexuels ont fondu comme neige au soleil…et maintenant que chacun est libre d'agir*

---

[207]. BASSET Lytta ; FASSIN Eric ; RADCLIFFE Timothy, *Les chrétiens et la sexualité au temps du Sida*, Paris, les Editions du cerf, 2007, p. 95.

par une sexualité décomplexée pour y trouver du plaisir, on s'aperçoit que les choses sont beaucoup plus compliquées dans la mesure où les obstacles au bonheur résident autant à l'intérieur de nous qu'à l'extérieur, nous obligeant à déplacer les problèmes…[208]

2.4.2.1.2. Le sens éthique de la sexualité

La sexualité est perçue avant tout en rapport avec la procréation qui est une des ses finalités. L'acte sexuel met en œuvre le système physiologique de tout être humain. Outre cette fonction essentiellement biologique, la sexualité joue également un rôle dans la personnalisation de celui-ci. La sexualité humaine peut être caractérisée par deux notions. La première et la plus évidente est celle du plaisir, réciproquement donné. Donner à l'autre sa volupté et recevoir de l'autre la sienne, tel est en somme l'idéal apparent de l'échange sexuel, qui exprime de la sorte toute la relation d'existence de deux êtres qui s'aiment. Cette manière de vivre la sexualité peut être source de vie. C'est ce que Bertrand VERGELY exprime en ces termes : « *La sexualité est vie parce qu'elle s'enracine dans la relation qui unit l'humanité à Dieu, source ineffable de toute vie*[209] ». Cet aspect vital de la sexualité qui trouve son fondement en l'homme et la femme est développé par Lytta BASSEY et ses confrères qui montrent la valeur de la sexualité et l'amour comme don réciproque au service de la vie. Ils l'affirment ainsi :

Nos relations sexuelles devraient être l'expression de ce don et de l'accueil fait à ce don… J'apprends à recevoir ce don qu'est l'autre, avec vénération et gratitude. De ce fait il est parfaitement possible qu'un acte sexuel autorisé par l'Eglise et pourtant d'être en contradiction avec le fondement d'une juste éthique sexuelle. Un couple peut coucher ensemble sans que les deux se donnent l'un à l'autre, ni ne reçoivent le don et l'accueil d'un don[210].

A partir de cette considération d'insatisfaction, se dégage le second aspect de la sexualité : sa dimension fécondante. Nous pouvons ainsi dire que la puissance attractive entre les deux sexes, cette attirance fondamentale comprend deux valeurs : une vitalité sentimentale spécifique

---

[208]. JEAMMET Nicole, Le célibat pour Dieu, une autre manière de créer les liens, regard psychanalytique, Paris, les Editions du Cerf, 2009, p.19.

[209]. VERGELY Bertrand, Article sur la Sexualité in LEMOINE Laure,(dir), GAZIAUX Eric, MÜLLER Denis, Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne, 2013, les Editions du Cerf, p. 1867.

[210]. BASSEY, Lytta, FASSIN Eric, RADCLIFFE Timothy, Les chrétiens et la sexualité, Au temps du sida, Paris, les Editions du Cerf, p.70.

et une sexualité fécondante. La sexualité a une dimension beaucoup plus vaste que la notion ramenée au sexe. Elle est au cœur de la vie vécue au sein de l'amour. Elle appelle l'humanité à un comportement responsable afin de respecter ses fondements éthiques au service de la vie. Par son mode de transmission, le sida met en lumière les difficultés d'une éthique de la sexualité et met toutes les valeurs humaines en questions. Le spécialiste d'éthique sexuelle, le père salésien Xavier THEVENOT écrit sur ce sujet en soulignant les fondements de l'amour en général inspirés de la Bible : Il évoque que l'amour promeut les différences, ensuite que tout amour passe par une forme de renoncement et qu'enfin l'amour se construit dans la durée à travers échecs et réussites. Il termine avec quelques principes essentiels du couple ou doivent s'articuler les trois fonctions de la sexualité : La fonction relationnelle, la fonction plaisir puis celle de la fécondité.

Il les résume ainsi :

> *Ainsi l'épanouissement d'un couple n'est possible que par une saine intégration de ces trois dimensions de la sexualité, ce qui l'on s'en doute est très difficile à réaliser. C'est pourquoi, il nous faut l'éclairage que la foi peut apporter dans le devoir concret de la sexualité*[211].

La révélation peut contribuer à mettre en garde nos contemporains contre une dévalorisation du sexe qui surgit paradoxalement de la banalisation excessive de sa mise en œuvre. En effet l'Ecriture nous rappelle avec force cette vérité anthropologique aujourd'hui trop souvent négligée : le sexe n'est pas un problème dont on peut faire le tour, mais un mystère qui implique l'homme et la femme dans leurs racines les plus profondes. Sans survaloriser l'exercice de la sexualité, il faut cependant considérer que celle-ci engage des réalités personnelles et collectives très importantes. Pour accéder à la joie de vivre et éviter la violence réciproque, le sujet humain ne saurait donc se fier à une pseudo-régulation de la sexualité par elle-même. En vérité, l'usage du sexe, pour être humanisant, nécessite toujours une régulation éthique très attentive[212].

---

[211]. THEVENOT Xavier, *Repères éthiques pour un monde nouveau*, Mulhouse, Editions Salvator, pp. 23-24.

[212]. THEVENOT Xavier, ibid., p. 130.

2.4.2.1.3. Le sens moral de la sexualité

Parler du comportement humain sans faire mention de sa sexualité serait négliger une de ses dimensions. Nous choisissons de parler de la sexualité non d'une manière générale mais dans son rapport avec l'alliance et en évoquant son rôle dans la vie. Dès l'origine, pour l'Eglise catholique, l'acte sexuel était avant tout lié à la procréation, sans tenir compte des autres aspects. L'homme et la femme sont appelés à coopérer à l'amour créateur de Dieu dans une donation mutuelle (Gn 1,28). Ainsi, « le lieu unique, qui rend possible cette donation dans sa plénitude est le mariage, c'est-à-dire le pacte d'amour conjugal ou le choix conscient et libre par lequel l'homme et la femme accueillent l'intime communauté de la vie et d'amour voulue par Dieu lui-même (GS 48), et qui ne manifeste sa vraie signification qu'à cette lumière[213] ». La sexualité, qui est un don de Dieu engage la responsabilité de l'homme et de la femme qui doivent la vivre dans le respect mutuel. Cette volonté se veut une auto-donation qui témoigne de l'amour gratuit du Créateur. Pour une meilleure gestion de la sexualité, le mariage reste le seul lieu moral des relations sexuelles. La sexualité est donc signe, lieu et langage de l'amour, du don de soi et de l'accueil de l'autre dans toute la richesse de sa personne[214].Il faut donc respecter les principes moraux suivants fondés sur la parole de Dieu : la soumission de la sexualité au service de l'amour fraternel ou conjugal, le refus de toute intrusion étrangère dans la procréation, la maîtrise de soi (Mt 5, 27-30), la valorisation de la fonction sociale de la sexualité. Acquérir certaines vertus dont la bonté du cœur qui amène l'être humain à l'autre sans égoïsme.

Pour l'Eglise, l'éducation intégrale des personnes a été une préoccupation prioritaire durant l'histoire, liée au vécu de l'amour et de la sexualité. L'Eglise mère, et éducatrice, propose dans son enseignement, l'avènement du règne de Dieu qui passe par ses valeurs queles responsables de l'Eglise ne cessent de vouloir transmettre à toutes les générations et couches de la société. Jean Paul II rappelle l'orientation de l'Eglise à ce sujet :

> *L'éducation à l'amour comme don de soi constitue encore les prémisses indispensables pour les parents appelés à donner à leurs enfants une éducation sexuelle claire et délicate. Devant une culture qui « banalise » en grande partie la sexualité humaine, en l'interprétant et en la vivant de façon réductrice et appauvrie, en la reliant uniquement au corps et au plaisir égoïste, le service éducatif des parents visera fermement une culture sexuelle vraiment et pleinement axée sur la personne. La sexualité, en effet, est une*

[213]Cf. Jean-Paul II, Encyclique Familiaris Consortio, n°11.

[214] Cf. Jean-Paul II, *Evangile de la vie*, n°23, §.3 ; n°97 §. 2.

richesse de la personne tout entière et manifeste sa signification intime en la personne au don de soi dans l'amour (…)En raison des liens étroits qui relient la dimension sexuelle de la personne aux valeurs éthiques, le rôle de l'éducation est de conduire les enfants à la connaissance, à l'estime des normes morales comme la garantie nécessaire et précieuse d'une croissance responsable de la sexualité humaine[215].

Ce texte est une mise en cause de l'instrumentalisation de la sexualité et de la dégradation des valeurs fondamentales et essentielles de la personne humaine. La notion de sexualité, comme dimension et expression de la personnalité très large. Amour, intimité, tendresse, respect, égalité dans les fonctions vitales sont des composantes fondamentales. Elle doit être judicieusement ordonnée pour le bien intégral de l'homme, à sa maturation humaine et spirituelle. Sans ces dispositions, il y a des défis à différents niveaux de la société et des problèmes délicats au sein du mariage. Nous n'évoquerons ici que ceux du dépistage et de l'usage du préservatif comme moyen de prévention. Cela ne suffira certes pas pour régler les problèmes posés par le sida mais, en rappelant quelques questions de base, tentera de définir un juste milieu en conciliant les situations et en évitant de sombrer dans la confusion et l'ignorance.

2.4.2.1.4. Le test de dépistage comme lieu d'exercice de responsabilité

Le dépistage reste un des moyens pour connaître son état sérologique. C'est donc un outil majeur de réduction de transmission du VIH/SIDA ainsi que les autres infections sexuellement transmissibles. Le renforcement des programmes de prévention à travers un approvisionnement régulier des kits, est un moyen de surveillance efficace ainsi que l'exécution de la communication pour le changement de comportement.

En dehors de la sensibilisation générale où on invite la population à se faire dépister, lors de la préparation des couples au mariage, il est important de mettre les futurs époux devant leurs responsabilités en rappelant la nécessité d'un bilan de santé en vue de prendre leurs dispositions en toute lucidité. C'est souvent un test de santé global qui est demandé pour déceler les éventuelles incompatibilités génétiques, sources d'autres maladies pour la progéniture. Il est rappelé aux futurs mariés la nécessité de connaître leur état sérologique sans rien imposer.

---

[215] JEAN PAUL II, Exhortation apostolique, *Familiaris Consortio*, n°37.

Le test de sérologie VIH constitue le nœud de la prise en charge. Il est important de retenir que la législation civile interdit de soumettre ou d'obliger un individu au test pour des raisons uniquement discriminatoires. Alors pour quelles raisons profondes soumet-on d'autres personnes au test ? Le théologien Yaovi SOEDE répond en ces termes :

> *Il peut exister de sérieuses raisons de santé publique pour recommander le recours au dépistage du virus du SIDA dans certaines situations, soit parce que certaines personnes courent un risque accru de devenir infectées soit parce que des précautions doivent être prises par d'autres (tuteurs, époux, personnel d'hôpital) au cas où les résultats d'un test seraient positifs. Toutefois nous partageons l'avis de nombre de responsables de la santé publique qui s'interrogent sur le bien fondé et l'efficacité des mesures draconiennes telles que le dépistage généralisé obligatoire*[216].

Par ses modes de transmission étroitement liés au comportement humain, par sa dimension fatale, le sida soulève des problèmes de nature éthique très complexes. La connaissance réciproque et la confiance mutuelle entre les deux partenaires représentent entre autres, les conditions fondamentales pour le mariage chrétien. Le mariage n'est validé que dans la pleine liberté que deux personnes décident de se marier, après avoir sérieusement vérifié l'existence entre elles d'une effective harmonie de fond sur les intentions, les idées, l'affection, la volonté et la vie. Les jeunes gens qui se destinent au mariage devront réfléchir mûrement avant de choisir leur partenaire. Cette connaissance comprend les qualités intellectuelles, spirituelles, morales, psychologiques ainsi que l'état de santé mentale et physique de son partenaire. La question du VIH/SIDA pose aujourd'hui de délicats problèmes éthiques dans le couple : faut-il envisager par exemple le test antisida avant le mariage ? La séropositivité peut-elle être cause de nullité du mariage chrétien ou justifier le divorce ? L'usage des préservatifs dans les rapports sexuels est- il illicite en cas de séropositivité ou du sida chez les conjoints ? La présence du virus du sida peut en effet conditionner le choix matrimonial déjà au stade des fiançailles et mettre en question la procréation, la stabilité et l'unité conjugale même si aujourd'hui il y a des dispositions pour accompagner les couples qui veulent être parents.

---

[216]SOEDE Yaovi In *Théologie et SIDA, Colloque de la Zone d'Afrique francophone* » à Douala du 23 au 26 septembre 1998, p. 39.

Dans le contexte de la pandémie du sida, le test VIH peut ne pas comporter un caractère obligatoire si les deux fiancés ont la certitude de n'avoir pas été infectés grâce à leur vie saine et à leur comportement ordonné en matière de sexualité. Mais si les futurs époux sont dans le doute, il est préférable de recourir au test de sérologie VIH/SIDA pour pouvoir célébrer leur mariage dans la sérénité et sans inquiétude. Révéler clairement son état de santé par rapport au VIH/ SIDA et aux autres maladies contagieuses et héréditaires représente un impérieux devoir pour les fiancés. Le mariage étant « une communauté de vie et d'amour », et impliquant une totale intégration de deux êtres, les conditions sanitaires excellentes constituent un bien précieux auquel les futurs conjoints ne peuvent renoncer. L'Eglise recommande la fidélité même si, pour certains, le préservatif constitue un moindre mal. On l'honorait autrefois comme la vertu caractéristique de l'honnête homme mais,« o*n supporte mal son exigence actuellement parce qu'elle parait contrarier la liberté de changer et de faire du neuf, elle semble être conservatrice par nature*[217] *».*

2.4.2.1.5. La question du préservatif

Le sida, étant une maladie sexuellement transmissible, il interroge sur les comportements à adopter lors d'un rapport sexuel ou les dispositions à prendre. En l'absence de traitement efficace contre le sida, le préservatif est généralement considéré par la population comme le seul remède. C'est dans cette optique que l'usage du préservatif n'est pas unanime selon les convictions des uns et des autres. Au niveau de la prévention, trois principes sont recommandés : l'abstinence, la fidélité et l'usage de préservatif. Ces conseils sont considérés comme trois bateaux au choix pour éviter d'être noyé comme le dit bien le missionnaire d'Afrique, docteur en théologie et psychologie, Bernard JOINET qui avait évoqué cette procédure en Tanzanie pour parler du sida dans sa flottille de l'espoir.

Les responsables religieux encouragent les communautés chrétiennes à aider les personnes et surtout les malades. Ils sont parfaitement au courant de la situation. Nombre d'entre eux ont déjà perdu un parent ou un ami victime de la pandémie. Ils se rendent bien compte qu'imposer ou seulement proposer la seule abstinence à des couples discordants dont un membre est séropositif et l'autre séronégatif et qui vivent quotidiennement ensemble, exige un héroïsme

[217]. PINCKAERS Servais, *Plaidoyer pour la vertu*, Paris, Edition Parole et Silence, 2007, p. 126.

continuel dont beaucoup ne sont pas capables. Ceux-ci risquent de se décourager et d'abandonner tout effort de ne pas transmettre le VIH à leur conjoint. Malgré tout, un nombre important d'évêques garde le silence sur l'emploi du préservatif comme moyen de prévention dans certaines situations. D'autres le condamnent sans appel. Que nous dit la parole de Dieu sur le comportement à adopter à l'endroit des personnes vulnérables ? C'est là une grande part de la mission de l'Eglise. A l'intérieur d'un couple, il faut savoir aborder les questions avec délicatesse.

Le préservatif est conseillé dans un cadre conjugal en vue de la préservation de la vie au sein des couples discordants. Il leur appartient de prendre leurs responsabilités devant les risques qu'ils peuvent prendre. Dans cette circonstance l'utilisation des préservatifs est tolérée et licite.

L'Eglise ne condamne pas unilatéralement le préservatif et il reste une question à discuter selon les circonstances. Dans un couple, la transmission sexuelle se fait surtout quand il ya infidélité d'un membre. Le préservatif reste un moyen de prévention mais ne suffit pas, lui seul, pour assurer une sexualité sans contamination. Il reste même un objet de discussion et de négociation d'après nos enquêtes dans certains couples. Malheureusement, le message de l'Eglise n'est pas bien compris et provoque agitation et incompréhension. C'est le cas de la tempête médiatique soulevée lors du voyage du pape Benoit XVI au Cameroun le 17 mars 2009 lorsqu'il déclarait :

> *Je pense que l'entité la plus efficace, sur le front de la lutte contre le sida est justement l'Eglise catholique avec ses mouvements, ses réalités diverses. Je pense à la communauté de Saint Egidio qui fait tellement, de manière visible et aussi invisible, pour la lutte contre le sida. Je pense aux Camilliens, à toutes les sœurs qui sont au service des malades. Je dirai que l'on ne peut vaincre ce problème du sida uniquement avec des slogans publicitaires. S'il n'y a pas l'âme, si les Africains ne s'aident pas, on ne peut résoudre ce fléau en distribuant des préservatifs : au contraire, cela risque d'augmenter le problème. On ne peut trouver la solution que dans un double engagement : le premier, une humanisation de la sexualité, c'est-à-dire un renouveau spirituel et humain qui implique une nouvelle façon de se comporter l'un envers l'autre, le second une amitié vraie, surtout envers ceux qui souffrent, la disponibilité à être avec les malades, au prix aussi de sacrifices et de renoncements personnels. Ce sont ces facteurs qui aident et qui portent des progrès visibles. Autrement dit, notre effort est double : d'une part renouveler l'homme intérieurement, donner une force spirituelle et humaine pour un comportement juste à l'égard de son propre corps et celui de l'autre ; d'autre part, notre capacité à*

souffrir avec ceux qui souffrent, à rester présent dans les situations d'épreuve. L'Eglise agit ainsi et offre par là même une contribution très grande et très importante. Nous remercions tous ceux qui le font[218].

Le pape souligne que l'Eglise est présente depuis longtemps sur le terrain de la lutte contre le sida. Il cite en exemple la communauté Saint Egidio qui est bien engagée dans la lutte contre le sida. Au Togo, l'engagement de la sœur Marie Stella au sein de l'association « Vivre dans l'Espérance » avec le centre Maguy et les deux orphelinats[219] n'est plus à démontrer. Le Pape remet en question une vision de prévention du sida limitée au seul préservatif. La prévention doit commencer déjà au niveau d'une éducation sexuelle et une information claire sur les différentes voies de contamination et une formation adéquate.

A travers ses actions, Jésus s'est montré proche des faibles, des fragiles, des blessés pendant son ministère en montrant ainsi un exemple à imiter. C'est là que s'enracine une vraie réflexion théologique qui trouve sa réponse dans la pratique et l'enseignement de l'Eglise à travers la parole de Dieu, les différents messages des Papes à l'occasion de la journée mondiale du sida et des malades et des différents messages des conférences des évêques pour rejoindre les personnes éprouvées dans leur peur et souffrance.

Le Pape Benoit XVI souligne surtout que ce problème de sida ne peut être vaincu uniquement par les slogans publicitaires. On peut bien se demander ce que le Saint Père entend par slogans publicitaire S'agirait-il des réclames pour le préservatif ? On connaît par ailleurs l'importance des annonces et des affiches sur les risques de contamination. Cette dimension de la sensibilisation ne saurait être négligée dans la prévention du VIH/SIDA. L'intervention du Pape révèle surtout que la solution contre le VIH/SIDA ne vient pas d'abord de l'extérieur mais de l'intérieur de la personne elle-même lorsqu'il rappelle que la solution est à trouver dans un double engagement et un double effort. Engagement d'un renouveau spirituel humain et de renoncement personnel. L'effort de renouvellement de l'homme intérieur et la capacité de compatir avec ceux qui sont dans l'épreuve. C'est là la particularité de l'Eglise dans sa vision de la personne humaine dans toutes ses dimensions.

---

[218] Déclaration publiée le 17 mars 2010 consultée sur internet le 20 mars 2010 à 22h.

[219] Cf. Note de bas de pas n° 87 à la page 119 des enquêtes qualitatives qui présente Marie Stella et sa passion pour les malades et orphelins.

2.4.3. L'ACCOMPAGNEMENT PASTORAL, SPIRITUEL ET RELIGIEUX DE L'EGLISE AUPRES DES MALADES.

La mission d'évangélisation a trois dimensions : l'annonce de la Parole de Dieu, la célébration des sacrements et la pastorale[220]. Il est donc important d'organiser l'accompagnement des malades fait d'écoute et de dialogue. S'ils sont entourés, soutenus, ils n'ont pas le sentiment d'être moins humains.

La relation d'aide au malade doit s'étendre jusqu'à la fin de sa vie. Le respect d'un patient se démarque par le comportement et les gestes que l'on pose à toutes les étapes de sa maladie. Soigner le corps, c'est aussi toucher toute l'humanité du soigné. Dans le passé, on a trop dissocié à tort vie tout court (vie physique) et vie morale et vie spirituelle. C'est ce que souligne bien le salésien Xavier THEVENOT :

La foi est cette source où l'existence est appelée à se renouveler (…) Dans l'évangile, Jésus ne sépare jamais l'annonce de la Bonne Nouvelle de l'appel au bonheur (…) La réflexion sur l'agir doit se conjuguer à l'approfondissement de la foi[221].

L'accompagnement peut durer en fonction des personnes. Le malade connaissant une souffrance et des angoisses spécialement déterminées par ses accompagnants. Il peut parfois vivre la période de sa maladie comme une douloureuse attente de son progressif anéantissement physique le conduisant à sa mort. Voilà pourquoi la mission d'accompagner est importante pour permettre au malade une relation de qualité humaine, une espérance selon sa foi et ses convictions jusqu'à la fin de la vie. Tout cela doit se réaliser à partir des soins appropriés en tenant compte des personnes et des circonstances.

---

[220] La pastorale dans notre contexte peut se définir ainsi : (…) C'est ce qui se passe quand quelqu'un agit au service de l'Evangile et des autres en réalisant que ce service se fonde dans sa foi et son baptême et a donc un lien étroit avec ses raisons de vivre (…) La conscience pastorale apparaît lorsque la situation d'une personne, de quelques uns et finalement des multitudes, touche un être dans sa vocation personnelle. Le sort du « peuple » devient alors un élément majeur pour l'avenir propre de quelqu'un. Le soin des autres se conjugue avec le soin que chacun doit prendre de soi-même. L'amour d'autrui s'intègre dans le légitime souci de l'identité personnelle. Cf. THOMAS Pascal, *Dynamique de la pastorale*, un art qui renouvelle, Paris, DDB, 1997, p.30.

[221] THEVENOT Xavier, L*es ailes et le souffle*, Cerf, 2000, p. 8.

2.4.3.1 LES DIFFERENTS ASPECTS DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS.

Dans le cadre des soins en général et des palliatifs en particulier, il s'agit de prendre en compte l'homme dans ses dimensions psychiques et spirituelles. Aujourd'hui, celui qui voudrait faire un travail portant sur l'homme, c'est-à-dire l'*Homo*, (nom générique de l'espèce humaine) doit suivre le dualisme philosophique comme les grands classiques. C'est seulement ce faisant qu'il sera possible de mieux s'occuper de lui ou elle quand le besoin se fera sentir. La négligence d'un de ses aspects des composants de l'homme dans le cadre de l'accompagnement du malade en fin de vie serait inefficace. Le professeur agrégé de sciences humaines, Dominique JACQUEMIN décrit la spiritualité comme un mouvement de l'existence :

> *Tout d'abord, insistons sur l'aspect inséparable de quatre dimensions qui constituent l'humain comme sujet, quatre relations en interrelation profonde qui, dans leur mouvement portent le sujet tout en même temps que ce dernier les porte : le corps, la dimension psychique, éthique et religieuse-transcendante de l'existence. Il importe de souligner le lien car le déplacement, l'affectation d'une seule de ces dimensions va concourir au déplacement de ce qui pose un sujet singulier dans la totalité de son existence*[222].

C'est pourquoi nous consacrons cette partie de notre étude, à réfléchir sur l'accompagnement des malades vivant avec le VIH/ SIDA. Les soins du corps ne sont pas nécessairement donnés par la personne qui accompagne au spirituel. L'idéal ne devrait-il pas que les deux aillent de pair ?

La notion de soins spirituels traduit dans notre contexte une alliance non seulement horizontale entre hommes, mais aussi verticale entre Dieu et les hommes d'où cette vision tripartite de l'homme que nous abordons au point suivant et qui explique le lien avec la notion d'alliance développée plus haut.

---

[222] JACQUEMIN Dominique, *Quand l'autre souffre, Ethique et spiritualité*, 2010, Bruxelles, Editions les Lessius, p.73.

2.4 .3.1.1 L'homme : un être composé de corps et d'esprit.

L'homme peut être décrit comme un corps qui est l'habitacle d'un esprit ou encore un corps qui relie l'esprit au monde extérieur. C'est par l'intermédiaire des sens(voir, toucher, entendre) que l'esprit en prend connaissance Et c'est aussi en utilisant le corps que l'esprit peut agir sur le monde physique : déplacer des objets, transformer la matière, etc. Nous voyons ainsi le lien intrinsèque entre le corps et le reste de la vie. L'esprit est surtout le siège de la conscience. Il pense, apprend, raisonne, décide.

C'est pourquoi, la thérapeutique de la maladie est première, il est difficile, voire illogique, de vouloir chercher à séparer le traitement thérapeutique de l'homme de son accompagnement ou de sa prise en charge spirituelle. Il est alors vivement souhaitable que le professionnel de la santé, dans l'exercice de sa profession, songe également à cette prise en charge de la spiritualité[223] du malade. Ce qui apportera un « plus » au malade et aux tâches curatives.

L'homme est composé de corps et d'esprit et il ne peut pas se démarquer de son corps ou de son esprit. L'homme est un tout, un ensemble, et le corps et l'esprit se tiennent. Dans la religion chrétienne, l'enseignement fondamental de Jésus est celui du verbe de Dieu qui est en même temps homme. C'est ce que THIEL Marie-Jo souligne dans ses travaux :

> *Parler de spiritualité, c'est convoquer l'énergie et le souffle qui habitent l'humain et le font respirer, humer et spirer le sens de l'existence, sans sortir pourtant de la contingence de ce corps limité et fini (...). Les soins médicaux, en effet, s'ils doivent toujours être vérifiés dans leur pertinence technique, engagent bien plus que la matérialité d'un geste.*[224]

Aussi, soigner véritablement demande une collaboration du spirituel et de l'humain. Cependant quand nous abordons la question de la dimension spirituelle de l'homme, nous ne faisons pas seulement référence à l'histoire des religions ou des philosophies des religions mais aussi aux pratiques religieuses des peuples. Citons encore THIEL Marie-

---

223. « La spiritualité serait une capacité de devenir soi-même en vérité tout en laissant vivre cette Altérité intérieure qui nous constitue », dans Dominique JACQUEMIN, la bioéthique et la Question de Dieu, p. 15.

224. THIEL Marie-Jo, Ethique et spiritualité : l'esprit des soins in Intervention au colloque de Théologie Pratique (13-14 mars 2012) sur le thème « Spiritualités et théologie. Questions, enjeux, défis », à Strasbourg (Palais universitaire). Publiée in Christine Aulenbacher (éd), Spiritualités et Théologie. Questions, enjeux, défis, Lit Verlag, 2012. p.1.

Jo : « L'aspect spirituel de l'homme est plus universel que la pratique religieuse ».Ce qui nous amène à dire en d'autres termes, que l'homme est naturellement spirituel et accidentellement religieux.

2.4 .3.1.1.2 L'enjeu d'un accompagnement spirituel dans les centres de santé.

L'on affirme généralement que l'idée essentielle d'une vie saine et d'une longue vie semble venir de la puissance de l'esprit mais il est évident que notre environnement humain tient une place énorme dans notre accompagnement quand nous traversons des épreuves de santé.

C'est pourquoi l'Eglise, dans ses institutions, a créé le Service de l'Evangile auprès des Malades (SEM) et l'Aumônerie des Hôpitaux, présence d'Eglise dont la mission est d'être au service des personnes malades et âgées et de ceux qui les entourent. La question à laquelle elle cherche à répondre n'est plus: « Qui va-t-on faire venir à l'Eglise ? » Mais « Vers qui l'Eglise va-t-elle aller ? ».

L'aumônerie des hôpitaux est aussi un mode de fonctionnement, parce qu'elle participe à la vie d'une structure de la société civile, rappelle que tout malade et en particulier le chrétien a besoin d'un appui spirituel. Son utilité est actuellement connue et reconnue dans l'hôpital mais il faudrait que chaque infirmier/infirmière, chaque aide-soignant(e)soit attentif aux besoins spirituels des malades et sache comment réagir en cas de demande particulière ou de sacrement.

Citons encore Marie- Jo THIEL :

> *Les soignants professionnels sont invités à tenir compte des dimensions religieuse et spirituelle dans la prise en charge des patients (« spiritual assessment » and « spiritual care »). Et bien plus dans le domaine éthique, toutes sortes d'études semblent venir corroborer cela et donner du crédit au « spiritual care* ***», (…) T****out accompagnement spirituel doit se vérifier sur le plan éthique (éthique de l'accompagnement et de la gestion des « soins spirituels » en réponse à des « besoins spirituels » ; mais aussi éthique inhérente au contenu spirituel propre tel que les Eglises en ont pris l'habitude*[225]**.**

Il faut bien se rendre compte d'une réalité qui est qu'en Afrique comme en Europe, une page sociologique est entrain de se tourner ; que maintenir le lien spirituel avec les malades ne peut plus se faire uniquement par un prêtre ou un seul responsable. Cependant, la bonne volonté ne

[225] THIEL Marie Jo, op. cit, p. 10.

suffit plus et si nous devons continuer à appeler des aidants, nous devons en priorité les appeler à se former à l'accompagnement des malades et à la pratique d'une aide spirituelle. Entendre la demande spirituelle de la personne malade est une priorité pour ceux qui proposent une écoute des personnes fragilisées par la maladie.

Depuis que Dieu s'est fait homme, « le plus spirituel se dit dans le plus charnel ». Entendre la demande spirituelle de la personne malade nous demande, dans un même élan, de se risquer sur des « Chemins inconnus dans la confiance de Celui qui nous a devancé ». Les médecins et les infirmières ne devraient plus seulement administrer des médicaments, mais il serait souhaitable qu'ils prennent conscience d'assurer également un soin spirituel. Non seulement l'esprit peut guérir les maladies du corps, mais il peut également se guérir lui-même. Cette pratique est bien avancée au Canada où les soins spirituels font partie du programme de formation des soignants et ce souci de prendre soin des malades d'une manière holistique est intégré dans la prestation de soins à domicile ainsi que dans les hôpitaux.

2.4.3.2. DIMENSION SPIRITUELLE DE L'ETRE HUMAIN

Dans le cas de l'épidémie VIH/SIDA la perception par le malade de ses limites humaines devient chaque jour plus évidente, l'évolution inexorable de la maladie et la perspective de la mort prochaine sont des facteurs anxiogènes majeurs qui mettent le malade en situation de besoin d'être accompagné. Soigner une personne nécessite une prise en charge globale.

Cependant le besoin de spiritualité de la personne qui va au-delà de la religiosité et ouvertes à différentes convictions. La prise en charge des besoins spirituels auxquelles il n'est pas toujours d'une personne est une nécessité pour qui veut aider de façon holistique. Cette prise en charge va du début de la maladie selon les personnes et constituent un mouvement vers les soins palliatifs[226]. Il ne s'agit pas seulement de considérer les besoins physiques, psychologiques

[226]. « Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. (…) Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort ». Définition donnée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. (SFAP) (Bordeaux, 2 juin 2004) Glossaire, définition des soins palliatifs, page 1. Et selon l'OMS, les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face

et spirituels et de ne pas tenir compte des attentes spirituelles comme cela peut être le cas de certains, c'est-à-dire dans une pratique hospitalière. Faire ainsi serait amputer la personne d'une dimension essentielle et nous empêcherait d'aller jusqu'à la source de son angoisse[227]. Accompagner un malade, c'est aller jusqu'à la source de son angoisse. Parler de spiritualité nous amène à évoquer deux aspects.

2.4.3.3.LES BESOINS SPIRITUELS HUMAINS

Les événements amènent les hommes à un moment de leur vie à opérer des changements ou à faire recours à certaines dimensions existentielles de leur vie.Les besoins spirituels concernent aussi bien les personnes croyantes que non croyantes. Il s'agit de faire un pas avec chacune et à son rythme. Ces besoins spirituels peuvent s'exprimer de différentes manières.

Au niveau de l'identité personnelle, le malade a besoin d'être reconnu comme personne en précarité sociale.

L'agent pastoral, de même que le personnel soignant, la famille et les différents intervenants (volontaires, visiteurs des malades par exemple) devraient être particulièrement aptes et sensibles à percevoir tout le vécu du malade, afin de l'aider efficacement à vivre de manière constructive sa situation en veillant à une qualité de relation interpersonnelle.

Au niveau de l'histoire personnelle, l'importance de faire l'anamnèse, un travail de relecture de la vie de la personne, contribuerait à lui trouver un sens. Cette démarche implique une écoute bienveillante et une disponibilité de la part du professionnel de la santé ou de l'agent pastoral.

Le besoin de réconciliation qu'éprouvent souvent les malades en soins palliatifs demande aux soignants d'être des catalyseurs pour les aider à s'ouvrir ou à exprimer leurs besoins et préoccupations à côté de leur maladie. Citons encore Marie-Jo THIEL qui écrit :

> *L'accompagnement spirituel est censé respecter les convictions de chacun(e) dans une société laïcisée et pluraliste. En parallèle, le monde de la clinique s'ouvre lui*

---

aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels (OMS, 2002) in BRANDT Pierre et BESSN Jacques (éd) , S*piritualité en milieu hospitalier* , 2016, Editions Labor et Fides , p. 125.

[227] Cf. BUET François, La fonction sacerdotale du médecin et la fonction médicale du prêtre. Comment prêtre et médecin peuvent collaborer dans une prise en charge globale de la personne ? Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, Paris, 2002, p.p. 104-106.

aussi aux questions spirituelles et religieuses. Les soignants professionnels sont invités à tenir compte des dimensions religieuses et spirituelles dans la prise en charge des patients[228].

Vivre une maladie chronique est un cheminement de souffrance pour toute personne quelles que soient sa religion ou ses convictions. C'est un moment d'épreuve qui nécessite le soutien de la famille et de l'entourage. Nous l'avons évoqué dans l'alliance thérapeutique qui est importante pour la prise en charge du malade. Dans le cas des pasteurs catholiques, on peut citer la déclaration des évêques, membres du bureau administratif de la Conférence Catholique des Etats Unis dans leur déclaration sur le « sida aux multiples visages » :

En tant que membres de l'Eglise et de la société, nous avons la responsabilité d'êtres solidaires de ceux qui sont exposés à cette maladie ou en font l'expérience, et de faire preuve à leur égard de compassion et de compréhension. Nous devons leur fournir une aide pastorale, des services médicaux et sociaux, apporter un soutien à leurs familles … La discrimination ou la violence exercée contre les victimes du sida sont injustes et immorales[229].

Actuellement, dans les aumôneries, toutes les confessions sont présentes, ne serait ce que pour un temps d'écoute avec une autre personne formée pour l'accompagnement des malades.

L'esprit de cet accompagnement est de prendre soin de son frère à travers une vraie compassion qui se veut constructive et qui relève le malade. C'est une relation d'aide pastorale qui devient, non seulement écoute, mais aussi chemin de discernement avec le malade dans le respect de ses convictions, sa dignité et de son histoire personnelle. L'Eglise a reçu mandat de son fondateur d'être témoin de sa compassion auprès des personnes fragilisées par la maladie. C'est ce qu'exprimait le Pape émérite Benoit XVI dans son encyclique *Deus Caritas est* :

Celui qui pratique la charité au nom de l'Eglise ne cherchera pas à imposer aux autres la foi de l'Eglise. Il sait que l'amour dans sa pureté et dans sa gratuité, est le meilleur témoignage du Dieu auquel nous croyons et qui nous pousse à aimer. Le chrétien sait quand le temps est venu de parler de Dieu et quand il est juste de le taire et de ne laisser parler que l'amour. Il sait que Dieu est amour (cf. Jn4, 8) et

---

[228].THIEL Marie-Jo, op.cit, p. 3.

[229]. Déclaration du Bureau administratif de la Conférence Catholique des Etats-Unis «sida aux multiples visages » : une réponse selon l'Evangile in Documentation Catholique, n°1958 (1998) p. 311.

qu'il se rend présent précisément dans les moments où rien d'autre n'est fort sinon qu'aimer[230].

2.4.3.4.L'ACCOMPAGNEMENT DANS SA DIMENSION CONFESSIONNELLE

La dimension confessionnelle évoquée ici est spécifique à une personne qui traverse une épreuve de maladie chronique et qui se sent questionnée dans sa relation à Dieu, son histoire personnelle, sa vie présente et la société. Ces dimensions interpellent les croyants, ceux qui ont foi en Dieu. Devant la pandémie du VIH/SIDA, il faut relancer l'envie de vivre et l'espérance. La souffrance du PVVIH n'est pas seulement physique, mais aussi spirituelle d'où la nécessité d'un accompagnement spirituel. Dans ce contexte, l'accompagnant aide le patient à orienter sa vie et ses choix selon ses convictions et pour le chrétien à la lumière de la révélation. Pierre, interrogé sur sa foi, avait déclaré : « Seigneur, à qui irions nous ? Tu as les paroles de la vie éternelle » (Jn 6,68). Si la maladie peut conduire à l'angoisse, au repliement sur soi, parfois même au désespoir et à la révolte contre Dieu, elle peut aussi aider à discerner dans une vie ce qui n'est pas essentiel pour se tourner vers ce qui l'est. Très souvent, en fait, la maladie provoque une recherche de Dieu, un retour à Lui[231]. C'est un moment d'une autre vision de la vie, de dépouillement et de précarité. Dans cette précarité, l'homme a besoin de savoir sur qui compter : sur lui-même ? Sur les autres ? Sur Dieu ? Une réponse à ce questionnement est donnée par Caritas international Afrique :

> *La démarche de l'accompagnement s'inscrit naturellement dans une histoire acceptée ou refusée par le VIH/SIDA et consiste en une mise en route de la personne qui désire se reprendre, se prendre en charge et assumer positivement ce qui lui est arrivé, ce qu'il est en train de vivre, la diminution progressive de ses forces et donc de sa productivité (travail manuel et intellectuel, capacité managériale, relations interpersonnelles, etc. La capacité d'organiser lucidement et de façon autonome sa vie de relation avec Dieu*[232].

---

[230]. BENOIT XVI, *Lettre encyclique Deus Caritas est*, Paris, Téqui, 2006, n°31.

[231]. Catéchisme de l'Eglise Catholique ns°. 1500-1501.

[232].Caritas internationalis, Secrétariat Afrique*, L'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA*. Lomé, Editions SECAF 2001, p. 113.

L'épreuve de la maladie peut être considérée comme un temps de désert marqué par des manquements : la solitude, l'indifférence de l'entourage or tous ces aspects peuvent contribuer efficacement à la guérison corporelle et spirituelle. En effet, dans l'épreuve de la maladie on se sent seul, et parfois séparé de sa communauté ou son entourage et c'est dans cette solitude que la notion de l'amour de Dieu peut grandir. Dans le cas des malades du sida, ce sentiment est plus ressenti à cause de la honte que nous avons bien fait ressortir dans les enquêtes. C'est pourquoi, dans la pastorale de la santé, il n'ya pas que les personnes consacrées mais toute personne formée et mandatée par l'Eglise pour manifester la proximité de la communauté et de la société en général. Et toute personne pour qui l'humanité souffrante de l'autre est importante doit se mobiliser. C'est dans cette perspective que le théologien François YUMBA évoque la souffrance du PVVIH comme lieu théologique qui nécessite un accompagnement pastoral. Il l'exprime ainsi :

> *Tout homme, avons-nous vu, est un être fondamentalement tourné vers la destinée, il veut réussir sa vie. Mais sur son chemin d'accomplissement, il rencontre des obstacles. Ce qui demande une libération. La santé fait partie du salut, et lorsqu'elle devient chancelante, elle engendre la souffrance. La maladie avec son corollaire de souffrance deviennent ainsi des obstacles dont il faut être libéré. Le VIH/SIDA est un obstacle à l'accomplissement de l'homme. A notre humble avis, penser le VIH/SIDA à partir de la notion de salut permettrait de concevoir cette pandémie non plus comme une question éthique, mais comme une question destinale*[233].

L'Eglise a pris cet appel à cœur comme faisant partie de sa mission. C'est ce qui explique la création de nombreux centres de santé et la pastorale des malades.

2.4.3.5. LA GUERISON SPIRITUELLE : UNE ATTENTE LARGEMENT PARTAGEE PAR LES PATIENTS

Jésus qui guérit manifeste sa proximité et son souci de rétablissement à tous ceux qui s'approchaient de lui. L'hospitalisation représente une étape de la vie d'une personne. L'accompagnement peut se faire à deux niveaux : à domicile ou en milieu hospitalier où il y a de plus en plus d'aumôneries avec une mission bien déterminée. A travers la prière et

[233].YUMBA François, Les patients perdus de vue dans la prise en charge du sida, articulation entre santé, spiritualité et salut à partir de leur vécu à Kinshasa, Paris, Editions jésuite 2017, Lumen vitae, p.140.

l'administration des sacrements notamment ceux destinés aux malades que l'Eglise met à la disposition de ceux qui le désirent. Sur ce point le Pape Benoit XI s'est exprimé en ces termes :

Le Dieu unique auquel Israël croit personnellement. De plus, son amour est un amour d'élection : parmi tous les peules, il choisit Israël et il l'aime, avec cependant le dessein de guérir par là toute l'humanité[234].

2.4.3.5.1 La prière

La présence priante de l'Eglise, appréciée dans d'autres circonstances de la vie l'est particulièrement et surtout en situation de maladie où on peut s'interroger sur le sens de la souffrance et de la vie. Dans la doctrine chrétienne, la guérison a toujours été considérée comme une réalité allant au- delà d'un rétablissement des relations entre l'homme et Dieu. Dans cette optique, on peut avoir besoin d'assistance sur deux dimensions : l'écoute attentive à travers la présence des membres d'aumônerie et visiteurs de malades puis la prière, à la demande du patient, selon les circonstances. A travers les membres de l'Eglise en mission, Jésus continue d'opérer des guérisons. Tout en restant humains, nous cheminons avec le Seigneur pour atteindre la plénitude de la vie. C'est ainsi que l'on peut vivre de la vie divine. Dans sa pastorale l'Eglise propose les différents sacrements aux malades. Dans leur accompagnement, BENTIVEGNA Giuseppe exprime bien l'importance de la prière lorsqu'il affirme :

Les guérisons du corps et de l'âme constituent le bienfait par lequel Dieu vient continuellement en aide aux baptisés. Ce sont là des manifestations de cette puissance de l'Esprit Saint qui, a été envoyé sur l'Eglise. C'est ce que Saint Ambroise dit également dans le commentaire sur Isaïe : puisque les soins des hommes sans l'aide de Dieu sont inefficaces à nous guérir, ils recherchent le secours de Dieu …[235]

Ainsi sa prière soutient constamment tous les malades qui ont besoin d'aide et du réconfort de ses membres. Cette approche de la prière est particulière en fonction des personnes, l'apport des agents pastoraux ou d'accompagnement s'inscrit à l'intérieur de relations humaines et fait partie de l'alliance pour une charge intégrale des personnes infectées par le VIH/SIDA.

---

[234] BENOIT XI, *Deus caritas est*. Lettre encyclique n°9.

[235]. BENTIVEGNA Giuseppe, *Jésus Christ médecin des âmes et des corps*, Les petits traités spirituels, Série «Renouveau et charismes » Editions des béatitudes, 2010, p.50.

2.4.3.5.2. Le ministère sacramentel de l'Eglise

L'Eglise, à travers les sacrements, sanctifie le peuple de Dieu. Toute la vision pastorale de l'Eglise est orientée vers le Salut qui est le plus important dans la religion chrétienne. Mais il est surtout difficile d'en saisir le sens dans l'administration de ces sacrements si les conditions ne sont pas réunies. Dans la célébration des sacrements et dans l'annonce de la Parole, l'Eglise continue l'œuvre salvifique du Christ. C'est ce qu'exprime le *Catéchisme de l'Eglise catholique* :

> *Le Seigneur Jésus Christ, médecin de nos âmes et de nos corps, Lui qui a remis les péchés au paralytique et lui a rendu la santé du corps (cf. Mc 2, 1-12), a voulu que son Eglise continue dans la force de l'Esprit Saint son œuvre de guérison et de salut, même auprès de ses propres membres.*[236]

Le Christ est venu apporter le salut, la santé pas nécessairement celle du corps mais aussi celle de l'âme. En effet le salut, expérience personnelle et communautaire qui s'inscrit dans l'existence de l'homme est une libération intérieure, le pardon des péchés. Cela est vrai mais réducteur. Les récits bibliques et particulièrement les Evangiles, nous permettent d'entrer dans la spécificité du salut chrétien intérieurement lié à une espérance. Le salut va au delà du rétablissement entre l'homme et Dieu. Dans l'administration des sacrements aux malades, l'Eglise propose principalement trois gestes sacrés : la réconciliation, l'Eucharistie et l'onction des malades ; S'ils sont reçus dans la foi, ils aideront le fidèle à vivre chrétiennement sa maladie sous l'éclairage du mystère pascal, dans l'union au Christ mort et ressuscité[237]. Aussi par le rituel des sacrements des malades un nouveau signe d'espérance est proposé à ceux qui sont atteints sérieusement par l'âge ou la maladie. L'imposition des mains et l'onction des malades, qui accompagnent la prière exprimée par toute l'assemblée est signe de puissance de réconfort, de soutien dans l'épreuve et de ferment pour triompher de la maladie si Dieu le veut[238].

---

[236]. Catéchisme de l'Eglise Catholique, n° 1421.

[237]. La note doctrinale et pastorale n°6 spécifie : « Tout chrétien est appelé à vivre son existence quotidienne en intime union avec Jésus Christ. C'est encore vrai du chrétien malade : affecté sans doute par la maladie, sa vie ne se réduit pas à être malade. Comme tout fidèle, il chercher à imiter le Christ dans ses diverses activités. Il saura par exemple maintenir et développer si possible sa vie de relation et d'échange. Dans les moments de maladie où il est confronté à des difficultés, il peut s'unir à Jésus Christ dans sa passion.

[238] PASTORALE ET CELEBRATION, *Sacrements pour les malades*, Paris, Editions Chalet Tardy, 1977, p.17.

Les évangiles rapportent des scènes de guérison opérée par Jésus pour la confirmer comme signes messianiques qui font inséparablement partie de la proclamation du Règne de Dieu. (Mc1, 29-31 ; 2, 1-12 ainsi que (Mt 8, 14-15 ; Luc 4, 6-11). Il a profondément aimé les malades et s'est penché sur eux avec compassion, tendresse et respect. Il leur a toujours témoigné accueil, fraternité solidarité en leur donnant l'espérance et la joie. Ce salut proposé par Jésus est holistique ainsi que l'affirme François BUET, médecin et prêtre :

> *Ce salut est considéré avec une signification encore plus dense lorsqu'il s'exprime dans le rétablissement de l'intégralité physique de la personne mais aussi à travers le rétablissement psycho-physique et spirituel, ajoutés à la relation pleine avec Dieu. Le salut est identifié avec la guérison totale de l'homme*[239].

[239] BUET François, *L'accompagnement spirituel de la personne en soins palliatifs*, Editions racines nouvelle cité, Bruyères le Châtel, 2016, p. 85.

CONCLUSION

L'alliance théologique à travers ce parcours biblique nous a permis de voir les implications de cette alliance de Dieu avec l'humanité et aussi de mettre en œuvre et parcourir les fondements de l'agir chrétien. Le souhait de permettre aux malades d'expérimenter un chemin de guérison, de consolation et de libération dans un cheminement personnel avec le Christ ou, selon ses convictions, dans une approche globale a été le moteur de tout ce chapitre. Ce souci a permis de mettre en évidence les principaux lieux d'accompagnement que sont les hôpitaux et les résidences des personnes concernées. Les soins s'adressent à l'homme et peuvent constituer une libération et une reconstruction avec de nouvelles relations. L'Eglise est mandatée par le Christ pour continuer cette mission de soins en les humanisant. C'est certainement dans ce sens que s'inscrit cette pensée du professeure Marie Jo THIEL :

> *Le représentant de l'institution religieuse est attendu dans un rôle d'écoute, de dialogue, d'accueil, de réconfort, d'espérance, assez souvent aujourd'hui dans une perspective non confessionnelle. Ce faisant, il peut permettre aux patients de faire une expérience spirituelle quand bien même il éprouve peut-être un sentiment d'inachevé*[240].

L'alliance théologique, constitue le fondement de la pastorale de l'Eglise. Voilà pourquoi nous y trouvons des perspectives pour avancer sur le chemin du salut du corps et de l'âme auquel nous sommes tous appelés. Si Dominique JACQUEMIN s'attache davantage dans sa réflexion à montrer comment comprendre la relation soignant-soigné à la lumière de la relation entre Dieu et son peuple, nous pouvons, quant à nous, partir de la relation soignant-soigné pour redécouvrir combien Dieu est avant tout un Dieu du soin[241] : « Je suis venu pour que les hommes aient la vie et qu'ils l'aient en abondance » (Jn 10,10).

Jésus comme serviteur du salut soigne, guérit et enseigne. La parole de Dieu devrait éclairer l'homme dans sa conduite quotidienne et surtout devant des situations complexes comme celles du VIH/SIDA. Vivre de l'espérance en restant attaché à la vie suppose une prise de responsabilité de tous les acteurs, à tous les niveaux. Trois facteurs de comportement conduisent à des implications pratiques : les droits et devoirs envers la société, l'obligation citoyenne de compassion, la mise en pratique de la mission de l'Eglise envers la société dans son

---

[240] THIEL Marie-Jo, op.cit., p. 5.

[241] KLAM Sébastien, Op. cit., p. 224.

ensemble. Conscients de cette réalité, les responsables de l'Eglise, en particulier les évêques d'Afrique, invitent tous les chrétiens et les personnes de bonne volonté à respecter la pleine dignité et l'égalité des droits de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA en ces termes :

> *Nous réclamons également une action positive et des politiques libératrices des gouvernements dans leur manière de faire face aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Nous appelons les fidèles catholiques à donner de brillants exemples par leur respect de la dignité humaine et par la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA*[242].

A l'heure où la mondialisation tend à véhiculer davantage de contre-valeurs et d'informations disponibles et discutables sur internet, l'Eglise à travers son enseignement met en valeur des repères éthiques pour le salut intégral de l'humanité. Pour cela, nous dit le théologien Joseph N'DI OKALLA :

> *Les médias et les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont le nouvel aréopage de notre siècle. Parce qu'ils favorisent la rencontre des peuples et des cultures, et qu'ils ouvrent au monde, les médias sont un espace efficace de formation des consciences et de sensibilisation. Les fidèles doivent être soucieux d'y annoncer les valeurs évangéliques de paix, de miséricorde, d'amour et d'unité louable. Ils sont à encourager afin qu'à leur exemple un nombre plus grand de catholiques propagent dans nos sociétés africaines, par ces moyens, des informations justes, crédibles et constructives, et des messages de joie, d'amitié, d'amour fraternel*[243].

L'Eglise est dans ce réseau de relation que nous pouvons appeler alliance parce que proposant une parole de vie. L'Eglise s'évertue ainsi à affirmer, par son magistère et par son engagement aux côtés des malades du sida, la considération que le monde doit appliquer en faveur du respect de la vie. C'est ce qui explique ses dispositions dans la prévention et la prise en charge des personnes infectées et affectées. Marie Jo THIEL écrit en ce sens :

Au cœur de la bien-veillance du premier soin (de l'autre de soi), l'éthique se dit dans et par l'atmosphère qu'elle introduit dans le vouloir, une atmosphère- faut –il dire spirituelle ? qui

---

[242]. Association des Conférences Episcopales de l'Afrique et de Madagascar, Appelé à être un bon Samaritain, 2005, n°5.

[243]. NDI-OKALLA Joseph, « Le deuxième synode africain face aux défis socio-économiques et éthiques du continent », éditions Karthala, Paris 2009, n° 144, p. 267.

unit terre et ciel, un état d'esprit » qui unit les cœurs et le corps, les émotions et les intelligences, l'un et l'autre[244].

« Dieu a voulu qu'il n'y ait pas de divisions dans le corps, mais que les différents membres aient tous le souci les uns des autres. Si un membre souffre, tous les membres partagent sa souffrance ; si un membre est à l'honneur, tous partagent sa joie. Or, vous êtes le corps du Christ et, chacun pour votre part, vous êtes les membres de ce corps. » (1Co12, 24-27).

Les malades du sida attendent de la société et spécialement de l'Eglise, des gestes d'accueil, de compassion, d'amour et de solidarité comme l'affirme le pape François:

> *Je préfère une Eglise accidentée, blessée et sale pour être sortie par les chemins, plutôt qu'une Eglise malade de la fermeture et du confort de s'accrocher à ses propres sécurités. Je ne veux pas une Eglise préoccupée d'être le centre et qui finit renfermée dans un enchevêtrement de fixations et de procédures. Si quelque chose doit saintement nous préoccuper et inquiéter notre conscience, c'est que tant de nos frères vivent sans la force, la lumière de la consolation et de l'amitié de Jésus Christ, sans une communauté de foi qui les accueille, sans horizon de ses sens et de vie*[245].

Par sa présence aimante, l'Eglise est le visage de cette compassion de Dieu pour les hommes souffrants de tous les temps. Au-delà de toute apparence, chaque être humain mérite notre affection et notre amour.

---

[244].THIEL Marie Jo, Op. Cit. p.11.

[245]. Pape FRANCOIS, Exhortation apostolique du Saint Père, *Evangeli Gaudium*, Editions Salvator, n°49.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Les données d'enquêtes nous ont amenés à réfléchir fondamentalement sur l'alliance applicable dans les domaines de la prise en charge des malades du sida.
Son efficacité dans la société est convaincante parce qu'elle permet de mutualiser les efforts des acteurs de façon durable. L'alliance se déploie sous deux formes : l'alliance humaine et l'alliance spirituelle en lien avec la transcendance.

Dans la prise en charge des malades, nous convenons désormais que les deux aspects interviennent pour rendre les soins beaucoup plus efficaces. C'est pourquoi l'équipe soignante doit être elle-même attentive à tous les besoins du malade. Le niveau élevé de confiance mutuelle acquise conduit à la qualité des soins. Dans ce contexte de maladie chronique, la participation du malade est une étape importante de son éducation thérapeutique. Le malade est donc au cœur du réseau de soins qui doit tenir compte de son bien-être. C'est ce que souligne avec force le docteur Elizabeth ZUCMAN :

> *Les soins palliatifs pallient la souffrance, ils aident à mourir. Pour les déments, la tâche se consacre quasi exclusivement au soulagement des symptômes. Ce n'est pas toujours aisé, c'est technique. Adapter les doses d'opiacés, afin que l'équilibre entre les effets indésirables et le soulagement soit heureux, est une mission délicate. Contrôler les humiliantes et pénibles conséquences de la maladie est un défi qu'il convient de relever afin de préserver confort et dignité… Les soignants tirent une légitime satisfaction de leur action lorsque propre, redevenu regardable, le mourant achève son parcours apaisé*[246].

Cette pratique est le levier de la prise en charge du PVVIH par l'ensemble du réseau pluridisciplinaire qui l'accompagne. Il s'agit donc d'une alliance complexe qui se construit avec le temps.

Il revient aux structures institutionnelles de mettre en place les conditions favorables au dialogue entre les principaux acteurs de la prise en charge selon leurs orientations.

---

[246]. ZUCMAN Elisabeth, Prendre soin de ceux qui ne guériront pas ; la médecine questionnée par l'incurable et la fin de vie, Editions ères, 2016, Toulouse, p. 216.

Les alliances, horizontale et verticale, tiennent compte des convictions des uns et des autres. C'est ce qui permet aux acteurs d'avancer sur le chemin de l'humanisation. Les expériences concluantes des pays limitrophes comme le Benin et le Burkina Faso et même de certaines régions du Togo comme la région centrale offrent des modèles à suivre. Les acteurs non médicaux sont de plus en plus impliqués dans la lutte contre le sida (famille, Eglises, associations…), et forcément les registres argumentatifs et d'interventions sont différents.

A partir de ce positionnement théorique, l'intérêt de l'alliance comme un processus collectif permet d'ajuster les stratégies et la mobilisation des acteurs.

Le système de lutte contre le sida au Togo se caractérise par le manque de coordination entre les acteurs et le peu de moyens financiers consacrés à la prévention et aux soins. Les indicateurs issus des données de terrain le prouvent dans les résultats d'enquêtes. Cette alliance amène les différentes institutions, grands acteurs de lutte contre le VIH/SIDA, à repenser leur responsabilité au sein de la société pour faire face aux différents défis soulevés et faciliter les soins. La prise en charge des malades tient compte de l'homme dans son intégralité. Il est donc nécessaire de parler de l'aspect spirituel. Ce souci est pris en compte dans l'article intitulé « L'éthique et spiritualité : l'esprit des soins » de l'éthicienne THIEL Marie Jo. Elle souligne l'importance de bien soigner non seulement le corps mais aussi l'esprit des patients :

> *Certains rêvent bien d'êtres éthérés purement spirituels et voudraient se servir de la religion pour fuir leur corps-tombeau. Mais seul un corps vivant peut respirer, un corps animé par le Souffle de vie, quand bien même il s'essouffle aussi et finit, un jour, par « rendre » son dernier souffle. L'éthique nous le rappelle qui prend appui sur la personne humaine dans toutes les dimensions de son être corporel, psychique et spirituel, individuel et relationnel pour l'aider à s'accomplir, c'est-à-dire à porter des fruits d'humanité*[247].

Par ailleurs l'Eglise prend soin des malades en suivant les enseignements de son maître Jésus-Christ comme le souligne avec force le Camélien François SEDGO :

> *Le Christ a profondément aimé les malades et s'est penché sur eux avec compassion et tendresse, respect et délicatesse, attention et humanité…. Il leur a constamment témoigné avec accueil et fraternelle solidarité en leur donnant l'espérance et la joie de vivre. En Jésus prédomine toujours la volonté de guérir le*

[247] THIEL Marie-Jo, Op. Cit. p.2.

malade. Dans ce sens les évangiles nous rapportent des récits de guérisons opérées par Jésus comme gestes et signes messianiques faisant inséparablement partie de la proclamation du Règne de Dieu.[248]

Dans la mise en pratique de sa pastorale des malades du sida, l'Eglise est encore incomprise. Elle peine à faire passer son message de prévention qui met la barre trop haut selon ses détracteurs. La dignité humaine mise en valeur ici est une lecture spirituelle de l'homme qui prend en compte sa globalité. A travers son ministère pastoral, l'Eglise accueille tous les malades ainsi que leur entourage dans le respect de leurs convictions et l'expression de leur espérance. C'est en assumant toutes ces réalités existentielles et surtout en situation de maladie que toute personne s'édifie. C'est bien ce qu'affirme la théologienne Marie-Jo THIEL :

Le plus précieux d'une vie d'homme, de femme, n'est pas dans l'accumulation, fut ce de richesses, de qualités ou de mérites … Il réside dans son humanité forgée et dévoilée au contact des aléas de l'existence regardés en face et intégrés autant que possible. Le vivre vraiment mûrit depuis l'intérieur d'un cœur humain résistant aux intempéries de l'existence[249] .

Cependant, l'apprentissage de l'humanité doit permettre à l'homme de transcender les difficultés existentielles et faire évoluer ses convictions dans une spiritualité assumée. Cela est valable pour toute vie humaine et c'est là que le bien-portant rejoint le malade.

---

[248]. SEDGO François, *SIDA*, *prévention, éducation, solidarité, (approche pastorale*) , Edition Unitor, Roma, 1991, p. 106.

[249]. THIEL Marie Jo, *Faites que je meure vivant ! Vieillir mourir vivre*, Lonrai, Editions Bayard, p. 233.

CONCLUSION GENERALE

Dans notre préoccupation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Togo, je me suis intéressé au fonctionnement et aux actions de trois grands acteurs impliqués dans la lutte contre ce fléau : l'Etat, l'Eglise et les ONG /associations. L'étude analytique de la maladie au Togo a permis d'explorer les causes et les conséquences de la persistance de la pandémie caractérisée par des taux de contamination et de mortalité encore très élevés : une épidémie de type généralisé et une prévalence estimée à 2,5% de la population générale en 2013-2014. Une prévalence du VIH deux fois plus élevée chez les femmes (3.1%) que chez les hommes (1,7%). Pour l'année 2014, 3085 nouvelles infections et 6641décès[250].

La stigmatisation de plus en plus systématique des malades, conséquence de la méfiance et de la mise à l'écart dont ils sont les victimes, rend difficile toute action de prévention et de prise en charge des malades, de leurs familles et de leurs proches.

J'ai cherché à comprendre la stratégie, les différents fonctionnements actuels des acteurs œuvrant dans la lutte pour l'éradication du VIH/SIDA, puis à proposer des pistes pouvant aider à un meilleur accompagnement.

Mon implication de cinq années dans l'association "Ensemble Pour la Vie", qui a bien voulu me confier sa Présidence, a été un atout essentiel dans cette démarche. Dans l'exercice de la fonction de président, j'ai eu l'occasion de faire l'expérience des actions de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des malades. Elle m'a aussi donné la possibilité de prendre pleinement conscience de la complexité de cette maladie et de ses effets. Ensuite, j'ai souhaité prendre un certain recul, tout en poursuivant une activité dans un centre d'expérimentation EPV du diocèse de Sokodé.

L'étude qui est présentée ici est le résultat de ce travail de prospection. Elle est aussi une démarche de compréhension des éléments subjectifs en jeu dans la lutte contre la pandémie afin de bien cibler les suggestions de réponses adaptées.

Dans la suite du premier chapitre, j'ai fait l'état des lieux, dont il ressort que le sida demeure une sérieuse préoccupation de santé sur le plan national parce qu'il touche toutes les couches de la société. Pourquoi cette ampleur malgré les efforts réels des trois grands acteurs?

---

[250]. Conseil National de Lutte contre le Sida, Rapport d'activité sur le sida au Togo, Juin 2015, in www.cnls.org consulté le 06/02/2017, pp. 15-16.

Les causes en sont diverses : En premier lieu, il a pu exister une perception erronée de l'origine de la maladie, aboutissant à la stigmatisation et à l'isolement des malades, et en conséquence à une dégradation de l'esprit de solidarité traditionnelle. C'est bien ce que le pape Jean-Paul II a voulu souligner en ces termes :

> *On n'est pas éloigné de la vérité lorsque l'on affirme, que parallèlement à la diffusion du Sida, est en train de venir au jour une sorte d'immunodéficience sur le plan des valeurs existentielles, qui peut se définir comme une véritable pathologie de l'esprit.*[251]

D'autre part, le système de prise en charge des malades souffre d'un manque d'esprit d'innovation, ce qui limite son efficacité.

Enfin, face aux difficultés financières et structurelles, les ONG/associations de lutte contre le sida survivent en entraînant avec eux les malades dans leurs pérégrinations. Les problèmes de gestion des ressources financières de l'Etat et de ses services de santé compromettent la pérennité de son soutien aux associations. Ses promesses se réduisent souvent à des déclarations d'intention, ce qui les oblige à s'impliquer d'autant plus, mais sans l'appui d'une autorité de coordination.

Le VIH/SIDA continue de faire des victimes et la pandémie persiste au Togo malgré l'engagement de l'Etat, de l'Eglise et l'action des ONG/associations.

A la suite d'une action sur le terrain, et après les réflexions menées dans le cadre d'un Master sur les circonstances de cette maladie, j'ai souhaité mener une investigation en profondeur et au plan national sur deux volets de ce grand sujet : la prévention de la maladie et l'accompagnement des malades.

Dans un cadre plus précis, nous avons ciblé les structures étatiques, coordonnées par le CNLS et le PNLS dans les sept diocèses que compte le Togo et ses organisations. Les ONG /Associations et leurs réseaux sur le plan national et régional ainsi que leur constitution ont également été objets de mes enquêtes de terrain.

Dans la collecte des données, nous avons opté pour des enquêtes quantitatives auprès de 200 personnes choisies dans la population. Pour ce qui concerne les grands Acteurs - l'Etat- l'Eglise et les ONG/ Associations nous avons mené 55 entretiens.

En ce qui concerne les acteurs, il est apparu que leurs stratégies sont diverses.

---

[251]. Jean Paul II, *Le sida, un double défi, l'Osservatore Romano*, Editions hebdomadaire en langue française, 1989, p. 2.

L'Etat met au point des plans d'action à partir de ses structures en partenariat avec l'Eglise et les ONG/associations dans l'intention de s'adresser à tous les secteurs de la population.

Les Associations et les ONG mènent leurs actions dans un cadre très général : information du grand public, distribution de préservatifs ou de seringues, collecte de fonds auprès des institutions financières nationales et internationales. Elles apportent aussi un soutien aux personnes séropositives et à leurs proches dans les hôpitaux ou à domicile.

L'Eglise mobilise également du personnel et des ressources pour contribuer à la lutte contre la maladie, mais elle a, en outre, mis au point une pastorale des malades qui est menée en concertation avec les structures hospitalières. Les actions de ces structures bénévoles ont pris un autre visage à mesure que l'épidémie se développait : dans un premier temps leur aide humanitaire s'adressait aux malades en situation de précarité, ensuite cette aide est devenue financière et alimentaire et cela a changé leur rôle initial. Les volontaires se retrouvant en nombre insuffisant, des salariés ont été recrutés pour gérer les situations les plus lourdes. Les conséquences en ont été un renforcement du caractère hiérarchique de la relation d'aide et une nécessaire adaptation aux réglementations nationales et internationales.

D'autre part, malgré l'échec de plusieurs tentatives de rapprochement des stratégies, le désir de regroupement est resté vivace au sein des associations. Ce désir devrait pouvoir se traduire dans l'avenir par un regroupement général de toutes les associations locales au sein d'une union nationale des associations de lutte contre le sida (UNALSIDA).

De ces investigations sur le terrain, il résulte que les points récapitulés dans la synthèse des enquêtes menées constituent des nœuds éthiques et théologiques qui ont guidé notre argumentation dans la deuxième partie de notre étude. Le contexte socio-politique et les traditions liées aux différentes cultures au Togo sont des facteurs déterminants et influents dans la lutte contre cette pandémie.

Au Togo, l'urgence reste d'abord de soigner les victimes de l'infection. Ensuite il est indispensable de prendre des dispositions pour éviter de nouvelles contaminations.

Nous avons traité successivement des points suivants :

-Tout d'abord, les facteurs de la propagation de la maladie au sein de la population togolaise. La méconnaissance de la totalité du phénomène VIH/SIDA oblige les acteurs à se mettre d'accord sur la nécessité de redoubler d'efforts afin d'agir sur les divers facteurs qui favorisent l'évolution de la pandémie. L'Eglise, quant à elle, recherche toujours une approche pastorale conséquente. Parmi les facteurs aggravants on peut noter :

- L'influence des pratiques socio-culturelles, la pauvreté, la stigmatisation, la discrimination, une prise en charge insuffisante, des données statistiques non fiables et variables selon les acteurs.

- La mauvaise coordination des activités liées au manque de dialogue et une mauvaise gestion des fonds alloués aux soins des malades ce qui engendre une prise en charge partielle des patients.

A ce jour, la forme de collaboration pratiquée reste insuffisante pour résoudre tous les problèmes liés à la lutte contre le sida : d'où la nécessité d'une nouvelle perspective prenant en considération la notion d'alliance.

Ensuite, après analyse du résultat de notre enquête, nous avons proposé une nouvelle façon de coordonner les pratiques des différents acteurs de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA en différents niveaux autour de la notion d'alliance.

Pour mieux rendre compte de cette nouvelle orientation nous sommes partis des enjeux de la notion d'alliance d'abord au sein de la société en général, puis dans une organisation pluridisciplinaire pour le bien du malade. Dans toutes les civilisations aujourd'hui encore, l'alliance est un concept universel auquel on fait recours dans les situations où la survie d'une communauté est en jeu.

L'évolution de la lutte peut alors s'appuyer sur deux types d'alliances : l'alliance horizontale entre tous les acteurs et l'alliance verticale prenant en compte l'aspect spirituel du soin au malade dans sa dimension holistique. Une reconversion des mentalités est nécessaire pour mettre en application ce concept d'alliance parce que cela exige des trois grands acteurs que sont l'Etat, l'Eglise et les ONG/associations de réadapter leurs stratégies. Cette alliance est horizontale et regroupe tous les intervenants sociaux.

La prise en charge du malade suppose la collaboration de tout son environnement : les soignants, les accompagnants, la famille, les associations, la communauté, dans un esprit d'alliance horizontale et sous la supervision de l'Etat.

L'introduction de cette notion d'alliance horizontale permet d'harmoniser et d'actualiser les réponses aux problèmes soulevés au niveau de la prévention du sida et de la prise en charge des malades.

Si l'alliance horizontale permet de résoudre les problèmes matériels, humains et institutionnels, elle ne touche pas le spirituel et ne remplit pas toutes les conditions d'une prise en charge holistique. L'alliance verticale en s'occupant des aspects transcendantaux apporte les éléments nécessaires pour une prise en compte de toutes les dimensions de la personne.

Dans la pensée biblique, le terme d'alliance définit les rapports de Dieu avec les hommes organisés en institution.

La conclusion de l'alliance (Exode 24) s'achève par l'immolation de jeunes taureaux en sacrifice de communion. Si « l'alliance est scellée dans la lettre et le sang », c'est pour signifier que « la parole d'alliance est plus que vie » car c'est d'elle que jaillit ce qui fait vivre : la reconnaissance de la dépendance envers l'Autre et l'appel à lutter contre tout ce qui délie les liens sociaux[252].

L'alliance tente ainsi de pacifier les relations humaines pour atteindre un objectif, celui du vivre ensemble. L'homme devient ainsi un partenaire de Dieu pour perpétuer sa création. C'est à travers cette relation quotidienne avec les autres et surtout le patient que l'on accède à la guérison holistique dans une relation de confiance mutuelle pour une longue durée. C'est un processus qui permet de fédérer les actions des différents partenaires pour mieux prendre soin du malade. Dominique JACQUEMIN évoque bien la complexité de ces soins :

Plutôt que de parler de besoins, on préférera donc parler, par exemple, d'expériences spirituelles en situation de grands besoins dans le cadre des soins, d'interprétations spirituelles de la maladie ou de la guérison, d'accompagnement spirituel des besoins vitaux ou fondamentaux. Dans tous les cas il s'agit d'une quête spirituelle pour donner sens aux besoins plutôt que de besoins spirituels à proprement parler. Le propre de cette quête est de dépasser le niveau des besoins spirituels pour les renvoyer au sens ultime de l'existence humaine[253].

L'accompagnement pastoral dans notre contexte consiste en une écoute et une attention à travers des lieux d'accueil en milieu hospitalier comme à domicile, en un accompagnement spirituel qui prenne en compte les convictions profondes du malade. Dans cet accompagnement spirituel, nous distinguerons deux aspects :

- l'accompagnement dans la perspective ecclésiale est fait de compassion et de prière. La pratique des sacrements y a une grande importance ainsi que l'affirme le cardinal Christoph SCHÖNBORN :

---

[252]. LEMOINE Laurent, (dir) GAZIAUX Eric, MÜLLER Denis, *Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne*, Paris, Les éditions du cerf, 2013, pp. 91-92.

[253]. JACQUEMIN Dominique, (dir) *Besoins spirituels, soins, désir, responsabilités*, collections Soins et spiritualités n°7, Paris, 2016, p. 31.

Les sacrements ont leur source« en haut, là où se trouve le Christ, assis à la droite de Dieu » (Col 3,1). Ils s'écoulent de la vie éternelle dans ce monde et dans ce temps, et quand nous les accueillons et qu'ils peuvent agir en nous, « alors des fleuves d'eau vive coulent de notre sein » (Jn 7,38) et « jailliront en vie éternelle (…). Les sacrements, ces signes sacrés du Christ, sont pour nous les portes de la vie, les sources de la vie du Christ s'écoulant jusqu'à nous[254].

- l'accompagnement humain prodigué à toute personne sur les questions existentielles que sont la maladie, la souffrance, la guérison ou la mort.

Bien qu'il y ait des progrès et des acquis certains au sujet du sida, la recherche médicale n'offre pas encore une guérison totale ni de vaccin contre cette pandémie meurtrière. Pour cela l'action préventive se révèle d'une extrême urgence. A cet égard, nous pouvons citer le pape Paul VI qui écrivait à propos de la maladie :

Comme tout autre problème concernant la vie humaine, elle doit être considérée, au-delà des perspectives partielles…dans la lumière d'une vision intégrale de l'homme et de sa vocation, non seulement naturelle et terrestre mais aussi surnaturelle et éternelle[255].

Les acteurs ont pour principe le respect de la vie et de la dignité humaine, ils exercent leur responsabilité avec conviction. Ce faisant nous aboutirons à une alliance sous diverses formes donnant lieu aux soins dans la globalité humaine. Le VIH/SIDA représente indubitablement une des catastrophes majeures de notre époque en particulier pour le Togo. Pour y faire, face il faut une mobilisation commune avec des convictions partagées chaque acteur assumant ce qui fait sa particularité en toute responsabilité. C'est ce que l'éthicien VALETTE Pierre affirme en ces termes :

En toute situation, exceptionnelle ou non, l'éthique consiste à faire au mieux, avec les meilleures intentions, les meilleurs dispositions et les moyens du bord pour que l'action ne soit pas simplement réalisée (…) l'éthique, c'est répondre toujours à la personne vulnérable parce que blessée ou blessable ; c'est aussi et à la fois répondre d'elle, répondre pour elle. L'éthique va de pair avec la

---

[254]. Cardinal SCHÖNBORN Christoph, *Liturgie et sacrements*, Versailles, Editions Saint Paul ,1999, p.163.

[255]. PAUL VI, *Humanae Vitae* n. 7.

responsabilité. Et la responsabilité ne sera limitée que par la présence simultanée d'autres personnes nécessitant tout autant la meilleure attention[256].

La réflexion sur la pratique pastorale doit être ouverte parce que le travail n'est pas achevé et que de nombreuses pistes restent à explorer telles que :

- la formation des agents pastoraux pour une meilleure implication en matière de VIH/SIDA.
-la planification de l'accès aux soins spirituels au sein des structures de soins.
- l'accompagnement des couples discordants suite à l'infection.
- l'accompagnement des personnes infectées désirant procréer.
- trouver des réponses adaptées aux multiples préoccupations de la société face aux personnes séropositives.

Ces propositions, ainsi que les pistes pastorales développées tout au long de notre thèse, peuvent faire l'objet de réflexion lors des rencontres périodiques des différents acteurs. Le cadre de discussion entre les différentes religions impliquées dans la lutte contre le sida doit être institutionnalisé. Il permettra de construire ensemble les différents projets de lutte contre le VIH/SIDA. L'un des objectifs de ces rencontres est de promouvoir l'œcuménisme et le dialogue pour apaiser les traditionnelles divergences de visions, liées à l'histoire de chaque religion.

Pour conclure, nous dirons que notre travail, en questionnant l'ensemble des acteurs, a cherché à mettre au jour les difficultés de la lutte contre le sida. L'enjeu de notre recherche réside dans le fait qu'après une étude de la situation actuelle, nous avons proposé une nouvelle modalité concrète de travail des professionnels de santé basée sur la notion d'alliance thérapeutique pour bien prendre soin du malade.

En tenant compte du nombre important des malades à soigner et des difficultés de leur traitement, nous proposons des pistes pour la prise en charge de tous ces patients et la sensibilisation des communautés.

Au-delà de l'accompagnement spirituel des croyants, il existe d'autres besoins spirituels qui concernent tous les malades dans leurs préoccupations fondamentales et existentielles.

Quelques pistes, non explorées dans ce travail, devront faire l'objet de réflexions ultérieures :

- Un chantier qui reste à approfondir serait celui de l'élaboration d'une stratégie beaucoup plus vigoureuse pour faciliter l'accès aux soins à toutes les personnes infectées et à

---

[256]. VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, PUF, 2013, p.p. 223-224.

veiller pour qu'il n'y ait pas de ruptures périodiques mettant en cause le traitement des patients.

- L'accompagnement de certaines familles après le décès pour la préparation des obsèques et la gestion administrative ainsi que la prise en charge adéquate des orphelins seraient à examiner plus concrètement.
- Un autre aspect non moins important est celui d'une prise en charge totale des PVVVIH et surtout des veuves, des orphelins au sein de structures bien spécialisées dotées de moyens conséquents et adaptés.

De même, la mise à contribution dans la mesure du possible des familles des PVVIH pour que leur accompagnement ne soit pas seulement à la charge des ONG/ associations et de l'Eglise pour préserver ainsi l'esprit de solidarité familiale.

La mise en œuvre des propositions de cette thèse, dans le cadre concret d'une mission au sein de la pastorale de la santé, et d'un comité éthique diocésain, nous donnera l'occasion de continuer notre réflexion sur le terrain en vérifiant la pertinence des propositions. C'est ainsi que nous mettrons en pratique l'appel du Pape FRANCOIS qui demande à l'Eglise de rester ouverte au monde pour une pastorale efficace. Il le rappelle en ces termes :

> *L'Eglise est appelée à être toujours la maison ouverte du Père. Un des signes concrets de cette ouverture est d'avoir partout des églises avec les portes ouvertes. De sorte que si quelqu'un veut suivre une motion de l'Esprit et s'approcher pour chercher Dieu, il ne rencontre pas la froideur d'une porte close(…) Ces convictions ont aussi des conséquences pastorales que nous sommes appelés à considérer avec prudence et audace. Nous nous comportons fréquemment comme des contrôleurs de la grâce et non des facilitateurs. Mais l'Eglise n'est pas une douane, elle est la maison paternelle où il y a de la place pour chacun avec sa vie difficile*[257].

Conscients des limites de ce travail, nous sommes certains qu'une étude portant sur l'identité du séropositif et des représentations sociales approfondies dans les cinq régions togolaises permettraient aussi de faire des propositions concrètes tenant compte de la particularité de chaque région.

L'aspect économique impliquant l'impact du sida sur la production agricole et les rentes des régions atteintes dépasse le cadre de nos investigations et n'a pu être abordé.

---

[257]. Pape FRANCOIS, Exhortation apostolique, *La joie de l'Evangile*, Paris, Editions Salvator, 2013, n°47.

Les aspects médicaux en intégrant les nouveaux traitements et les effets positifs des ARV constituent des prolongements souhaités de cette étude. Les effets secondaires indésirables des premières trithérapies ont longtemps perturbé la vie des malades du sida : nausées, diarrhée, perte d'appétit. Ils augmentaient le risque du diabète et du cholestérol si le malade ne suivait pas un régime équilibré. Les nouveaux antirétroviraux sont moins agressifs mais ils peuvent à long terme perturber quand même l'organisme.

Dans les aspects liés à la psychologie sociale : la stigmatisation, le rejet de certaines personnes à cause de leur séropositivité demeure un domaine à explorer dans le cadre d'une alliance plus étendue.

Enfin, conscient que notre recherche n'est qu'une ébauche et que beaucoup de pistes restent à approfondir, nous pensons que, sur le plan pastoral, des dispositions doivent être envisagées pour une prise en charge efficace en vue de relever le défi lancé par l'organisation mondiale de la santé : soigner les personne infectées et éviter de nouvelles infections.

Dans le registre politique, nous en appelons à une meilleure gestion des ressources mises à la disposition des malades et nous lançons un cri à une solidarité internationale qui se pencherait davantage sur les problèmes liés aux effets secondaires des traitements antirétroviraux sur les personnes infectées. En raison de ses enjeux et de ses spécificités, la lutte contre le VIH/SIDA reste à la croisée des chemins non seulement au Togo mais aussi en Afrique et à travers le monde.

ANNEXES

ANNEXE A : LES ENQUETES QUANTITATIVES

QUESTIONNAIRE DES ENQUETES QUANTITATIVES

QUESTIONNAIRE A L'ENDROIT DE LA POPULATION GENERALE

Année 2011-2012 - Université de Strasbourg

Enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration de la thèse sur le thème: "Le Sida au Togo: enjeux éthiques et théologiques pour l'homme appelé au salut"

Par BITASSA Waguéna

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

1. Sexe de l'enquêté (notez le sexe de l'enquêté sans lui poser la question)
○ 1. Masculin ○ 2. Féminin

2. Age de l'enquêté
○ 1. 15-25 ans ○ 2. 25-35 ans ○ 3. 35-45 ans
○ 4. 45-55 ans ○ 5. 55 ans et plus

3. Statut matrimonial
○ 1. Célibataire ○ 2. Marié(e)monogame
○ 3. Marié(e)polygame ○ 4. Divorcé
○ 5. Veuf (ve)

4. Niveau d'instruction
○ 1. Aucun ○ 2. Primaire
○ 3. Secondaire ○ 4. Supérieur
○ 5. Coranique ○ 6. Alphabétisé
○ 7. Autres (à préciser)

5. Autres (à préciser)

La question n'est pertinente que si Niveau d'instruction = "Autres (à préciser)"

6. Religon
○ 1. Animiste ○ 2. Chrétienne
○ 3. Musulmane ○ 4. Autres (à préciser)

7. Autres (à préciser)

La question n'est pertinente que si Religion = "Autres (à préciser)"

8. Profession
○ 1. Fonctionnaire ○ 2. Commerçant(e) ○ 3. artisan(e)
○ 4. Cultivateur ○ 5. étudiant(e) ○ 6. Ménagère
○ 7. Retraité

9. Lieu de Résidence
○ 1. Village ○ 2. Ville

Connaissances sur le VIH/SIDA

10. Avez-vous entendu parler du Sida?
○ 1. Oui ○ 2. Non

11. Par quels termes désigne t-on le sida dans votre localité depuis son apparition?
☐ 1. Elle a attrapé l'inseste
☐ 2. elle a piétiné le clou
☐ 3. elle est au terminus
☐ 4. elle a trente trois tours
☐ 5. elle a reçu çà
☐ 6. elle est devenue l'intouchable
☐ 7. la vagabonde
☐ 8. le motard
☐ 9. elle a maigri
☐ 10. elle est morte depuis longtemps
☐ 11. la maladie du siècle
☐ 12. la défunte
☐ 13. maigrir sans mourrir
☐ 14. maladie de honte

Vous pouvez cocher plusieurs cases (13 au maximum).

12. Comment attrape t-on le sida?
☐ 1. Par le baiser
☐ 2. à la suite des rapports sexuels non protégés avec une personne infectée par le VIH/SIDA
☐ 3. par vagabondage
☐ 4. par les objets souillés de sang
☐ 5. lors de l'accouchement
☐ 6. lors de l'allaitement
☐ 7. par transfusion sanguine
☐ 8. en mangeant avec une personne séropositive
☐ 9. en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée
☐ 10. en mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive
☐ 11. Autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

13. Autres (à préciser)

La question n'est pertinente que si Comment attrape -ton le sida? = "par les objets souillés de sang"

14. Y a t-il une différence entre être séropositif et avoir le sida?

○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

15. Une personne porteuse du sida...

○ 1. Sera peut être malade ○ 2. sera certainement malade
○ 3. ne sera pas malade ○ 4. NSP

16. Comment se manifeste la maladie?

☐ 1. NSP ☐ 2. perte de poids
☐ 3. diarrhée ☐ 4. fièvre
☐ 5. paludisme ☐ 6. boutons sur le corps
☐ 7. cheveux roux ☐ 8. amaigrissement
☐ 9. lèvres rouges ☐ 10. zona
☐ 11. autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases (10 au maximum).

17. Autres (à préciser)

La question n'est pertinente que si Comment se manifeste la maladie? = "zona"

18. Que faites vous pour éviter d'attraper le sida?

☐ 1. Abstinence
☐ 2. Fidélité
☐ 3. utilisation des préservatifs
☐ 4. utilisations des objets tranchants personnels
☐ 5. utilisation des toilletes personnelles
☐ 6. éviter le contact par les personnes séropositives
☐ 7. autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

19. Autres (à préciser)

La question n'est pertinente que si Prévention de la maladie = "autres (à préciser)"

20. Le médecin devrait-il proposer systématiquement un test de dépistage du sida à tous les patients?

○ 1. Oui ○ 2. Non

21. Le dépistage devrait-il être obligatoire pour les femmes enceintes?

○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

22. Le dépistage devrait-il être obligatoire pour les étrangers aux frontières?

○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

23. Le dépistage devrait-il être obligatoire avant l'embauche dans une entreprise?

○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

24. Le sida devrait-il être obligatoire avant le mariage?

○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

25. Avez vous assisté à des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA?

○ 1. Oui ○ 2. Non

26. A quoi avez-vous été le plus sensible dans les campagnes?

☐ 1. à l'existence difficile des porteurs de virus
☐ 2. aux aspects médicaux du problèmes
☐ 3. à la ménace pour la société
☐ 4. aux risques de propagation

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

27. Dans le cadre d'une campagne de prévention à quelle personne parlant du sida accorderiez-vous le plus d'attention?

☐ 1. Personnel de santé
☐ 2. témoignage du malade et de son entourage
☐ 3. homme politique
☐ 4. journaliste
☐ 5. pairs éducateurs
☐ 6. enseigants
☐ 7. autres (à préciser)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

ATTITUDES ET CROYANCES

28. Avez vous fait le test du sida?

○ 1. Oui ○ 2. Non

29. Si oui, êtes vous allé cherchez les résultat?

○ 1. Oui ○ 2. Non

La question n'est pertinente que si Retrait des résultats = "Oui"

30. Si non, avez-vous pensé à le faire?

○ 1. Oui ○ 2. Non

La question n'est pertinente que si Test du sida? = "Non"

31. Les résultats doivent-ils rester confidentiel?

○ 1. Oui ○ 2. Non

32. On peut attraper le sida par piqûre des moustiques?

○ 1. Vrai ○ 2. Peut être ○ 3. Faux ○ 4. NSP

33. Le sida est une maladie héréditaire?

○ 1. D'accord ○ 2. tout à fait d'accord
○ 3. pas du tout d'accord ○ 4. NSP

34. Tous les homosexuels ont le sida

○ 1. D'accord ○ 2. tout à fait d'accord
○ 3. pas du tout d'accord, NSP

35. On peut attraper le sida à partir des microbes présents dans l'air ambiant

○ 1. D'accord ○ 2. tout à fait d'accord
○ 3. pas du tout d'accord ○ 4. NSP

36. Le sida n'est pas une maladie grave

○ 1. Vrai ○ 2. Faux ○ 3. NSP

37. Les prostitués, les corps habillés, les transporteurs sont plus exposés au Sida
○ 1. Vrai ○ 2. Faux ○ 3. NSP

38. Le sida est une ancienne maladie qui refait surface
○ 1. Vrai ○ 2. pas du tout vrai ○ 3. faux ○ 4. peut être

39. Le sida a été transmis à l'homme par le singe
○ 1. Vrai ○ 2. pas du tout vrai ○ 3. faux ○ 4. peut être

40. Le sida est une maladie liée à la modernité
○ 1. Vrai ○ 2. pas du tout vrai ○ 3. peut être

41. Le sida est une malediction de Dieu
○ 1. Vrai ○ 2. peut être vrai ○ 3. pas du tout vraix
○ 4. faux

42. Le sida est transmis par sorcellerie
○ 1. Vrai ○ 2. pas du tout vrai ○ 3. peut être vai
○ 4. faux

43. Les gens qui ont le sida doivent être isolés pour ne pas contaminer les autres
○ 1. Vrai ○ 2. peut être vrai ○ 3. pas du tout vrai
○ 4. faux

44. Pour éviter le sida il faut boire de la boisson ''sodabi'' avant les rapports sexuels
○ 1. Vrai ○ 2. peut être vrai ○ 3. pas du tout vrai
○ 4. faux

45. Avoir une bonne conduite sexuelle suffit pour éviter le sida
○ 1. Vrai ○ 2. peut être vrai ○ 3. pas du tout vrai
○ 4. faux

46. On peut guérir du sida
○ 1. Vrai ○ 2. peut être ○ 3. faux ○ 4. NSP

PERCEPTIONS ET RESPONSABILITE

47. A votre avis comment la société peut-elle se défendre contre cette maladie?

48. A votre avis comment la famille peut-elle s'impliquer dans la luttre contre cette maladie?

49. Le sida constitue-t-il un risque pour vous?
○ 1. Oui ○ 2. Non ○ 3. NSP

50. Le sida constitue-t-il un risque pour la société et pour certaines personnes?

51. Connaissez vous l'existence des centres de dépistage anonymes et gratuits?
○ 1. oui ○ 2. non

52. Il faut interdire l'école à un enfant malade du Sida
○ 1. Tout à fait d'accord ○ 2. plutôt d'accord
○ 3. Pas d'accord ○ 4. pas du tout d'accord

53. Il faut poursuivre poursuivre en justice un séropositif conscient de l'être qui transmet le virus au cours d'un rapport sexuel sans préservatif
○ 1. tout à fait d'accord ○ 2. plutôt d'accord
○ 3. pas d'accord ○ 4. pas du tout d'accord

54. Estimez vous que le malade du sida ...
☐ 1. a besoin de sympathie et de solidarité
☐ 2. souffre beaucoup
☐ 3. est responsable de ce qui lui arrive
☐ 4. est dangereux pour les autres
☐ 5. coûte cher à la société
☐ 6. a droit au meilleur traitement possible
☐ 7. n'a pas le droit de travailler dans les hôpitaux
Vous pouvez cocher plusieurs cases.

55. Avez-vous autre chose à dire sur ce sujet?

I.LES DONNEES

200 questionnaires : Source : Waguéna BITASSA, Questionnaire d'enquêtes quantitatives.

Genre	Age	Statut Matrimonial	Niveau d'instruction	Religion	Profession	Lieu de résidence	Elle a Attrapé l'inceste	Elle a Piétiné le clou
M	35-45	Marié(e) monogame	Supérieur	Chrétienne	Fonctionnaire	Ville	NON	NON
F	35-45	Divorcé	Secondaire	Chrétienne	Commerçant(e)	Village	NON	OUI
M	45-55	Veuf (ve)	Supérieur	Animiste	Fonctionnaire	Ville	NON	NON
M	35-45	Marié(e) polygame	Primaire	Protestante	Artisan(e)	Ville	NON	OUI
F	15-25	Célibataire	Secondaire	Chrétienne	Étudiant(e)	Ville	NON	NON
M	45-55	Marié(e) monogame	Secondaire	Musulmane	Commerçant(e)	Ville	OUI	NON

◈Statistique confirmatoire/exploratoire

On ne parlera pas « d'échantillon », qui serait issu d'une« population » car nous ne sommes pas dans une problématique de « statistique confirmatoire ». L'échantillon ne permet pas de tout dire sur une population.

Nous sommes dans une problématique de statistique exploratoire qui consiste à identifier dans les 200 questionnaires les régularités et les réponses clivantes.

II. TRIS A PLAT

1- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtes

Tableau 1

genre	Effectifs
Féminin	68
Masculin	132

Tableau 2

Age	Effectifs
15-25 ans	50
25-35 ans	57
35-45 ans	54
45-55 ans	29
55 ans et plus	10

Tableau 3

Statut	Effectifs
Célibataire	60
Divorcé	3
Marié(e)monogame	108
Marié(e)polygame	21
Veuf (ve)	8

Tableau 4

Niveau d'instruction	Effectifs
Alphabétisé	2
Aucun	11
Coranique	7
Primaire	36
Secondaire	70
Supérieur	74

Tableau 5

Religion	Effectifs
Animiste (RTA)	30
Chrétienne	127
Musulmane	42
Protestante	1

Tableau 6

La religion chrétienne est ici catholique

D'après Wikepédia au Togo la répartition est :

Animiste (RTA)	50%
Catholicisme	26%
Islam	15%
Protestantisme	9%

Tableau 7

Profession	Effectifs
Fonctionnaire	61
Commerçant(e)	41
artisan(e)	32
étudiant(e)	25
Elève	13
Cultivateur	10
Ménagère	8
Retraité	6
Autres(à préciser)	4

Tableau 8

Lieu de résidence	Effectifs
Village	53
Ville	147

2- Connaissances sur le VIH/SIDA

10. Avez-vous entendu parler du SIDA ?

Les 200 personnes interrogées ont coché « oui ». Cette question a été ôtée du fichier.

11. Par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité depuis son apparition ?

par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité…	Effectifs
la maladie du siècle	121
maladie de honte	67
la vagabonde	36
maigrir sans mourrir	34
elle est au terminus	18
elle a maigri	17
elle a piétiné le clou	14
le motard	13
elle a reçu çà	12
elle a trente trois tours	11
elle est devenue l'intouchable	9
elle est morte depuis longtemps	8
la défunte	2

12- Comment attrape-t-on le sida ?

comment attrape-t-on le sida 3	Effectifs
rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SIDA	150
par vagabondage	138
par les objets souillés de sang	120
par transfusion sanguine	113
lors de l'accouchement	86
lors de l'allaitement	73
en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée	15
en mangeant avec une personne séropositive	13
Par le baiser	4
en mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive	4

14. Y a-t-il une différence entre être positif et avoir le sida ?

Différence Séropositif/	Effectifs
Non	37
NSP	25
Oui	137

15. Une personne porteuse du sida…

Une personne porteuse du sida...	Effectifs
ne sera pas malade	4
sera certainement malade	119
Sera peut être malade	76

16. Comment se manifeste la maladie ?

comment se manifeste le sida	Effectifs
perte de poids	163
diarrhée	137
cheveux roux	103
zona	89
boutons sur le corps	81
fièvre	75
amaigrissement	56
paludisme	48
lèvres rouges	4

18. Que faites-vous pour éviter d'attraper le sida ?

que faites-vous pour éviter d'attraper le sida?	Effectifs
utilisation des préservatifs	144
Fidélité	140
utilisations des objets tranchants personnels	85
Abstinence	22
utilisation des toilettes personnelles	20
éviter le contact par les personnes séropositives	13

20. Le médecin devrait-il proposer systématiquement un test de dépistage du sida à tous les patients ?

….devrait….	Effectifs (oui)
le médecin…un test à tous les patients	190
dépistage pour les femmes enceintes	174
dépistage…obligatoire pour les étrange	97
depistage obligatoire avant l'embauche	81
dépistage obligatoire avant le mariage	144

25. Avez-vous assisté à des campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA ?

Campagne de sensibilisation?	Effectifs
Non	13
Oui	186

26. A quoi avez-vous été le plus sensible dans les campagnes ?

à quoi avez-vous été le plus sensible dans les campagnes?	Effectifs
à l'existence difficile des porteurs de virus	180
aux aspects médicaux du problèmes	108
aux risques de propagation	86
à la ménace pour la société	77

27. Dans le cadre d'une campagne de prévention à quelle personne parlant du sida accorderiez-vous le plus d'attention ?

dans le cadre…. À quelle personne ..le plus d'attention?	Effectifs
Personnel de santé	186
témoignage du malade et de son entourage	86
pairs éducateurs	70
enseignants	57
journaliste	35
homme politique	14

3- Attitudes et croyances

28. Avez-vous fait le test du sida ?

Test du sida?	Effectifs
Non	88
Oui	112
Retrait des résultats	**Effectifs**
Non	4
Oui	93

Intention de faire le test	Effectifs
Non	31
Oui	57
Confidentialité des résulats?	**Effectifs**
Non	19
Oui	180

32. On peut attraper le sida par des piqûres des moustiques ?

moustiques	Effectifs
faux	138
Peut être	30
vrai	32

33. Le sida est une maladie héréditaire ?

	tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	pas du tout d'accord
Le sida est une maladie héréditaire?	12	19	129	40
Tous les homosexuels ont le sida	15	11	64	78
Mode de transmission par microbes	11	50	94	44

36. Le sida n'est pas une maladie grave ?

Le sida n'est pas une maladie grave	Effectifs
faux	182
NSP	6
vrai	12

37. Les prostitués, les corps habillés, les transporteurs sont plus exposés au Sida ?

Prost./corsps habi./transp. plus exposé	Effectifs
faux	50
NSP	1
vrai	149

38. Le sida est une ancienne maladie qui refait surface ?

sida ancienne maladie	Effectifs
faux	96
pas du tout vrai	23
peut être	31
vrai	50

39. Le sida a été transmis à l'homme par le singe ?

Sida transmis à l'homme par le singe	Effectifs
faux	160
pas du tout vrai	16
peut être	12
vrai	12

40. Le sida est une maladie liée à la modernité ?

sida maladie liée à la modernité	Effectifs
oui	79
peut être	97
pas du tout vrai	24

41. Le sida est une malédiction de Dieu ?

Le sida est une malediction de Dieu	Effectifs
faux	45
pas du tout vrai	21
peut être vrai	64
vrai	70

42. Le sida est transmis par sorcellerie ?

sida transmis par sorcellerie	Effectifs
faux	81
pas du tout vrai	23
peut être vrai	28
vrai	68

43. Les gens qui ont le sida doivent être isolés pour ne pas contaminer les autres ?

Isolation des malades	Effectifs
faux	91
pas du tout vrai	22
peut être vrai	25
vrai	62

44. Pour éviter le sida il faut boire de la boisson « sodabi » avant les rapports sexuels ?

boire sodabi pour éviter le sida	Effectifs
faux	153
pas du tout vrai	20
peut être vrai	16
vrai	11

45. Avoir une bonne conduite sexuelle suffit pour éviter le sida ?

bonne conduite sexuelle évite le sida	Effectifs
faux	57
pas du tout vrai	12
peut être vrai	22
vrai	109

46. On peut guérir du sida ?

On peut guérir du sida	Effectifs
faux	144
peut être	13
vrai	38
NSP	5

4- Perceptions et responsabilités

47. A votre avis comment la société peut-elle se défendre contre cette maladie ?

☑Variable textuelle[258]

48. A votre avis comment la famille peut s'impliquer dans la lutte contre cette maladie ?

49. Le sida constitue-t-il un risque pour vous ?

Risque du sida pour vous?	Effectifs
Non	35
Oui	128

50. Le sida constitue-t-il un risque pour la société et pour certaines personnes ?

51. Connaissez-vous l'existence des centres de dépistage anonymes et gratuits ?

connaissance des centres de dépistage	Effectifs
non	27
oui	172

52. Il faut interdire l'école à un enfant malade du sida

intediction école à un enfant malade	Effectifs
pas du tout d'accord	1
Pas d'accord	151
plutôt d'accord	31
Tout à fait d'accord	17

[258] Les variables « textuelles » ont été étudiées avec Laure PAIRET, Maître de Conférences à l'IAE de Picardie, En analyse des données textuelles on sait de quoi les gens parlent (les mots), on ne sait pas ce qu'ils disent

53. Il faut poursuivre en justice un séropositif conscient de l'être qui transmet le virus au cours d'un rapport sexuel sans préservatif ?

Poursuite en justice d'un séropositif	Effectifs
pas d'accord	180
plutôt d'accord	14
tout à fait d'accord	6

54. Estimez-vous que le malade du sida…

estimez-vous que le malade du sida ….	Effectifs
a besoin de sympathie et de solidarité	162
souffre beaucoup	104
a droit au meilleur traitement possible	104
est responsable de ce qui lui arrive	55
coûte cher à la société	29
est dangereux pour les autres	23
n'a pas le droit de travailler dans les hôpitaux	10

55. Avez-vous autre chose à dire sur ce sujet ?

©L'ensemble des questions ouvertes

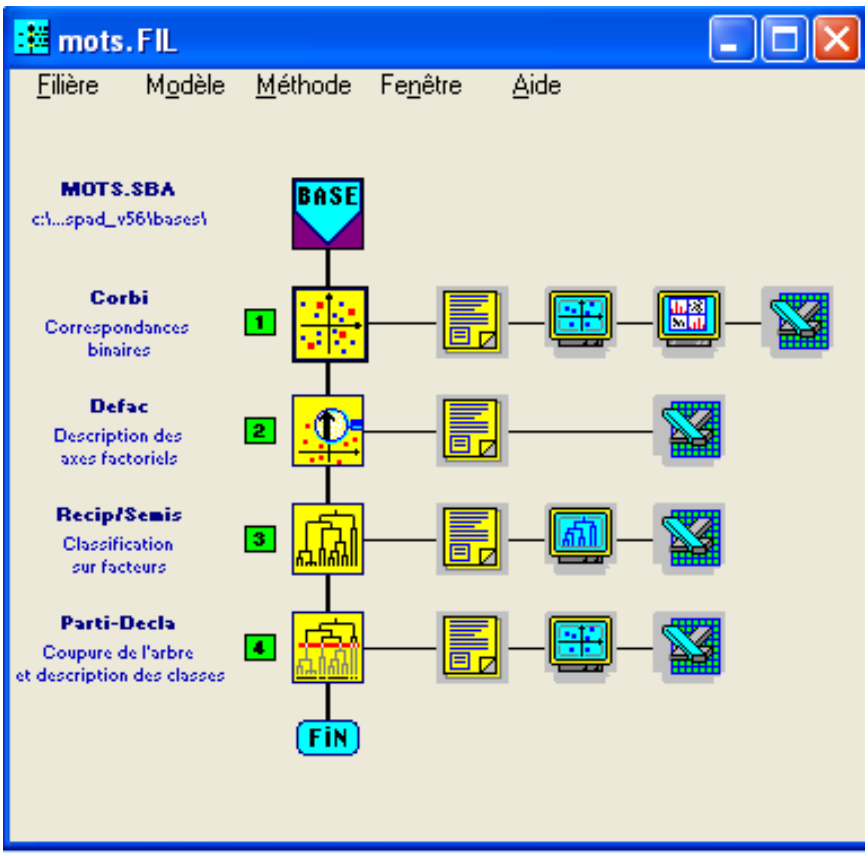
Tableau lexical de contingence des mots et expressions les plus fréquents croisés avec la religion

Le mot « conseil » est le plus fréquent : il apparait163 fois dans l'ensemble des questionnaires, dont 100 fois dans des questionnaires « chrétiens ».

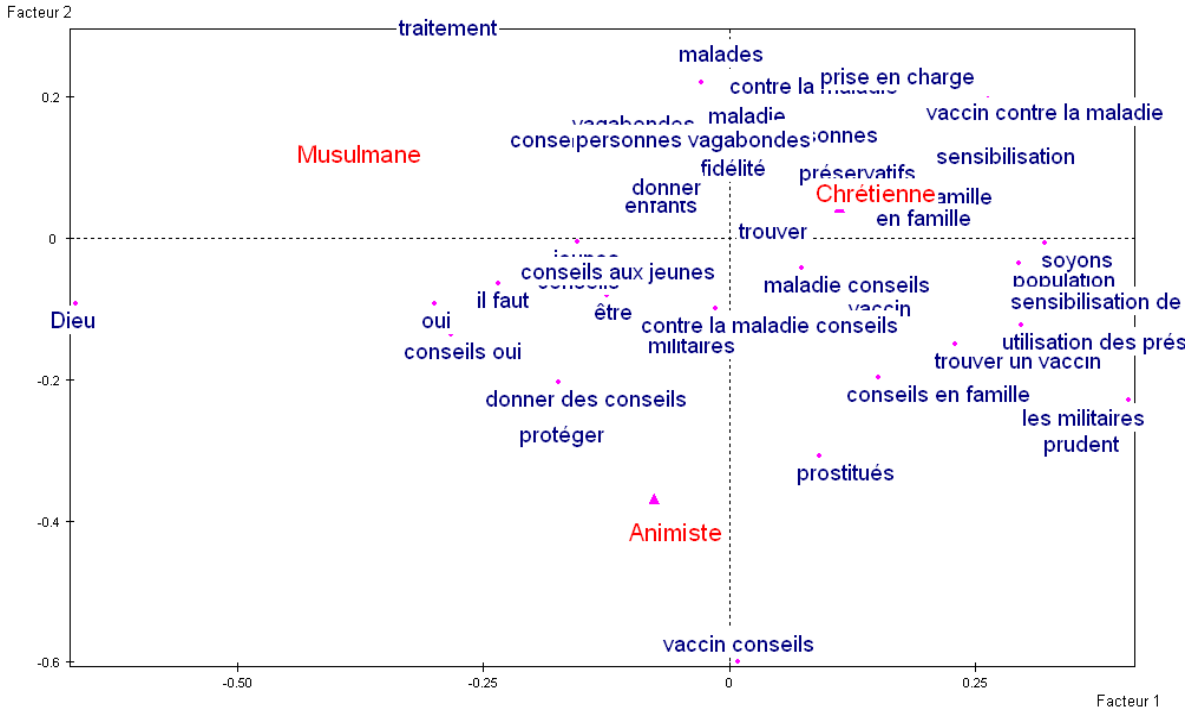
MOT	Animiste	Chrétienne	Musulmane	Protestante	Total
conseils	25	100	37	1	**163**
Oui	16	49	24	1	**90**
vaccin	13	63	10	0	**86**
maladie	6	56	15	0	**77**
contre la maladie	4	49	12	0	**65**
trouver	8	43	10	0	**61**
personnes	5	45	10	0	**60**
fidélité	6	41	11	0	**58**

enfants	6	32	10	1	**49**
sensibilisation	4	38	5	0	**47**
donner	5	29	9	1	**44**
Conseils aux enfants	4	27	10	1	**42**
trouver un vaccin	7	31	3	0	**41**
prostitués	9	26	4	1	**40**
préservatifs	4	30	6	0	**40**
famille	4	30	4	0	**38**
vaccin contre la maladie	2	32	4	0	**38**
jeunes	5	22	8	0	**35**
vagabondes	3	23	8	0	**34**
en famille	4	26	4	0	**34**
malades	2	24	7	0	**33**
population	4	25	2	1	**32**
personnes vagabondes	3	22	7	0	**32**
conseils oui	6	17	8	0	**31**
militaires	5	18	5	1	**29**
conseils aux jeunes	4	17	6	0	**27**

Une procédure de traitement :



Analyse factorielle du tableau de contingence :

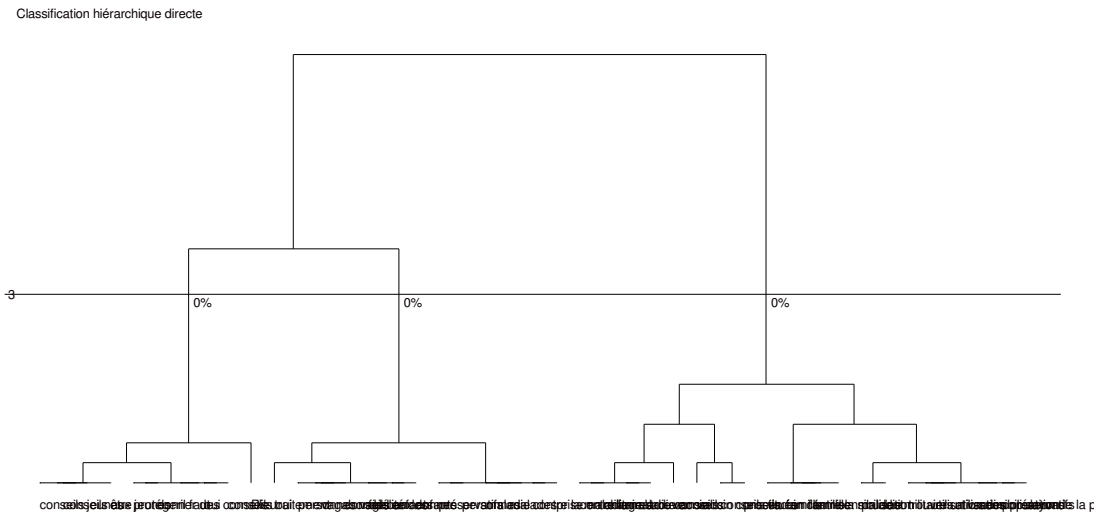


Le mot « Dieu » est fortement sur-représenté dans les questionnaires « musulmans ».

Une classification :

Des expressions qui ont une structure de répartition (des %) religieuse proche seront regroupés.

Trois groupes d'expressions : « vert », « rouge » et « violet », homogènes quant à leur structure de répartition religieuse.



vert
il faut
conseils
être
conseils aux jeunes
jeunes
oui
conseils oui
donner des conseils
protéger
militaires

rouge
fidélité
maladie
personnes vagabondes
donner
personnes
malades
vagabondes
contre la maladie
enfants
préservatifs

violet
trouver un vaccin
vaccin
population
utilisation
utilisation des préservatifs
en famille
famille
sensibilisation de la population
conseils en famille

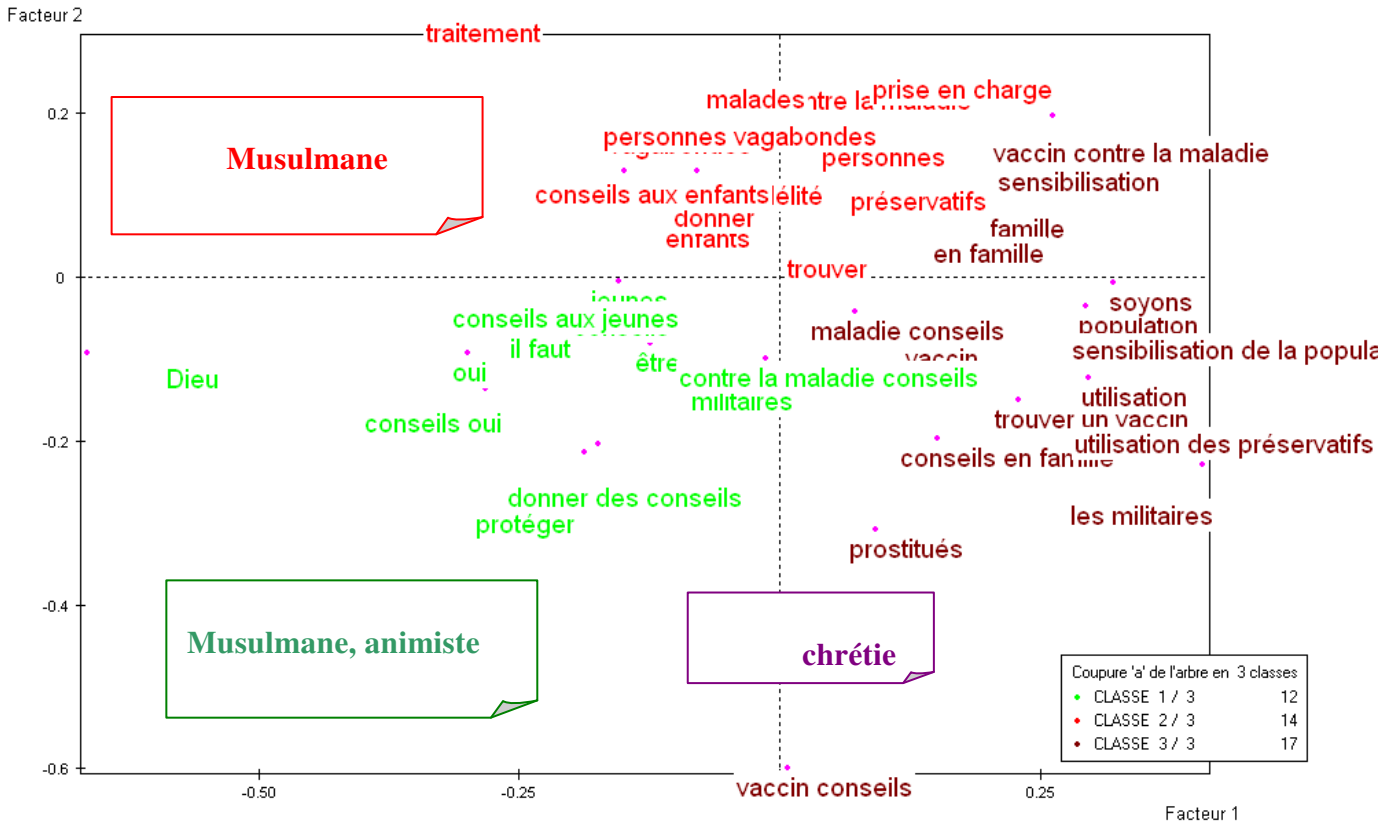
Les religions (peu) clivées par les groupes de mots

vert	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Musulmane	17	24	286
Animiste	13	17	218
Chrétienne	69	59	1138

rouge	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Musulmane	17	20	286
Chrétienne	69	71	1138
Animiste	13	9	218

violet	% dans l'ensemble	% dans le groupe de mots	Nombre d'expressions
Chrétienne	69	76	1138
Animiste	13	15	218
Musulmane	17	9	286

Résumé :



En particulier, la variable textuelle 55- « Avez-vous autre chose à dire sur ce sujet ? »

Voici les mots les plus fréquents croisés avec la religion.

MOT	Animiste	Chrétienne	Musulmane	Protestante
fidélité[259]	4	25	4	
et	1	30	2	0
il faut	3	13	6	0
soyons	2	14	1	0
Dieu	3	6	6	0
prudent	3	11	0	0
préservatifs	0	11	2	0
être	2	8	2	0
avoir	1	9	1	0
prudence	0	9	2	0
fidèles	2	6	2	0
comportement	1	7	1	0
fidélité et	0	8	1	0
maladie	1	5	1	0
vaccin	1	6	0	0
prudence	0	7	0	0
soyons prudent	1	6	0	0
remettre	0	3	3	0
sexuel	0	4	1	1
trouver	1	5	0	0
prudence et fidélité	0	6	0	0
remettre à Dieu	0	3	3	0
soyons fidèles	1	4	1	0
trouver un vaccin	1	5	0	0
prier	0	2	3	0
prière	0	5	0	0
vigilance	2	3	0	0
bon comportement	1	3	1	0
comportement sexuel	0	4	1	0
se remettre à Dieu	0	3	2	0
trouver un vaccin	1	4	0	0

Etre dans une relation de « fidélité » et avoir un « comportement » marqué par la « prudence »

[259]Le mot « fidélité » apparait 33 fois dans les questionnaires, dont 25 fois dans des questionnaires « chrétiens ». C'est un « marqueur », un mot quasiment exclusif des chrétiens, ainsi que « et » ce qui donne peut-être matière à réflexion.

Le mot « fidélité » apparait 33 fois dans les questionnaires, dont 25 fois dans des questionnaires « chrétiens ». C'est un « marqueur », un mot quasiment exclusif des chrétiens, ainsi que « et » ce qui donne peut-être matière à réflexion.

Voici les mots les plus fréquents croisés avec la religion.

MOT	Animiste	Chrétienne	Musulmane	Protestante
fidélité	4	25	4	0
et	1	30	2	0
il faut	3	13	6	0
soyons	2	14	1	0
Dieu	3	6	6	0

Il paraît être également un marqueur pour les animistes et les musulmans qui le citent plus que les autres mots (pour les musulmans mis à part « Dieu » et « il faut » qui comptent 6 citations). Il nous semble que pour les questionnaires « chrétiens », nous serions en présence d'une population en mutation qui revendiquent dans les discours une appartenance collective, mais qui –en pratique- s'attache se définir en tant qu'individu propre. La « fidélité » du couple organise plus le discours que les « fidèles » de la religion.

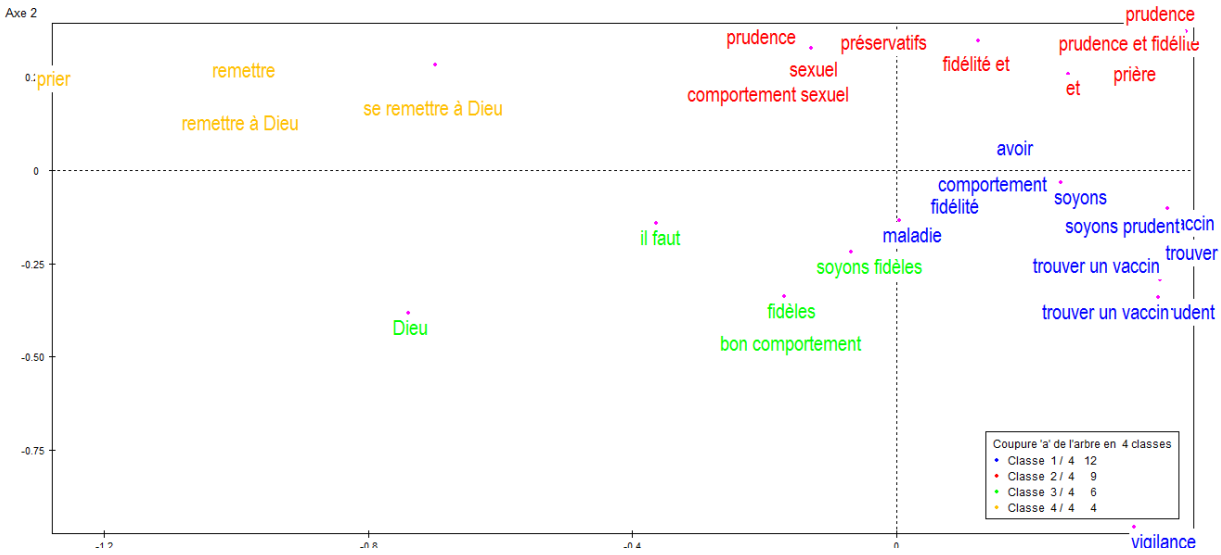
La religion ne porterait plus autant les cadres qui organisent la culture des chrétiens enquêtés : « Dieu » rassemble seulement 6 citations, et est même dépassé par les «préservatifs » cités 11 fois (2 fois plus) gage d'une protection de l'individu (et de sa/son partenaire) ce qui signe à la fois le détachement de la sphère religieuse et de ses dogmes et tout autant l'inscription dans la « Cité » des individus.

Ainsi, si les dimensions collectives demeurent, elles restent prégnantes dans des discours : [« et » 30 fois cité, « soyons » 14 fois cité et « soyons » 13 fois cité] qui continuent à fonctionner et peut-être qui rassurent dans ce monde en crise de la ville où les solidarités traditionnelles se sont éloignées et ont été fragilisées. Ces discours manifestent une éducation et une culture religieuse souvent forgée au village mais qui commence à se défaire avec les comportements générés par les modes de vie urbains. Finalement si les individus continuent à se

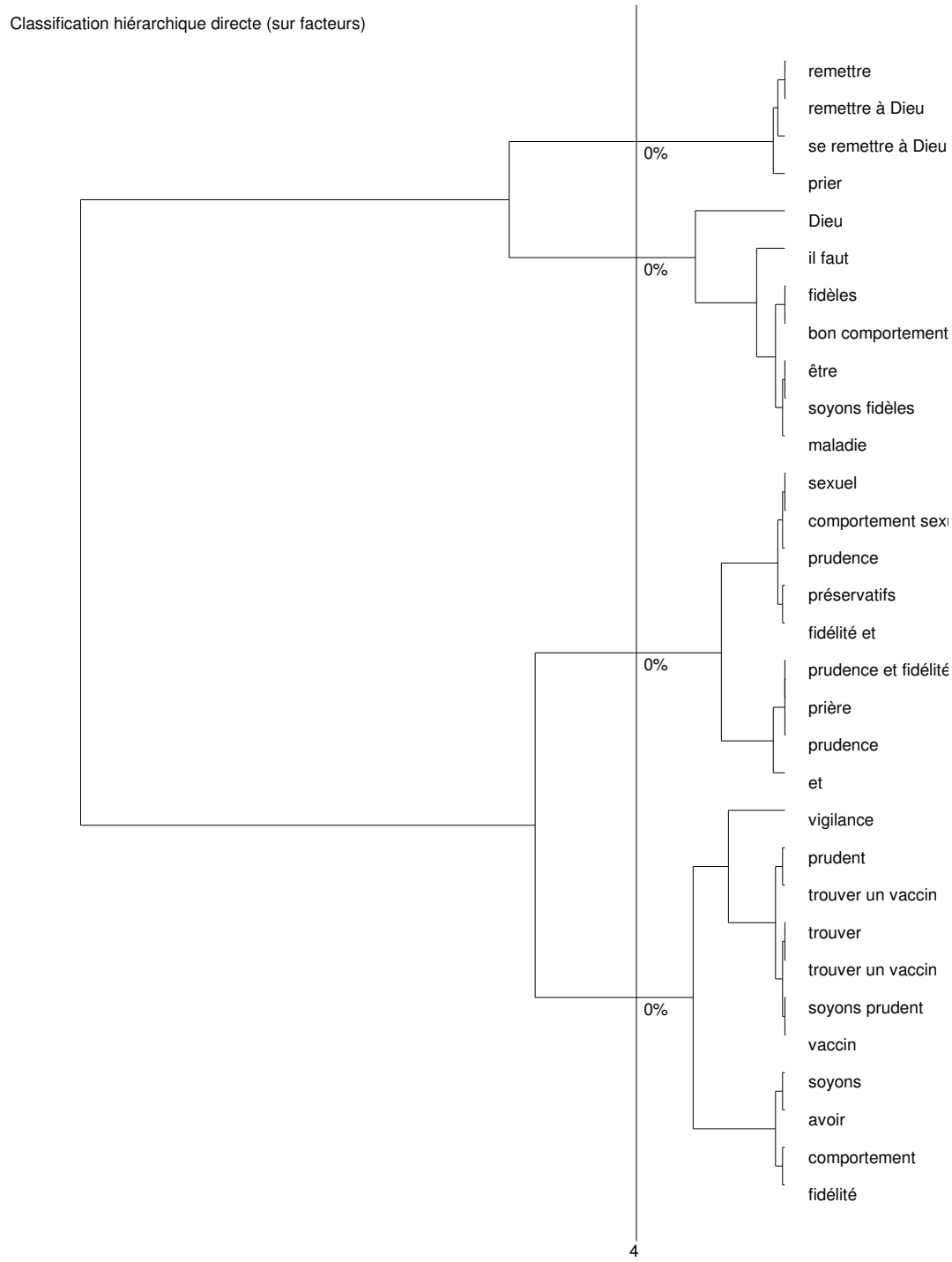
référer à une appartenance collective cela provient surtout du fait qu'ils ont quitté le village ; ce déracinement nécessite le recours à une appartenance communautaire dans les discours alors que dans les faits, ce sont les relations interindividuelles construites sur les affinités et des proximités personnelles qui désormais se développent à côté des référents religieux en déclin. Ainsi la « fidélité » (25 fois cité) s'associe avant tout à des pratiques qui nous renvoient d'abord au sujet-individu, à travers la sphère privée du couple conjugal comme en témoigne la conjonction des variables « prudence et fidélité » (6 fois cité) et «fidélité et » (8 fois cité).

Associations :

Seront regroupés dans un même cluster les mots et expressions dont la structure de répartition par religion est proche. Spad suggère 4 clusters de mots :



Une classification :



Mots « bleus »
Soyons
comportement
Fidélité
Trouver
trouver un vaccin
Vaccin
soyons prudent
Avoir
Maladie
trouver un vaccin

Mots « rouges »
fidélité et
et
préservatifs
prudence
prudent
prudence et fidélité
prière
sexuel
comportement sexuel

Mots « verts »
il faut
fidèles
bon comportement
être
soyons fidèles
Dieu

Mots « jaunes »
remettre
remettre à Dieu
prier
se remettre à Dieu

	Nombre de mots	%	Nombre d'occurrences	%
Mots « bleus »	11	35%	120	38%
Mots « rouges »	9	29%	94	30%
Mots « verts »	7	23%	77	25%
Mots « jaunes »	4	13%	22	7%
	31	100%	313	100%

Religions sur-représentées (en gras) et sous-représentées dans les groupes de mots : Les religions sont nettement clivantes

Mots « bleus »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Animiste	**10**	**15**	**32**[260]
Musulmane	15	6	46

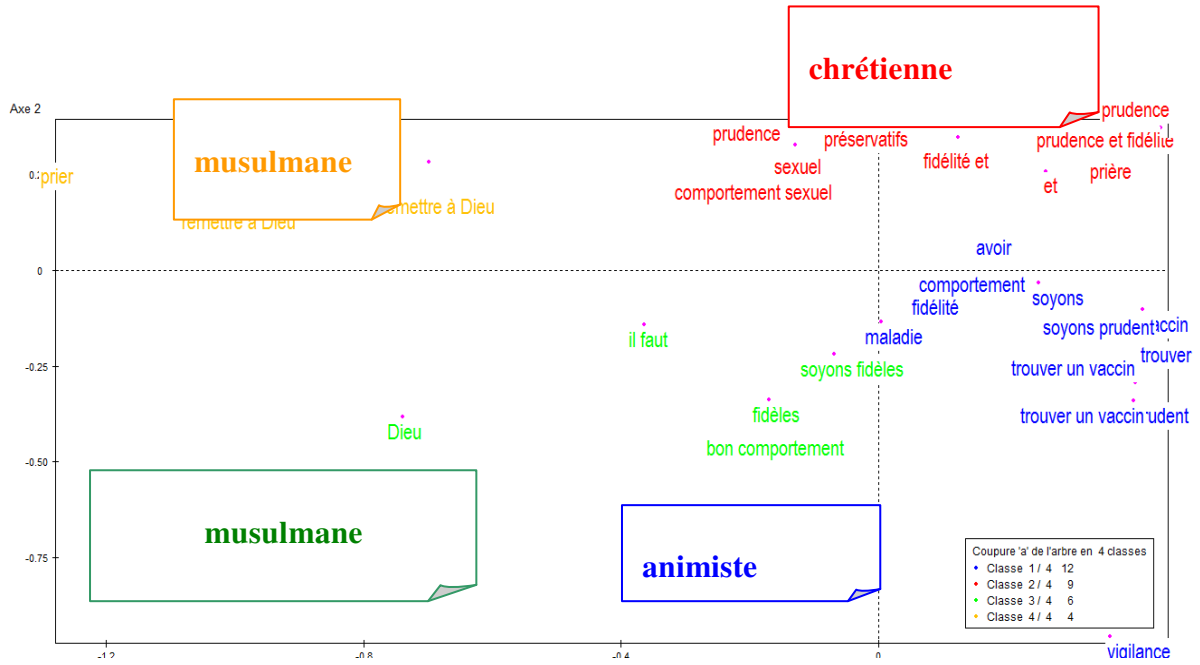
Mots « rouges »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Chrétienne	**75**	**89**	**235**
Animiste	10	1	32

Mots « verts »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Musulmane	**15**	**26**	**46**
Chrétienne	75	57	235

Mots « jaunes »	% dans l'ensemble des mots	% dans le cluster	Poids
Musulmane	**15**	**50**	**46**
Chrétienne	**75**	**50**	**235**

[260] Les « animistes » utilisent 32 mots ou expressions soit 32/313=10% de l'ensemble. Dans le cluster des « mots bleus » les « animistes » sont sur-représentés, ils représentent 15% des mots. Les chrétiens, au contraire, sont sous-représentés ce cluster, ils ne représentent que 6% des mots contre 15% dans l'ensemble.

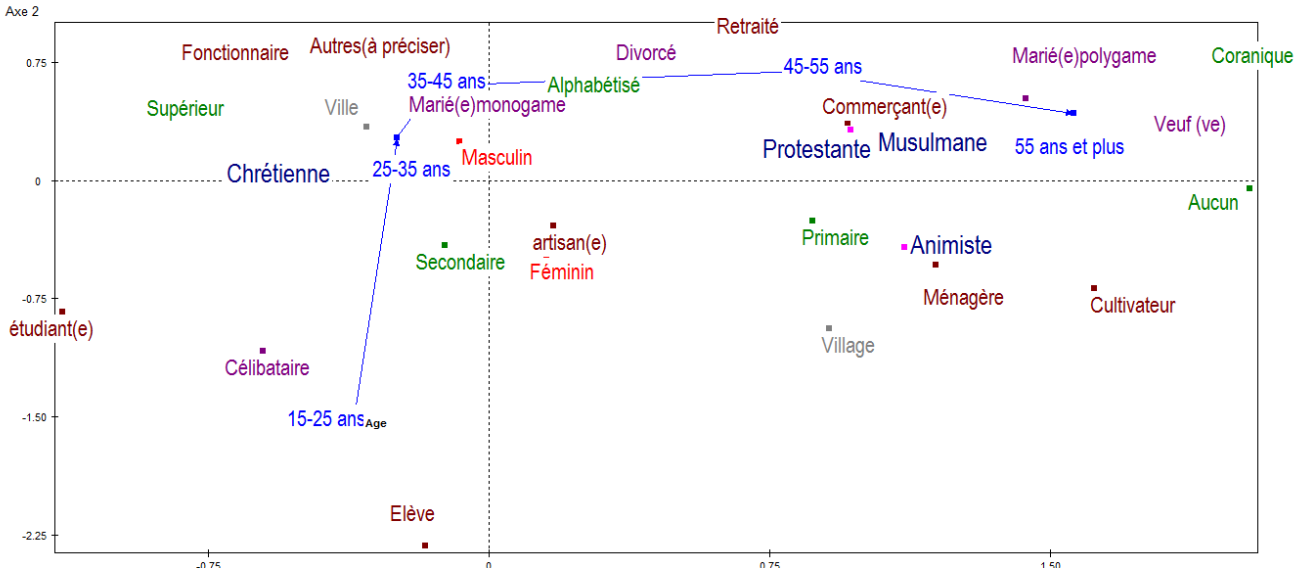
Résumé : la religion sur-représentée dans chaque groupe de mot :



◈Typologies socio-économiques

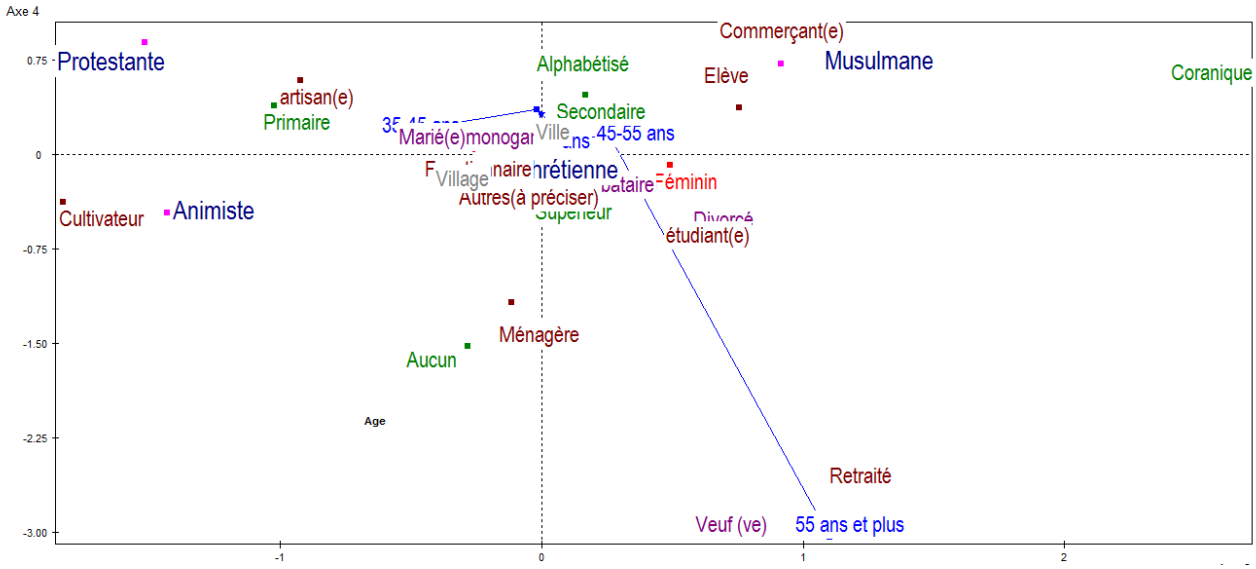
Variables « actives » susceptibles d'être clivantes dans la détermination des groupes : les caractéristiques socio-économiques. Les groupes sont intra-homogènes et extra-hétérogènes : des individus avec de nombreuses réponses en commun aux variables-questions « actives » seront agrégés dans un même groupe.

Ces réponses communes qui les agrègent les différencient des autres.



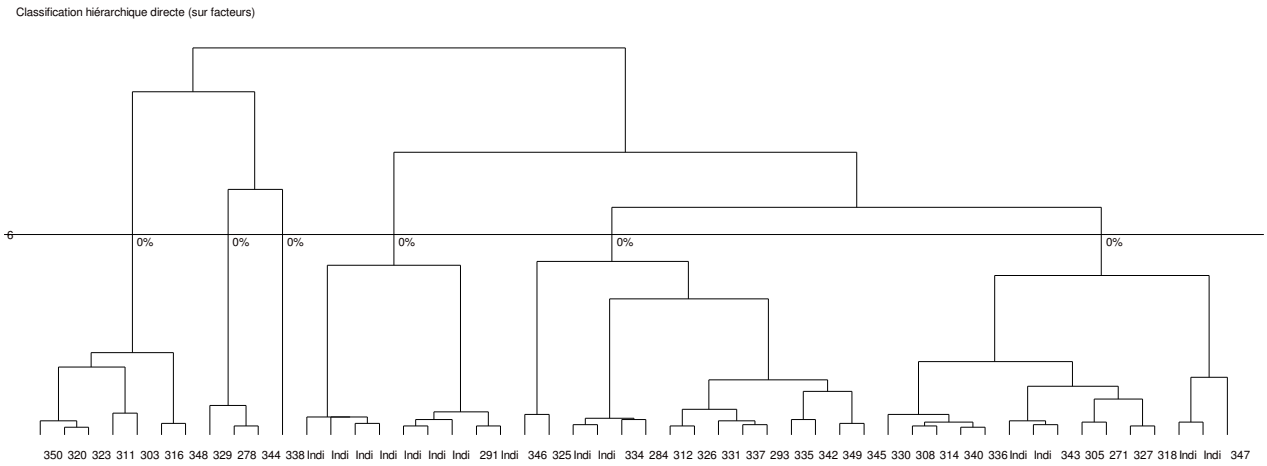
Les chrétiens sont « sur-représentés [261]» chez les plus jeunes, les élèves, les étudiants.

Les animistes sont « sur-représentés » chez les cultivateurs, les artisans de niveau d'étude primaire



Classification hiérarchique :

Spad suggère 3 et 6 groupes



[261] « sur-représenté » signifie exactement que le % dans la catégorie (les citadins par exemple) est supérieur au % dans l'ensemble des 200 personnes. Il n'y a aucun jugement de valeur.

◈Version 6 groupes sociaux

Des petits groupes sont plus homogènes, d'où leur intérêt, mais il peut s'agir d'artefacts.

Les caractéristiques socio-économiques les plus sur-représentées dans les groupes :

Groupe 1/6 (66 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Profession	Fonctionnaire	89	31	61
Niveau d'instruction	Supérieur	74	37	74
Lieu de résidence	Ville	98	74	147
Religion	Chrétienne	91	64	127
Statut matrimonial	Marié(e)monogame	79	54	108
Age	35-45 ans	47	27	54
Genre	Masculin	82	66	132
Profession	Autres (à préciser)	6	2	4

Lecture : Les chrétiens sont 127, soit 127/200 = 64% de l'ensemble. Dans le groupe 1/6, 91% des individus sont chrétiens.

Groupe 2/6 (26 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Profession	Étudiant(e)	96	13	25
Statut matrimonial	Célibataire	92	30	60
Age	15-25 ans	73	25	50
Niveau d'instruction	Supérieur	81	37	74
Religion	Chrétienne	96	64	127
Lieu de résidence	Ville	100	74	147

Groupe 3/6 (13 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Profession	Elève	100	7	13
Age	15-25 ans	100	25	50
Niveau d'instruction	Secondaire	100	35	70
Statut matrimonial	Célibataire	92	30	60
Lieu de résidence	Village	85	27	53

Groupe 4/6 (11 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Age	55 ans et plus	91	5	10
Profession	Retraité	55	3	6
Statut matrimonial	Veuf (ve)	45	4	8
Niveau d'instruction	Aucun	27	6	11

Groupe 5/6 (49 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Profession	artisan(e)	61	16	32
Niveau d'instruction	Primaire	57	18	36
Religion	Animiste	45	15	30
Lieu de résidence	Village	53	27	53
Profession	Cultivateur	16	5	10
Profession	Ménagère	12	4	8

Groupe 6/6 (35 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Effectif
Profession	Commerçant(e)	91	21	41
Religion	Musulmane	71	21	42
Statut matrimonial	Marié(e)polygame	43	11	21
Niveau d'instruction	Coranique	14	4	7
Age	45-55 ans	31	15	29
genre	Féminin	51	34	68
Niveau d'instruction	Secondaire	51	35	70

☝Les réponses (connaissances, attitudes, croyances, perceptions et responsabilité) les plus clivées par les 6 groupes sociaux :

Groupe 1/6 (66 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Différence Séropositif/ malade du sida[262]	*Oui*	*97*	*69*	*137*
La maladie du siècle	*OUI*	*91*	*61*	*121*
Intention de faire le test	**Réponse manquante**	*83*	*56*	*112*
Test du sida?	*Oui*	*83*	*56*	*112*
Sida transmis par sorcellerie	*NON*	*67*	*41*	*81*
Par les objets souillés de sang	*OUI*	*85*	*60*	*120*
Retrait des résultats	*Oui*	*70*	*47*	*93*
A droit au meilleur traitement possible	*OUI*	*74*	*52*	*104*
Sida ancienne maladie	*NON*	*70*	*48*	*96*
Interdiction école à un enfant malade	*Pas d'accord*	*92*	*76*	*151*
Aux aspects médicaux du problèmes	*OUI*	*74*	*54*	*108*
On peut guérir du sida	*NON*	*89*	*72*	*144*
Lors de l'allaitement	*OUI*	*56*	*37*	*73*
Par transfusion sanguine	*OUI*	*76*	*57*	*113*
A la menace pour la société	*OUI*	*58*	*39*	*77*
Tous les homosexuels ont le sida	*pas du tout d'accord*	*58*	*39*	*78*
Sida maladie liée à la modernité	*peut être*	*67*	*49*	*97*
Isolation des malades	*NON*	*64*	*46*	*91*
Est responsable de ce qui lui arrive	*NON*	*88*	*73*	*145*
Lors de l'accouchement	*OUI*	*61*	*43*	*86*
Connaissance des centres de dépistage	*oui*	*97*	*86*	*172*
Risque du sida pour vous ?	*Oui*	*79*	*64*	*128*
Rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SID	*OUI*	*88*	*75*	*150*
Mode de transmission par microbes	*Pas d'accord*	*62*	*47*	*94*
Aux risques de propagation	*OUI*	*58*	*43*	*86*
Elle a piétiné le clou	*NON*	*100*	*93*	*186*
Pairs éducateurs	*OUI*	*48*	*35*	*70*
La vagabonde	*NON*	*92*	*82*	*164*
Est dangereux pour les autres	*NON*	*97*	*89*	*177*
Bonne conduite sexuelle évite le sida	*NON*	*41*	*29*	*57*

[262]. 137 personnes répondent « oui » à la question « *Différence Séropositif/ malade du sida* », soit 69% des 200 répondants. Ils sont 64 dans ce cluster de 66 individus, soit 97%.

Groupe 2/6 (26 individus)	Modalités s	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
pairs éducateurs	*OUI*	*77*	*35*	*70*
Le sida est une malédiction de Dieu	*NON*	*62*	*23*	*45*
la maladie du siècle	*OUI*	*96*	*61*	*121*
Intention de faire le test	**Réponse manquante**	*92*	*56*	*112*
Test du sida ?	*Oui*	*92*	*56*	*112*
Risque du sida pour vous ?	*Oui*	*96*	*64*	*128*
sida transmis par sorcellerie	*NON*	*73*	*41*	*81*
Isolation des malades	*NON*	*77*	*46*	*91*
Retrait des résultats	*Oui*	*77*	*47*	*93*
bonne conduite sexuelle évite le sida	*NON*	*58*	*29*	*57*
enseignants	*OUI*	*58*	*29*	*57*
par transfusion sanguine	*OUI*	*85*	*57*	*113*
maladie de honte	*NON*	*92*	*67*	*133*
sida maladie liée à la modernité	*peut être*	*77*	*49*	*97*
Différence Séropositif/ malade du sida	*Oui*	*92*	*69*	*137*
interdiction école à un enfant malade	*Pas d'accord*	*96*	*76*	*151*
utilisation des préservatifs	*OUI*	*92*	*72*	*144*
Une personne porteuse du sida...	*Sera peut-être malade*	*62*	*38*	*76*
aux aspects médicaux du problèmes	*OUI*	*77*	*54*	*108*
diarrhée	*OUI*	*88*	*69*	*137*
Mode de transmission par microbes	*Pas d'accord*	*69*	*47*	*94*
par les objets souillés de sang	*OUI*	*81*	*60*	*120*
a droit au meilleur traitement possible	*OUI*	*73*	*52*	*104*
par vagabondage	*NON*	*50*	*31*	*62*

Groupe 3/6 (13 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Mode de transmission par microbes	*Pas d'accord*	*85*	*47*	*94*
Intention de faire le test	*Oui*	*62*	*29*	*57*
On peut guérir du sida	*NON*	*100*	*72*	*144*
est responsable de ce qui lui arrive	*NON*	*100*	*73*	*145*
Fidélité	*NON*	*62*	*30*	*60*
connaissance des centres de dépistage	*non*	*38*	*14*	*27*
Tous les homosexuels ont le sida	*Pas d'accord*	*62*	*32*	*64*
Le sida est une maladie héréditaire ?	*Pas d'accord*	*92*	*65*	*129*

Groupe 4/6 (11 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Intention de faire le test	*Non*	*64*	*16*	*31*
Confidentialité des résultats ?	*Non*	*45*	*10*	*19*
utilisation des préservatifs	*NON*	*64*	*28*	*56*
Tous les homosexuels ont le sida	*NSP*	*45*	*16*	*32*

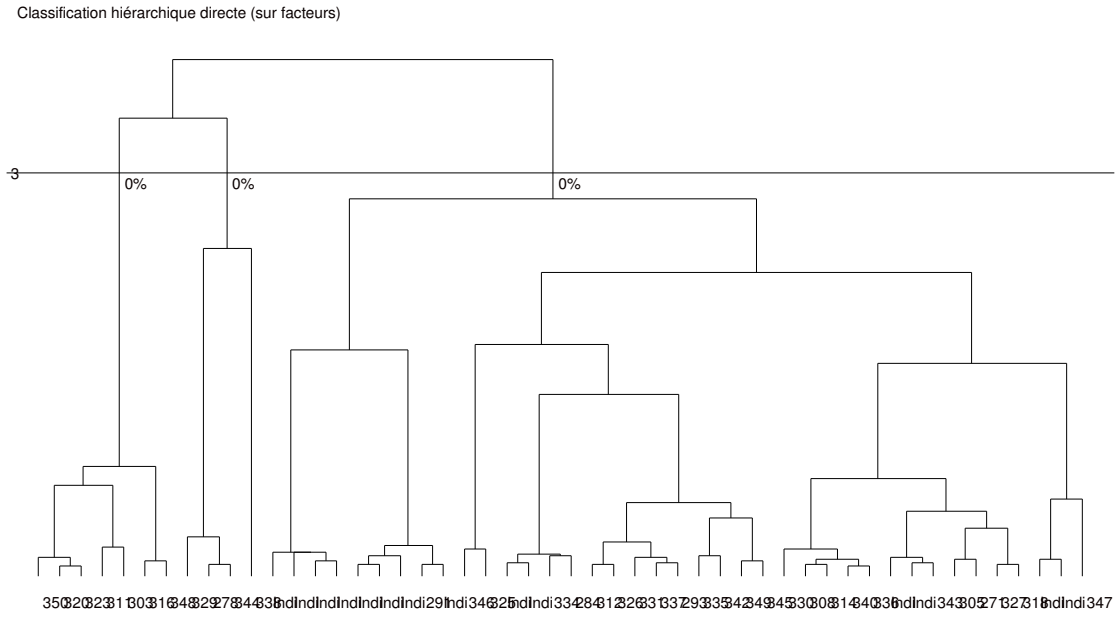
Groupe 5/6 (49 individus)	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Test du sida ?	*Non*	*76*	*44*	*88*
sida transmis par sorcellerie	*OUI*	*63*	*34*	*68*
par les objets souillés de sang	*NON*	*69*	*40*	*80*
Le sida est une malédiction de Dieu	*OUI*	*63*	*35*	*70*
Intention de faire le test	*Oui*	*55*	*29*	*57*
pairs éducateurs	*NON*	*90*	*65*	*130*
Retrait des résultats	**Réponse manquante**	*78*	*52*	*103*
La maladie du siècle	*NON*	*65*	*40*	*79*
Mode de transmission par microbes	*D'accord*	*47*	*25*	*50*
sida ancienne maladie	*OUI*	*47*	*25*	*50*

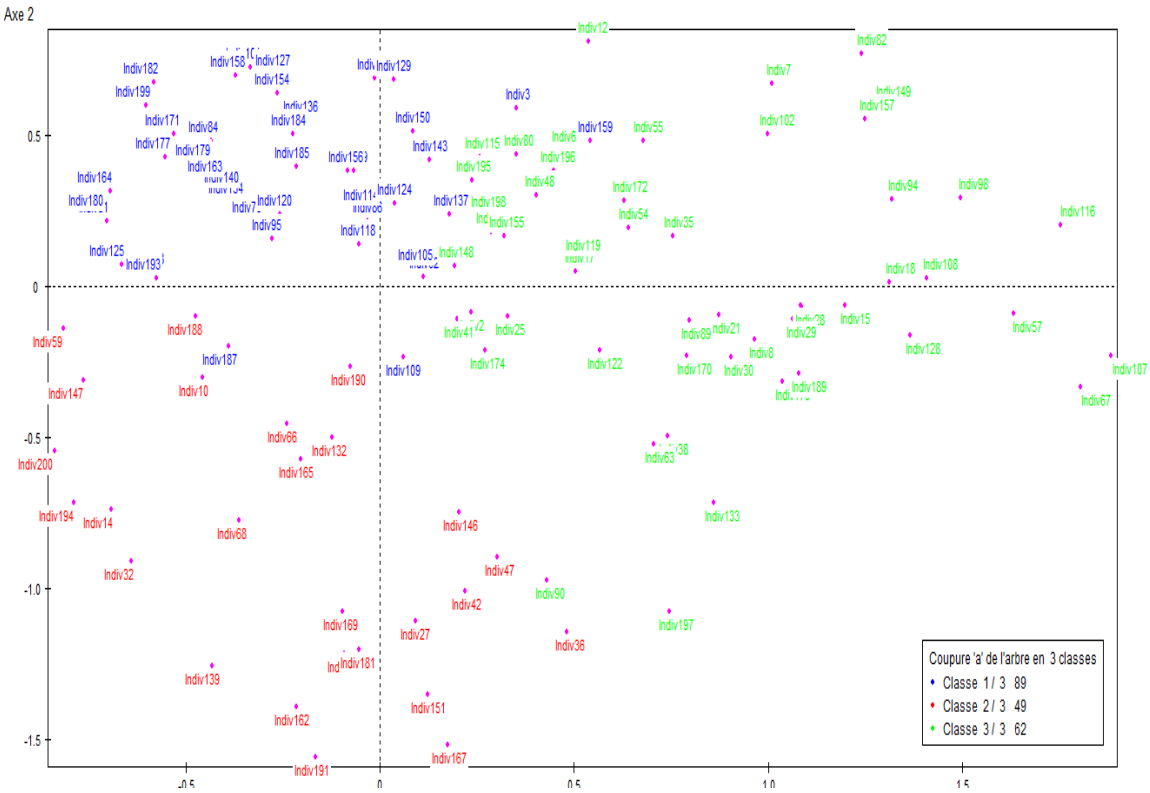
Groupe 6/6 (35 individus)	**Modalités**	**% dans le groupe**	**% dans l'ensemble des 200 individus**	**Effectif**
La maladie du siècle	*NON*	*77*	*40*	*79*
Zona	*NON*	*83*	*56*	*111*
En mangeant avec une personne séropositive	*OUI*	*23*	*7*	*13*
Obligation de dépistage femme enceinte	*Non*	*31*	*12*	*23*
Intention de faire le test	*Non*	*37*	*16*	*31*
Interdiction école à un enfant malade	*Tout à fait d'accord*	*26*	*9*	*17*
A droit au meilleur traitement possible	*NON*	*74*	*48*	*96*
Boire sodabi pour éviter le sida	*OUI*	*20*	*6*	*11*
Elle a piétiné le clou	*OUI*	*23*	*7*	*14*
Mode de transmission par microbes	*D'accord*	*49*	*25*	*50*
Proposition du dépistage par le médecin	*Non*	*17*	*5*	*9*
Mode de transmission piqûre moustique	*Peut être*	*34*	*15*	*30*
Risque du sida pour vous ?	*Non*	*37*	*18*	*35*

RESUME/ SIMPLIFICATIONS, CARICATURES :

Groupe	Représentant typique : ce qu'il est	Opinion/attitude… distinctive
1/6	Un Fonctionnaire, de niveau d'études Supérieur, citadin, de religion chrétienne, Marié(e)monogame, 35-45 ans, de sexe masculin	Fait la différence séropositif/SIDA, ne pense pas que le SIDA se transmette par sorcellerie, le mot le plus utilisé est « maladie du siècle »,
2/6	Un étudiant(e) célibataire, 15-25 ans, d'éducation supérieure, chrétien, citadin	Fait confiance aux pairs éducateurs, ne pense pas que le SIDA soit une malédiction de Dieu, ni qu'il soit transmis par sorcellerie, le mot le plus utilisé est « maladie du siècle », pense que le SIDA est un risque pour lui
3/6	Un élève, de 15-25 ans, études secondaires, célibataire, habitant dans un village	Ne pense pas que le SIDA soit transmis par les microbes, a l'intention de faire un test, ne pense pas qu'on puisse guérir du SIDA, la fidélité n'est pas un moyen pour ne pas attraper le SIDA, ne connait pas les centres de dépistage
4/6	Un veuf(ve), retraité, de 55 ans et plus, pas d'études	N'a pas l'intention de faire un test, n'utilise pas de préservatif, ne sait pas si tous les homosexuels ont le SIDA
5/6	Un artisan un cultivateur ou une ménagère, niveau d'études primaire, animiste, habitant à la campagne	N'a pas l'intention de faire un test, pense que le SIDA se transmet par sorcellerie, pas par les objets souillés de sang, pense que le SIDA est une malédiction de Dieu
6/6	Une commerçante, musulmane, mariée-polygame, de 45-55 ans ; études secondaires ou coraniques	On attrape le SIDA en mangeant avec une personne séro-positive, n'a pas l'intention de faire un test, ne pense pas qu'un malade ait droit au meilleur traitement possible, pour l'interdiction de l'école à un enfant malade.

Version 3 groupes sociaux : « bleu », « rouge », « vert »





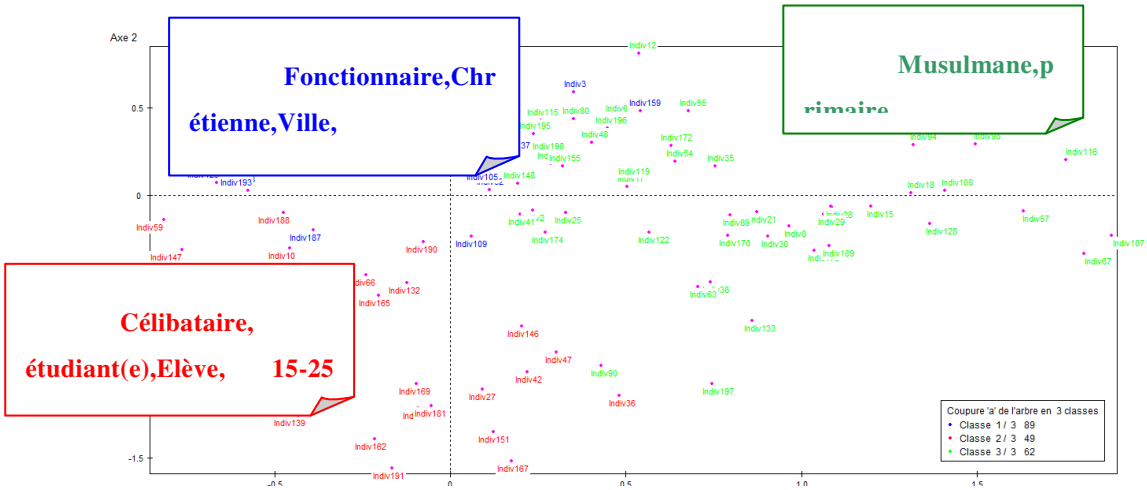
Caratéristiques socio-économiques clivantes (police normale) et attitudes, opinions, … clivées (en italique) :

Groupe « bleu » 89 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Profession	**Fonctionnaire**	**66**	**31**	**61**
Religion	**Chrétienne**	**91**	**64**	**127**
Lieu de résidence	**Ville**	**98**	**74**	**147**
Statut matrimonial	**Marié(e)monogame**	**81**	**54**	**108**
Différence Séropositif/ malade du sida	***Oui***	***92***	***69***	***137***
Niveau d'instruction	**Supérieur**	**61**	**37**	**74**
La maladie du siècle	***OUI***	***83***	***61***	***121***
Test du sida ?	***Oui***	***76***	***56***	***112***
Intention de faire le test	****Réponse manquante****	***76***	***56***	***112***
Sida transmis par sorcellerie	***NON***	***61***	***41***	***81***
Retrait des résultats	***Oui***	***66***	***47***	***93***
A la menace pour la société	***OUI***	***56***	***39***	***77***
A droit au meilleur traitement possible	***OUI***	***70***	***52***	***104***
Age	**35-45 ans**	**43**	**27**	**54**
Isolation des malades	***NON***	***62***	***46***	***91***
Par les objets souillés de sang	***OUI***	***75***	***60***	***120***
Aux aspects médicaux du problèmes	***OUI***	***69***	***54***	***108***
Sida maladie liée à la modernité	***Peut-être***	***63***	***49***	***97***
Interdiction école à un enfant malade	***Pas d'accord***	***88***	***76***	***151***
Connaissance des centres de Dépistage	***Oui***	***96***	***86***	***172***
Sida ancienne maladie	***NON***	***62***	***48***	***96***
Genre	**Masculin**	**79**	**66**	**132**
Lors de l'allaitement	***OUI***	***49***	***37***	***73***
Par transfusion sanguine	***OUI***	***70***	***57***	***113***
Risque du sida pour vous ?	***Oui***	***76***	***64***	***128***
Tous les homosexuels ont le sida	***Pas du tout d'accord***	***52***	***39***	***78***
Coûte cher à la société	***NON***	***94***	***86***	***171***
On peut guérir du sida	***NON***	***83***	***72***	***144***
Lors de l'accouchement	***OUI***	***55***	***43***	***86***
Témoignage du malade et de son entourage	***OUI***	***55***	***43***	***86***
Age	**25-35 ans**	**39**	**29**	**57**

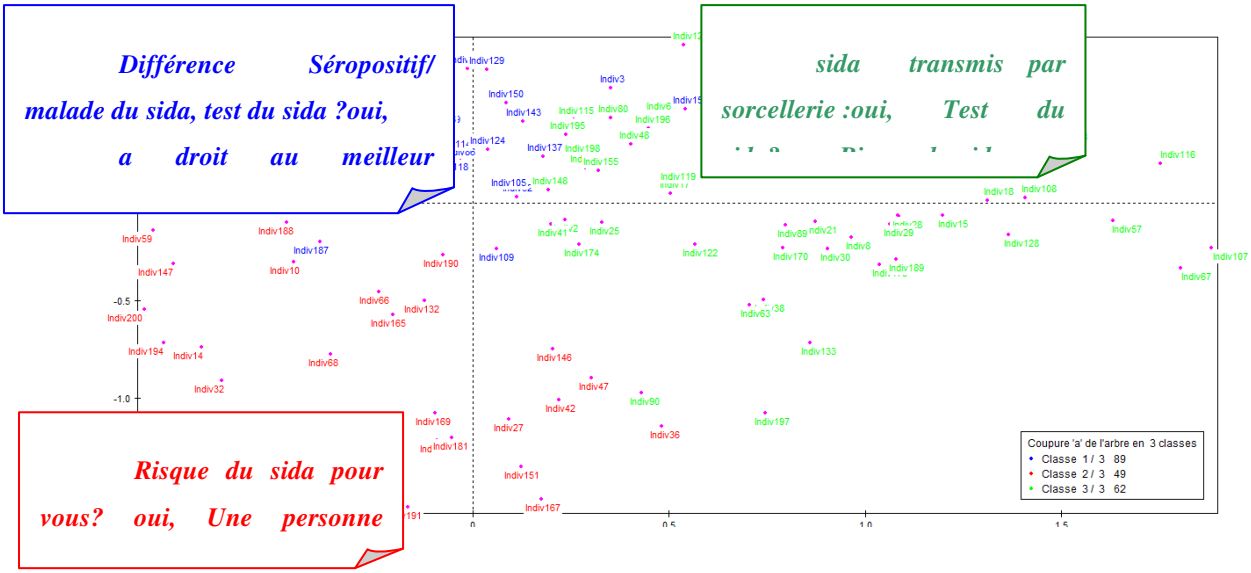
Groupe « rouge » 49 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Age	**15-25 ans**	**88**	**25**	**50**
Statut matrimonial	**Célibataire**	**92**	**30**	**60**
Profession	**Étudiant(e)**	**47**	**13**	**25**
Profession	**Elève**	**27**	**7**	**13**
Risque du sida pour vous ?	***Oui***	***86***	***64***	***128***
Genre	**Féminin**	**55**	**34**	**68**
Religion	**Chrétienne**	**84**	**64**	**127**
Une personne porteuse du sida...	***Sera peut-être malade***	***59***	***38***	***76***
Mode de transmission piqûre moustique	***NON***	***86***	***69***	***138***
Lèvres rouges	***OUI***	***8***	***2***	***4***
Niveau d'instruction	**Secondaire**	**51**	**35**	**70**
Le sida est une malédiction de Dieu	***NON***	***37***	***23***	***45***
Mode de transmission par microbes	***Pas d'accord***	***63***	***47***	***94***
Bonne conduite sexuelle évite le sida	***NON***	***43***	***29***	***57***
Est responsable de ce qui lui arrive	***NON***	***86***	***73***	***145***
Pairs éducateurs	***OUI***	***49***	***35***	***70***
Différence Séropositif/ malade du sida	***Oui***	***82***	***69***	***137***
Isolation des malades	***NON***	***59***	***46***	***91***
En mangeant avec une personne séropositive	***NON***	***100***	***94***	***187***
Le motard	***NON***	***100***	***94***	***187***
Enseignants	***OUI***	***41***	***29***	***57***
Utilisation des préservatifs	***OUI***	***84***	***72***	***144***
On peut guérir du sida	***NON***	***84***	***72***	***144***

Groupe « vert » 62 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 individus	Effectif
Mode de transmission par microbes	*D'accord*	*61*	*25*	*50*
Religion	**Musulmane**	**53**	**21**	**42**
La maladie du siècle	*NON*	*76*	*40*	*79*
Sida transmis par sorcellerie	*OUI*	*69*	*34*	*68*
Niveau d'instruction	**Primaire**	**47**	**18**	**36**
Statut matrimonial	**Marié(e)polygame**	**32**	**11**	**21**
Test du sida ?	*Non*	*77*	*44*	*88*
Profession	**Commerçant(e)**	**48**	**21**	**41**
Intention de faire le test	*Non*	*40*	*16*	*31*
Isolation des malades	*OUI*	*61*	*31*	*62*
Retrait des résultats	**Réponse manquante**	*82*	*52*	*103*
Par les objets souillés de sang	*NON*	*71*	*40*	*80*
Différence Séropositif/ malade du sida	*Non*	*44*	*19*	*37*
Sida maladie liée à la modernité	*OUI*	*69*	*40*	*79*
Tous les homosexuels ont le sida	*NSP*	*39*	*16*	*32*
Religion	**Animiste**	**37**	**15**	**30**
Lieu de résidence	**Village**	**53**	**27**	**53**
Différence Séropositif/ malade du sida	*NSP*	*32*	*13*	*25*
Sida ancienne maladie	*OUI*	*50*	*25*	*50*
Le sida est une malédiction de Dieu	*OUI*	*61*	*35*	*70*
Risque du sida pour vous ?	*Non*	*39*	*18*	*35*
Est responsable de ce qui lui arrive	*OUI*	*52*	*28*	*55*
Enseignants	*NON*	*94*	*72*	*143*
Par transfusion sanguine	*NON*	*69*	*44*	*87*
Zona	*NON*	*81*	*56*	*111*
Niveau d'instruction	**Aucun**	**18**	**6**	**11**
A droit au meilleur traitement possible	*NON*	*73*	*48*	*96*
Profession	**Cultivateur**	**16**	**5**	**10**
A la menace pour la société	*NON*	*84*	*62*	*123*
Rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SID	*NON*	*45*	*25*	*50*
Pairs éducateurs	*NON*	*85*	*65*	*130*
On peut guérir du sida	*OUI*	*37*	*19*	*38*
Interdiction école à un enfant malade	*Plutôt d'accord*	*32*	*16*	*31*
Aux aspects médicaux du problèmes	*NON*	*68*	*46*	*92*

❶Résumé :Caractéristiques clivantes (et sur-représentées)



❷Opinions, croyances, .. ; attitudes clivées, sur-représentées dans les clusters :



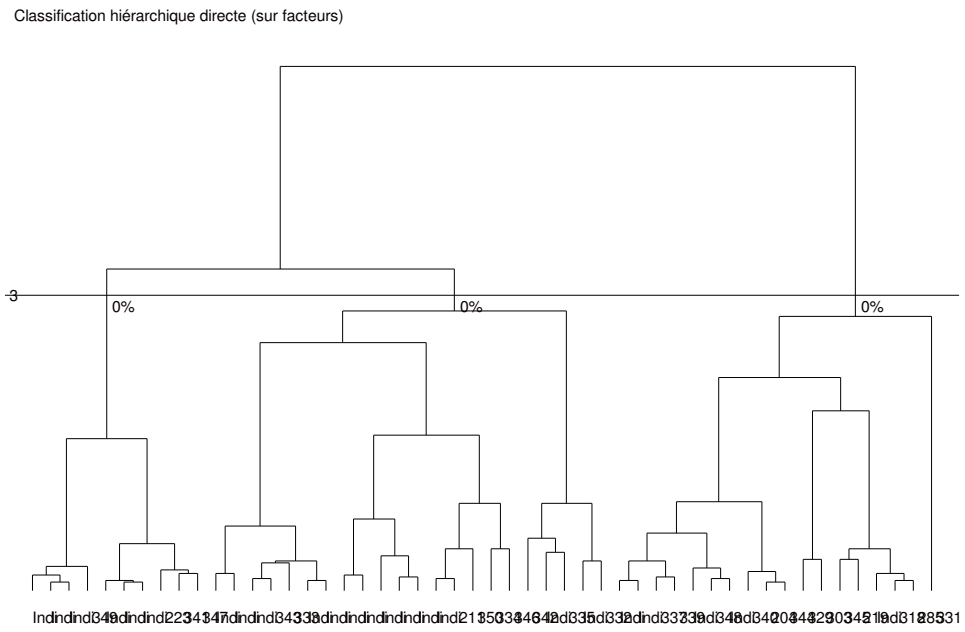
❸Trois groupes de mots pour dire la chose

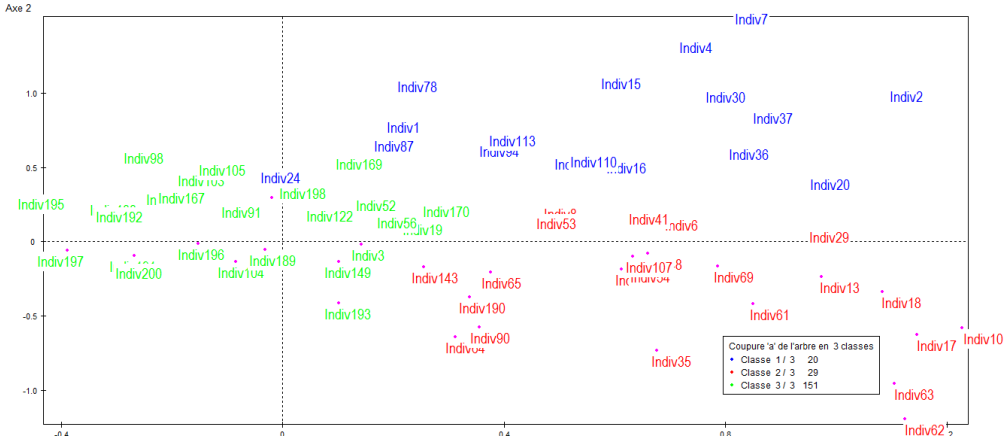
Variables « actives » susceptibles d'agréger/différencier les répondants.

11-Par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité depuis son apparition ?

par quels termes désigne-t-on le sida dans votre localité…	Effectifs
la maladie du siècle	121
maladie de honte	67
la vagabonde	36
maigrir sans mourrir	34
elle est au terminus	18
elle a maigri	17
elle a piétiné le clou	14
le motard	13
elle a reçu çà	12
elle a trente trois tours	11
elle est devenue l'intouchable	9
elle est morte depuis longtemps	8
la défunte	2

Spad propose 3 groupes d'individus.





Cluster "lapis" 20 individus	Modalité	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
Elle a maigri	OUI	75	9	17
La vagabonde	OUI	70	18	36
Elle a piétiné le clou	OUI	40	7	14
Elle a reçu çà	OUI	35	6	12
Maigrir sans mourir	OUI	40	17	34

Cluster "rubis", 29 individus	Modalité	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
Le motard	OUI	41	7	13
Elle est au terminus	OUI	45	9	18
Elle est devenue l'intouchable	OUI	31	5	9
Elle a trente trois tours	OUI	31	6	11
Elle est morte depuis longtemps	OUI	17	4	8
Elle a attrapé l'inceste	OUI	28	11	22
Elle a piétiné le clou	OUI	21	7	14
Elle a reçu çà	OUI	17	6	12

Cluster "émeraude", 151 individus	Modalité	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
La maladie du siècle	OUI	75	61	121
Maladie de honte	OUI	42	34	67

☑Qui dit/entend quoi ?

Catégories les plus clivées

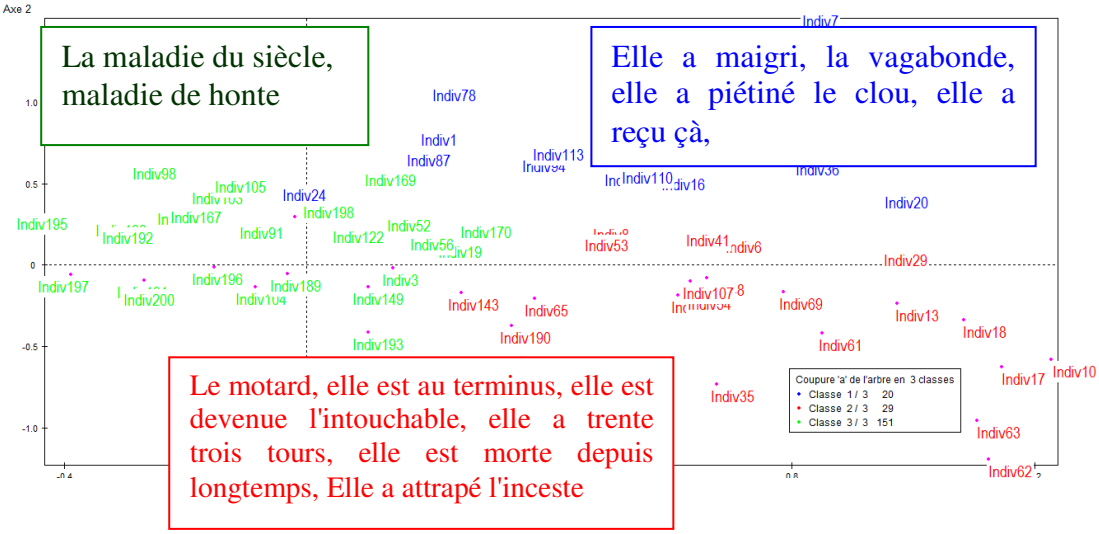
Cluster "lapis" 20 individus	Modalités	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
Statut matrimonial	*Marié(e)polygame*	*30*	*11*	*21*
Niveau d'instruction	*Primaire*	*40*	*18*	*36*
Lieu de résidence	*Village*	*50*	*27*	*53*
Religion	*Musulmane*	*40*	*21*	*42*
Profession	*Cultivateur*	*15*	*5*	*10*
Profession	*Artisan(e)*	*30*	*16*	*32*
Age	*15-25 ans*	*40*	*25*	*50*
Niveau d'instruction	*Coranique*	*10*	*4*	*7*
Age	*55 ans et plus*	*10*	*5*	*10*
Religion	*Animiste*	*20*	*15*	*30*

Cluster "rubis" 29 individus	Modalités	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
Profession	*Commerçant(e)*	*41*	*21*	*41*
Religion	*Musulmane*	*41*	*21*	*42*
Lieu de résidence	*Village*	*45*	*27*	*53*
Religion	*Animiste*	*28*	*15*	*30*
Niveau d'instruction	*Primaire*	*31*	*18*	*36*
Niveau d'instruction	*Aucun*	*14*	*6*	*11*
Statut matrimonial	*Marié(e)polygame*	*21*	*11*	*21*
Age	*25-35 ans*	*41*	*29*	*57*
Profession	*Artisan(e)*	*24*	*16*	*32*
Genre	*Masculin*	*76*	*66*	*132*
Niveau d'instruction	*Secondaire*	*45*	*35*	*70*

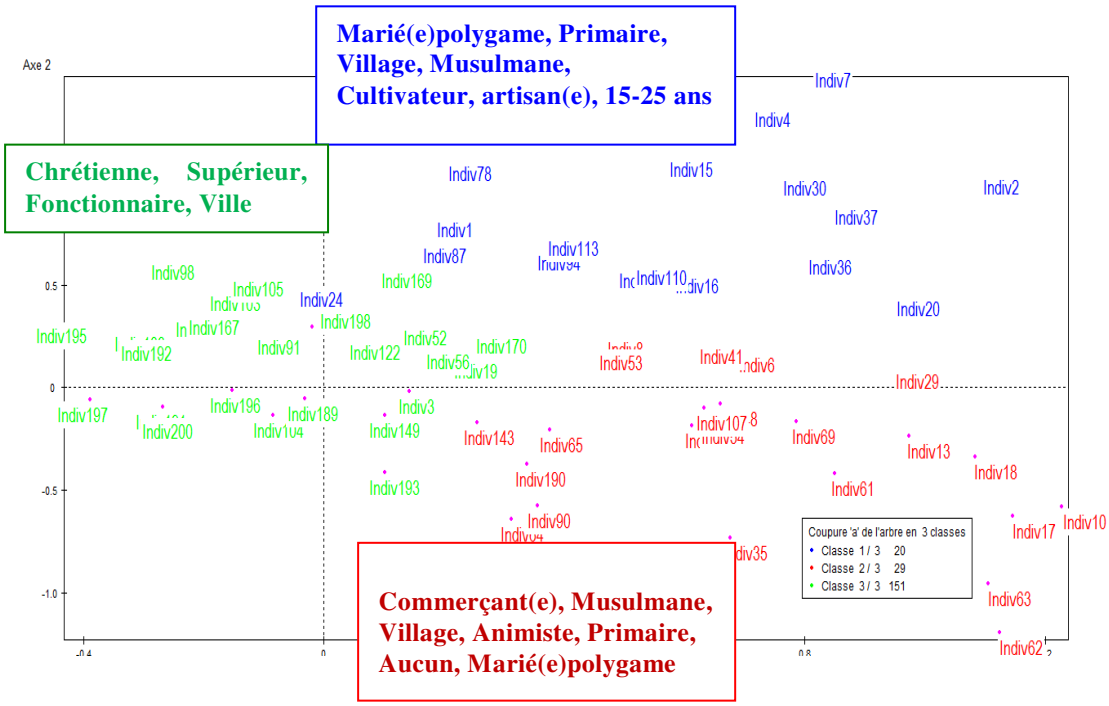
Cluster "émeraude", 151 individus	Modalités	% dans le cluster	% dans l'ensemble des 200 individus	Poids
Religion	*Chrétienne*	*74*	*64*	*127*
Niveau d'instruction	*Supérieur*	*46*	*37*	*74*
Profession	*Fonctionnaire*	*38*	*31*	*61*
Lieu de résidence	*Ville*	*80*	*74*	*147*

☑Résumé

Les expressions sur-repésentées :



Qui dit/entend quoi ?



◈Comment attrape-t-on le SIDA ?

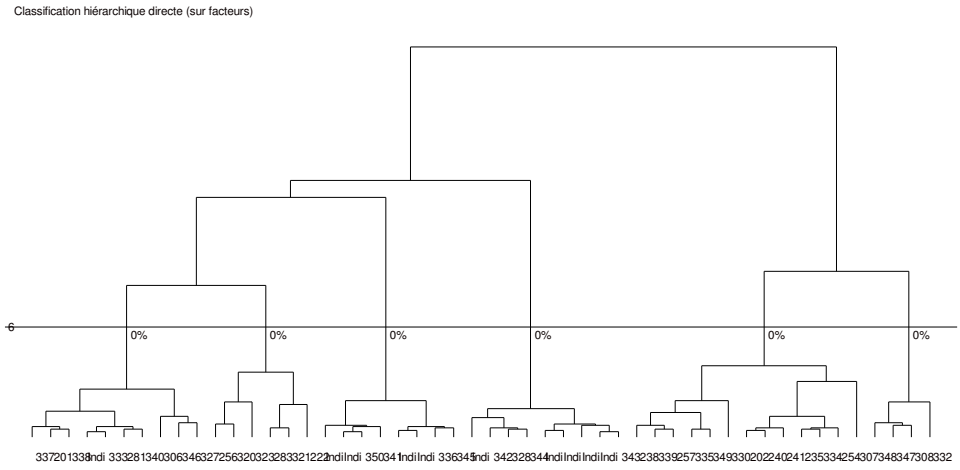
Variables actives susceptibles d'agréger/différencier les 200 individus :

12.Comment attrape-t-on le sida ?

comment attrape-t-on le sida 3	Effectifs
rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SIDA	150
par vagabondage	138
par les objets souillés de sang	120
par transfusion sanguine	113
lors de l'accouchement	86
lors de l'allaitement	73
en utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée	15
en mangeant avec une personne séropositive	13
Par le baiser	4
en mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive	4

Deux individus seront regroupés s'ils ont coché à peu près les mêmes cases, c'est à dire, s'ils ont la même liste de modes de transmission.

SPAD suggère six classes :



Classe 1 / 6, 32 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Par le baiser	**OUI**	**6**	**2**	4

Classe 2 /6, 51 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Par vagabondage	**OUI**	**98**	**69**	**138**
Rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SID	**OUI**	**100**	**75**	**150**

Classe 3 / 6 , 14 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
En utilisant les mêmes toilettes qu'une personne infectée	**OUI**	**100**	**8**	**1 5**

Classe 4 / 6, 13 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
En mangeant avec une personne séropositive	OUI	100	7	13
En mangeant dans le même plat qu'une personne séropositive	OUI	23	2	4

Classe 5 / 6, 45 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Par les objets souillés de sang	OUI	87	60	120
Par transfusion sanguine	OUI	82	57	113
Rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SID	OUI	96	75	150

Classe 6 / 6 , 45 individus	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Lors de l'accouchement	OUI	98	43	86
Lors de l'allaitement	OUI	91	37	73
Par vagabondage	OUI	100	69	138
Par les objets souillés de sang	OUI	93	60	120
Rapports sexuels non protégés avec personne infectée VIH/SID	OUI	98	75	150
Par transfusion sanguine	OUI	84	57	113

Classe 2 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Profession	*Elève*	*16*	*7*	*13*
Niveau d'instruction	*Secondaire*	*49*	*35*	*70*
Lieu de résidence	*Village*	*39*	*27*	*53*
Niveau d'instruction	*Aucun*	*12*	*6*	*11*

Classe 1 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Niveau d'instruction	*Primaire*	*38*	*18*	*6*
Religion	*Animiste*	*31*	*15*	*0*
Profession	*Ménagère*	*13*	*4*	
Lieu de résidence	*Village*	*41*	*27*	*3*
Profession	*Commerçant(e)*	*31*	*21*	*1*
Religion	*Musulmane*	*31*	*21*	*2*

Classe 2 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Profession	*Elève*	*16*	*7*	*13*
Niveau d'instruction	*Secondaire*	*49*	*35*	*70*
Lieu de résidence	*Village*	*39*	*27*	*53*
Niveau d'instruction	*Aucun*	*12*	*6*	*11*

Classe 3 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Statut matrimonial	*Marié(e)polygame*	*36*	*11*	*21*
Niveau d'instruction	*Primaire*	*43*	*18*	*36*
Niveau d'instruction	*Coranique*	*14*	*4*	*7*
Profession	*Commerçant(e)*	*36*	*21*	*41*

Classe 4 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Profession	*Commerçant(e)*	*62*	*21*	*41*
Religion	*Musulmane*	*54*	*21*	*42*
Lieu de résidence	*Village*	*54*	*27*	*53*
Niveau d'instruction	*Coranique*	*15*	*4*	*7*

Classe 5 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Niveau d'instruction	*Supérieur*	*62*	*37*	*74*
Religion	*Chrétienne*	*82*	*64*	*127*
Profession	*Étudiant(e)*	*27*	*13*	*25*
Lieu de résidence	*Ville*	*87*	*74*	*147*

Classe 6 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Niveau d'instruction	*Supérieur*	*67*	*37*	*74*
Religion	*Chrétienne*	*89*	*64*	*127*
Lieu de résidence	*Ville*	*96*	*74*	*147*
Profession	*Fonctionnaire*	*56*	*31*	*61*

◈Les caractéristiques socio-démographiques sur-représentées dans les classes

Réponses les plus clivées et surreprésentées dans les 6 classes :

Classe 4 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Elle est devenue l'intouchable	*OUI*	*31*	*5*	
Est responsable de ce qui lui arrive	*OUI*	*69*	*28*	*5*
Elle est au terminus	*OUI*	*38*	*9*	*8*
Différence Séropositif/ malade du sida	*Non*	*54*	*19*	*7*
Mode de transmission par microbes	*D'accord*	*62*	*25*	*0*
Tous les homosexuels ont le sida	*NSP*	*46*	*16*	*2*
Sida transmis par sorcellerie	*OUI*	*69*	*34*	*8*

Classe 5 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Témoignage du malade et de son entourage	*OUI*	*73*	*43*	*6*
Tous les homosexuels ont le sida	*Pas du tout d'accord*	*69*	*39*	*8*
Par les objets souillés de sang	*OUI*	*87*	*60*	*20*
Sida maladie liée à la modernité	*Peut être*	*76*	*49*	*7*
Par transfusion sanguine	*OUI*	*82*	*57*	*13*
Isolation des malades	*NON*	*69*	*46*	*1*
Souffre beaucoup	*NON*	*71*	*48*	*6*
Différence Séropositif/ malade du sida	*Oui*	*89*	*69*	*37*
La maladie du siècle	*OUI*	*82*	*61*	*21*
Test du sida ?	*Oui*	*78*	*56*	*12*
Intention de faire le test	**Réponse manquante**	*78*	*56*	*12*
Fidélité	*NON*	*51*	*30*	*0*
Sida transmis par sorcellerie	*NON*	*62*	*41*	*1*

Classe 6 / 6	Modalités	% dans la classe	% dans l'ensemble	Poids
Retrait des résultats	*Oui*	*78*	*47*	*3*
Enseignants	*OUI*	*58*	*29*	*7*
La maladie du siècle	*OUI*	*89*	*61*	*21*
Fièvre	*OUI*	*67*	*38*	*5*
Sida transmis par sorcellerie	*NON*	*69*	*41*	*1*
Risque du sida pour vous ?	*Oui*	*89*	*64*	*28*
Aux aspects médicaux du problèmes	*OUI*	*80*	*54*	*08*
Boutons sur le corps	*OUI*	*67*	*41*	*1*
Différence Séropositif/ malade du sida	*Oui*	*91*	*69*	*37*
Pairs éducateurs	*OUI*	*60*	*35*	*0*
Interdiction école à un enfant malade	*Pas d'accord*	*96*	*76*	*51*
Intention de faire le test	**Réponse manquante**	*80*	*56*	*12*
Test du sida ?	*Oui*	*80*	*56*	*12*
A droit au meilleur traitement possible	*OUI*	*76*	*52*	*04*
Obligation avant le mariage ?	*Oui*	*91*	*72*	*44*
Le sida est une malédiction de Dieu	*NON*	*42*	*23*	*5*
Fidélité	*OUI*	*89*	*70*	*40*
A la menace pour la société	*OUI*	*58*	*39*	*7*
Isolation des malades	*NON*	*64*	*46*	*1*
La vagabonde	*NON*	*96*	*82*	*64*
Boire sodabi pour éviter le sida	*NON*	*91*	*77*	*53*
Tous les homosexuels ont le sida	*Pas d'accord*	*49*	*32*	*4*
Diarrhée	*OUI*	*84*	*69*	*37*
Sida transmis à l'homme par le singe	*NON*	*93*	*80*	*60*

➢ ATTITUDES ET CROYANCES : TROIS GROUPES « NOIR », « ROUGE », « OR »

Variables actives susceptibles d'être clivantes dans la détermination des clusters

28- Avez-vous fait le test du sida ?

Test du sida?	Effectifs
Non	88
Oui	112

Retrait des résultats	Effectifs
Non	4
Oui	93

Intention de faire le test	Effectifs
Non	31
Oui	57

Confidentialité des résulats?	Effectifs
Non	19
Oui	180

32- On peut attraper le sida par des piqûre des moustiques ?

moustiques	Effectifs
faux	138
Peut être	30
vrai	32

33- Le sida est une maladie héréditaire ?

	tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	pas du tout d'accord
Le sida est une maladie héréditaire?	12	19	129	40
Tous les homosexuels ont le sida	15	11	64	78
Mode de transmission par microbes	11	50	94	44

36- Le sida n'est pas une maladie grave ?

Le sida n'est pas une maladie grave	Effectifs
faux	182
NSP	6
vrai	12

37-Les prostitués, les corps habillés, les transporteurs sont plus exposés au Sida ?

Prost./corsps habi./transp. plus exposé	Effectifs
faux	50
NSP	1
vrai	149

38- Le sida est une ancienne maladie qui refait surface ?

sida ancienne maladie	Effectifs
faux	96
pas du tout vrai	23
peut être	31
vrai	50

39- Le sida a été transmis à l'homme par le singe ?

Sida transmis à l'homme par le singe	Effectifs
faux	160
pas du tout vrai	16
peut être	12
vrai	12

40- le sida est une maladie liée à la modernité ?

sida maladie liée à la modernité	Effectifs
oui	79
peut être	97
pas du tout vrai	24

41- Le sida est une malédiction de Dieu ?

Le sida est une malediction de Dieu	Effectifs
faux	45
pas du tout vrai	21
peut être vrai	64
vrai	70

42- Le sida est transmis par sorcellerie ?

sida transmis par sorcellerie	Effectifs
faux	81
pas du tout vrai	23
peut être vrai	28
vrai	68

43- Les gens qui ont le sida doivent être isolés pour ne pas contaminer les autres ?

Isolation des malades	Effectifs
faux	91
pas du tout vrai	22
peut être vrai	25
vrai	62

44- Pour éviter le sida il faut boire de la boisson « sodabi » avant les rapports sexuels ?

boire sodabi pour éviter le sida	Effectifs
faux	153
pas du tout vrai	20
peut être vrai	16
vrai	11

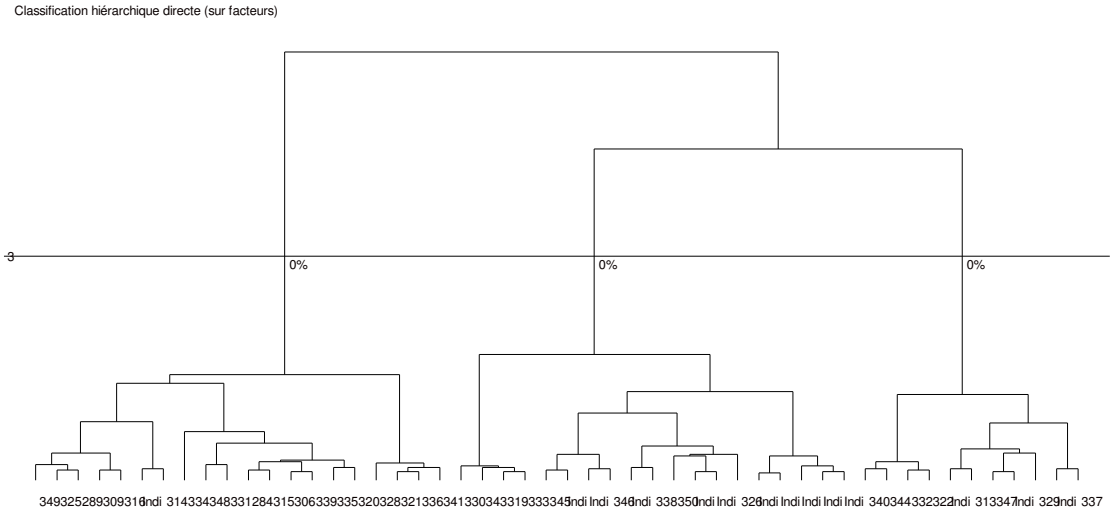
45- Avoir une bonne conduite sexuelle suffit pour éviter le sida ?

bonne conduite sexuelle évite le sida	Effectifs
faux	57
pas du tout vrai	12
peut être vrai	22
vrai	109

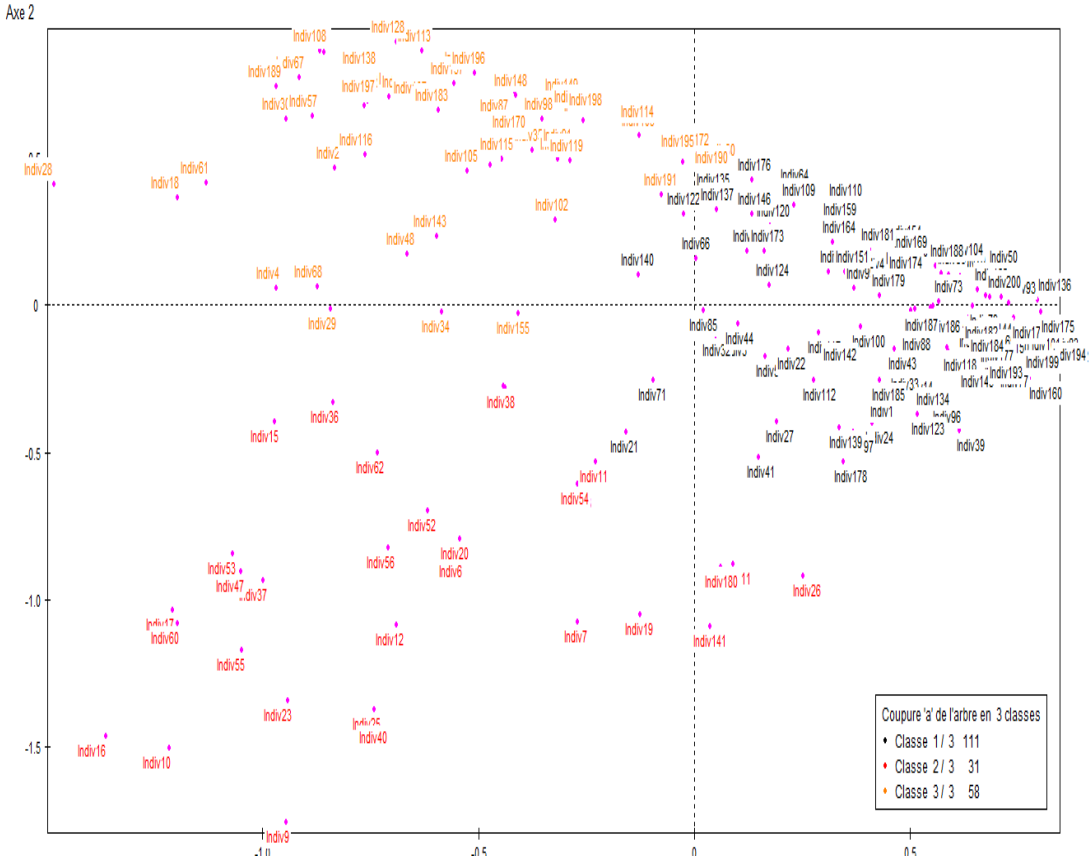
46- On peut guérir du sida ?

On peut guérir du sida	Effectifs
faux	144
peut être	13
vrai	38
NSP	5

Classification hiérarchique :



Il y a clairement 3 groupes d'individus



Réponses les plus clivantes :

Groupe "noir" 111 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble	Poids
Isolation des malades	**NON**	**77**	**46**	**91**
Sida transmis par sorcellerie	**NON**	**70**	**41**	**81**
Sida maladie liée à la modernité	**Peut être**	**77**	**49**	**97**
Retrait des résultats	**Oui**	**74**	**47**	**93**
Test du sida ?	**Oui**	**80**	**56**	**112**
Intention de faire le test	***Réponse manquante***	**80**	**56**	**112**
Mode de transmission par microbes	**Pas d'accord**	**69**	**47**	**94**
Bonne conduite sexuelle évite le sida	**NON**	**47**	**29**	**57**
Le sida est une malédiction de Dieu	**NON**	**39**	**23**	**45**
Tous les homosexuels ont le sida	**Pas du tout d'accord**	**57**	**39**	**78**
Boire sodabi pour éviter le sida	**NON**	**92**	**77**	**153**
On peut guérir du sida	**NON**	**88**	**72**	**144**
Mode de transmission piqûre moustique	**NON**	**86**	**69**	**138**
Sida ancienne maladie	**NON**	**66**	**48**	**96**
Le sida est une maladie héréditaire ?	**Pas d'accord**	**77**	**65**	**129**

Groupe "rouge" 31 individus	Modalités	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Poids
Sida ancienne maladie	Pas du tout vrai	58	12	23
Sida transmis par sorcellerie	Pas du tout vrai	55	12	23
Tous les homosexuels ont le sida	Tout à fait d'accord	42	8	15
Mode de transmission par microbes	Tout à fait d'accord	35	6	11
Sida maladie liée à la modernité	Pas du tout vrai	52	12	24
Bonne conduite sexuelle évite le sida	Pas du tout vrai	35	6	12
Le sida est une maladie héréditaire ?	Tout à fait d'accord	35	6	12
Mode de transmission Piqûres de moustiques	Peut être	55	15	30
Boire sodabi pour éviter le sida	Pas du tout vrai	42	10	20
On peut guérir du sida	Peut être	32	7	13
Isolation des malades	Pas du tout vrai	42	11	22
Boire sodabi pour éviter le sida	Peut-être vrai	35	8	16
Le sida est une malédiction de Dieu	Pas du tout vrai	39	11	21
Isolation des malades	Peut-être vrai	39	13	25
Bonne conduite sexuelle évite le sida	Peut-être vrai	35	11	22
Le sida n'est pas une maladie grave	OUI	23	6	12
Sida transmis à l'homme par le singe	OUI	23	6	12
Sida transmis à l'homme par le singe	Pas du tout vrai	26	8	16
Tous les homosexuels ont le sida	D'accord	19	6	11

Groupe "or" 58 individus	Modalités	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	Poids
Sida transmis par sorcellerie	OUI	88	34	68
Sida maladie liée à la modernité	OUI	91	40	79
Isolation des malades	OUI	79	31	62
Le sida est une malédiction de Dieu	OUI	81	35	70
Test du sida ?	Non	90	44	88
Sida ancienne maladie	OUI	67	25	50
Retrait des résultats	*Réponse manquante*	95	52	103
Mode de transmission par microbes	D'accord	66	25	50
Tous les homosexuels ont le sida	NSP	50	16	32
Intention de faire le test	Non	43	16	31
Bonne conduite sexuelle évite le sida	OUI	86	55	109
On peut guérir du sida	OUI	45	19	38
Prost./corsps habi./transp. plus exposé	OUI	95	75	149
Intention de faire le test	Oui	47	29	57
Le sida est une maladie héréditaire ?	D'accord	21	10	19
Mode de transmission piqûre Moustique	OUI	26	16	32

◈Qui est sur-représenté dans les groupes « noir », « rouge », « or »

Groupe "noir" 111 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 répondants	Poids
Niveau d'instruction	*Supérieur*	*61*	*37*	*74*
Religion	*Chrétienne*	*87*	*64*	*127*
Profession	*Fonctionnaire*	*44*	*31*	*61*
Profession	*Étudiant(e)*	*21*	*13*	*25*
Statut matrimonial	*Célibataire*	*38*	*30*	*60*

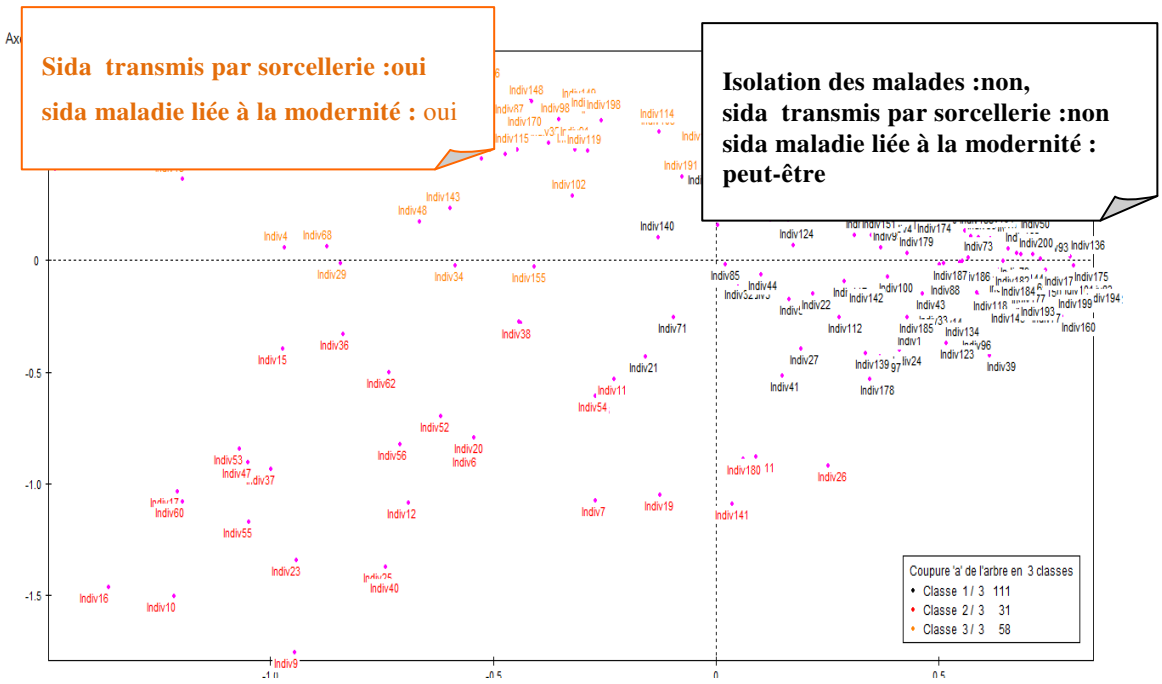
Groupe "rouge" 31 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 répondants	Poids
Religion	*Musulmane*	*45*	*21*	*42*
Niveau d'instruction	*Primaire*	*35*	*18*	*36*

Groupe "or" 58 individus	Modalités	% dans le groupe	% dans l'ensemble des 200 répondants	Poids
Religion	*Animiste*	*38*	*15*	*30*
Niveau d'instruction	*Aucun*	*19*	*6*	*11*
Profession	*Commerçant(e)*	*40*	*21*	*41*
Niveau d'instruction	*Primaire*	*36*	*18*	*36*
Lieu de résidence	*Village*	*43*	*27*	*53*
Profession	*Cultivateur*	*14*	*5*	*10*
Statut matrimonial	*Marié(e)polygame*	*21*	*11*	*21*
Religion	*Musulmane*	*33*	*21*	*42*

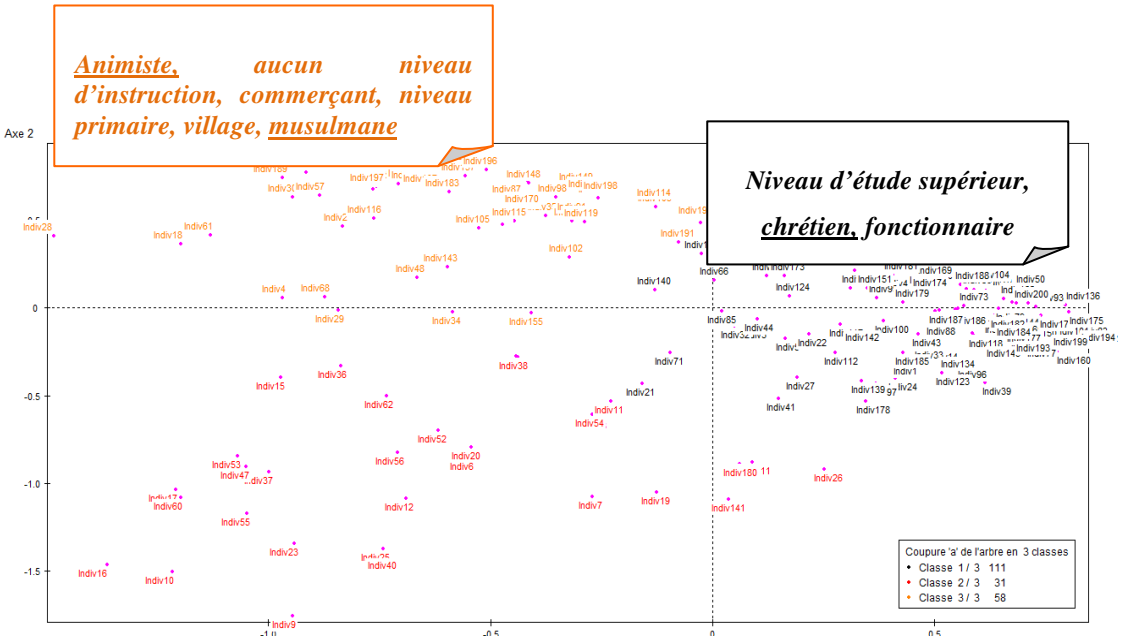
Sida ancienne maladie : pas du tout vrai
sida transmis par sorcellerie :
pas du tout vrai : Tous les homosexuels ont le sida : tout à fait d'accord

Résumé

Attitudes et croyances les plus clivantes



Caractéristiques socio-économiques les plus clivées

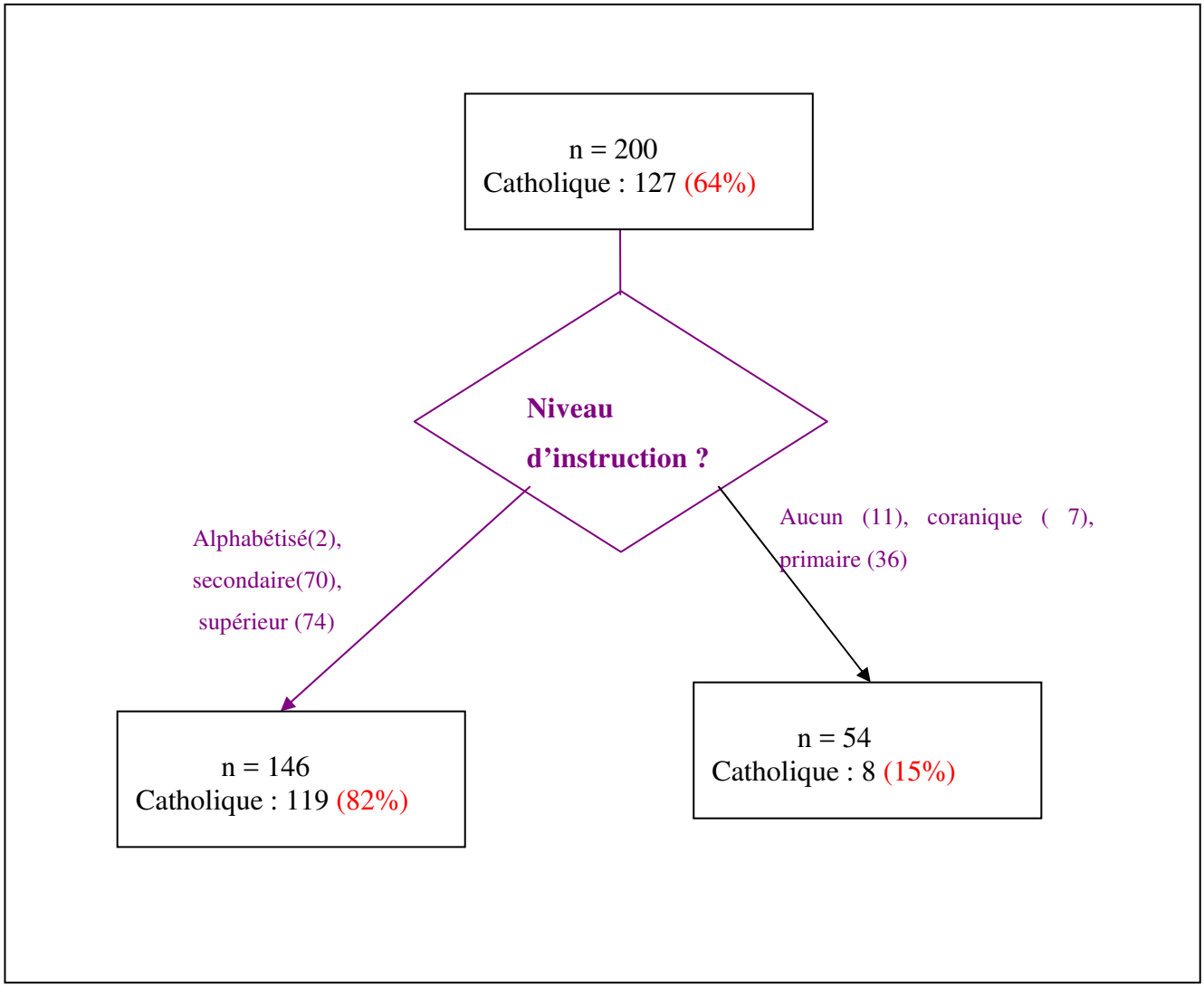


◈Où sont les catholiques ?

Création de la variable « catholique », dont les modalités sont « oui » (chrétien) et « autre » (animiste, musulman, protestant).

Variables explicatives candidates :

Les caractéristiques socio-économiques : genre, âge, statut, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence

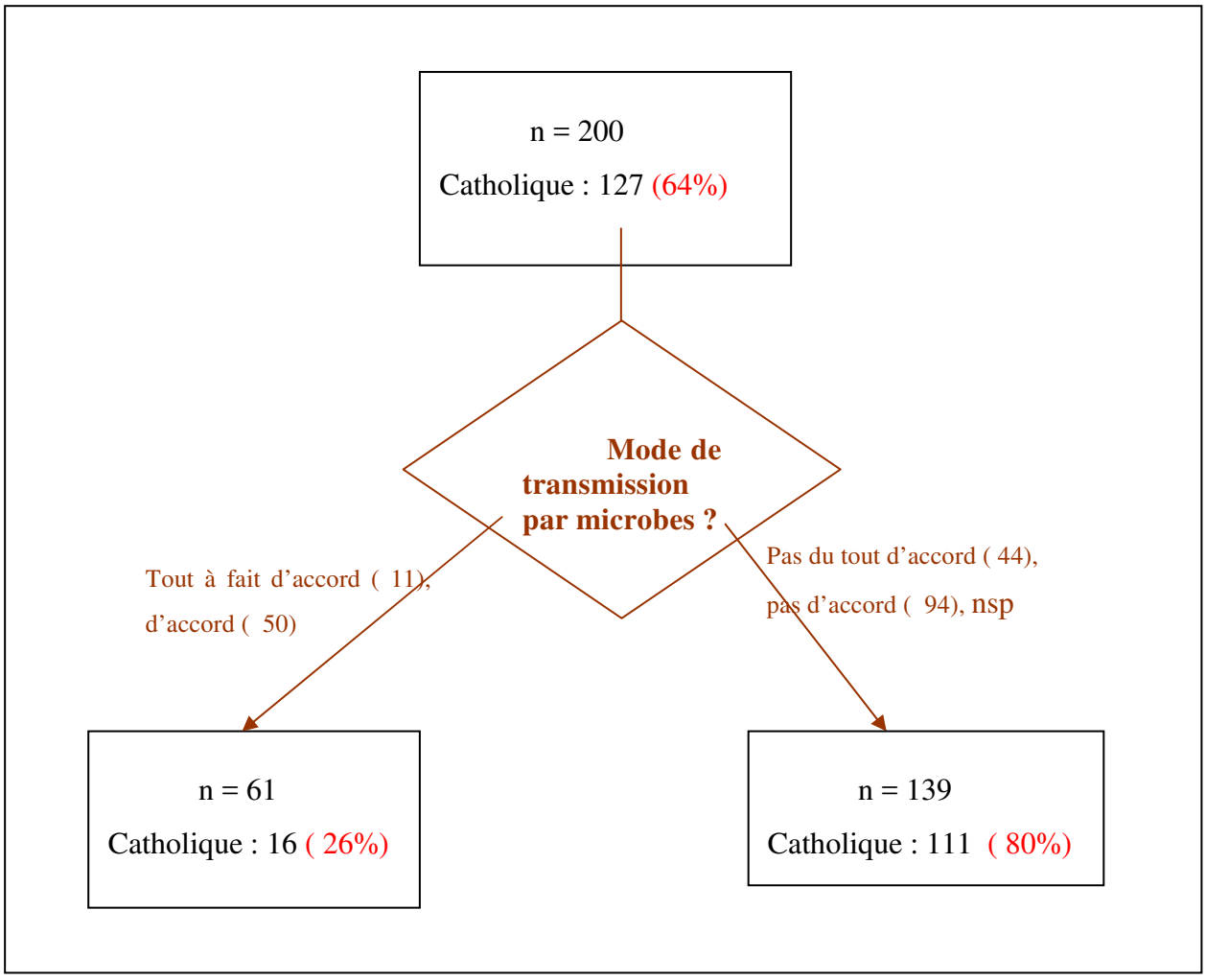


Attitudes et croyances spécifiques des catholiques?

Variables explicatives candidates :

Toutes les questions « attitudes et croyances », depuis

28 - avez-vous fait le test du Sida jusqu'à**46- on peut guérir du Sida**

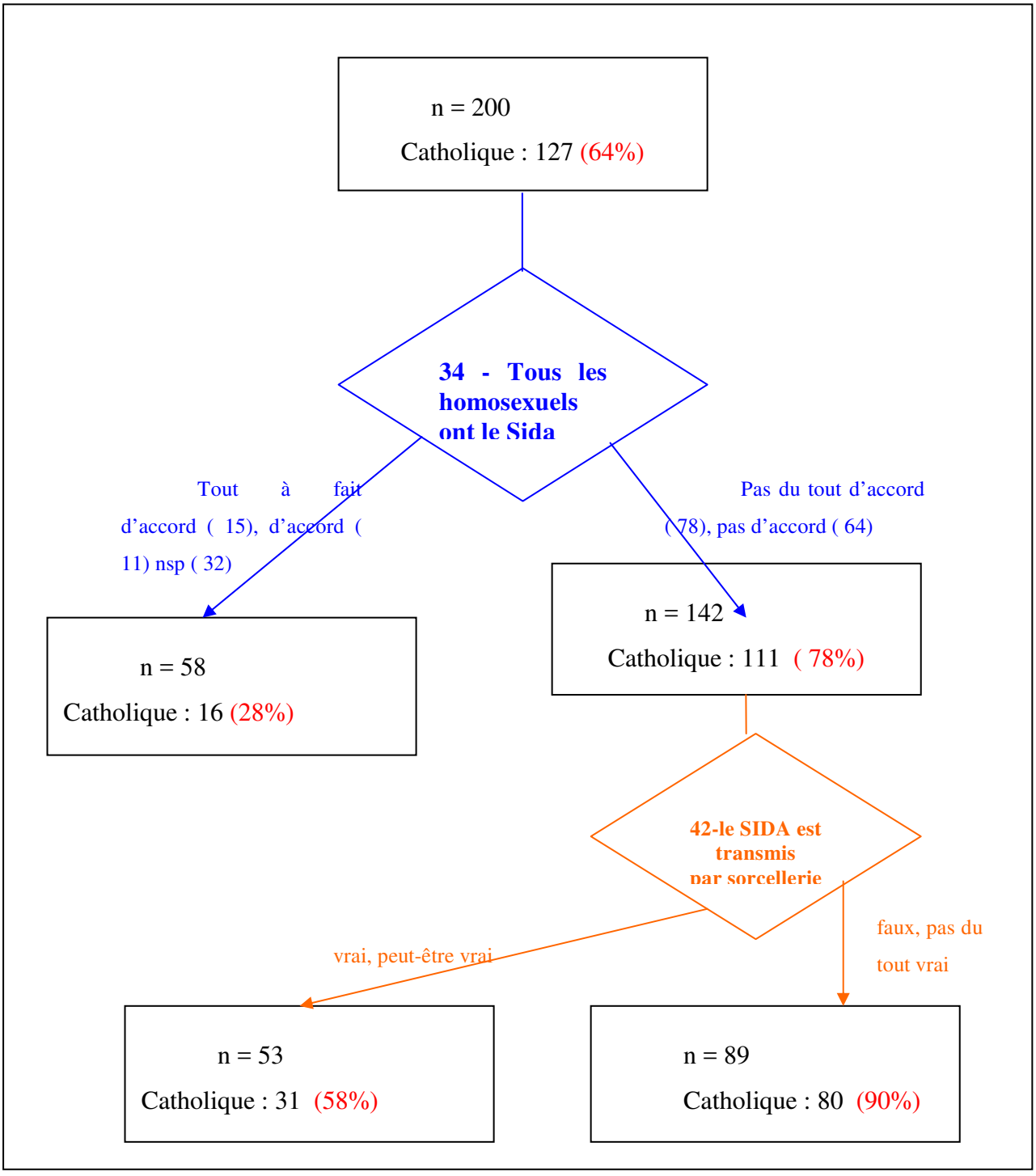


4 - Attitudes et croyances spécifiques des catholiques? (suite)

Toutes les questions « attitudes et croyances », depuis

28 - Avez-vous fait le test du Sida jusqu'à**46 - on peut guérir du Sida**

En ôtant **35 - mode de transmission par les microbes**



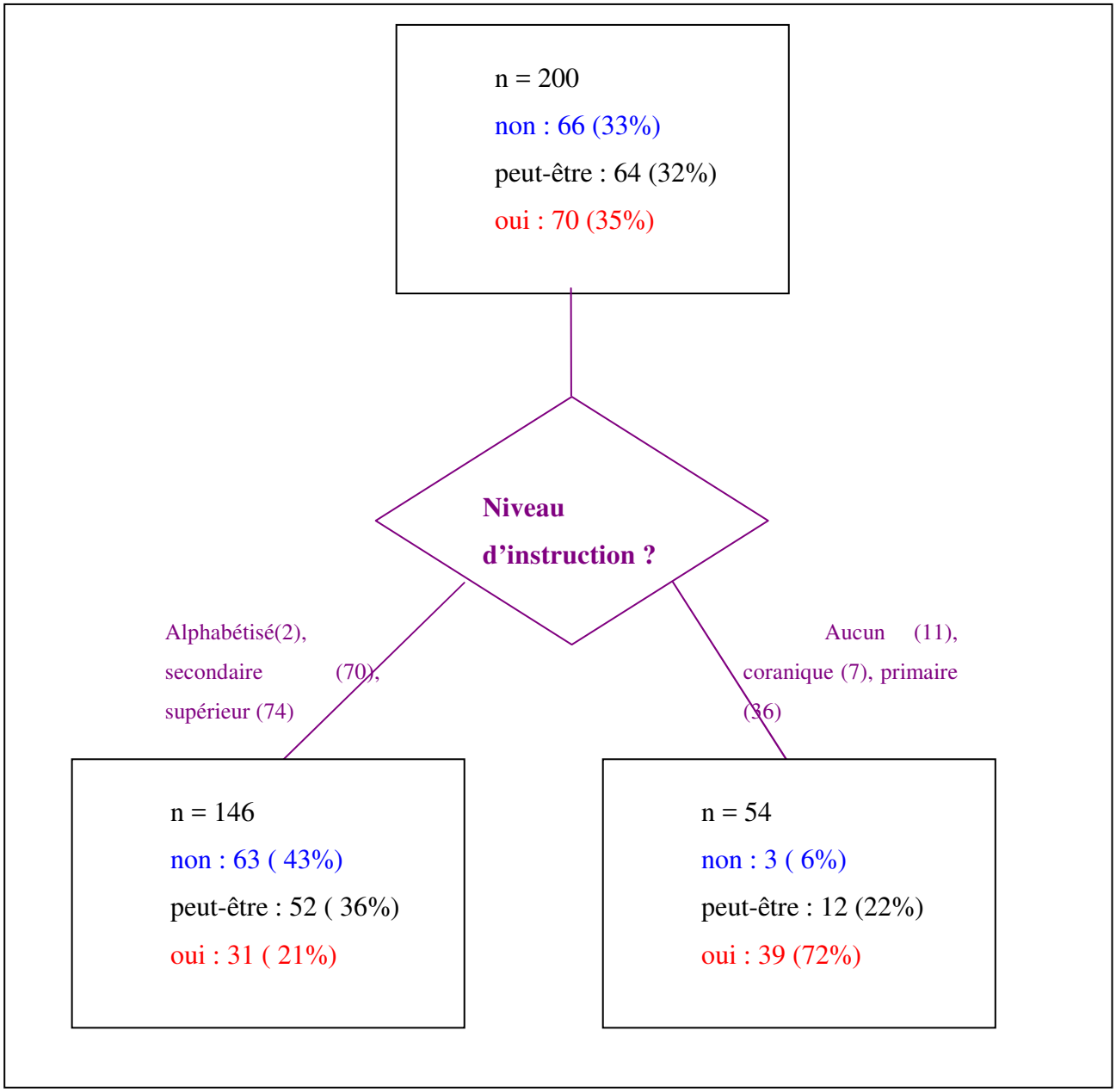
◈Qui croit que « Le Sida est une malédiction de Dieu » ?

☑Les réponses ont été reconditionnées

« Les réponses « faux » et « pas du tout vrai » ont été regroupée en « non »

☑Variables explicatives candidates :

Les caractéristiques socio-économiques : genre, âge, statut, niveau d'instruction, religion, profession, lieu de résidence



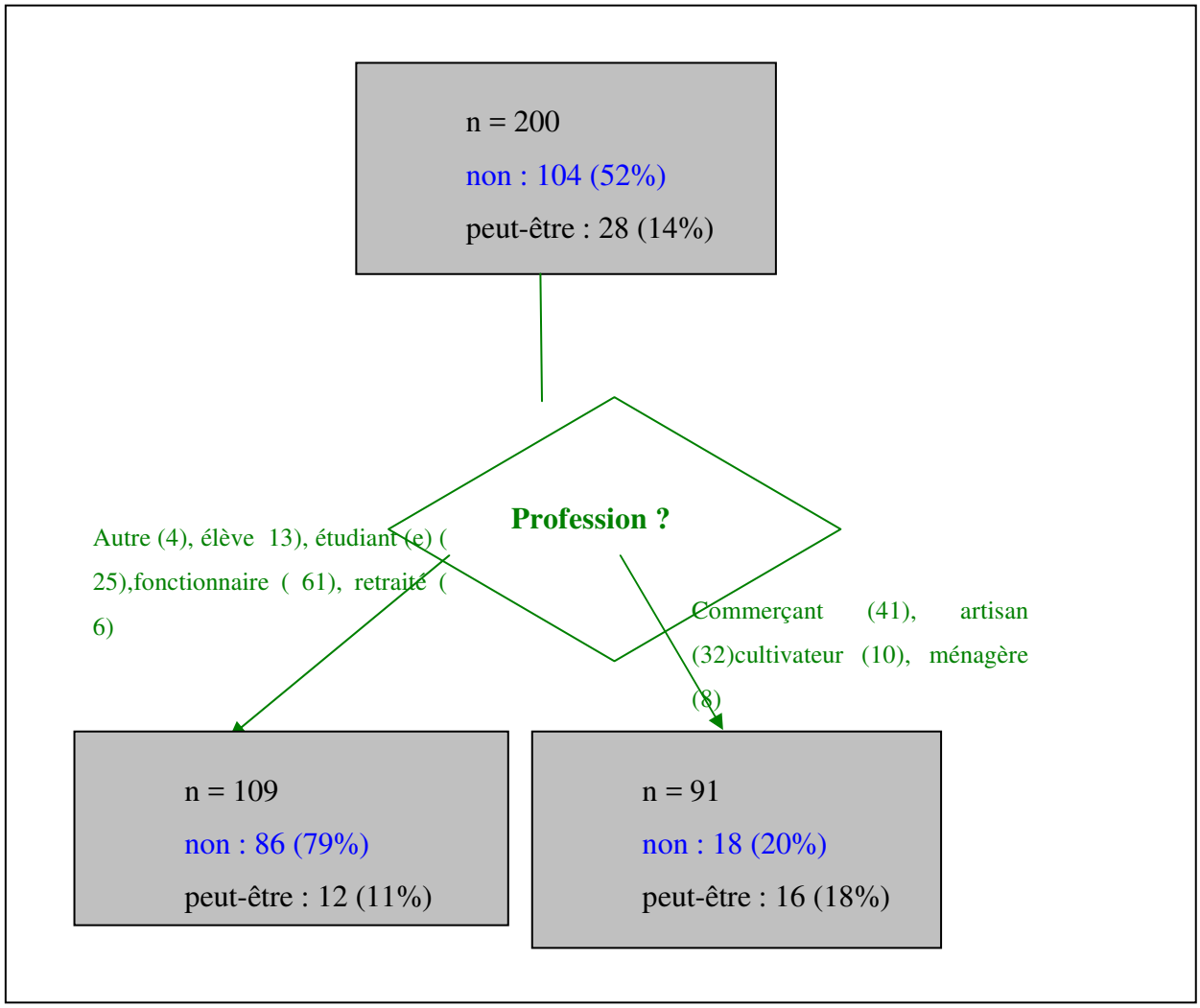
◈Qui croit que « Le Sida est transmis par sorcellerie » ?

☑Les réponses ont été reconditionnées

Les réponses « faux » et « pas du tout vrai » ont été regroupée en « non »

☑Variables explicatives candidates :

Les caractéristiques socio-économiques : genre, âge, statut, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence[263]



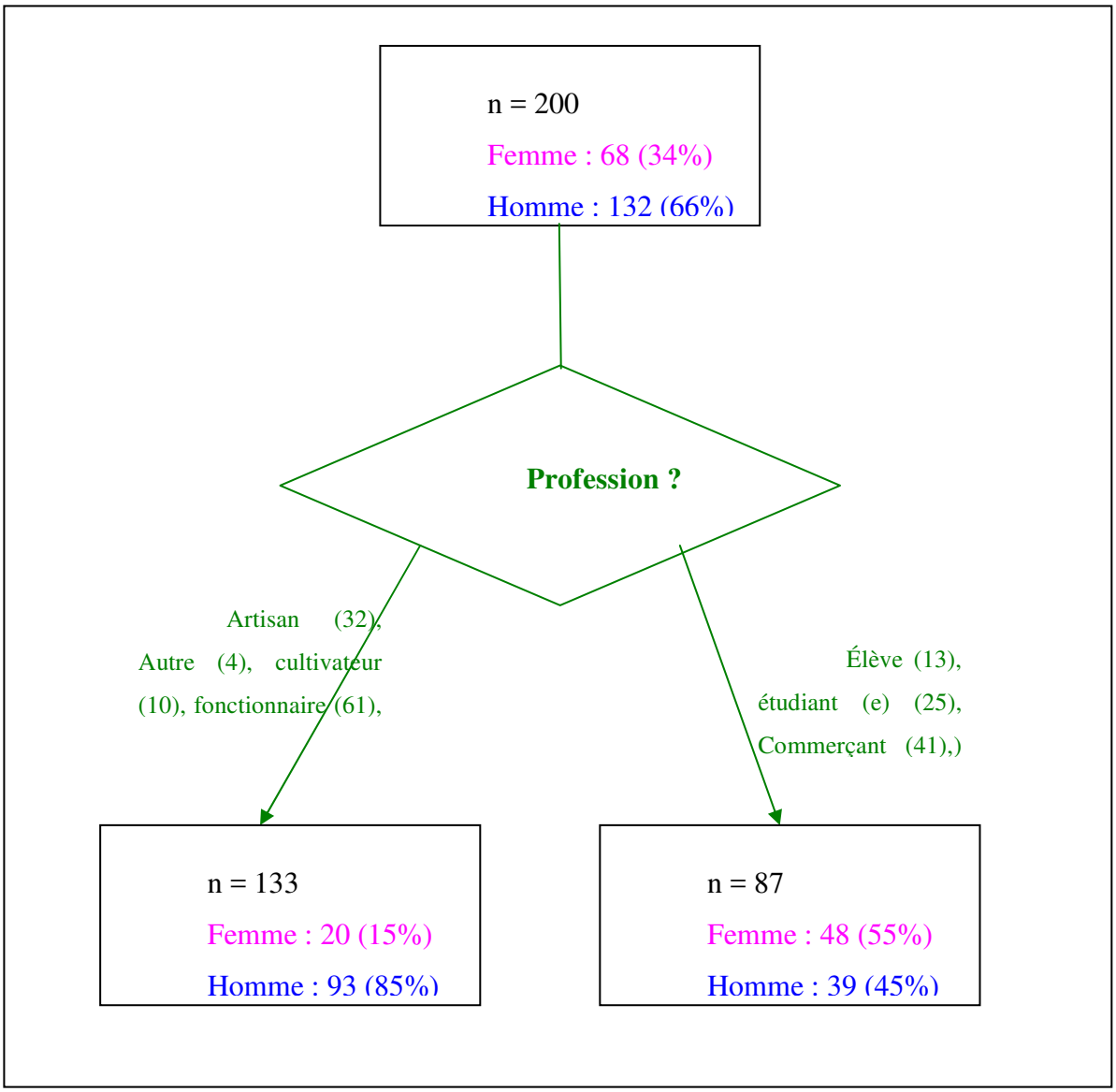
[263] Les questions avec de nombreuses réponses sont avantagées par cette méthode

◈Spécificités des femmes ?

Qui sont les femmes ?

Variables explicatives candidates :

Les caractéristiques socio-économiques : âge, statut, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence[264]

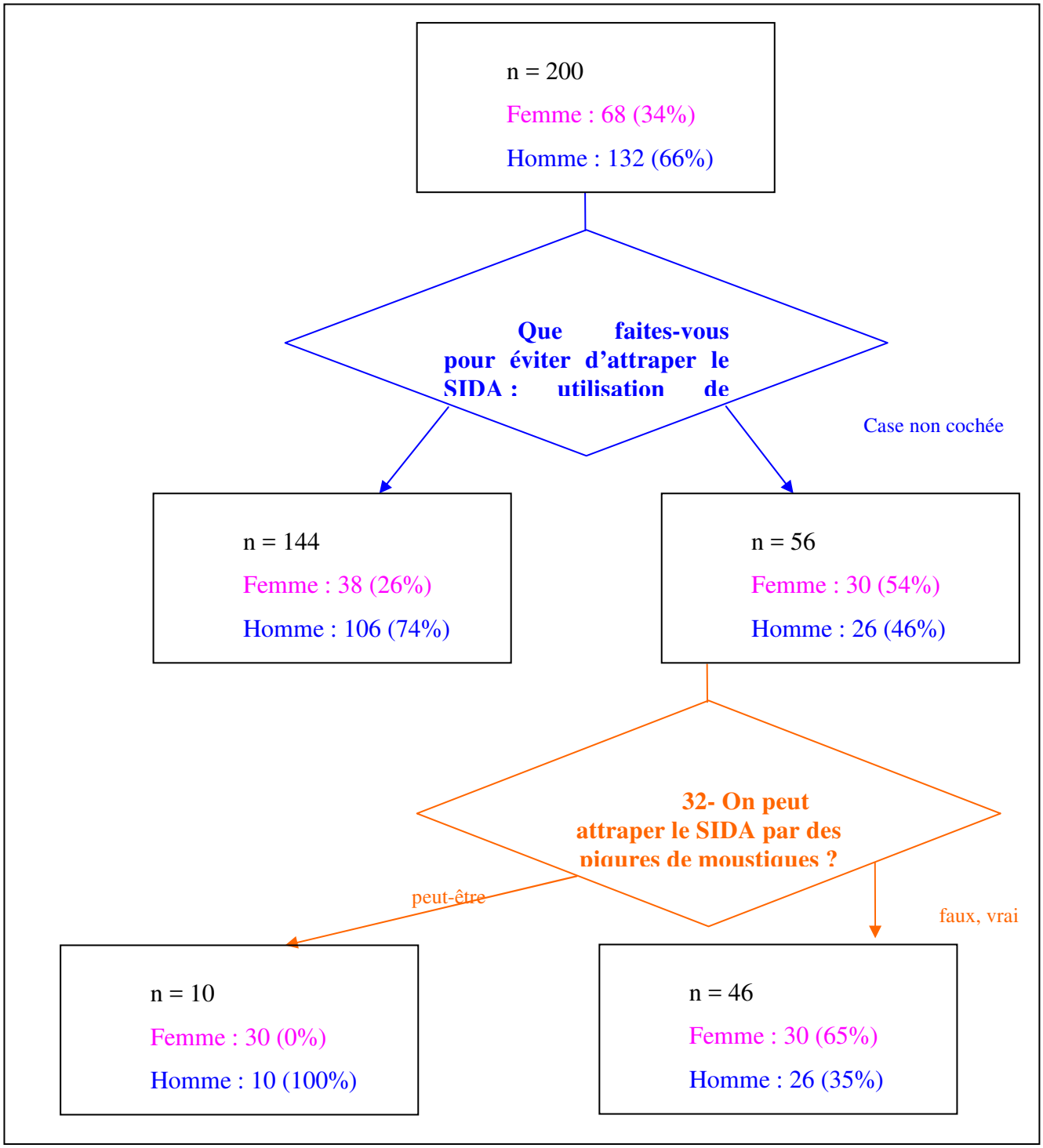


[264] Les questions avec de nombreuses réponses sont avantagées par cette méthode.

◈Attitudes et croyances féminines ?

Variables explicatives candidates :

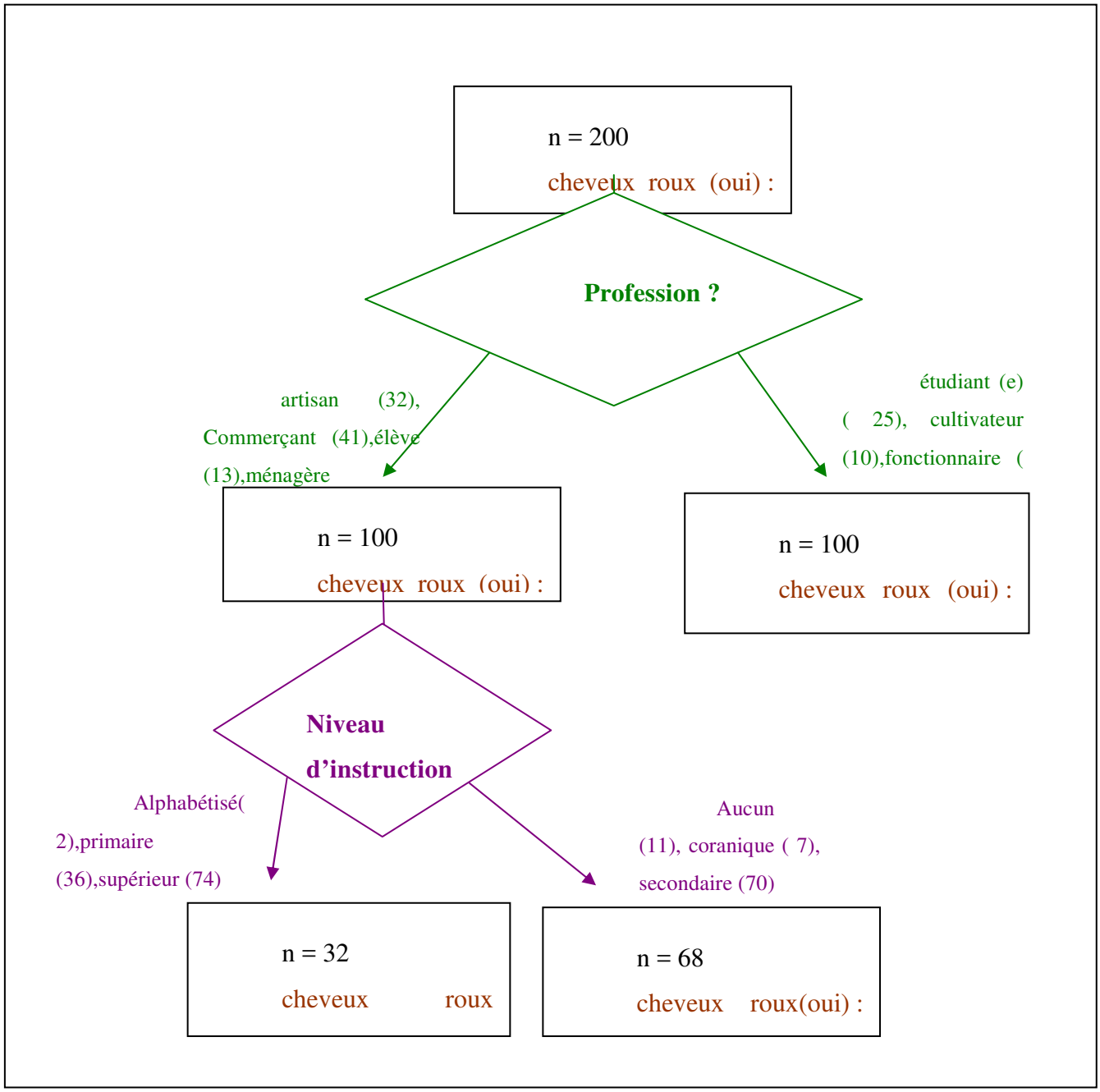
Toutes sauf les caractéristiques socio-économiques : âge, statut, religion, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence



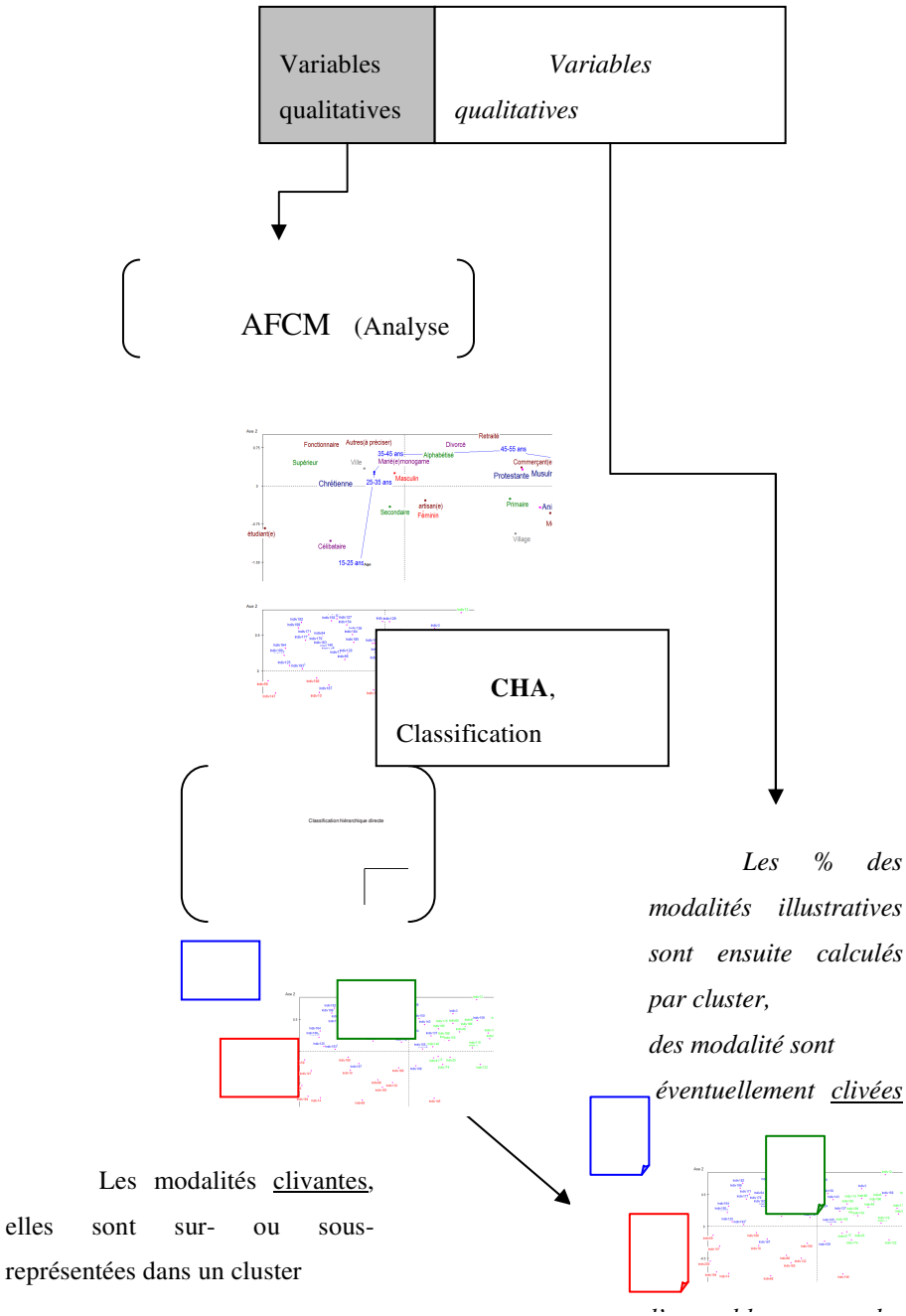
◈COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE ? : CHEVEUX ROUX ?

✝Variables explicatives candidates :

Les caractéristiques socio-économiques : genre, âge, statut, niveau d'instruction, religion, profession, lieu de résidence



® Annexe A : une stratégie d'investigation



ANNEXE B : LES ENQUETES QUALITATIVES EN INTEGRALITE

En dehors des enquêtes quantitatives menées dans une perspective fermée avec des chiffres pour vérifier nos hypothèses et évaluer les différents comportements, nous avons mené d'autres démarches au sein de différentes sphères. Ce chapitre fera ressortir quelques entretiens, témoignages, messages, allocutions et interviews, ce qui nous permettra de faire une analyse critique des différents champs d'action. Cela permettra aussi d'établir un diagnostic social du VIH ainsi que de ses différentes représentations dans la société. Les entretiens ont eu lieu auprès de quatre sphères : l'Etat, l'Eglise les associations et la population.

Ce chapitre nous permettra de découvrir et d'approfondir certains déterminants non évoqués dans les enquêtes quantitatives. Au total nous avons réalisé 50 entretiens dont 20 en institutions, 6 au niveau de l'Etat, 14 en l'Eglise, 14 au sein des associations, en l'occurrence avec les personnes infectées et affectées, et 16 auprès de la population. Le questionnaire utilisé est joint en fin de l'annexe

I – Méthodologie

1.1 : Les entretiens

La collecte des données s'est déroulée au mois d'août et septembre 2011 en rencontrant les personnes directement ou aux moyens de « focus groups » réalisés dans les centres médicaux ou les centres des associations de prise en charge des malades du sida. Nous avons choisi de développer dans l'enquête un entretien directif ou semi-directif selon une grille d'entretien préétablie. Avant tout, nous avons expliqué aux différents interrogées que ces enquêtes étaient destinées à l'élaboration d'une thèse en éthique et théologie morale. Dans chaque cas, il sera précisé dans quel cadre les entretiens ont eu lieu. La transcription des entretiens a été faite en accord avec les personnes interrogées. Dans le souci de respecter l'anonymat des personnes rencontrées, nous avons opté pour un code comportant les initiales des prénoms et noms de chaque personne interrogée. Deux personnes ont souhaité l'anonymat total et cela a été respecté dans la transcription. Les discussions se sont déroulées selon la convenance des personnes. Les thèmes développés lors des entretiens étaient les descriptions locales du VIH/SIDA, les

perceptions, moyens de préventions et attentes par rapports aux différents acteurs. Le chiffre indique l'ordre de nos entretiens.

Les difficultés majeures ont porté sur la disponibilité des gens pour les discussions et la ponctualité dans les horaires fixées. La présence d'autres facilitateurs au sein des associations a parfois entravé le cours des discussions et la prise de notes.

A titre d'exemple l'entretien n°1 avec monsieur Vincent PITCHE sera codé comme suit : Entretien n°1 : ViPi1.

Vi = Vincent Pi = PITCHE ; 1= ordre de l'entretien. Ce codage sera gardé pour l'ensemble des personnes avec qui nous avons eu un entretien. Le texte entier de la transcription est en annexe (ci-dessous).

I.2 : Les moyens utilisés :

Un appareil numérique a été utilisé pour prendre quelques images ainsi qu'un caméscope lorsque leur utilisation a été acceptée

1 - L'Etat : 6 entretiens

Les enquêtes au niveau de l'état portaient sur trois points :

a) Le travail qui est fait par l'Etat et ses plans d'action.
b) L'attente de l'Etat par rapport à l'Eglise et la sphère associative.
c) Les différents rapports entre les acteurs de la lutte contre cette pandémie.

Entretien n° 1 :

Professeur Vincent PITCHE, statut : Coordonnateur du CNLS (Conseil National de Lutte contre le Sida) ; Directeur du (PNLS) Programme National de Lutte contre le Sida ; Age : 48 ans Lieu : dans son bureau au siège du PNLS à Lomé ; Date : 5 septembre 2011 ; Durée : 1h 15mn.

UrBI: Quel est la situation actuelle du sida au Togo ?

ViPI : Je tiens d'abord à vous remercier pour cette démarche ; je suis heureux de savoir qu'un travail de réflexion se fait dans ce sens. Dans notre comité éthique national nous souhaiterions collaborer avec des membres de l'Eglise qui s'investissent dans la lutte contre le sida et bien d'autres sujets en lien avec notre société en pleine mutation.

En ce qui concerne la situation du sida au Togo nous avons fait des progrès sur tous les plans. La lutte contre le sida est une longue et grande bataille que nous menons au Togo depuis

des années. Personnellement je suis satisfait des résultats obtenus. Le Togo s'est engagé dans la lutte contre le sida depuis vingt-cinq ans avec la mise en place d'un cadre multisectoriel et institutionnel cohérant. Des résultats satisfaisants ont été obtenus. Nous constatons une réduction de la fréquence de nouvelles infections.

Malgré cette baisse de la fréquence du sida, la jeunesse reste très exposée : « La lutte contre le sida a marqué des points au Togo avec une baisse significative du nombre de personnes infectées. Le Togo fait partie des 16 pays qui ont réduit de moitié le taux de la prévalence en dix ans. De 2000 à 2011, il est passé de 6% à 3,9% ; 160.000 personnes vivent avec le VIH et 36.000 sont sous traitement ARV ».

UrBI : Qu'est ce qui est fait concrètement dans cette lutte contre le sida ?

ViPI : La pandémie du sida constitue pour le Togo un grand défi de santé publique et de développement comme dans les autres pays de la sous-région et ailleurs dans le monde. Il y'a une dizaine d'années le Togo a mis en place un cadre d'action multisectoriel engageant les acteurs des secteurs public et privé. Ce cadre consiste à travailler ensemble afin qu'un jour les futures générations n'aient pas à craindre de nouvelles infections (…) il faut toujours espérer même si les conditions ne s'y prêtent pas.

UrBI: Qu'attendez-vous des différents acteurs et surtout de la sphère associative et de l'Eglise ?

ViPI: Nous comptons sur le travail de l'Eglise à travers ses différents centres et nous prenons des initiatives pour collaborer avec les différents responsables et surtout avec l'OCDI, la structure nationale qui a fait ses preuves depuis des années dans la pastorale de la santé. Nous espérons continuer à réduire la prévalence grâce à la décision du gouvernement de rendre le traitement ARV gratuit pour les malades. Le président de la république, son excellence Faure GNASSINGBE s'investit lui-même, et chaque année à la journée mondiale du sida, il livre un message à toute la nation. L'année dernière il a déclaré « le souci permanent du gouvernement est de veiller continuellement au mieux-être des citoyens afin qu'ils participent au développement harmonieux du Togo pour l'épanouissement des générations à venir et des populations actuelles ».

Quant aux autres acteurs, nous continuerons à encourager le réseau des associations de lutte contre le Sida en vue de renforcer leur efficacité. Nous continuerons aussi à mobiliser des moyens financiers afin de les mettre au service des différents acteurs. Un dernier point important serait de continuer la formation des différents groupes. Pour cela il y'a eu l'élaboration d'un document de politique générale pour l'équité et l'égalité des genres en janvier 2010. Il y'aura également en mars prochain un séminaire en réponse au VIH dans les populations à risque et les

groupes vulnérables que sont : les femmes, les jeunes, les professionnels du sexe, les routiers et migrants ainsi que les populations mobiles ou immigrées et les corps habillés.

Ce qui nous tient à cœur dans ce dernier point, se sont les interventions à l'intention des femmes, particulièrement en celle qui souhaitent procréer, leurs droits, l'assistance juridique, la lutte contre les violences basées sur le genre, certaines pratiques socioculturelles néfastes et enfin l'éducation des jeunes filles.

Entretien n°2

Damien Kégnidè AMOUSSOU ; Statut : Coordinateur Adjoint du CNLS ; Age : 44ans ; Lieu : Bureau au siège de CNLS ; Durée : 45 mn ; Date : 8 Septembre 2011.

UrBI *:* Quelle est la situation actuelle du sida au Togo ?

DaAM : Comme vous le savez, le Togo avance chaque année dans sa lutte contre le sida. Ce qui est remarquable c'est surtout la mobilisation des différents acteurs nationaux et internationaux. Sur le plan national, il y a le PNLS et les différentes associations sur toute l'étendue du territoire qui se mobilisent, grâce aux moyens financiers mis à leur disposition par l'Etat et les organismes qui apportent une aide financière.

UrBI : Que fait le CNLS par rapport à la lutte contre le sida et où en êtes-vous ?

DaAM *: Le* CNLS est sous la haute autorité du Président de la République et du ministère de la santé en collaboration avec les institutions internationales comme l'OMS, le PNUD et la Croix Rouge qui mobilisent les fonds nécessaires aux différents acteurs pour travailler efficacement.

Actuellement nous sommes à notre troisième plan stratégique national auquel tous les acteurs participent. Dans la recherche de solutions à une telle situation, le CNLS, conformément aux dispositions du décret 2001-173 /PR du 12 0ctobre 2001 portant création du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST prévoit en son article 2 al .2 de mobiliser les ressources internes et externes pour la mise en œuvre du plan stratégique. Il prévoit de mettre en place un plan d'action pour l'avenir fondé sur la généralisation et la prise en charge des ARV.

Je recommande que ce document de référence, dès qu'il sera promulgué, soit pris en compte dans les perspectives pastorales. Nous souhaitons une bonne collaboration avec l'église car deux fois de suite, les représentants de l'Eglise sont retirés pour des raisons que je ne peux évoquer dans le cadre de notre rencontre. Dieu merci, grâce à plusieurs démarches faites avec l'archevêque tout a bien repris et nous espérons continuer ainsi. Chaque année, le 1er décembre,

la journée mondiale contre le sida mobilise plusieurs acteurs qui font des campagnes de sensibilisation à travers les villes et les campagnes. Des concours dotés de prix sont proposés dans les écoles, en différents lieux d'apprentissage et dans les services. Les acteurs rappellent souvent les voies de transmission et expliquent ce qu'il faut faire pour éviter une contamination. La connaissance de l'état sérologique à travers les tests dans les centres de dépistage volontaire et anonyme est également proposée.

Nous voulons mobiliser les ressources financières pour que les associations aient les moyens de travailler. Nous savons que l'Eglise catholique mène beaucoup d'actions et nous ne voulons rien faire sans collaborer avec les Eglises, même si nos points de vue ne sont pas les mêmes. Il est arrivé que l'Eglise catholique se soit retirée lors d'un séminaire. Il fallut faire des concessions avant de reprendre les discussions car votre collaboration est importante pour nous. La détermination de l'Etat togolais se remarque à travers son PSN dont les principes directeurs sont : l'engagement national dans la riposte au VIH, la bonne gouvernance en matière d'action contre la réponse au VIH, la non-discrimination, l'équité, le genre et les droits humains, la décentralisation et l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Tout cela est bien résumé en trois orientations :

- Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et les IST
-Intensification de la prise en charge globale ;
-Renforcement de la gouvernance et gestion de la réponse.
- Ces orientations formeront le cadre des actions à venir.

L'Etat togolais montre par là qu'il se mobilise en impliquant toutes les parties prenantes, aussi bien les secteurs publics, que privés. Les organisations de la société civile et les partenaires techniques et financiers ne sont d'ailleurs pas en reste dans la participation au Plan Stratégiques National. Les difficultés économiques et financières que traverse le Togo ont de fortes incidences sur le financement du secteur de la santé mais le gouvernement ne cesse de multiplier ses actions pour convaincre les différents donateurs.

Dans les grandes villes du Togo, on est frappé de trouver des enseignes et des panneaux publicitaires sur lesquels on peut lire : « Fidélité, Abstinence et utilisation de préservatifs sont nos choix pour éradiquer le sida », ou « Nous autres, nous avons fait notre test de sérologie. Et vous ? » ou encore « Tous contre le VIH/SIDA » avec plusieurs personnes représentant chaque couche de la société (un militaire, un enseignant, un fonctionnaire de l'Etat, un commençant ,un artisan, un infirmier) ou encore un chauffeur montrant un préservatif avec sa déclaration « Je roule en sécurité » ou » « Tous contre le sida » ou encore d'autres images et interpellations.

UrBI : Quels sont vos projets et vos attentes pour l'avenir ?

DaAM : Nous voulons mettre en œuvre un cadre organisationnel et institutionnel de suivi et d'évaluation de tout ce qui se fait sur le plan national. Pour cela, il y aura deux structures :

3- Un organe de coordination qui aura pour mission de définir les orientations politiques et de mobiliser les ressources internes et externes, d'évaluer l'efficacité de l'action engagée dans la lutte contre le sida, puis d'approuver les budgets et programmes annuels d'action.
4- Un secrétariat permanent qui coordonnera la mise en œuvre de la politique nationale en cette matière de lutte contre le sida et exécutera les décisions. Ses attributions seront les suivantes :
    - ♦ Susciter l'implication effective des différents secteurs
    - ♦ Gérer et mobiliser les ressources pour appuyer la réponse nationale à l'épidémie
    - ♦ Assurer la coordination des ressources financières privées et celles de l'Etat affectée à la lutte contre le VIH.
    - ♦ Représenter le CNLS-IST aux assises internationales relatives au VIH, au sida et aux IST ;
    - ♦ Organiser des réunions périodiques de suivi avec tous les partenaires de développement.

Entretien n°3 :

Assétina SINGO-TOKOFAI, Statut : Responsable des unités de prise en charge des PVVIH et de la PTME ; Age 42 ans ; Lieu : siège ; Date : 6 septembre 2011 ; Durée : 1h.

UrBI: Quelle est la situation actuelle du sida au Togo ?

AsSI : En dépit des différents séminaires, colloques, campagnes de sensibilisation et discours de toutes sortes organisées dans le cadre de la lutte contre le sida, les résultats sont loin d'atteindre nos espérances. Etant chargé de l'unité de prise en charge médicale, ma préoccupation première est de veiller à l'approvisionnement continu des médicaments et surtout éviter des ruptures de stocks à notre au siège, comme au sein du CAMEG-TOGO, ancien TOGOPHARMA.

Au sein du PNLS nous avons mis sur pied trois cellules qui fonctionnent avec nos moyens de bord ; il s'agit principalement :

- ♦ du conseil dépistage

- de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- de la prise en charge médicale des PVVIH (traitement des infections opportunistes et traitement par Antirétroviraux)

Et accessoirement de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)

Malgré nos moyens financiers importants qui proviennent à la fois de l'état et des institutions partenaires dont récemment « le fonds mondial » nous sommes loin de subvenir aux besoins de nos malades. En considérant les 15 000 cas susceptibles de bénéficier des traitements par les ARV, seuls 20% des PVVIH seraient éligibles dans cette prise en charge. Vous voyez donc que ce taux est loin de répondre aux attentes de la population des PVVIH.

UrBI : Qu'est ce qui est fait au sein du PNLS et quels sont vos projets d'avenir ?

AsSI : Depuis 2009, nous ne souffrons plus de problèmes de rupture de stocks de médicaments et l'approvisionnement de la pharmacie centrale en traitement se fait sans trop de difficultés. Cela nous permet d'être à jour et d'assurer des soins continus aux patients, ce qui est rassurant pour tous. L'utilisation des ARV a été salutaire pour beaucoup de malades. Ces molécules constituent une garantie dans l'amélioration de la qualité de vie voire une amélioration de l'espérance de vie. Nos différents CDVA ont également les réactifs nécessaires pour continuer à faire les tests de sérologie antisida. Mais il nous manque encore des compteurs CD4 pour faciliter l'examen avant d'être éligible à la prise en charge en ARV ;

UrBI : Qu'attendez- vous de l'Eglise ?

AsSI : Qu'elle continue sa prise en charge à tous les niveaux. Nous collaborons avec les différents centres de santé reconnus au niveau du ministère de la Santé. L'Etat compte sur ces centres et leur accorde des bons de médicaments quand la CAMEG en est approvisionnée ; Nous intégrons leurs responsables à des formations pour l'application des protocoles en vigueur. Nous demandons aussi qu'à la fin de chaque année, ces centres nous fassent le bilan de leur activité, ce qui n'est pas toujours facile. Certains rapports manquent , alors que nous avons aussi besoin de savoir non seulement ce que l'Eglise fait, mais aussi pour renseigner les statistiques nationales.

Entretien n°4 :

Cissé YACOUBOU : directeur Régional de la santé à Sokodé ; Lieu : bureau ;

Age 51 ans ; Durée 2 h ; Date : 23 Août 2011.

UrBI : Où en êtes-vous dans la lutte contre le sida dans la région centrale ?

CiYA : Sokodé étant la deuxième grande ville du Togo, nous suivons le protocole mis en place par le gouvernement dans sa stratégie nationale. Depuis un an, je m'efforce d'actualiser les statistiques dans la région pour que nous ayons des chiffres fiables à partir de toutes nos unités de soins primaires et du réseau des associations de lutte contre le sida. Je veille avec mes directeurs préfectoraux, à l'exécution des décisions du ministère de la Santé. Avec les cinq médecins référents et leurs assistants, nous faisons de notre mieux pour assurer aux malades du sida une bonne prise en charge. Nous veillons à éviter des interruptions de traitement pour éviter que nos malades ne soient pas obligés de continuer leurs soins chez les différents guérisseurs dans les villages. Nous comptons sur l'Eglise pour l'accompagnement spirituel des patients et souhaitons qu'elle s'implique également dans la prévention en parlant par exemple des préservatifs.

UrBI : D'après vous quels sont les grandes priorités dans cette lutte ?

CiYA : Il faut cultiver une dynamique de collaboration avec tous les acteurs dans les régions et pour cela nous en parlons lors de nos tournées avec les différents directeurs préfectoraux.

UrBI : Quels sont vos attentes par rapport à l'Eglise catholique ?

CiYA : L'Eglise catholique a une grande tradition d'action humanitaire et nous saluons le travail qui est fait par les différents centres de santé tenus par les religieuses à Koloware, Alédjo, Komah, Kolina et Koulundè. Je ne peux qu'encourager ce beau travail. J'estime qu'aujourd'hui, la lutte contre le sida doit nous amener à changer le discours existant sur le sida. Je voudrais ici souligner la question de préservatifs ; il faut que l'Eglise fasse aussi la propagande pour les préservatifs au lieu de parler seulement de l'abstinence et de la fidélité qui ne suffisent pas. C'est le seul point qui me dérange dans l'engagement de l'Eglise.

Entretien n°5 :

Me Tiburce BABALIMA, statut : Avocat à la cour ; Date 4 septembre 2011 ; Age 40ans ; Lieu : bureau à Lomé ; Durée 40mn.

UrBI : Qu'en est-il de la lutte contre le sida au Togo dans le domaine judiciaire ?

TiBA : Nous avons plusieurs dossiers en cours qui sont très complexes. Le sida est un problème humain et particulier qui entraîne de très graves conséquences pour la famille et la société. La problématique prend une tournure compliquée lorsqu'il s'agit d'une maladie secrète, cachée soit volontairement ou involontairement. C'est bien aussi que vous sachiez que, depuis le 14 décembre 2005, le Président de la République avait promulgué des lois portant protection des personnes en matière du VIH/SIDA. Vous devez donc tenir compte de toutes ces lois et pouvoir

les mettre en pratique. Dans les dispositions diverses et finales au chapitre VIII article 69, il est dit que sous la supervision du CNLS-IST, les organismes publics et la société civile chargée de la défense des droits de l'homme, doivent intégrer dans leurs programmes d'action, des activités relatives à la protection des personnes en matière de VIH/SIDA et IST. Il y a d'autres dispositions pénales importantes que vous devez intégrer lors de vos différentes sensibilisations.

UrBI : Qu'attendez-vous de l'Eglise et des autres acteurs ?

TiBA : Nous sommes tous appelés à faire preuve d'ouverture et d'engagement, chacun selon sa mission. Tout ceci dans la nécessaire collaboration avec toutes les instances sociales impliquées.

La présence du virus du sida peut, en effet, conditionner le choix matrimonial déjà aux stades des fiançailles et mettre en question l'avenir du couple à travers le projet de la procréation et l'unité conjugale. Il conviendrait de cerner tous les enjeux du sida avec la nécessaire objectivité, en tenant compte de la nature de l'institution du mariage et de son statut éthique, quel que soit le choix du couple le jour de leur mariage (polygamie ou monogamie). Pensez-y et appliquez ce que dit le code de droit canon. J'ai en mémoire ce que j'avais retenu une fois de l'entretien d'un prêtre lors d'un colloque. Je pense qu'il avait cité le Pape Pie XI dans sa lettre encyclique sur le mariage Casti Connubi : « Le jeunes gens qui se destinent au mariage devront réfléchir mûrement avant de choisir la personne avec laquelle ils devront ensuite passer toute leur existence » Pensez à l'obligation du test de sida avant le mariage car nous avons une fois encore je le répète des dossiers très délicats que je ne peux pas révéler dans le cadre de cet entretien.

Beaucoup d'efforts consentis par l'Etat togolais nous encouragent et ont soulagé puis augmenté la durée de vie de nos malades. Si certains, en l'occurrence l'Eglise catholique se sont montrés réticents en ce qui concerne les campagnes pour la promotion de l'emploi des préservatifs, ils continuent à exercer une grande influence dans la prise en charge des malades. Je suis conscient que les Eglises possèdent une grande crédibilité, en particulier parmi les classes pauvres et marginalisées. C'est ce que beaucoup de communautés religieuses font dans leur centre de santé en soignant les malades avec beaucoup de délicatesse et compétences. Il y'a même deux communautés qui font la prise en charge nutritionnelle, avec l'initiation, avec la fabrication de la farine enrichie très riches en vitamines.

Entretien n°6

Me PITASSA Pikiliwé ; Statut : Greffier en chef près le tribunal de 1ere instance, deuxième classe ; Age 49ans ; Lieu : Kpalime ; Date : 7 septembre 2011 ; Durée : 1h

UrBI : Que pensez-vous du Sida ?

PiPI : Je pense que le sida dès son apparition réelle autour des années 1990 au Togo avait effrayé toute la population. Je précise que le 1er cas annoncé en 1987 au Togo était considéré comme un mensonge de la part des médias. C'est une maladie qui a détruit les hommes au Togo puisqu'au départ il n'existait aucun produit, sauf les riches arrivaient à prolonger leur vie avec quelques traitements des maladies opportunistes. J'ai perdu beaucoup d'amis et le cas d'un imprudent qui avait pris des risques me dérange jusqu'à ce jour. Il ne cesse de me dire : « On nous trompe avec cette fausse maladie, il ne faut même pas utiliser les préservatifs, ils ne servent à rien ». Ce compagnon de route, je l'ai vu dépérir progressivement jusqu'à son décès. Ses deux femmes contaminées l'ont suivies, puis leurs cinq enfants sont restés orphelins à la charge de sa famille démunie dont il était le seul cadre. C'est donc une maladie redoutable qui ne pardonne pas, surtout aux négligents. Toutefois je dis qu'avec les médicaments antirétroviraux, je connais beaucoup de gens qui vivent actuellement sans aucun souci de santé. Avec ces produits la population est sereine. Je dis enfin que c'est une maladie qu'on peut éviter facilement et au pire des cas si on l'attrape, il y a de l'espoir en disant que ce n'est pas la fin du monde.

UrBI : Que fait l'Etat dans la lutte contre le sida ?

PiPI : Je salue sincèrement l'Etat Togolais qui ne cesse de mener des actions en faveur de la lutte contre le sida. A titre d'exemple, l'état à travers le service nommé PNLS (Programme National de Lutte contre le Sida) est un grand service dont le coordinateur national est le chef de l'Etat lui-même. Dans toutes les écoles du pays, on a instauré un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA. Des cours sur le sida sont dispensés afin que les élèves soient bien informés et qu'ils puissent prendre conscience de la gravité de la maladie. Il y'a des émissions sur les chaînes de télévisions, radios nationales et locales (radios rurales même dans les langues du milieu afin que le message puisse passer dans toutes les générations et atteindre aussi les couches reculées). Les services de lutte contre le sida distribuent gratuitement les préservatifs à la population et surtout aux jeunes. Il y'a partout en ville et ailleurs des panneaux publicitaires qui disent : « Pour éviter le sida, il faut :

1- La fidélité
2- L'utilisation du préservatif
3- L'abstinence.

L'Etat togolais à travers ses services compétents sensibilise la population sur comment éviter la maladie. D'après le PNLS, de nos jours, le sida a considérablement reculé selon ses derniers statistiques. Aujourd'hui, les personnes atteintes sont prises en charge, en leur

distribuant des produits antirétroviraux et de façon gratuite. Donc l'Etat, par ses efforts et en vue de sauver sa population fait en sorte qu'aucun malade du sida ne meurt de cette maladie.

UrBI : Qu'attendez- vous de l'Eglise et de la population dans la lutte contre le sida au Togo ?

PiTA : Je pense que l'Eglise dans la lutte contre le sida est la première à sensibiliser et informer les fidèles, qui à leur tour informeront à la maison. Dans la société togolaise, la population considère et écoute mieux un homme de Dieu qui donne de bons conseils et des orientations à suivre que tout autre. A titre d'exemple, au Togo, lorsqu'un Leader politique s'adresse à ses militants, ceux -ci peuvent crier ou même insulter ledit leader. Par contre il suffit qu'un prêtre s'adresse à eux, c'est souvent dans un silence absolu. Voilà un exemple pour dire que, si l'Eglise avait les moyens solides, elle devrait faire en sorte que les prêtres et autres collaborateurs fassent le porte à porte pour convaincre la population. Il y a des gens qui veulent bien se rendre à l'Eglise mais la distance et diverses raisons les découragent. A mon avis ,l'Eglise devrait avoir la liste des personnes atteintes par ce mal pour, de temps en temps, leur rendre visite. Cela redonne courage et espoir de vivre malgré la souffrance. C'est vraiment encourageant de savoir qu'on peut avoir le sida et vivre longtemps avec le sida.

La population pour sa part , doit mettre en application les conseils prodigués par les services compétents et l'église. Se protéger devrait être la règle d'or. Si on n'est pas fidèle, le préservatif doit être obligatoire ou carrément s'abstenir des rapports sexuels, car personne n'est mort par manque de rapports sexuels. Pour ma part, je dis bien, que si toute la population observait sérieusement les conseils, personne n'attraperait le sida. Personnellement, pas de préservatifs, pas de rapports sexuels. C'est la population elle-même qui va vers le sida. Mais au nom de la liberté personnelle, on ne peut empêcher que quelqu'un se mette en danger ; la conséquence, c'est que cette personne finira par contaminer d'autres ; ce qui est désolant.

L'Eglise : 14 entretiens

La gravité de la pandémie au Togo engendre des situations complexes qui ne peuvent laisser indifférente l'Eglise Catholique, ainsi que les autres confessions.

A présent, nous présentons quelques entretiens portant sur deux activités en matière de lutte contre le sida.

a) La prévention
b) L'accompagnement.

Entretien n°1

Mgr Ambroise DJOLIBA ; statut : Président de la conférence des Evêques du Togo et chargé de l'action sociale, responsable de l'OCDI nationale ; Evêque de Sokodé ; Age 73 ans ; Lieu : Evêché de Sokodé ; Date : 18 Août 2011 ; Durée : 1h.

UrBI: Qu'en est-il de la lutte contre le sida au niveau de l'Eglise Catholique ?

AMDJ : Aujourd'hui, les PVVIH/SIDA ainsi que leurs familles ont besoin de la même attention que la tradition biblique requiert pour les orphelins, les veuves, les étrangers ; en vertu de sa mission de guérir et de consoler, l'Eglise, se doit d'aller au secours de ceux et celles qui souffrent. C'est une œuvre qui oblige tous les membres de l'Eglise à s'engager. Ce devoir à l'égard de ceux qui souffrent, ou sont écrasés par les aléas de la vie, veut exprimer l'amour préférentiel que notre Dieu a pour toute personne, spécialement les plus vulnérables. C'était en ces termes que j'avais introduit le document de notre plan stratégique en 2006.

Le sida a produit des conséquences néfastes sur les conditions de vie des populations et plus particulièrement sur les couches les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les migrants, les professionnels de sexe et les corps habillés. C'est dans ce contexte que l'Eglise Catholique avait élaboré un plan sectoriel de lutte contre le sida 2007-2010. Nous y avons participé ,dans le temps , en tant que délégué de la pastorale de la santé du diocèse de Sokodé. Ce plan était en tous points conformes à sa mission, à ses préceptes et à ses enseignements. Il visait à contribuer à l'effort national afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, par la stabilité et la réduction de la prévalence du VIH/SIDA. Notre stratégie se résume à notre organisation. Comme vous le savez, l'Eglise catholique dispose de plus d'un atout :

- Une organisation territoriale et décentralisée, favorable à la coordination et à l'implication de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre du plan.
- L'existence de structures opérationnelles comme l'OCDI, la CEJP et la DNEC.
- La capacité de mobiliser des ressources internes et externes pour la lutte contre le VIH/SIDA.

A ce jour, les interventions de l'Eglise ont couvert les domaines de la prévention, la prévention de la transmission mère-enfant, la prise en charge médicale, nutritionnelle, psychosociale, spirituelle et à base communautaire.

UrBI : Quelles sont vos attentes pour l'avenir ?

AmDJ: Mettons-nous au travail. Ce n'est plus un déni de la réalité, le sida n'est plus un sujet tabou, il est l'heure de le briser ; notre engagement est bien concret et dans tous les diocèses

nous mobilisons tous les acteurs pastoraux et nous leur demandons de faire de la lutte contre le sida une priorité grâce aux moyens qu'ils possèdent. Rendez-vous à l'OCDI et ils vous donneront des détails car je suis resté dans les généralités avec vous ; eux connaissent mieux les réalités du terrain à travers les projets en exécution.

UrBI : Que préconisez-vous dans la lutte contre le sida ?

AmDJ : Le message de l'Eglise est clair, en ma qualité de pasteur, je pense que « Le sida fleurit et se multiplie là où le rapport sexuel occasionnel est la norme. Les gens s'amusent et jouent ainsi à leur propre risque. Afin de combattre le sida, mon premier conseil va aux jeunes. Soyez forts ! Abstenez-vous de relations sexuelles jusqu'à ce que vous soyez capables d'exprimer votre amour à travers une relation engagée et responsable et l'Eglise enseigne que le mariage est cette relation. Mon second conseil est adressé aux mariés : « Soyez fidèles à vos conjoints. Ceci est d'une extrême importance et j'encourage les structures de prise en charge à bien prendre soin des malades par un accompagnement de qualité » Tel est notre message principal bien sûr avec nos prières pleines d'espérance.

Nous déplorons l'incroyable folie de la lâcheté de ceux qui n'osent pas dire la vérité à la population et surtout n'osent pas donner des conseils moraux, quand la chasteté est le seul remède pour sauver de la maladie meurtrière qu'est le sida. Dans notre ministère de la famille, il faut attaquer le problème à la source par ses causes fondamentales. Interpeller les parents pour qu'ils assument leurs responsabilités en famille au lieu de démissionner en faveur des écoles. Pour terminer, nous invitons tout le monde, chrétiens, musulmans et adeptes des autres religions à être vigilants et à rester fermes contre la corruption des mœurs, afin de sauvegarder la jeunesse et les pauvres femmes sans défense. Dans la lutte contre le sida, l'Eglise souligne avec force l'importance foncière de la fidélité conjugale qui respecte l'honneur du conjoint et constitue le moyen essentiel d'enrayer l'épidémie. Aux célibataires, l'Eglise recommande l'abstinence.

Entretien n°2 :

Justin-Magloire NABOUD, directeur de l'enseignement catholique de Sokodé ; Lieu : bureau à Sokodé ; Date 6 septembre ; Durée 30mn.

UrBI: Quelle est la situation actuelle du sida au Togo ?

JuNA: Depuis des années, toutes les couches, s'investissent chacune selon ses compétences pour pouvoir venir à bout de cette maladie ,dissiper les peurs et briser les tabous autour du sida. C'est une maladie nouvelle, avec ses caractéristiques et ses conséquences catastrophiques. Pourquoi l'acte de l'amour devient il un acte de mort ? Des substances comme le sang et le sperme destinées à véhiculer la vie, deviennent une fois contaminées de véritables

poisons qui sèment la mort. C'est préoccupant, du fait que la population ciblée est constituée essentiellement de jeunes. Cette jeunesse qui meurt, c'est l'avenir du pays qui est hypothéqué. Plus grave, ce sont eux qui doutent encore de l'existence de la maladie et pour qui, il s'agit d'une maladie imaginaire ou une maladie des blancs. Cette ignorance du mal constitue un obstacle dans la lutte contre ce fléau. C'est peut-être exagéré, mais pour certains de nos contemporains l'immuno-déficience va de pair avec la déficience morale. Nous acheminons vers la perte de nos valeurs essentielles. L'Eglise catholique a une longue tradition et une grande expérience de soins des malades. En effet, l'une de ses premières activités était d'ouvrir des dispensaires, en général avec l'aide des religieuses. Nous essayerons dans nos écoles de faire passer le message de prévention à travers les cours de formation humaine et religieuse

Dans la ligne des recommandations du Concile Vatican II, L'Eglise d'Afrique vient de connaître en moins de deux décennies la tenue de deux synodes. Le premier, Ecclésia in Africa[265], en 1994 sous le pontificat de Jean-Paul II, a été le lieu d'un diagnostic, avec ses ombres et ses lumières, de la situation du continent africain. Si cette première assemblée synodale pour l'Afrique a été célébrée dans la perspective d'une espérance, elle n'a pas manqué de s'attaquer à certains maux cruciaux dont souffre l'Afrique : déficit démocratique, sida, guerres.

Comme chrétien, il faudrait réagir sur deux volets : premièrement, jeter un regard humble et sincère sur le style de vie personnelle à la lumière de l'œuvre de Dieu ; deuxièmement, tendre la main vers ceux qui sont malades, affligés et orphelins. Nous mettrons ainsi en pratique l'enseignement social de l'Eglise.

UrBI : Qu'est ce qui est fait dans les écoles du diocèse ?

JuNA : Nous avons eu des formations avec les enseignants de tous les degrés pour qu'ils soient sensibilisés sur la question. Ils ont également à leur disposition des documentations fournies par la Croix Rouge et le Ministère de la Santé. Notre association « Ensemble Pour la Vie » avait également formé des pairs éducateurs qui font les sensibilisations. Récemment, l'inspection du deuxième degré avait organisé une session des enseignants de toutes les disciplines afin que chaque enseignant puisse en parler lors des cours. J'estime donc qu'en matière de connaissance, le message est passé et que les enseignants et élèves savent ce que c'est

[265] Ecclésia in Africa est le titre de l'exhortation post- synodale de Jean-Paul II

que le VIH/SIDA, ses moyens de transmission et les voies de non -transmission et autres informations utiles sur le sida.

UrBI : Que proposez-vous dans la lutte contre le sida ?

JuNA : Nous enseignons qu'il faut que les jeunes apprennent à s'abstenir avant le mariage et que ceux qui sont mariés doivent rester fidèles. Nous les exhortons également à connaître leur situation sérologique en profitant des kits de tests qu'EPV reçoit et bien sûr dans les centres de dépistage volontaires et anonymes.

Entretien n°3

Benoît ABALI, Statut : Prêtre ; Directeur national de l'OCDI ; Age 52ans ; Lieu : Bureau de l'OCDI à Lomé ; Date : 4 septembre 2011 ; Durée : 20mn.

UrBI : Que fait l'Eglise du Togo en matière de lutte contre le sida ?

BeAB : Depuis quelques années, le Togo a fait de la lutte contre le sida une priorité. Il est ainsi devenu impérieux de faire de la lutte contre le sida « une urgence nationale » Au niveau de l'OCDI, nous essayons de mettre en pratique la doctrine de l'Eglise :

L'Eglise a essentiellement pour mission d'être le sacrement du salut et de proposer une voie par laquelle le peuple de Dieu peut accéder et comprendre la grâce du Tout-Puissant, le créateur, et comprendre l'amour de Jésus Christ qui est venu pour guérir les malades, annoncer la Bonne Nouvelle aux pauvres et libérer les captifs (Luc 4,18-19). Elle cherche par conséquent, à prendre soin, non seulement de l'âme, mais du salut de la personne humaine dans son intégralité. Comme souvent, la seule motivation de l'Eglise est la compassion pour la souffrance humaine et la solidarité avec les affligés. Je t'invite à rencontrer sœur Véronique AMEDONDJI qui saura te décrire mieux les actions menées par l'Eglise et ses projets à travers sa participation de l'élaboration du PSNL. Aussi ce serait bien de répertorier ensemble les centres pilotes dans lesquels l'Eglise expérimente avec succès certains projets.

Entretien n°4

Véronique MEDENDJI, Statut : Religieuse, chargé de projets et d'assistance ; Age 49 ans Lieu : Bureau de l'OCDI nationale à Lomé ; date 22 Août 2011 ; Durée 45mn.

UrBI : Qu'en est- il de la lutte contre le sida au niveau de l'Eglise ?

VéME : Je vous remercie pour l'intérêt que vous accordez à ce sujet qui nous préoccupe tant. Tous mes encouragements pour ce travail de recherche qui pourra contribuer à faire connaître la réponse de l'Eglise dans la lutte contre le sida

Sœur Véronique nous a ensuite invité à nous rendre sur place afin de constater ce qui se fait dans les centres de référence de prise en charge des malades du sida. J'ai ainsi pu visiter le Centre Loyola de la société des Jésuites à Lomé, ou le Centre de Kouvé chez les sœurs de Saint Gaétan, à l'EPV à Sokodé, le Centre de santé des sœurs NDE à Kolowaré, le Centre de santé Espérance et Vie du Foyer de Charité à Alédjo à 40 km de Sokodé, le Centre SAR AFRIQUE de Lassa Soumdina à 10 km de Kara au nord du Togo, l'Association « Vivre dans l'Espérance » à Dapaong fondée par les sœurs Hospitalières de Saint Augustin dont la responsable est Stella KOUAK. Dans tous ces centres, nous avons rencontré les responsables et constaté ce qui se fait. Nous avons également eu des entretiens avec quelques malades dans ces centres. A partir de cet entretien et de mes rencontres, nous pouvons dire qu'un grand travail de prise en charge est fait mais les acteurs manquent de moyens financiers pour bien remplir leur tâche. A certains endroits, il est regrettable de constater que les malades sont laissés à la charge des centres dont les moyens sont limités, alors que la famille devrait assumer cette responsabilité.

URBI : Pouvez- vous énumérer quelques thèmes des formations organisées ?

VeME : Les derniers séminaires portaient sur la formation des agents pastoraux en matière d'accompagnement. Un colloque organisé par l'Etat concernait l'engagement de tous les acteurs et l'église était également invitée. Lors de ce colloque, il était question de commencer l'élaboration du su plan sectoriel national.

UrBI : Quelles sont vos attentes dans cette lutte ?

VeME *:* C'est toujours de trouver des bailleurs pour financer nos différents projets et surtout pouvoir multiplier les centres d'expérimentation sur toute l'étendue du pays. Comme vous êtes en recherches, nous attendons que l'église nous dise clairement ce qu'il faut faire ,par exemple dans le cas des personnes séropositives qui veulent se marier et même avoir des enfants. Faut-il imposer le test de dépistage aux couples avant le mariage ? Quelles sont les dispositions au niveau juridique pour accompagner les veuves qui se retrouvent seules avec des problèmes après le décès de leur mari ? Vous, les prêtres, engagez-vous dans l'accompagnement des malades au lieu de les envoyer dans les centres de prise en charge des malades ou des associations de lutte contre le sida. Vous verrez qu'il y aura encore bien d'autres défis quand vous rencontrerez mes collègues à l'intérieur du pays.

Entretien n°5

Auguste Koffi Happy EGAH, Statut : Prêtre directeur national de l'Enseignement catholique ; Age 52 ans ; Lieu : Bureau à Lomé ; Date : 5 septembre2011 ; Durée 40 mn.

UrBI : Père Directeur où en êtes-vous et quelles orientations donnez-vous à la lutte contre le sida au niveau de l'enseignement et quel message pouvez-vous nous livrer ?

VeME: Merci Urbain pour ta recherche qui sera d'une grande utilité pour nous dans l'enseignement. « J'ai été malade et vous m'avez visité » (Mt 25,36). « En vérité, dans la mesure où vous l'avez fait à l'un de ces plus petits qui sont mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait » (Mt 25,40).

Ces paroles fortes prononcées par Notre Seigneur Jésus Christ pour nous situer comment nous serons jugés à la fin des temps, représentent pour tout chrétien un aspect important de son apostolat sur la terre des hommes : visiter le malade, c'est donc visiter le Seigneur lui-même …. En effet, la maladie et la souffrance ont toujours été parmi les problèmes les plus graves qui éprouvent la vie humaine. Dans la maladie, l'homme fait l'expérience de son impuissance, de ses limites et de sa finitude…. La compassion du Christ envers les malades et les nombreuses guérisons d'infirmes de toutes sortes sont un signe éclatant de ce que « Dieu a visité son peuple ».

Aujourd'hui, la recrudescence des cas des hommes et des femmes, victimes de la maladie du sida interpelle vivement l'Eglise du Christ. C'est dans cette optique, à l'exemple de son Maître et Fondateur qu'elle se lève pour s'engager aux côtés des pouvoirs publics et d'autres organisateurs philanthropiques, afin d'être plus proche de ceux qui souffrent et aussi combattre la propagation pernicieuse de la pandémie. L'un des moyens privilégiés de ce combat se trouve être la sensibilisation de la jeunesse, couche la plus vulnérable, force vive de notre société et relève de demain. La Direction Nationale de l'Enseignement Catholique offre un cadre propice pour l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement des écoles et instituts de formation technique et professionnelle de l'église catholique. Goethe écrivait dans ses Maximen und Reflexionen : « Il n'est rien de plus effrayant que l'ignorance agissante ». Elle pousse l'individu dans un désordre aux conséquences irréparables ; Conscients de cette réalité, nous avons le devoir d'initier une pédagogie communicative qui permettra à notre jeunesse de savoir l'essentiel sur le VIH et le sida afin d'élaborer en toute liberté et responsabilité des réflexions qui l'orientent vers un comportement plus équilibré, digne des enfants de Dieu. C'est pour parvenir à cette noble fin qu'un programme d'imprégnation sera conçu dans les semaines à venir. Pour l'heure, il concernera l'enseignement des premiers et deuxièmes cycles du secondaire. A chaque niveau, il permettra d'élaborer une démarche simple mais dynamique, de susciter la réflexion de l'apprenant avant de l'amener progressivement à la fixation personnelle de notions indispensables à la méditation sur la valeur de l'être humain dans le plan de Dieu, dans

l'amélioration et la perpétuation de l'œuvre de la création au sein de sa famille, dans la nation et au sein du monde entier.

Je souhaite un bon cheminement aux apprenants et qu'ils n'oublient surtout jamais que « Ce n'est pas la force, mais la persévérance et la prière qui font les grandes œuvres » Ad augusta per angusta (on arrive aux résultats grandioses par des voies difficiles).

Entretien n°6

Charles KLAGBA, statut : Pasteur ; Consultant EHAIA au Conseil Œcuménique des Eglises ; Date : 7 septembre 2011 ; Age, 51 ans ; Lieu : Siège à Lomé ; Durée : 1h.

UrBI : Où en êtes-vous de la lutte contre le sida ?

ChKL: L'Eglise évangélique, s'organise et multiplie les sessions de formation surtout en matière d'accompagnement. Notre préoccupation première était la formation des pasteurs afin qu'ils intègrent la sensibilisation en matière de lutte contre le sida lors de leurs prédications.

Les pasteurs des Eglises presbytériennes, baptistes, protestantes et les acteurs intervenant dans le domaine du VIH/SIDA ont validé le mardi 5 juin 2012 à Lomé, le plan sectoriel de lutte contre le sida 2012-2015 de l'Eglise Evangélique Presbytérienne du Togo. A travers ce document, nous voulons intégrer la lutte contre le sida au cœur de leur pastorale sociale par l'implication de leurs structures, l'intégration de l'éducation chrétienne, scolaire, communautaire et familiale. Il s'agit aussi de valoriser la solidarité active avec les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Ainsi, l'Eglise Evangélique réaffirme sa position en recommandant l'abstinence, la fidélité conjugale, conformément à son éthique. Elle encourage les fidèles à connaître leur statut sérologique, s'abstient de toute promotion du préservatif chez les jeunes et déconseille le dépistage prénuptial du VIH dans sa communauté.

La lutte contre le sida par les différentes Eglises dépend énormément de la qualité de l'engagement des chefs de différentes Eglises au Togo. Dans un contexte de crise généralisée, l'Eglise qui se fait l'écho ou qui est porteuse d'un message extraordinaire, un message qualifié de Bonne Nouvelle doit continuer par annoncer la plénitude de la vie. Elle est ainsi interpelée et doit agir. Aujourd'hui, face à la pandémie du VIH/SIDA, l'Eglise est atteinte et ébranlée dans ses propres convictions. Cela implique aussi des manifestations à travers des sensibilisations pour la prévention.

UrBI: Quel est le contenu du message que vous faites passer à travers votre engagement ?

ChKL: Notre engagement passe par la nécessité d'informer l'ensemble du peuple de Dieu à travers un programme d'éducation chrétienne. Il faut dire que c'est dans cette perspective que

nous avions organisé un atelier à l'attention des responsables de départements d'éducation. Cet atelier avait pour objectif dans un premier temps de faire l'inventaire des publications existantes dans la lutte contre le sida et en seconde position de proposer des outils simples et pratiques, puis les mettre à la disposition des responsables impliqués dans la formation au niveau des communautés ecclésiales de base.

L'objectif pédagogique étant d'aider le formateur à être capable de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et faire de l'Eglise une institution compétente dans le domaine de la lutte contre le sida. Ainsi ce document de base a une quadruple ambition :

1- Mettre en évidence la conception chrétienne de la maladie en intégrant l'idée de la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.
2- Indiquer les repères chrétiens pour éviter les comportements à risque
3- Recenser d'une part les pratiques culturelles qui favorisent la propagation de la pandémie et d'autre part les valeurs chrétiennes qui contribuent à la promotion de la vie.
4- Donner quelques repères pour un accompagnement pastoral adapté et efficace.

Pour terminer, je précise aussi que ce document est conçu pour être un outil de travail pour les formateurs (pasteurs et laïcs), des adultes, des jeunes et des enfants dans les paroisses et dans les institutions d'Eglise en milieu rural comme dans les zones urbaines.

UrBI : Quels sont vos attentes ?

ChKL : Je souhaite que les mentalités puissent évoluer et que tous les acteurs puissent prendre leurs responsabilités pour combattre toutes formes de stigmatisation et de discrimination sous toutes ses formes.

UrBI : Quel est l'esprit qui guide la lutte contre le sida dans votre Eglise ?

ChKL : Nous, pasteurs de l'ensemble de nos Eglises, nous nous retrouvons pour faire le point de nos activités. Je vous informe que le pasteur AMEGAN fait des tournées dans le cadre des sensibilisations pour la promotion de la Bible et au cours de leur journée, il y a également des projections de films sur le sida suivies de débats : Je veux citer ici le film sur le témoignage du pasteur Gédéon lui-même pasteur séropositif, remarié après le décès de sa femme. Nous voulons combattre les désaccords considérables qui existent au sein de nos différentes communautés œcuméniques sur les stratégies de la prévention.

A l'intérieur et à l'extérieur de nos églises, on attend de nouveau des communautés religieuses plus dynamiques. Qu'elles donnent des orientations morales sur la scène publique et se sentent obligées de le faire. Le dialogue doit nous permettre de déterminer précisément quels domaines font l'unanimité et lesquels font l'objet de désaccords et de contradictions et de

pouvoir affirmer les convictions partagées. En réfléchissant sur le sens de la pandémie du Sida et en cherchant des solutions aux nombreux problèmes qu'elles posent, les Eglises s'engageront inévitablement dans le débat éthique qui a lieu actuellement dans la société. C'est ainsi que nous pourrons ensemble faire face aux différents enjeux et restaurer la dignité humaine. Je termine en évoquant avec force certaines pratiques culturelles qui sont des facteurs importants qui favorisent la propagation du VIH/SIDA ; Il s'agit de la polygamie, du lévirat et sororat ainsi que d'autres pratiques liées à la pauvreté.

Entretien n° 7

Alfred PIGNAN, statut : Curé de la paroisse Saint Joseph de KABOLE et Curé doyen de la zone Est du diocèse de Sokodé ; Age 47 ans ; Lieu : bureau à la paroisse ; Date 19 Août 2014 ; Durée : 30mn.

UrBI : Qu'en est-il du sida dans votre secteur ?

AlPI : Nous sommes au carrefour du Benin et du Nigéria où beaucoup de femmes partent à la recherche de l'argent. Durant leur séjour dans ces pays, certaines pratiquent la prostitution et reviennent malades. Par ailleurs, beaucoup de voitures en provenance du port passent par ici en direction du sahel et d'autres pays voisins. Les chauffeurs passent des nuits dans notre secteur et nos filles courent derrière eux à cause de l'argent. On constate des commérages et des agressions verbales.

UrBI : Comment désigne-ton le sida ici ?

AlPI : Il a plusieurs noms : la maladie des bordels, et surtout la maladie du siècle.

UrBI : Qu'est- ce qui est fait concrètement ?

AlPI : Nous avons le relais de l'association diocésaine EPV qui fait des sensibilisations et accompagnent les personnes atteintes de plusieurs manières. Les tests se font d'abord lors des tournées quand EPV a des kits. D'autres demandent à subir le test après le passage d'EPV et dans ce cas, il faut qu'ils se déplacent à Sokodé. A partir de là les séropositifs sont suivis avec tous les protocoles pour leur traitement.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

AlPI : Mon souhait est que chacun puisse connaître sa sérologie. D'ailleurs, avec les sensibilisations, de plus en plus les gens dominent leur peur pour aller faire le test, surtout au sein des associations, car ils savent qu'il y a un suivi. Concernant l'Eglise, nous sommes satisfaits du travail que fait notre association diocésaine EPV et prions qu'elle ait les moyens de continuer à faire des tournées dans les paroisses. Pour moi, il est important de favoriser une

approche globale des personnes en mettant en avant l'estime et le respect de soi et de l'autre, la responsabilité et la solidarité. Je termine en soulignant que dans le domaine de la vie de famille, il y a une grande érosion des valeurs familiales qui garantissaient la stabilité et le respect de la transmission de la vie.

Entretien n°8

Statut : Gratien AKOUETE, curé de la paroisse saint Joseph ; Lieu : Bureau à la paroisse ; Age 50 ans ; Date 22 Août 2011 à Lomé, Durée : 30mn.

UrBI : Que dites- vous du sida aujourd'hui ?

GrAK *:* Malgré les traitements qui existent aujourd'hui, même s'ils ne guérissent pas, les malades sont les victimes d'un feu qui brûle et que nous devons éteindre. Certaines familles ont tendance à cacher leur malade sous prétexte que c'est honteux. Je connais même des personnes qui ont essayé de se suicider avant que la mort ne les atteigne.

UrBI: Que préconisez-vous dans la lutte contre le sida ?

GrAK : Pour moi l'important c'est d'insister sur l'abstinence et la fidélité dans la lutte contre le sida. Cela revient à mettre la famille et le mariage au centre de cette lutte. Les agents pastoraux que nous sommes sont invités à faire découvrir à tous la beauté du mariage et de la famille, ainsi que le respect qui est dû dans toute véritable œuvre de promotion humaine. C'est à leur école que l'homme apprend à vivre et à bien vivre sa sexualité en tant que don de Dieu et moyen de transmission de la vie et non de la mort. L'Eglise devra par conséquent joindre à sa pastorale autour du VIH/SIDA, une pastorale qui renforce et promeut aussi bien le mariage que la famille. C'est le lieu d'écouter le Pape Jean Paul II s'écrier : « Famille, deviens ce que tu es » (Exhortation apostolique Familiaris consortio n°17 du 22 novembre 1981). La promotion des préservatifs va contre la morale de l'église, le théologien africain Bujo l'a bien dit récemment « La vraie solution, la seule qui puisse être durable et satisfaisante réside dans le changement de comportement intérieur par rapport à la sexualité, sans se fier de manière naïve et magique aux solutions techniques. Ce changement ne concerne pas seulement des individus en tant que sujets moraux, mais exige que toute la communauté s'y engage » l'Eglise doit s'engager humainement, matériellement et spirituellement.

Entretien n°9

Mgr Jacques AGNILUNDA, Statut : Evêque de Dapaong ; Date : 27 Août 2011 ;

Age 68 ans Lieu : Evêché de Dapaong ; Durée : 40mn.

UrBI*:* Monseigneur, c'est dans votre diocèse qu'il existe la plus grande association qui s'occupe des malades du sida. Comment appréhendez-vous le travail des sœurs et bénévoles et quel est votre message à leur endroit et l'Eglise du Togo ?

JaAG : Partout, on parle de Sœur Stella nommée affectueusement « sœur Sida » à cause de son engagement pour la cause des malades et surtout des orphelins du sida. Elle est même appelée « maman de 1500 enfants ». Je m'en réjouis et encourage toujours toute sa communauté et les bénévoles qui œuvrent dans l'association « Vivre dans l'espérance ». A chaque journée pastorale, j'exhorte les autres communautés et les prêtres à s'impliquer et à encourager les fidèles à se faire dépister, car, aujourd'hui nous avons les moyens de lutter efficacement contre cette pandémie. Aujourd'hui dans notre culture de globalisation, les gens cherchent leur valeur non pas dans leur foi ou ce qu'ils sont, mais dans ce qu'ils consomment et possèdent : pouvoir, prestige et plaisirs.

Je souhaite que dans tous les diocèses du Togo, il y ait de telles initiatives pour éradiquer le sida. J'en parle à mes confrères évêques afin qu'ils prennent des dispositions dans ce sens dans leur diocèse. Je vous encourage également, avancez dans votre formation pour être plus tard formateur ici car nous en avons besoin.

UrBI : Pour vous quelles sont les causes principales du sida ?

JaAG : Je me situe sur plusieurs plans pour évoquer les différentes causes. En famille, les parents ont démissionné et n'assument pas convenablement leur rôle et laissent leurs enfants livrés eux-mêmes. Voilà pourquoi certains fréquentent les centres où sont projetés des films pornographiques, sans compter tout ce qui est disponible sur internet. Je déplore la libéralisation et la commercialisation du sexe pour tous, ce qui est contraire aux valeurs humaines et religieuses. On ne peut plus parler de protection de la virginité et de la maîtrise sexuelle, comme si cela était devenu impossible.

La cause principale est la vie immorale et on nous présente sur les médias le préservatif comme la panacée à la prévention du sida.

- L'enseignement social de l'Eglise n'est pas pris en considération et les objectifs des différents acteurs de la lutte contre le sida concernent plus leurs propres intérêts que ceux des malades.
- Les conditions de vie difficiles de la population ici au nord du pays ne sont pas un atout. Comme l'indiquent les objectifs du millénaire, il faut commencer par réduire le niveau de

pauvreté et s'assurer que chaque homme et femme puisse répondre à ses besoins alimentaires, sanitaires et éducationnels.

- Pour terminer, un aspect qu'il ne faut ne pas ignorer dans cette bataille est le choc des cultures, qui se traduit ici par la perception de la maladie avec ses différents noms. La pandémie du sida met à découvert des souffrances humaines chez nous comme partout en Afrique.

Entretien n°10

Augustin Bindake YINDO, Statut : Directeur de la Société Alpha et Oméga Sarl Import / Export ; Age : 48 ans ; Lieu : Siège à Lomé ; Date 5 septembre 2011 ; Durée : 30 mn.

UrBI : Que pensez-vous de la lutte contre le sida ?

AuYI : Pour avoir travaillé longtemps dans une ONG qui avait le volet sida à ADESCO, je pense qu'aujourd'hui la population est bien sensibilisée. Il faudrait renforcer la prise en charge avec les médicaments et un suivi régulier des malades pour éviter des rechutes et encadrer le désir de mariage des PVVIH. La réalité des couples discordants dont un membre est séropositif et l'autre négatif est complexe et douloureuse. Comment le conjoint séropositif va-t-il faire pour ne pas transmettre le virus à son ou sa partenaire ? Par l'abstinence ? C'est facile à dire ! Mais est-ce vraiment facile pour tous les couples discordants ? Leur expliquer l'importance vitale d'utiliser un préservatif lors des rapports est à peu près la seule chose qu'on puisse faire. C'est une question de vie ou de mort et on ne peut pas faire l'impasse sur cette réalité incontournable. Les différentes représentations que les gens ont de la maladie ne sont pas encourageantes. Je veux parler des métaphores citées : « Ceux qui portent les manches longues », « ceux qui ont des boutons et des cheveux roux, ceux qui font la diarrhée » « le feu rouge », « ceux qui avalent tous les jours les médicaments»

Soulignons le poids de certaines mentalités ou de certains comportements au sein de la population, comme le fait d'aller chez les charlatans, d'employer la sorcellerie, d'évoquer la possession du démon, le monde des ancêtres en croyant à leur influence sur la santé. Nous sommes dans une vision culturelle bien différente de celle de l'Europe.

Les préoccupations sont les mêmes et se résument à la prévention et à la prise en charge. Dans les deux cas, le financement fait défaut. Il y a de bonnes volontés à tous les niveaux , mais les moyens manquent pour bien faire le travail.

Entretien n°11

Pierre Charnelle AFOGNON, Statut : Directeur de l'enseignement catholique du diocèse d'Aného ; Age 52 ans ; Date : 7 septembre 2011 ; Lieu : Kouvé ; Durée 30mn.

UrBI : Que dites-vous de la lutte contre le sida ?

PiAF : Il faudrait encourager le travail que font nos centres de santé en matière de prise charge. En mars 2009, Benoit XVI, lors de son voyage au Cameroun et en Angola, avait remis le document de travail aux évêques représentant des 36 conférences épiscopales d'Afrique. Il s'agissait de préparer le deuxième synode pour les évêques d'Afrique qui s'est tenu à Rome du 4 au 25 octobre 2009. Fruit d'une large concertation, ce document visait le cœur de l'annonce du Christ en Afrique aujourd'hui. Sans étouffer les défis et les problèmes brûlants pour la vie des Africains, il mettait en évidence l'espérance chrétienne. L'Eglise a voulu contribuer à la croissance de la société en appliquant ses convictions sociales basées sur le respect de la dignité des personnes quelles que soient leurs conditions de vie. Le synode a eu pour objectif de susciter une nouvelle ferveur pour l'évangélisation et la promotion humaine en Afrique et dans le monde.

A l'issue de leurs travaux, les pères de la deuxième assemblée spéciale des évêques pour l'Afrique ont remis au pape une liste de 57 propositions concrètes d'une importance capitale. Les pères ont demandé au pape de juger de sa pertinence et de publier un document sur l'Eglise en Afrique au service de la réconciliation, de la justice et de la paix. Voici les différentes orientations de la proposition 51 résumée en ces termes :

Le sida est une des grandes pandémies comme le paludisme et la tuberculose qui déciment les populations africaines et compromettent gravement leur vie socioéconomique. On ne doit pas le considérer simplement comme un problème médico-pharmaceutique, ou uniquement comme une question de changement de comportement humain. C'est vraiment une question de développement intégral et de justice, qui demande une approche et une réponse globale de la part de l'Eglise.

UrBI : Que pensez-vous de la stratégie de l'Eglise dans sa lutte contre le sida ?

PiAF : Je voudrais revenir sur les propositions du synode. L'Eglise condamne fermement toute tentative, de la part d'individus ou de groupes, de disséminer le virus, soit comme une arme de guerre, soit par le style de vie. Le synode prodigue ses encouragements à toutes les institutions et à tous les mouvements ecclésiaux qui travaillent dans le domaine de la santé et spécialement du sida et demande aux agences internationales de les reconnaitre et de les aider dans le respect de leur spécificité… En outre, le synode propose *:*

- que l'on évite tout ce qui peut contribuer à la diffusion de la maladie, comme la pauvreté, la dissolution de la vie familiale, l'infidélité maritale, la promiscuité et un style de vie vide de valeurs humaines et de vertus évangéliques ;

- un service pastoral qui prodigue à ceux qui vivent avec le sida, l'accès au traitement médical, à la nourriture, l'accompagnement pour un changement de comportement et une vie sans stigmatisation sociale ni discrimination ;
- un soutien pastoral qui aide les couples vivants avec un conjoint infecté par le virus à s'informer et à former leur conscience, afin qu'ils choisissent ce qui est juste, en toute responsabilité pour le plus grand bien de l'un et de l'autre, de leur union et de leur famille ;
- que le SCEAM développe un manuel pastoral sur le sida pour tous ceux qui sont engagés face à la maladie dans leur ministère ecclésial (prêtres, personnes consacrée, médecins, infirmiers, conseillers, catéchistes, enseignants) Pour moi ce texte doit constituer la feuille de route de notre Eglise. C'est aussi pour moi le lieu de redire avec Jean- Paul II que l'Eglise doit encourager une prévention respectueuse de la dignité de la personne humaine et de sa destinée transcendante. L'Eglise est convaincue que sans retour au sens de la responsabilité morale et à la réaffirmation des valeurs morales fondamentales, tout programme de prévention basé sur la seule information sera inefficace et même obtiendra l'effet contraire. Les associations et mouvements d'Eglise doivent œuvrer dans ce sens et se soutenir dans la foi, la prière et l'action. C'est comme cela que nous pourrons faire une révolution dans la lutte contre le sida au lieu de penser que le sida est une malédiction de Dieu.

Entretien n°12

René MIHIGO, Statut : religieux Assomptionniste, accompagnateur bénévole et responsable du centre culturel et membre de l'aumônerie de la jeunesse à Sokodé ; Age : 52 ans ; Lieu : Sokodé ; Date 20 Août 2011 ; Durée : 20mn.

UrBI : Que dites-vous du sida ?

ReMI : La cible du sida étant la jeunesse, lutter contre cette maladie, c'est pour nous une préoccupation majeure. Ceux qui souffrent font partie du corps de l'Eglise, par conséquent, c'est toute l'Eglise qui souffre.

UrBI : Que faites-vous concrètement en ce sens ?

ReMI : Dans le charisme des assomptionnistes, il y a le volet social. L'homme à l'image de Dieu menacé, c'est aussi Dieu qui est menacé. Voilà pourquoi deux d'entre nous

travaillent en collaboration avec l'association EPV. L'année dernière, la communauté avait envoyé trois postulants à Dapaong pour se rendre compte de la réalité et s'initier pendant deux semaines à l'accompagnement.

UrBI : Quelles sont vos attentes par rapport à l'Eglise et EPV ?

ReMI : Nous sommes prêts à continuer la collaboration et seront toujours disponibles si nous sommes sollicités. EPV fait un bon travail d'accompagnement, je souhaite qu'elle agrandisse le lieu d'écoute avec des personnes bien formées. Nous devons stimuler les gens pour qu'ils connaissent leur statut sérologique.

Entretien n°13

Thérèse KANSOLE, statut : religieuse de l'Assomption, trésorière de EPV, chargé de la formation humaine et religieuse au sein du complexe scolaire Assomption ; Age 54 ans ; Date 21 Août 2011 ; Lieu : communauté à Sokodé ; Durée : 35mn.

UrBI : Où en êtes-vous de la lutte contre le sida ?

ThKA : La bataille continue et je suis engagée sur plusieurs fronts : A l'école, au sein de l'association et dans la pastorale de la santé au niveau diocésain.

UrBI: Que faites-vous concrètement ?

ThKA *:* A l'école nous avons intégré l'enseignement du VIH/SIDA dans nos cours de formation humaine et religieuse et tout se passe bien, à tel point que beaucoup d'élèves prennent conscience du danger de la maladie. Les fruits c'est qu'ils cherchent à connaître leur statut sérologique à travers les dépistages qu'organise l'association EPV. Pour la petite histoire, lorsque nous avons commencé les dépistages, j'avais proposé à mes consœurs d'en faire et elles ont toutes accepté sans problèmes. Au moment des résultats, il s'est fait qu'on ne retrouvait pas la copie d'une des nôtres, et je vous assure qu'elle avait eu une grande peur, et enfin de journée, nous avions ses résultats bien négatifs et ce fut un apaisement total. Ceci pour vous dire que personne n'est à l'abri. J'ai deux consœurs qui m'aident dans l'accompagnement des malades. Au sein d'EPV, je suis la trésorière et je veille à la bonne gestion du peu d'argent dont nous disposons au service des malades et surtout des orphelins parrainés. Je participe également aux enterrements de ceux qui décèdent, et nous continuons l'accompagnement de la famille. Au sein de l'association, nous sommes très fiers, car beaucoup prennent des responsabilités dans les différents volets de nos engagements : sensibilisation, visite à domicile, prise en charge médicale, morale et spirituelle.

UrBI : Qu'en est- il des préservatifs ?

ThKA : Nous n'en distribuons pas systématiquement, mais il y a un stock pour ceux et celle qui le désirent et surtout pour les jeunes couples discordants. J'aime bien cette image du missionnaire Bernard JOINET qui a comparé la pandémie du sida à une inondation. Face à cette catastrophe, il propose trois moyens : trois types de bateaux. Le premier celui de l'abstinence, le plus sûr car il est fabriqué avec des planches neuves. Le second, celui de la fidélité est également fabriqué avec un bois solide. Le troisième, celui du préservatif, est un radeau en mauvais état. Mais c'est mieux que rien quand on se noie. Quoi qu'il en soit, il faut agir en prenant un de ces bateaux pour sauver sa vie.

Entretien n°14

Issa TOURE statut : Imam lieu : Sokodé. Age 51 ans ; Date : 24 août 2011 durée 30mn

UrBI: Où en êtes- vous dans la lutte contre le sida ?

IsTO : Nous nous organisons, en union musulmane selon nos communautés de quartier. Les vendredis, avant la prière, nous en parlons en forme de sensibilisation sur le VIH/SIDA. Nous demandons à ceux qui sont infectés de se faire soigner comme il faut en allant à l'hôpital ou chez les herboristes reconnus qui traitent bien certaines maladies. Nous sommes régulièrement invités par l'Etat quand il y a des colloques sur le sida, afin que nous soyons bien informés pour transmettre à notre tour un message fiable avec les dispositions en cours.

UrBI : Que conseillez-vous à vos adeptes ?

IsTO : Je parle toujours des trois moyens de prévention : La fidélité, l'abstinence et la protection en cas de doute.

UrBI : Qu'attendez-vous de l'Eglise et de l'Etat ?

IsTO : Nous collaborons bien avec les prêtres et les sœurs, car nous sommes appelés à transmettre à la population la volonté de Dieu à travers les messages que nous délivrons. Ils attendent beaucoup de nous et nous font confiance. Dans la ville de Sokodé, les centres de santé tenus par les religieuses font mieux leur travail que dans leur structure d'état où vous ne pouvez pas vous soigner si vous n'avez pas les moyens qu'il faut. L'Eglise a le souci des preuves et des malades qui n'ont pas de moyens pour se soigner. Quant à l'État, qu'il mette les moyens au service des hôpitaux et des organisations non gouvernementales pour bien faire leur travail. Au sein de l'union musulmane, il y a une association qui sensibilise contre les mutilations génitales féminines qui compromettent la vie sexuelle et reproductive de nombreuses femmes. J'en parle aussi lors de mes prédications. L'Etat a promis récemment de nous aider dans ce sens, car de

plus en plus, il y a beaucoup de cas dans notre région. Il faudrait même que l'Etat mette en prison les clandestins qui continuent de le faire malgré les sensibilisations.

Les ONG/ associations : 35 entretiens

Nombreuses sont les associations qui s'investissent dans la lutte contre le sida. Certaines sont organisées en réseau dans les régions alors que d'autres travaillent comme des ONG. Nous avons rencontré quelques-unes, en particulier leurs responsables, des bénévoles et certaines PVVIH. Les activités de ces associations portent sur la prévention et la prise en charge.

Entretien n° 20 :

Marie Stella KOUAK, Statut : directrice de l'association « Vivre dans l'Espérance » ; Lieu : au siège de l'association à Dapaong ; Age 48 ans ; Date : 23 Août 2014 ; Durée : 1h30mn.

UrBI : Où en êtes-vous dans la lutte contre le sida au sein de l'association « Vivre dans l'espérance » ?

MaKO: Comment donner l'espérance aux personnes désespérées ? C'est le but visé à travers toutes nos initiatives de prise en charge.

UrBI : Quels sont les ressentis des malades ?

MaKO : Je dois évoquer avec joie, l'arrivée des traitements par ARV : En 2007 le fonds mondial nous a donné des traitements coûtant 5000FCFA (l'équivalent d'environ 8euros). Enfin, c'était un bouleversement inouï de savoir que ces traitements étaient devenus gratuits. Nous avions l'impression de voir la mort reculer d'un coup. Nous avons pu recouvrir les besoins de nos cent cinquante patients de l'époque. De 1000 morts par an, nous sommes tombés à 200 en 2008. Bien sûr, il y a eu des échecs dans cette gestion. Des gens sont décédés malgré tout, soit parce que c'était trop tard pour eux, soit par ce qu'ils souffraient de complications ou réagissaient mal aux ARV.

A notre question de savoir d'où vient le sida voici quelques réponses enregistrées :

« Ce sont les blancs qui l'ont fabriqué dans les laboratoires », « ce sont les homosexuels qui l'ont apporté », « c'est le virus qui a amené la maladie ».

A côté de ces premières réflexions sur les origines, nous avons recherché les causes et les modes de prévention et voici quelques réponses retenues :

« Le sida se transmet lors des rapports non protégés avec les personnes infectées »

« Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son enfant par l'allaitement »

« Les chauffeurs, les soldats et les prostitués sont ceux qui contaminent le plus »

« Une femme qui en souffre ne doit pas allaiter son enfant »

« Les médecins doivent tester le sang avant le prélèvement sanguin »

« Si tu ne peux ne pas t'abstenir, utilise le préservatif lors des rapports sexuels »

« Que celui qui veut se marier, fasse le test du sida ».

Le témoignage d'Affissétou, une jeune fille séropositive de 18 ans en classe de terminale dans le temps et aujourd'hui en deuxième année de médecine à l'université de Lomé m'a touché

« Ma mère est décédée du sida et c'est seulement après son décès que je l'ai su, et j'étais fâchée avec mon papa infecté depuis des années qui l'avait infectée et aujourd'hui il vit avec une autre femme. Si je réussis au Bac, je compte faire des études de médecine et pouvoir travailler dans ce centre qui s'est bien occupé de ma mère et soigner les autres malades »

Elle déclare avec conviction vouloir lutter contre les lois traditionnelles de l'islam qui « privent la femme musulmane de la liberté d'expression ». Même si l'association « Vivre dans l'Espérance » bénéficie de subventions non négligeables. Ces témoignages résument bien la manière dont les associations assurent la prise en charge des malades. Toutes les associations du pays se battent, surtout pour l'obtention des ARV et l'amélioration de la qualité de vie de leurs patients.

UrBI : Quels sont vos projets d'avenir, vos espoirs et vos attentes par rapport à l'Eglise ?

MaKO : C'est un défi continu pour nous. Mon souhait, c'est de finir la maison d'accueil pour mes enfants orphelins et continuer à chercher et trouver des familles pour accueillir des enfants pendant des années. Je préfère cette option à celle de garder les enfants en orphelinat, mais à défaut de ce qu'on veut, on se contente de ce qu'on a.

UrBI: Quel est votre mot de la fin ?

MaKO : Ici nous montrons aux malades que nous les aimons tels qu'ils se présentent et leur accompagnement nous tient à cœur avec nos moyens du bord. Le malade du sida n'imagine pas le rejet, il le constate, il n'imagine pas la discrimination ou le jugement, il les vit… il n'imagine pas l'absence de parole ou de réconfort, il la subit. Et à vrai dire, c'est ce qui le rend malade », a résumé fort justement un patient inconnu dont j'ai recopié la remarque ».

Entretien n ° 21

Marcel BAKOMA, Statut : directeur Adjoint du centre ; Lieu : Bureau au siège de l'association à Dapaong ; Age 36 ans ; Date : 22 Août 2011 ; Durée : 1h.

UrBI : En quoi consiste votre tâche au sein de l'association ?

MaBA : Ma mission est d'observer et d'aider nos patients à se faire un chemin de vie sur lequel ils trouvent la joie malgré leur souffrance. Heureusement que je comprends bien la langue

du secteur, cela me permet de discuter avec tout le monde et surtout de ne pas me faire traduire. Je passe donc beaucoup de temps au centre à écouter et à échanger avec nos clients.

UrBI : Quels sont vos attentes ?

MaBA : D'abord, que les familles s'impliquent dans le suivi de leur membre atteint par ce fléau.

Ensuite le nerf de la guerre, c'est l'argent. Nous avons des bénévoles qui font des tournées pour visiter les malades à domicile, il faut qu'ils soient payés sinon nous ne pourrons rien faire tout seuls malgré notre bonne volonté. Cette contrainte budgétaire doit être consentie à tous les niveaux. C'est le lieu de féliciter le fond mondial, l'ambassade de France au Togo et le PSI qui nous soutiennent depuis des années sans oublier bien sûr le gouvernement togolais. Nous attendons des colloques sur le sida une mobilisation forte, des politiques plus précises, un élargissement de l'accès aux traitements actuels et la poursuite des recherches sur le VIH.

UrBI : Qu'est ce qui fait la particularité de l'association vivre dans l'espérance ?

MaBA : Nous sommes un centre pilote de l'OCDI et c'est aussi la plus grande association de prise en charge des malades de sida ainsi que les orphelins que nous suivons dans plusieurs villes du pays. Nous avons un personnel pris en charge par des organismes ainsi que l'Etat togolais sans compter les bénévoles. Caritas TOGO depuis quelques années a initié un projet qui consiste à aider les enfants à reconstituer les beaux souvenirs de leurs parents afin de les aider à reconstruire leur vie et celle de leurs parents. Ces enfants conservent cela dans des boites à mémoire sur lesquelles sont inscrits leur propre nom. Nous avons nommé cette initiative : Sida : « boites de la mémoire » pour renouer avec les défunts et défuntes.

Entretien n°22

Ugor GOUNDO, Statut : Conseiller psychosocial à l'association « Vivre dans l'Espérance » chargé des « groupes de Parole » des visites à domicile du conseil pré- et post- test et du suivi spirituel ; Age 42 ans ; Lieu : Dapaong au siège de l'association ; Date : 22 Août 2011 ; Durée : 30mn.

UrBI : En quoi consiste votre tâche au sein de la structure ?

UgGO : Les différents titres que je viens d'énumérer parlent d'eux-mêmes sur ce que je fais ici depuis des années

Cette charge, je l'assume avec joie par la grâce de Dieu et ma foi chrétienne. Tout ceci pour mon salut et celui de mes frères et sœurs vivant avec le VIH /SIDA. Je suis père de famille de deux enfants. Je donne des conseils et fais des visites auprès de nos clients.

UrBI : Comment vous sentez dans cette association ?

UgGO : Depuis huit ans, je suis heureux de rendre service et je vois les malades guérir même si ce n'est pas complètement. Les visites à domicile me donnent beaucoup de motivations dans l'accompagnement.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

UrGO : J'invite les uns et les autres à avoir du respect pour les malades, ils ont besoin de nos apports pour vivre longtemps. Le sida n'est pas une fatalité, informons-nous et prenons les moyens pour agir ensemble. Je souhaite que nos chefs cantons s'impliquent plus dans l'information et la sensibilisation, car dans les villages, ce sont eux qui règlent tous les problèmes au sein des familles ;il est parfois dommage de constater que s'ils étaient mieux formés, ils prendraient des décisions raisonnables. Je souhaite qu'en plus de la sœur Marie Stella, que les évêques invitent dans leurs diocèses des infirmières ou communautés religieuses qui ont un charisme envers la santé. Cela éviterait qu'elle fasse moins de tournées pendant plusieurs jours.

Entretien n°23

Essofa AGODOMOU, statut : médecin référent d'EPV à Sokodé ; Lieu : cabinet ESSOFA ; Age 52 ans ; Date : 24 Août 2011 ; Durée 50mn.

UrBI : Où en sommes-nous dans la lutte contre le sida ?

EsAG : Comme médecin référent reconnu depuis des années, je suis confiant en constatant les efforts consentis par le gouvernement, les ONG et associations ainsi que les différentes Eglises et centres tenus par les sœurs. Je veux nommer le centre de santé de Koloware et espérance et vie d'Alédjo. Ils m'envoient certains patients qui habitent à Sokodé et je me déplace quand il le faut soit pour des visites à domicile soit dans les centres et associations pour des causeries ou consultations selon leurs besoins. Je tiens au centre EPV et vous encourage à poursuivre les efforts consentis par les bénévoles dans l'accompagnement. J'en discuterai à l'occasion avec l'évêque pour qu'il mette plus de moyens à votre disposition pour aider les malades ».

UrBI : Comment collaborer vous avec l'Etat et l'Eglise ?

EsAG : Je suis reconnu par l'état comme médecin prescripteur et référent à Sokodé. Je participe à certaines réunions ici à Sokodé avec mes confrères à la direction régionale afin de voir ensemble les protocoles de suivi de clients. A la fin de chaque trimestre, je rends mes rapports pour les statistiques au niveau national. En dehors de l'Etat il y a d'autres organismes qui subventionnent mes soins en donnant certains médicaments dont je manque à certains patients.

En ce qui concerne l'Eglise, nous avons de bonnes relations. Je suis le médecin référent de l'association EPV et je soigne gratuitement les patients que l'association m'envoie. Quand un malade ne peut pas se déplacer pour venir en consultation au cabinet, je m'arrange pour organiser le déplacement et je vais souvent faire des visites à domicile ; cela me permet aussi de sortir du cabinet. Pour terminer, je reconnais les efforts déployés par l'Eglise dans la lutte contre le sida et recommande les soins à domicile car beaucoup de personnes restent enfermées chez eux et se cachent pour mourir, alors que nous pouvons les aider à prolonger leur vie à défaut de les guérir. Je suis aussi convaincu qu'avec Dieu rien n'est impossible, voilà pourquoi nous pouvons compter sur la puissance des prières et de la foi de l'Eglise à travers sa mission dans le monde.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

EsAG : Changeons tous de comportement, et prenons nos responsabilités. N'ayons pas toujours une représentation négative sur la personne des personnes infectées. Leur vie ne doit pas se réduire aux effets dévastateurs du virus qu'ils portent.

Que les familles et les écoles redoublent d'efforts pour que les jeunes intègrent dans leur vie les valeurs qui contribuent à l'épanouissement de l'homme dans une société en pleine mutation. Puisque le sida est une maladie dont la transmission principale est sexuelle, tout doit se jouer au niveau de la prévention. Pour terminer, en matière de lutte contre le sida, la priorité est de limiter le nombre de nouvelles infections. Voilà pourquoi l'éducation à la santé et à la santé sexuelle est fondamentale. Les messages transmis et l'information doivent chaque année être renouvelés. Les sensibilisations sur les modes de transmissions du virus du sida et sur les moyens de se protéger doivent par ailleurs être différenciées pour concerner l'ensemble de la population mais également cibler les plus exposés au VIH telles que les jeunes, les femmes, les homosexuels. Il faut donc des moyens pour mettre en place des dispositifs de dépistage anonymes et gratuits puis d'écoute après les campagnes bien organisées.

Entretien n°24

Noel Kodzo YANDI, Statut : Coordinateur de la Croix Rouge Togolaise région centrale ; Lieu : Bureau au siège à Sokodé ; Date : 22 Août 2011 ; Durée 30mn.

UrBI : Qu'en est-il de la lutte contre le sida ?

NoYA : La lutte contre le sida fait partie d'un volet de mobilisation. Nous avons des animateurs formés qui font des tournées de sensibilisations dans nos zones de travail. Dans les villages, nous avons des personnes référentes qui nous renseignent sur les différents cas. Nous recevons des kits complets pour les malades et ces personnes une fois enregistrées, nous les

aidons selon nos possibilités. Nous disposons des crédits et des aliments que nous offrons selon les informations reçues. Nous avons aussi des bons de dépistage et selon les résultats, nous suivons les personnes avec nos agents sur le terrain.

UrBI : Quelles sont vos attentes par rapport aux autres acteurs ?

NoYA : L'Etat se mobilise et cherche des bailleurs de fonds pour financer les différents projets. Cela est encourageant. Les ONG et associations en font aussi. Ce que je souhaite, c'est qu'au niveau de la région centrale, on puisse se concerter de temps en temps pour savoir qui fait quoi et dans quel secteur. Le mois passé, dans une rencontre de concertation nous sous sommes rendus compte qu'il y a des malades qui passent leur temps à aller dans toutes les associations. Nous voulons bien aider mais qu'ils ne fassent pas de leur maladie une marchandise à revendre.

Ensuite, s'agissant des structures de l'Eglise et des écoles de l'enseignement catholique, nos pairs éducateurs ont du mal à vendre les préservatifs et pour cela il faut que nous en discutions aux prochaines séances de travail avec la direction régionale de la santé. En 2009, j'avais eu une rencontre avec la direction du collège qui avait convoqué les parents d'une de nos filles responsables de la vente des préservatifs parce qu'elle n'était pas au courant de cette initiative à l'école.

Entretien n°25

Amina MOUSTAFA : Statut : Coordinatrice de JAD à Sokodé ; Lieu : Bureau au Siège ; Age 32 ans ; Date : 21Août 2011 ; Durée 35 mn.

UrBI : Qu'est-ce qui vous préoccupe plus au sein de votre organisation non gouvernementale ?

AmMO : Depuis plus de dix ans, nous nous intéressons aux pratiques traditionnelles néfastes à la santé comme l'excision chez les filles dans les villages, le sororat et le lévirat ainsi que les coiffeurs de barbes et les coupeurs d'ongles sur les grandes places. Il y'a beaucoup de violence au sein des familles, ce qui provoquent le départ prématuré des filles pour aller dans les pays frontaliers comme au Ghana, au Nigeria et au Burkina à la recherche de l'argent. Nous essayons d'obtenir des financements pour aider ces filles, ce qui empêchent certaines de partir à l'étranger pour revenir malades quelques années. Au cours de nos tournées, nous vérifions le matériel des coiffeurs et coiffeuses en leur donnant des conseils concernant l'entretien de leurs matériels et leur offrant des possibilités de stérilisation du matériel utilisé pour tous les clients. Au sein des familles, il y a beaucoup de mutilations génitales qui se pratiquent et dans le milieu social, les viols et le harcèlement sexuel sont fréquents. Nous luttons contre l'exploitation des enfants et la prostitution forcée. Pour terminer, nous avons constaté une grande féminisation de

la pandémie ; ce qui fait que nous nous intéressons plus aux femmes en développant des programmes qui prennent en charge leur vulnérabilité due à des facteurs physiologiques et biologiques, mais également à des pressions économiques, culturelles et sociales qui ne leur permettent pas d'assurer leur prévention et d'être autonomes. Cela pose de graves soucis d'émancipation de la femme togolaise, voire africaine, victimes de la soumission et du fatalisme. C'est donc encourageant de voir les associations de femmes séropositives qui naissent en vue de participer activement à leur prise en charge. Nous avons pu former grâce à un projet allemand un groupe de femmes et d'hommes afin de lutter contre les excisions surtout chez les femmes où elles sont si dangereuses. La circoncision féminine prend plusieurs formes dont certaines mal connues. Ces pratiques constituent de grands facteurs de risques de l'infection à VIH /SIDA chez les femmes.

UrBI : Que ressentent vos clientes ?

AmMO : Elles ressentent la joie d'être accompagnées dans ce qu'elles vivent au quotidien. Pour cela ça va prendre du temps car les gens comprennent difficilement et c'est toute la population qu'il faut sensibiliser, voir les chefs de cantons qui ont la responsabilité dans les villages de régler tous les problèmes entre les citoyens. Les coiffeurs sont contents quand nous leur distribuons de l'eau de Javel ou de l'alcool pour stériliser leurs outils mais ils ne veulent pas l'acheter eux-mêmes par manque de moyens.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

AmMO : Nos attentes sont nombreuses. D'abord, nous espérons une amélioration des conditions de vie et de travail de tous ceux que nous suivons à travers les sensibilisations et les financements. Nous souhaitons obtenir des projets pour mieux faire faire notre travail. C'est tout un travail d'éducation à mener dans plusieurs domaines avec plusieurs acteurs. Il y a une grande vulnérabilité culturelle qui s'explique par le fait que beaucoup de femmes sont exclues de l'éducation, la sexualité est toujours un sujet tabou. L'éducation à la prévention des IST/SIDA reste insuffisante, voire inexistantes dans certains villages reculés. Il apparaît clairement que la culture influence les attitudes et les comportements liés à la pandémie du sida. Je souhaite que l'Etat intervienne et prenne des mesures pour sanctionner ceux qui continuent de mener des pratiques dangereuses à la société et qu'il nous donne les moyens nécessaires. Que les pasteurs et les imams dans leurs prédications intègrent la sensibilisation sur les pratiques culturelles néfastes à la vie.

Entretien n°26

Hortense GBATA, Coiffeuse ; 29 ans ; Lieu : atelier ; Date : 22 Août 2014 ;

Durée : 40mn.

UrBI : En quels termes entendez-vous parler du sida ?

HoGB : En, fait-il y a un certain nombre et je ne peux pas tout vous citer mais voici quelques termes qui me marquent à cause de leur sens : Il est appelé maladie du siècle, maladie des amoureux, l'incurable, les gens de EPV ou EVT.

UrBI : Qu'est-ce que la prise en charge médicale a changé aujourd'hui ?

HoGB : La prise en charge a permis d'avoir beaucoup de porteurs sains qui ne présentent aucun signe. Cependant, on note le manque de sérieux de la part de certains qui, connaissant leur état, transmettent sciemment le mal au cours de rapports sexuels non protégés avec beaucoup de partenaires et surtout, pour les hommes, en le cachant à leurs femmes et leurs familles.

UrBI : Comment vivez-vous votre situation actuelle ?

HoGB : Je vis ma situation actuelle en m'efforçant de passer régulièrement au test de dépistage afin de me rassurer de ma sérologie.

UrBI : Qu'attendez-vous de l'Eglise et de l'Etat ?

HoGB : Que l'Eglise sensibilise les porteurs sains à vraiment respecter les prises d'ARN et surtout de se comporter en personnes responsables en cas de rapports sexuels

UrBI : Pouvez-vous nous parler des circonstances de la découverte de votre séropositivité et comment vous la vivez en famille et dans votre entourage ?

HoGB : J'ai découvert ma séropositivité suite à un test. En effet, je m'y suis volontairement soumise après des rencontres sexuelles non protégées avec un conjoint et me suis décidée à prendre des mesures désormais. A ma visite de retrait de résultat, les agents du Laboratoire m'ont demandé de faire de nouveau le test à cause d'une erreur technique. Alors je me suis dit qu'il se peut qu'il y ait quelque chose. A la seconde reprise, les résultats ont tardé et finalement, ils m'ont demandé de rencontrer le Conseiller pour les résultats quels qu'ils soient. C'est ainsi que par la suite le vrai résultat me fut donné et tout de suite, j'ai commencé les examens en vue de la prise prochaine des ARV ; Ce ne fut pas facile, mais avec l'accompagnement des agents de santé, je suis arrivée à accepter ma condition et je poursuis à présent la prise des ARN. Ma santé reste bonne et je fais tous les soins possibles pour rester en bonne santé. Je veux ainsi éviter une éventuelle chute comme nous l'enseigne nos accompagnateurs.

Au niveau de la famille, je n'ai rien dit aux parents mais, ils savent que je traverse une situation surtout pendant les moments où je suis soucieuse. Je l'ai partagé avec mon prêtre

confident qui depuis longtemps me suit et me donne des conseils et m'accompagne dans les prières. Il est très proche de moi et toujours disposé à mes sollicitations et demandes de rencontres.

Avec l'entourage, je me sens en bons termes et ne laisse pas le moindre signe du soupçon. Je ne veux pas en toute conscience m'engager dans les rapports de peur de contaminer quelqu'un d'autre.

UrBI : Qu'attendez- vous de l'Eglise aujourd'hui dans ce contexte de sida ?

HoGB : Ma séropositivité, je la partage seulement avec les personnes qui me l'ont annoncée et m'accompagnent dans la prière et d'autres soutiens dont j'ai besoin. C'est ce qui fait ma force.

Entretien n°27

Arsène TSOLEGNANOU, Directeur Réseau des associations de lutte contre le sida ; Age : 48 ans ; Lieu : Bureau à Lomé ; Date : 8 septembre 2011 ; Durée 40mn.

UrBI : Où en êtes-vous dans la lutte contre le sida au niveau associatif et des ONG ?

ArTS : Tous les responsables des associations de lutte contre le sida sont conscients de leur responsabilité et sont de bonne volonté pour travailler et aider les PVVIH, mais, il y a un manque cruel de moyens financiers. Nous devons à tout moment solliciter l'aide de l'Etat ou d'autres bailleurs de fonds. Nos associations gèrent, pour la plupart, des situations compliquées en plus de l'insuffisance des ARV.

Ce témoignage exprime bien ce que font les associations : « Mon mari est tombé gravement malade. Il a été longtemps hospitalisé au Centre Hospitalier Régional de Sokodé. Il n'allait pas bien et nous sommes allés à Kara chez les chinois. C'est là qu'il est décédé. En fait, il savait bien qu'il était infecté par le VIH mais jusqu'à sa mort il ne me l'avait pas avoué. C'est une fois revenue à la maison quand j'ai fouillé son dossier médical que je me suis rendue compte que mon mari était mort du sida. A l'époque, j'ignorais les symptômes de cette maladie, mais je savais qu'elle était dangereuse. Face à une telle situation je suis allé faire mon test de sérologie qui s'est révélé positif. Je suis en vie grâce à EVT et EPV » Les associations sont engagées dans la prévention et la prise en charge. Elles mènent de front leurs activités grâce aux différents bailleurs à l'intérieur du pays comme à l'extérieur. L'association EVT a de bonnes relations avec des organismes étrangers qui financent bien ses projets. Grâce à eux, ils ont beaucoup de réalisations et suivent les malades dans trois villes : Lomé, Palimé et Sokodé. L'association EVT fait également partie du collectif d'aide pour le Togo (CAP-TOGO) dont le siège est à Mulhouse. C'est grâce à eux qu'EVT reste une des plus grandes structures de prise en charge.

L'association EPV œuvre dans le diocèse de Sokodé et s'étend à toute la région centrale avec des relais dans toutes les paroisses du diocèse. Avec son nouveau cadre, elle se dévoue à la sensibilisation et à l'accompagnement des personnes infectées et affectées avec une équipe dynamique de bénévoles.

Nous sommes investis dans cette lutte depuis des années et malgré les difficultés nous ne décourageons pas parce que c'est pour une bonne cause. L'Etat fait de son mieux pour nous aider mais pourrait mieux faire avec les moyens dont il dispose. Entre les associations du réseau, nous n'arrivons pas à nous entendre sur certaines procédures ; le nœud de nos disputes, c'est la source des financements et les rapports de projets. Les cotisations annuelles ne rentrent pas comme il faut, ce qui rend complexe notre collaboration. Dans mon centre nous avons réussi à obtenir de l'Etat un assistant à plein temps, ce qui est encourageant pour le bureau. Notre souhait c'est de mettre au point un laboratoire et une pharmacie.

UrBI : Comment travaillez-vous avec les autres associations ?

ArTS : Je m'efforce d'abord d'assainir les relations au sein de mon association ici à Lomé et veille à ce que tous mes malades aient des traitements sans interruptions. Au sein du réseau des associations de lutte contre le sida, nous nous retrouvons tous les semestres pour faire le point de nos différentes activités. En fin d'année, nous organisons une assemblée générale pour écouter les différents rapports d'activités puis les prévisions qui suivront. Avec tout le bureau nous rencontrons le directeur du programme national pour lui faire part de nos activités. Il nous encourage et souligne également les domaines dans lesquels il veut que nous fassions des progrès tels que la gestion des ressources que l'Etat met à notre disposition. Notre souhait de pouvoir nous organiser de manière à confier les différentes actions telles que l'accompagnement spirituel et l'accompagnement médical ou nutritionnel à d'autres structures mais c'est compliqué car toutes les associations veulent prendre en charge l'ensemble des actions. Tel que l'accompagnement spirituel aux associations d'Eglise, celui médical aux associations dotées de centres médicaux, l'aspect nutritionnel à d'autres structures mais c'est compliqué car toutes les associations veulent prendre en charge tous les volets.

Entretien n°28 :

Lanuidi Abdou SALAMI, Chargé de Mobilisation communautaire de l'association vivre dans l'Espérance de Dapaong ; Age 47 ans ; Date : 24 août 2011 ; Durée : 20mn.

UrBI : Où en êtes-vous de la lutte contre le sida ?

LaSA : Comme vous le savez depuis plusieurs années notre structure est reconnue pour la qualité de son travail. Nous organisons des formations sur plusieurs volets.

D'abord la formation des bénévoles pour que le suivi des malades se passe dans de bonnes conditions.

Puis la formation et l'information des malades et leurs familles. Nous veillons également au suivi des groupes de paroles. Ainsi formés nos bénévoles sont souvent sollicités dans les autres associations pour partager leurs expériences et stimuler les autres dans leurs engagements soit dans des associations ou personnes affectées.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

LaSA : Le sida n'a pas dit ses derniers mots et chaque jour doit nous permettre de prendre conscience de ses différents enjeux. Après plusieurs années de contaminations et de nouvelles victimes, nous savons tous que le sida touche au cœur même de la vie. Chaque année en célébrant la journée mondiale du sida nous entendons des slogans et des discours marquant les campagnes faites contre le sida. Puisque jusqu'à ce jour il n'y a pas de traitement qui guérisse le sida, la personne infectée sait bien qu'elle va mourir d'un moment à un autre. Prennent-elles le temps de se préparer ? Mon attente la plus profonde c'est l'inégalité dans les traitements Pourquoi certains doivent avoir le traitement et d'autres non ?

Que dire de ceux qui maintiennent l'inégalité dans l'accès aux soins ? On dit toujours que le sida est une maladie terrible, une affaire de tous, mais comment sont gérées les ressources pour aider les autres à se soigner ? Les laboratoires ne pourraient-elles pas aider autrement les pays en voie de développement ?

Entretien n° 29 :

Sœur Joséphine USAI, Responsable du centre Médico-social Providence de Kouvé dans la préfecture de Tabligbo. Age 50ans ; lieu : bureau ; Date, 9 Août 2011 Durée 40mn

UrBI : Où en êtes-vous dans votre centre dans la lutte contre le sida.

JoUS: Depuis trois ans, grâce au Fond mondial, nous sommes un centre pilote d'expérimentation des projets sanitaires de l'OCDI. Le projet couvre surtout la prise en charge médicale qui comprend le test et les autres analyses pour le bilan en vue de déterminer le type de traitement à appliquer au patient. Nous avons une pharmacie alimentée par l'OCDI en vue de la prise en charge des infections opportunistes. Notre laboratoire est doté de kits pour le test de sérologie et un compteur CD4 pour déterminer la charge virale. Avec l'équipe des soignants bien payés, chacun assume son travail convenablement et la direction nationale est contente du travail qui est fait dans notre centre. Le fait que nous sommes en expérimentation nous oblige à être plus strict dans l'organisation et à veiller à la qualité de vie de nos patients.

UrBI : Que ressentent les malades ?

JoUS : Ils sont satisfaits de nos prestations. Mais ce qui nous déplorons c'est le suivi jusqu'à domicile. Certains malades sont abandonnés par leur famille et nous nous ne pouvons pas tout faire.

UrBI : Quelles sont vos attentes ?

JoUS : Je souhaite que nos malades guérissent et surtout que l'OCDI nationale continue de nous soutenir financièrement et médicalement. Je souhaite également que toute l'Eglise s'implique non seulement dans la prière mais aussi à travers des engagements. Je dois souligner que la position de l'Eglise catholique contre le préservatif dans les programmes de prévention sème le doute et le trouble. Il y'a des chrétiens infectés qui ne veulent pas se protéger et contaminent les autres en prétendant que l'église refuse l'usage des préservatifs. J'ai même lu un article dans lequel l'archevêque citait les évêques d'Afrique du Sud et du Swaziland en ces termes : la promotion diffuse et intempestive du préservatif comme est une arme immorale et malencontreuse contre le VIH/SIDA pour des raisons suivantes :

-l'usage du préservatif est opposé à la dignité humaine.

-Les préservatifs changent l'acte d'amour en recherche égoïstes du plaisir, vidé de toute responsabilité.

- Ils ne garantissent pas la protection contre le VIH mais peuvent bien être causes de la rapide diffusion de l'épidémie.

-Ils peuvent être défectueux ou mal utilisés

-Ils favorisent un laisser-aller qui détruit la maîtrise de soi et le respect mutuel. Ce langage doit être expliqué clairement aux fidèles pour qu'ils fassent la part des choses et savoir quelle décision prendre ou quel comportement adopter. Il faudrait que les responsables d'Eglise s'engagent et donnent des indications bien adaptées aux réalités. On ne construit pas un avenir de l'homme uniquement en jouant sur le permis et le défendu parce que la morale ne dépend pas seulement d'une technique mais d'un ensemble. Il faut donc engager un dialogue à travers toutes les dimensions humaines et bien d'autres facteurs.

Entretien n°30

Kéméalo BOUWEM, Statut : mère au foyer et Séropositive ; Age 34 ans ; Lieu : Dapaong ; Date : 25 Août 2014 ; Durée : 35mn.

UrBI : Que savez-vous de votre état de santé ?

KéBO *:* Je suis tombée malade depuis le décès de mon mari et les analyses ont révélé que j'étais séropositive et depuis je manifeste les mêmes signes que mon mari mort il y'a deux ans.

UrBI: Où vous soignez-vous et comment ?

KéBO: Je me soigne chez la sœur Marie Stella avec toutes les appellations que les gens nous donnent. C'est cela qui pèse plus pour moi car les gens se moquent de nous comme si nous avions mené une vie de débauche.

UrBI : Comment vous appellent-ils ?

KéBO : La maladie des « cheveux cassants et roux » « celles qui ont la maladie qui fait dépenser » « la maladie des prostitués », « la maladie éternelle » et bien d'autres représentations comme « l'abeille l'a piqué », « ceux qui font la diarrhée », « les hommes aux petites fesses ».

Au début c'était difficile, et nous avions tendance à nous rendre au sein de l'association à la tombée du jour ou très tôt pour ne pas attirer l'attention des gens sur nous. Avec les réunions et les groupes de paroles nous avons dépassé maintenant cette étape et certaines parmi nous témoignent à visage découvert avec l'association lors des tournées de campagnes de sensibilisation.

UrBI : Quel est votre espoir ?

KéBO : Avec les ARV nous nous portons bien et la vie continue. Je souhaite une longue vie à l'association de la sœur pour qu'elle puisse aussi prendre soin de nous. Je pense aussi aux filles infectées qui souhaitent se marier et avoir aussi des enfants comme nous. Qu'elles trouvent des maris compréhensifs et que tout se passe dans la vérité sans rien cacher au conjoint. Avec le nouveau programme de la PTME (Prévention pour la Transmission Mère Enfant) il y'a une grande évolution dans la médecine aujourd'hui et le traitement bien suivi donne des résultats fiables. Le cas des enfants sains nés de mère ou père porteur du virus constitue un miracle pour nous.

Entretien n°31

Anonyme et séropositive : Lieu : Sokodé à son domicile.

Age 25 ans ; Lieu : Sokodé ; date 21 Août 2011 ; Durée 35mn.

UrBI : Avez-vous entendu parler du sida ?

AN : Oui, malheureusement à partir de ma propre infection après le décès de mon mari.

UrBI : Pouvez-vous nous dire comment cela s'est passé ?

AN : Nous sommes trois épouses chez mon mari et il vivait avec la plus jeune qui sûrement l'avait infecté puisqu'elle était morte avant lui. Nous autres, nous n'étions au courant de rien et il a continué à avoir des rapports sexuels avec nous sans rien nous dire et sans protection ……

UrBI : Comment vivez-vous cet état ?

AN : Avec beaucoup de regrets et de honte. Je me cache pour aller chercher mon traitement dans l'association qui s'occupe de moi et mon accompagnateur vient souvent à la maison pour prendre de mes nouvelles.

UrBI : Fin de la discussion interrompue plusieurs fois à cause des pleurs.

Entretien n°32

Léa BATHASSI, Statut : Laïque consacrée, infirmière et responsable du centre médical à « SAR AFRIQUE » ; Lieu : Soumdina-Kara ; Date : 25 aout 2011 ; Durée : 20 mn

UrBI : Qu'en est-il du sida ?

LéBA : C'est une maladie qui fait souffrir énormément et les conséquences sont énormes sur tous les plans.

UrBI : Quelle est votre expérience en matière de lutte contre le sida ?

LéBA : En plus des orphelins, je m'intéresse plus aux couples discordants. J'accompagne une dizaine suite aux contaminations qui ont eu lieu alors que l'un des membres avait caché à son conjoint sa séropositivité. Dans un mariage, si l'un des partenaires à le VIH, l'autre partenaire ne doit pas être infecté par le virus pour pouvoir s'occuper des enfants. Si cependant, les relations sexuelles sont interdites, le mariage est peu infecté par le VIH ; s'il y a échangé des fluides sexuels, chacun donnera à l'autre le virus qu'il porte et toute la famille en souffrira. Pour protéger les partenaires non infectés, le couple devrait utiliser un nouveau préservatif pour chaque rapport sexuel. Le préservatif est utilisé pour empêcher la mort et non pour empêcher une nouvelle vie. Les préservatifs sont aussi importants si les deux partenaires sont infectés

UrBI : Qu'est-ce qui vous marque dans cette lutte ?

LéBA : C'est le regard des autres, bref de l'entourage. Les malades du sida pensent que tout le monde est au courant de leur situation et du coup ont tendance à se cacher parce qu'ils ont honte. Voilà pourquoi certains malades sont stigmatisés et d'autres laissés seuls dans leurs cases, privés des soins. Quand les gens voient Léa visiter les personnes ils se disent automatiquement que la personne est infectée. Ainsi, avec mon équipe de bénévoles, nous avons multiplié les visites dans les maisons pour confondre les gens et changer cette mentalité. Il est arrivé même que nous fassions des enterrements sans la famille des défunts. Aujourd'hui c'est de plus en plus rare, l'entourage et les membres de la famille participent quand ils peuvent. Il a fallu tout inventer au fil des ans pour l'accompagnement des patients.

UrBI : Votre centre comporte combien de volets ?

LéBA : Nous avons deux volets : la prise en charge médicale et la prévention. Avec l'assistant du centre et trois bénévoles nous assurons les consultations et les visites à domicile

afin de suivre surtout les malades isolés et ceux qui ne peuvent plus se déplacer, faute de moyens, ou dont l'état de santé s'est fragilisé. Nous prenons aussi le temps d'aider certaines veuves dans les démarches administratives après le décès des maris. Grâce à l'OCDI nationale nous avons la trithérapie en stock pour les personnes qui ont suivi le protocole recommandé par le gouvernement avant de bénéficier gratuitement de ce traitement. En matière de prévention, nous conseillons l'abstinence, la fidélité et les préservatifs. Au cours des sensibilisations nous parlons plus largement de la sexualité dont la dimension dépasse la question du port de préservatif.

Entretien n°33 :

Rosalie KPANDJAME, Statut : ménagère, séropositive ; Age 47 ans Lieu : Dapaong ; Date 27 aout 2011 ; Durée : 40mn.

UrBI : Que représente pour vous l'Association Vivre dans l'Espérance ?

RoKP *:* Je suis émue de votre question, car c'est grâce à elle que je suis en vie. Elle est ma deuxième maison.

IrBI : Qu'est-ce que la sœur Marie Stella représente pour vous ?

RoKP : Si l'homme pouvait être Dieu, je dirais qu'elle est Dieu pour nous. Elle a donné sa vie pour tous les malades et orphelins, voilà pourquoi nous l'appelons aussi notre ange gardien. Elle s'occupe de nous comme Dieu fait pour sa création. Nous sommes plusieurs veuves qu'elle sut accueillir au sein de l'association « vivre dans l'espérance » et aujourd'hui, nous voulons participer dans cette lutte avec elle. Elle veille à ce que nous ayons nos traitements et même la nourriture pour celles qui ne peuvent pas développer une activité génératrice de revenus. En ce sens nous avons la possibilité de nous mettre en groupement et profiter d'un prêt pour développer un commerce selon nos choix afin de subvenir à nos besoins et à celui de nos enfants scolarisés. Elle nous suit également sur le plan médical surtout celles qui ne veulent pas avoir recours à l'arsenal des trithérapies et préfèrent suivre le traitement chez les tradi-thérapeutes qui guérissent bien certaines infections opportunistes. Marie Stella nous protège en quelque sorte car elle prend les devants lorsque certaines d'entre nous sont lésées ou victimes de stigmatisations ou de discrimination.

UrBI : Comment se manifestent la discrimination et la stigmatisation à votre endroit ?

RoKP : De différentes manières à travers des comportements et des attitudes. Ces manifestations peuvent être voilées, déguisées ou apparentes à travers une méfiance ou une violence verbale. Elle fait preuve d'une grande compassion à notre égard. A travers les différents parrainages qu'elle arrive à obtenir, certains de nos enfants arrivent à étudier à l'école. Voilà

pourquoi un bon nombre d'orphelins est à l'université de Kara et de Lomé, d'autres ont terminé leur apprentissage, travaillent pour leur propre compte, ce qui est encourageant pour les autres jeunes et un soulagement pour les familles respectives. Nous prions pour que Dieu protège les différents bienfaiteurs de l'association qui œuvrent pour que nos activités se poursuivent et surtout pour que les orphelins aient un avenir serein.

UrBI : Qu'est ce qui fait votre espoir ?

RoKP : Je suis fière de l'existence de cette association, elle est notre salut. Le fait de se retrouver en association nous permet de nous soutenir et de savoir qu'on ne souffre pas seul et que d'autres souffrent plus que nous. C'est un grand soulagement de savoir ce que les sœurs font avec tous les bénévoles. Le fait que le gouvernement a rendu la trithérapie gratuite a été une bonne nouvelle pour beaucoup d'entre nous et cela a fait régresser le taux de mortalité. Nous pouvons ainsi vivre plus longtemps. Certaines, parmi nous, ont retrouvé une bonne santé, on ne dirait pas qu'elles ont quelque chose, elles cherchent même à se remarier et ont un projet de faire des enfants ; c'est donc une nouvelle vie pour nous.

Anonyme : 1 UrBI Pourquoi êtes-vous ici ?

Anonyme : Je suis ici parce que j'ai cette sale maladie que j'ai ramenée du Nigeria.

UrBI : Pouvez-vous nous dire comment cela s'est passé ?

Anonyme : J'ai été infectée par un homme que j'ai connu lors de mon aventure à AGUEGUE à la recherche de l'argent pour pouvoir m'occuper de mes enfants. Mon mari est polygame et ne s'occupe pas de moi et de mes enfants. Je ne sais pas si c'est moi ou c'est lui qui a infecté son conjoint ou s'il m'a surinfectée car je l'ai trouvé malade à mon retour. Grâce au centre de Marie Stella, il a vécu encore quelques années.

Anonyme : Bonjour Monsieur, vous êtes le seul homme parmi les femmes pouvez-vous nous dire un peu plus sur votre présence ?

Anonyme : J'ai mis du temps avant de pouvoir venir chercher mes médicaments. Avant, c'est ma femme qui me les ramenait, maintenant, qu'elle est décédée, je suis obligé de venir.

UrBI : Pouvez-vous nous en dire plus ?

Anonyme : Je vis l'enfer avec cette vilaine maladie. Ma famille m'a abandonné. Mes trois enfants ne viennent plus me voir. J'ai vendu ma maison et mon terrain pour me soigner mais hélas ! J'ai trainé des années chez les herboristes et les marabouts sans succès. Je suis maintenant dans les mains de la médecine moderne.

La population : 17 entretiens

Nous avons mené différentes investigations auprès de la population générale qui à priori n'est pas infectée. Le secret entourant le statut sérologique et le tabou entourant d'une manière générale le sexe nous ont obligés à redéfinir nos stratégies pour recueillir les informations recherchées

C'est ce qui se traduit dans les entretiens suivants portant sur deux points :

a) Le témoignage de certaines personnes
b) Leurs attentes.

Entretien n°1

Julien GALAMADO, Statut : étudiant à l'université de Lomé, Niveau 3ème année de licence ; Lieu : au sein de l'Université de Lomé ; Age 23 ans Date : 9 septembre 2011 ; Durée : 30 mn.

UrBI : Avez-vous entendu parler du sida ?

JuGA : Oui et depuis le collège, les sensibilisations en matière de sida n'en finissent plus. On en parle partout et malheureusement la maladie continue de faire des victimes. J'ai même envie de vous demander s'il ne faudrait pas arrêter d'en parler ? Je connais beaucoup qui sont décédés de cette vilaine maladie même des amis d'école donc très jeunes comme moi.

UrBI : Qu'est ce qui est fait concrètement autour de vous dans la lutte contre le sida ?

JuGA : Il y'a des sensibilisations partout et surtout à travers les mass-médias et les tableaux d'affichage surtout pour la prévention et l'invitation à connaître son statut sérologique. Je sais qu'il y'a aussi des associations et des centres de dépistages et de prise en charge, mais je ne m'intéresse pas tellement à leurs activités. Dans notre cité universitaire, il y'a des points de vente de préservatifs et des pairs éducateurs qui en distribuent à ceux qui veulent.

UrBI : Quelles sont vos attentes par rapport aux activités menées par les différents acteurs ?

JuGA : Aujourd'hui beaucoup d'activités sont menées dans ce sens et je souhaite que ceux qui sont investis dans cette lutte aient des financements comme il faut pour mener à bien leurs objectifs. Que leurs responsables gèrent honnêtement l'argent mis à leur disposition car certains profitent pour s'enrichir sur le dos des malades qui meurent sans traitements ; d'autres veulent bien travailler mais manquent de moyens appropriés.

UrBI : Qu'est-ce qui vous semble important dans la lutte contre le sida ?

JuGA : L'important, c'est que l'on dise la vérité aux gens dans la prévention comme dans la prise en charge et que chacun agisse selon sa conscience. Que ceux qui sont infectés restent tranquilles et ne se vengent pas en infectant les autres. Si c'était possible qu'on rende les dépistages obligatoires afin que chacun puisse avoir un carnet où ses résultats sont mentionnés.

Entretien n°2 :

Alexandre BOMA, Statut : étudiant à l'université de Lomé, Niveau 2ème année de Gestion ; Age 22 ans ; Lieu : au sein de l'université ; Date : 9 septembre 2011 ; Durée : 30 mn.

UrBI : Avez entendu parler du sida ?

AlBO : Oui, j'ai même côtoyé des personnes infectées et beaucoup en sont morts ainsi que leur veuve c'est dommage de voir ces familles souffrir ainsi que leur entourage.

UrBI : Par quels propos désigne-t-on le sida ?

AlBO : Plusieurs représentations négatives telles que : « la maladie des femmes qui aiment l'argent ou qui aiment voyager » ; « les femmes qui se vendent ou qui se promènent » « les infidèles » ; « la maladie envoyée par les blancs pour tuer les noirs » ;« la maladie des pauvres » et bien d'autres dénominations moqueuses.

UrBI : Qu'est-ce que la prise en charge a modifié ?

AlBO : Les personnes infectées se portent mieux, avoir le sida ne signifie plus mourir le lendemain. L'espérance de vie des personnes infectées a augmenté.

UrBI : Qu'attendez-vous de l'Eglise et des autres acteurs ?

AlBO : Que l'Eglise mette en valeurs ses compétences et ses structures pour continuer à lutter contre le sida dans la prévention comme dans la prise en charge sous toutes ses formes. Je souhaite qu'elle conseille aux jeunes d'utiliser les préservatifs ; de même que les couples sérodiscordants et séropositifs. Qu'elle rende obligatoire le test du dépistage lors des préparations et examens prénuptiaux. Ainsi, elle rompra le silence et parlera de la sexualité à toutes les couches de l'Eglise. Cela suppose qu'elle intègre l'enseignement du VIH/SIDA dans l'évangélisation et dans l'enseignement catholique et autres structures confessionnelles.

Entretien n°3

Nadine BANAKA, Statut : commerçante au grand marché de Lomé ; Lieu : domicile quartier Adidogomé ; Age 33 ans ; Date : 22 aout 2011 ; Durée :

UrBI : Pour vous qu'est-ce que le sida ?

NaBA : C'est un ensemble de maladies causé par un virus appelé VIH. C'est une maladie qui n'est pas héréditaire. Ce virus anéantit notre organisme à travers le système immunitaire

chargé de protéger notre corps comme contre les maladies. Celui-ci est constitué de plusieurs défenseurs ayant pour travail de tuer tous les microbes qui parviennent à s'introduire dans l'organisme. Les signes de la maladie apparaissent quand celui-ci est détruit.

UrBI : Comment peut-on attraper le sida et quelles sont les voies de son transmission ?

NaBA : On n'attrape pas le sida en travaillant ou en jouant avec les personnes qui ont le sida ;

- En mangeant dans le même bol, en partageant le même lit ou en voyageant ensemble. Par contre les piqures de moustiques et la salive ne me rassurent pas.
- On attrape le sida par des prises de sang et des injections avec des seringues ou des aiguilles déjà utilisées
- Lors des relations sexuelles avec des personnes infectées par le VIH.
- Par des objets souillés de sang (aiguilles, lames, rasoirs, ciseaux)

UrBI : Que pouvez- vous donner comme information utile à votre entourage ?

NaBA : Il faut bien s'informer et connaître les voies de transmission afin de prendre les moyens qui s'imposent en s'abstenant de toute relation sexuelle à risque, en restant fidèle pour ceux qui sont mariés et en utilisant les préservatifs en cas de doute. Pour les personnes contaminées, je dirais qu'on peut vivre longtemps grâce aux médicaments qu'on appelle antirétroviraux et surtout une bonne alimentation.

UrBI : Quelles sont les origines du sida ?

NaBA : Personne ne sait exactement d'où cette maladie vient. Cependant, il semble que c'est la maladie des blancs fabriquée dans un laboratoire, ou encore qu'elle provienne de ceux qui font l'amour par l'anus et enfin lors de la prostitution.

UrBI : Que faut-il faire pour savoir si on est infecté ?

NaBA : En plus des signes qu'on peut manifester indiquant qu'on a le sida comme la diarrhée persistante (plusieurs fois par jour), la perte de poids et la fièvre, il faut aller dans un centre anonyme pour connaître sa sérologie. Lors d'une sensibilisation, le docteur avait dit que « plus tôt on connaît sa séropositivité, mieux on peut la guérir.

UrBI : Qu'attendez- vous des différents acteurs de lutte contre le sida ?

NABA : Que chacun fasse son travail. L'Etat doit mobiliser les moyens financiers pour les mettre au service des ONG et centre de santé et l'Église s'occuper de l'accompagnement spirituel et moral.

Entretien n°4 :

Françoise AMANA-SEMAVA, Statut : Coordinatrice de programme au service d'hygiène à Lomé ; Age 28 ans ; Lieu : bureau ; Date : 7 septembre 2011 ; Durée 30mn

UrBI : Par quels noms désigne-t-on le sida autour de vous ?

FrAM *:* Le sida est désigné de plusieurs manières : « la maladie grave », « la mauvaise maladie », « la grande maladie », « la maladie qui n'épargne pas le roi », « le piment, la maladie des manches longues ».

UrBI : Que préconisez-vous dans la lutte contre le sida ?

FrAM : Je souhaite que chacun prenne ses responsabilités dans les niveaux et surtout dans les familles que les parents prennent le temps pour en parler avec leurs enfants.

UrBI : Qu'attendez- vous de l'Eglise et des autres acteurs

FrAM : Les agents de santé doivent bien accueillir les malades en général et surtout ceux qui sont infectés par le VIH. Il faudrait instaurer un dialogue car j'ai l'impression que nos cultures africaines favorisent l'expansion du sida avec les effets du lévirat, sororat, empoisonnement et sorcellerie. Combien déclarent qu'ils sont malades du sida pour une cause de sorcellerie ? Ce qui est plus grave c'est que les causes naturelles de la maladie ne sont pas toujours reconnues ; on cherche toujours un coupable jusqu'à la mort de la personne et cela provoque des conflits dans les familles. J'insiste donc sur les interférences sociales et culturelles avec le VIH/SIDA puis la nécessite de dialogue et de communication adéquate. C'est donc le rôle de l'Etat, de l'Eglise et des organisations non gouvernementales

Entretien n°5 :

Suzanne BANLA : directrice nationale du service d'hygiène à Lomé mère de 4 enfants ; Age 48 ans ; Lieu : bureau à Lomé : Date : 7 septembre 2011. Durée 20mn

UrBI : Qu'en est-il de la lutte contre le sida ?

SuBA : Il y'a des années que nous y sommes et je pense que dans tous les domaines des efforts sont déployés et l'état est à féliciter.

UrBI : Qu'est ce qui est important en ce moment ?

SuBA : L'état togolais est en train d'exécuter un plan stratégique bien élaboré que je vous invite à consulter.

UrBI : Qu'attendez-vous des différents acteurs de lutte contre le sida ?

SuBA : Que les acteurs fassent bien leur travail et surtout que la gestion de l'argent soit rigoureuse et transparente.

Entretien n°6

Kodjo BAKA, géomètre à Lomé ; Lieu : à son domicile dans le quartier Adéwi ; Date : 6 septembre 2011 ; Durée 25mn.

UrBI : Que savez-vous du sida ?

KoBA : Au début on disait que c'est le sigle inventé pour décourager les amoureux. Aujourd'hui l'heure n'est plus aux blagues, le sida est une maladie mais pas comme les autres à cause de ses caractéristiques et surtout du fait qu'il n'y a pas de vaccin ni de traitement pour guérir.

UrBI : Que faut-il faire pour éviter cette maladie ?

KoBA : Il faut se protéger ou rester fidèle quand on est marié.

UrBI : Comment l'appelle –ton dans votre milieu ?

KoBA : Plusieurs noms : la maladie des têtus, la maladie incurable, la maladie qui fait trop dépenser, la maladie de la maigreur, la maladie éternelle. Pour beaucoup, il engendre finalement, une mort honteuse. Pour cela il faudrait :

Multiplier les campagnes de sensibilisation, disposer des produits à tout moment et à la portée des toutes les bourses, proposer des dépistages systématiques, chaque année.

Conseiller l'abstinence et la fidélité et des conseils en famille avec des sensibilisations pour diminuer les risques.

Utiliser les préservatifs pour éviter les rapports sexuels non protégés en évitant la transmission mère –enfant

Entretien n°7 :

Cyrille AGBOH, Statut : Responsable division permis de conduire ; Age 46 ans ; Lieu : bureau à Lomé ; Date : 6 septembre 2011 ; Durée : 30 mn.

UrBI : Avez-vous entendu parler du sida ?

CyAG : Oui, depuis une dizaine d'année et malheureusement cette maladie continue de causer des drames au sein des familles et de la société.

UrBI : Que préconisez-vous ?

CyAG : Tous les acteurs doivent continuer la sensibilisation voire même changer de stratégie en insistant auprès de la tranche d'âge 15 - 49 ans considérée comme sexuellement active. Dans les stations et gares routières, il y a beaucoup de sensibilisations voire distributions gratuites des préservatifs.

UrBI : Qu'attendez- vous des différents acteurs de lutte contre le sida ?

CyAG : Dans notre contexte de crise généralisée, je pense que nous devons d'abord encourager les efforts que font ces différents acteurs pour réduire la prévalence sur le plan national. Pour finir je voudrais mentionner avec force la faiblesse de l'engagement politique et la réticence de l'Eglise par rapport à l'usage des préservatifs.

Entretien n°8 :

Fidèle LITAABA ; Etudiant 3éme année de philosophie ; Lieu : Université de Lomé ; Date 7 Août 2011 ; Durée : 25mn.

Urbi : Comment désigner vous le sida dans votre milieu ?

FiLI : Il y a plusieurs noms, mais voici les plus courants : Maladie de quatre lettres, la vagabonde

UrBI : Qu'est-ce qui vous semble important aujourd'hui dans la lutte contre le sida ?

FiLI : Connaître son statut et faire des campagnes de sensibilisation sur la maladie et ses dangers surtout ses conséquences : souffrir sans traitement et mourir. A cause de sa gravité, il faut prendre des dispositions.

UrBI : Qu'attendez-vous de l'Eglise et des autres acteurs ?

FiLI : Que les prêtres en parlent dans leurs sermons les dimanches et nous disent ce qu'il faut faire, car nous avons besoin de discernement dans toutes les informations que nous recevons. Que les autres acteurs dépensent effectivement l'argent dédié aux malades car je pense qu'il y a trop de détournement et trop de séminaires sur le sida. Dans les sensibilisations, il faut que les personnes infectées témoignent pour que les personnes qui ne sont pas sûres de l'existence de la maladie soient rassurées.

Entretien n°9

Valérie DJERMA : Statut : ménagère ; Mère au foyer, Age 45 ans ; Lieu : à domicile à Atakpamé ; Date : 27 Août ; Durée : 30mn

UrBI : Qu'attendez-vous des acteurs de lutte contre le sida ?

VaDJ : Dans les campagnes, mettre l'accent sur le risque de propagation témoignage des malades auprès de leur entourage (les résultats doivent rester confidentiels). Avoir une bonne conduite du sida ne suffit pas pour ne pas contaminer les autres. C'est une ancienne maladie qui refais surface.

UrBI : Avez-vous entendu parler du sida ?

VaDJ : oui, il y'a des années qu'on en parle partout.

UrBI : Que faites-vous personnellement ? Et que préconisez-vous ?

VaDJ : Avec nos enfants, nous en parlons de temps en temps mais c'est un peu compliqué car ils ont d'autres lieux d'informations pour sûr mais l'important pour nous c'est d'attirer leur attention.

UrBI : Quelles sont vos attentes par rapports aux différents acteurs ?

VaDJ : Qu'ils fassent bien leur travail. Il y a trop de détournements dans certaines ONG et d'autres profitent pour s'enrichir au lieu de s'occuper des malades.

Entretien n° 10

Julienne ATTORA, Statut célibataire ; Religion : chrétienne ; Lieu : Koloware ; Date 26 Août 2011 : Durée : 20mn.

UrBI : Avez- vous déjà entendu parler du sida ?

JuAT : Oui

UrBI : Que proposez-vous à l'Eglise ?

JuAT : Il faut que le test de sérologie soit obligatoire avant le mariage

Je souhaite, l'abstinence la fidélité et l'utilisation des préservatifs, une formation des enseignants et des pairs éducateurs ; que le dépistage soit obligatoire avant l'embauche dans une entreprise. Le sida est une grave maladie et constitue un risque pour tous.

UrBI : Quelles sont vos attentes par rapports aux acteurs de lutte contre le sida ?

JuAT : Je ne peux qu'encourager les efforts déployés à tous les niveaux. Qu'ils aient les moyens qu'il faut pour travailler efficacement dans la lutte contre cette pandémie.

Entretien n°11

Fati TANDJA ; statut : infirmière commerçante, Religion Musulmane ; Lieu : domicile ; Date : 8 septembre 2011 ; Durée 20mn.

UrBI : Comment la société peut-elle se défendre de cette maladie ?

FaTA : En cherchant à connaître son statut sérologique en pratiquant l'Abstinence, la fidélité et en utilisant les préservatifs lors des rapports sexuels même si l'Eglise catholique est contre.

UrBI : Comment pouvez-vous vous impliquez dans la lutte contre le sida ?

FaTA : Je pense qu'il faut en parler et faire un test librement et avoir un comportement conséquent et responsable. Eviter la discrimination et chercher à connaître les moyens de transmission du virus VIH.

UrBI : Que représente pour vous le sida ?

FaTA : Un danger quand la personne porteuse du virus cherche à se venger, c'est à dire souhaite de ne pas mourir seule, car elle n'a pas acheté le virus.

UrBI : Que faut-il faire pour éviter cette maladie ?

FaTA : Campagnes de sensibilisation autres à préciser : contamination pendant les accidents et coiffure ou en chirurgie que chacun soit responsable des actes.

Il faut être responsable pour pouvoir sauver les autres

Il faut toujours se protéger et participer souvent aux sensibilisations ; Nous sommes tous frères et sœurs d'où le respect des autres quel que soit leur état de santé

Il faut toujours se rappeler les règles de bonne conduite : Abstinence et Bonne Conduite ; pour la couche qui cherche à se marier, le dépistage doit être une étape obligatoire ils ne doivent pas subir la discrimination mais plutôt doivent être entourés d'amour.

Il faut s'informer sur la maladie et avoir une bonne conduite, les couples polygames sont en risque et surtout les jeunes qui veulent se marier et les couples polygames. Le malade ne doit pas cacher son mal à ses partenaires, il faut suivre les conseils du personnel médical. Il faut sensibiliser les membres de la famille, éducation sexuelle en famille.

Entretien n°12

IDRISSOU Souleman, statut chauffeur, père de famille épouse de trois femmes et 7 enfants ; Lieu : à son domicile ; Date : 7 Août 2011 ; Durée 30mn.

UrBI : Que représente pour vous le sida ?

: C'est la maladie des sorciers qui fait beaucoup de victimes.

UrBI : Connaissez-vous quelques signes ?

IDSOU : La personne est affaiblie et n'a pas d'appétit surtout maigrit progressivement et meurt vite si elle ne se fait pas soigner comme il faut. Ainsi il l'empêche de travailler comme il faut. Cela est déjà arrivé avec un de mes collègues. Il est décédé il y'a trois ans et sa famille en souffre encore à présent. Une de ses femmes s'est de nouveau remarié et son frère aîné a la charge des enfants. Pour moi, il faut avoir la possibilité d'aller à l'Hôpital au lieu de trainer chez les charlatans qui nous trompent alors qu'ils n'ont pas de traitement efficace.

UrBI : Que faut-il faire d'après vous ?

IDSOU : A mon avis, il faut connaître les voies de transmission et les éviter dans la vie quotidienne et faire attention à son entourage. Eviter des transfusions sanguines non soumises à un véritable test de contrôle.

UrBI : Que faire pour que les porteurs du virus ne contaminent pas ceux qui sont sains ?

IDSOU : Pour contrer cette maladie, il faut faire des sensibilisations, des dépistages gratuits et très fréquents pour éveiller la conscience des gens sur cette grave maladie. Il faut continuer les actions de sensibilisation et parler du sida aux enfants à la maison. C'est donc le rôle des parents.

Entretien n°13

Joachin BAKO, Statut : paysan ; Lieu : Tigbada dans la préfecture de Sotouboua ; Date : 23 aout 2011 ; Durée : 35 mn.

UrBI: Que représente pour vous le sida ?

JoBA : C'est une vilaine maladie qui mérite l'attention de tous. Ici nous distribuons les préservatifs aux jeunes et en parlons souvent à nos rencontres de village. Ceux qui sont morts de cette maladie, on n'a jamais su de quoi ils souffraient, et pourtant ils maigrissaient progressivement. Il y avait seulement des soupçons et des moqueries qu'on entendait dans les alentours.

UrBI : Que faut-il faire ?

JoBA : Il faut conseiller les jeunes continuellement et amener les parents à assumer convenablement leur rôle pour ne pas laisser les enfants faire n'importe quoi. Nous devons parler du sida partout car cette maladie occasionne beaucoup de souffrances ; ensuite veiller comme on nous enseigne dans les campagnes de sensibilisation à appliquer les trois recommandations : l'abstinence, la fidélité et utiliser les préservatifs en cas de doute ou avec une partenaire en dehors de son épouse.

Entretien n° 14

Raphael KOLOU, Statut : infirmier, père de deux enfants Age : 8 ans Lieu : domicile à Kara ; Date : 20 Août 2011 ; durée : 25min.

UrBI : Que représente pour vous le sida ?

RaAG: C'est une maladie qui a surpris le monde de la santé et c'est progressivement avec les formations qu'il y'a des adaptations. Au début, on avait peur des malades mais maintenant puis que la pathologie est bien connue nous prenons des dispositions pour les soins afin de ne pas nous faire contaminer bêtement.

UrBI: Que faut-il faire d'après vous ?

RaAG : Il faut parler de cette maladie en famille et à l'hôpital nous devons bien connaitre de quoi les gens souffrent pour les soigner comme il faut sans peur de contamination. Je souhaite également que les traitements, même pour les infections opportunistes, soient gratuits pour tout

le monde et partout pas seulement pour ceux qui sont en ville où l'accès est facile. Le sida constitue un risque pour toute la société.

De nos jours, d'autres pathologies se manifestent de la même manière il faut veiller à bien faire le dépistage et faire une prise en charge médicale correcte. L'Etat doit veiller à la prévention, au dépistage volontaire, et à la protection des enseignants et ouvriers d'entreprises qui sont des personnes exposées.

IL faudrait une prise de conscience individuelle et collective, s'informer et informer. Quand une personne à cette maladie, c'est toute la population qui est en danger, c'est pourquoi le Sida constitue un grand risque pour la société entière.

Entretien n°15 :

Rose-Marie AKESSOU, Statut directrice d'école et mère au foyer ; Lieu : Bureau à Sokodé ; Date : 27 Août 2011 ; Durée 30 mn

UrBI : Que représente pour vous le sida ?

RoAK : C'est une maladie comme les autres maladies qui a des causes et des manifestations, c'est ce que nous enseignons aux élèves dans les différents cours et nous faisons même en sorte qu'en dehors des cours d'éducation civique et politique et des sciences naturelles, les enseignants abordent la question dans les autres disciplines de manière que les élèves soient sensibilisés comme il faut.

UrBI : Qu'est ce qui est urgent pour vous ?

RoAK: Il faut continuer les actions de sensibilisations même dans les maisons avec les parents et donner des conseils pratiques.

UrBI : Que préconisez-vous ?

RoAK : La fidélité pour ceux qui sont mariés, l'abstinence pour les jeunes avant le mariage et les préservatifs pour ceux qui veulent prendre des risques, surtout les personnes infectées.

UrBI : Que font les agents pastoraux de l'Eglise dans ce sens ?

RoAK : J'insiste sur l'implication des prêtres et pasteurs ainsi que les Imams dans leurs lieux de prières. La société devrait avoir une bonne moralité et vivre selon les lois de Dieu. Ils ne font pas assez et certains n'en parlent même pas. Pour terminer, je pense que les ARV ont fait beaucoup de bien et continuent de le faire alors il faut encourager leur utilisation et surtout éviter les ruptures d'approvisionnement comme cela arrive souvent, ce qui rend les personnes malades inquiètes. Il faut encore le dire très haut qu'il faut éviter les rapports sexuels non protégés. En ce

sens, l'Eglise doit revoir son message de prévention et dire aux gens comment ils doivent se comporter.

Entretien n°16

Michel SAMARI, Statut : père de famille, Maçon ; Age 29 ans ; Lieu : Maison à Sokodé ; Date 21 Août 2011 ; Durée : 40mn.

UrBI : Que savez-vous du sida ?

MiSA : C'est une vilaine maladie qui se transmet surtout par les rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH, par les objets souillés et lors de l'accouchement pour les femmes infectées.

UrBI : Que faut-il faire d'après vous ?

MiSA: A mon avis, il faut continuer la sensibilisation et donner beaucoup de conseils aux enfants pour qu'ils aient un avenir meilleur et planifié ; Les malades doivent se reposer beaucoup, ce qui leur permettra une bonne guérison.

Il faut utiliser des préservatifs corrects et fiables, c'est pour moi une urgence comme conseils aux familles.

Je souligne également l'importance des sensibilisations et témoignages, en donnant les conseils aux enfants : attention aux objets tranchants.

L'éducation des pairs éducateurs et du personnel de santé est à poursuivre afin qu'ils sensibilisent la population : Le sida constitue un risque dans la mesure où les gens souffrent terriblement et aussi parce que le traitement n'est pas encore trouvé. En famille ,il faudrait donner une éducation sexuelle aux enfants dès le bas âge.

La société toute entière est concernée par cette maladie. Il faut isoler les malades. Nous réussirons seulement grâce à la fidélité des conjoints et l'abstinence. Avec la façon dont les gens mènent leur vie on se demande où va le monde. On y arrivera par l'utilisation des préservatifs, les tests de dépistage et en suivant les conseils des médecins

Enfin, pratiquer partout la prévention pour sauver l'humanité toute entière pas seulement certaines personnes.

Entretien n° 17 :

Issa TOURE, Statut : professeur au collège ; Age 45 ans ; Lieu : domicile à Dapaong ; Date : 25 Août 2011 ; Durée : 30mn.

UrBI : Que représente pour vous cette maladie ?

IsTO : C'est une mauvaise maladie qui fait beaucoup de victimes ; voilà pourquoi à l'école comme dans notre quartier, nous en parlons et j'exhorte notre Imam à en parler lors de nos prières et pendant ses prédications les vendredis.

UrBI : A votre avis que faut-il faire ?

IsTO : Il faut vivre correctement en obéissant à Dieu quant à la conduite sexuelle et surtout éviter la fornication et l'adultère. Nous devons éduquer nos enfants à vivre dans la crainte de Dieu. C'est donc en évitant les rapports sexuels illicites et les régles ordinaires de vie commune que nous arriverons.

Il faut prendre conscience de l'existence de la maladie et prendre conscience de nous – même afin d'éviter le VIH/SIDA. Ne pas avoir des rapports sexuels non protégés et en éduquer les enfants sur les méfaits de cette maladie. Le sida engendre beaucoup de risques. Il faut le test de dépistage et éviter de partager les objets de toilettes et ceux qui sont susceptibles de toucher au sang.

Les personnes pauvres sont devenues plus vulnérables et je souhaite que le gouvernement aide ceux qui n'ont pas de moyens pour vivre comme il faut.

Que les ONG motivent plus les pairs éducateurs pour qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes sur le terrain (la grande partie du financement du fond mondial n'atteint pas ceux qui sont sur le terrain.)

Je souhaite aussi que l'accompagnement tienne compte de la vie de chaque personne et que les familles puissent participer à la prise en charge des malades. Le soutien spirituel devra être assuré par des religieux formés pour le faire correctement afin de ne pas laisser les malades trainer chez les sectes qui prétendent guérir seulement par la prière. Il faudrait même enfermer les pasteurs qui cherchent à garder longtemps les malades chez eux ainsi que les guérisseurs traditionnels incompétents qui n'ont pas l'autorisation du gouvernement ou qui ne sont pas reconnus dans les villages.

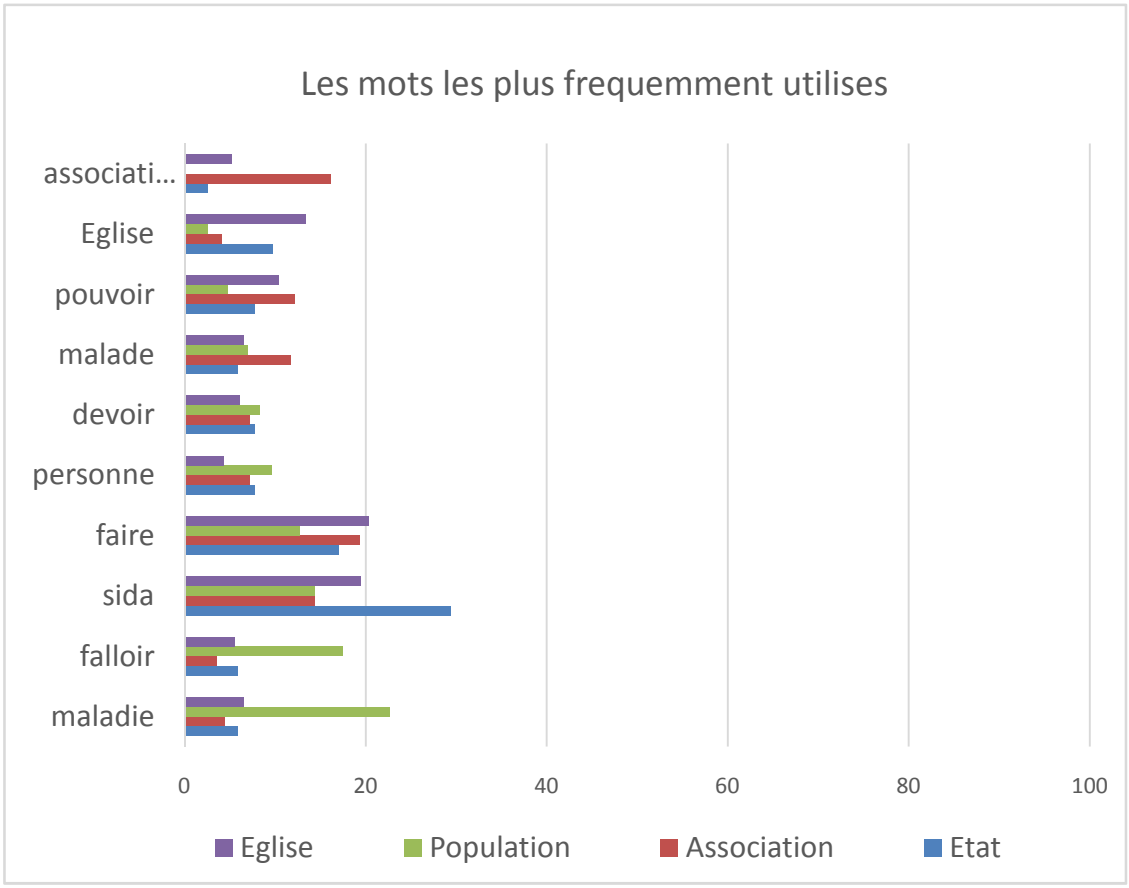
La société peut se défendre en respectant les différents moyens de protection : Fidélité pour les parents, abstinence et sensibilisation pour les enfants car le virus n'épargne personne.

UrBI : Qu'attendez-vous des autres acteurs de lutte contre le Sida ?

IsTO : Qu'ils gèrent bien les moyens mis à leur disposition pour soigner les malades. Toutes les personnes interrogées reconnaissent que le sida est une maladie grave et incurable, et que chacun doit prendre ses responsabilités. Au sein de la population togolaise, un dicton rappelle que « c'est la maladie qui attrape l'homme et non le contraire ». Dans le cas du sida, les choses se passent autrement. Cette idée est battue en brèche ; le malade est en quelque sorte rendu responsable de son état. C'est donc l'homme qui attrape la maladie. Voilà pourquoi la

population utilise des expressions comme la maladie des têtues, une maladie honteuse. Il faut signaler que si le sida est perçu comme une maladie honteuse, une mort occasionnée par le sida est ipso facto qualifiée de mort honteuse. En pays nawda les funérailles se font sans tarder alors que pour les autres défunts selon les familles et leur niveau de vie, l'organisation des funérailles peut prendre plusieurs jours voire un mois.

- Tableau de fréquence des mots.



La fréquence des mots les plus utilisés varie par groupes. La fréquence de ces mots peut déterminer ce qui est important pour le groupe. On peut dès lors comparer ce qui semble être important pour chaque groupe. La comparaison se fera par paire en étudiant la corrélation entre les groupes.

Quand tous les groupes sont comparés par paires on peut associer les groups qui ont des profils similaires et différencier les groupes qui ont des profils dissemblables.

Les corrélations seront étudiées en utilisant la fréquence d'utilisation des mots[266]. Quand le coefficient de corrélation est positif les deux groups comparés sont similaires à un certain degré. La similarité est d'autant plus importante que la probabilité est en dessous de 005.

Quand le coefficient de corrélation est négatif, les deux groupes comparés sont plutôt divergents du point de vue de leurs opinions.

[266] Le software utilisé est SPSS VERSION 22

- **Corrélations**

		Etat	Association	Population	Eglise
Etat	Pearson Corrélation	1	.402	.256	855**
	Sig. (2-tailed)		.250	.475	002
	N	10	10	10	10
Association	Pearson Corrélation	.402	1	-.294	531
	Sig. (2-tailed)	.250		.410	.115
	N	10	10	10	10
Population	Pearson Corrélation	.256	-.294	1	.086
	Sig. (2-tailed)	.475	.410		.. 814
	N	10	10	10	10
Eglise	Pearson Corrélation	.855**	.531	.086	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.115	.814	
	N	10	10	10	10

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dans le cas de ces groupes:

Eglise et Etat ont un profil très similaire

Par contre Association et Population ont les profils les plus divergents.

Cette analyse montre qu'une intervention efficace auprès de l'Eglise le sera de façon similaire avec l'Etat. Par contre, une intervention qui est efficace auprès des populations doit être changée quand l'audience est l'association, l'Eglise ou l'état. Une intervention sera efficace quand le processus des connaissances sera influencé par la sensibilisation.

Les connaissances sont envisagées comme l'expression d'un processus d'interaction complexe qui met en relation un individu, que l'on pense apte à saisir les régularités des situations qu'il traverse, et le réel fortement socialisé dans lequel il navigue et doit se faire « entendre.(Agostinelli, 2001) L'individu apprend tout en construisant une « communauté de pratiques, d'usages, d'échanges » dont il est à la fois l'initiateur, le porteur ou le testeur. Cette communauté, lui permet : de mettre à l'épreuve ses connaissances ; d'en découvrir de nouvelles ; de gérer indistinctement des connaissances, des contraintes et une situation de communication qu'il aura contribuée à créer du fait même de sa démarche exploratoire de la situation intimement associée aux contextes qui lui donnent un sens(Agostinelli, 2001). Trouver un outil de sensibilisation efficace en matière de prévention a toujours été un défi à relever pour les acteurs de prévention. Bien souvent, les messages utilisés dans les campagnes de prévention n'ont pas l'effet attendu, car ils sont créateurs de résistance ou encore perçus comme moralisateurs. Il est donc important de faire passer des messages adaptés aux publics visés, de veiller aux styles de communication dans différents contextes (Michelik, 2011). Aussi créer un message quine sera pas perçu par toutes les parties comme moralisateur est très important. Faire changer de comportement à toutes les parties est à la base de l'implémentation de toutes les innovations. Un problème d'innovation peut être considéré comme un problème de compréhension d'un concept sur lequel porte l'innovation ou, comme un problème d'identification d'un concept innovant à mettre en œuvre (Stéphane Goria, 2010). Si l'action peut être objectivement décrite, l'action située nous dit aussi comment l'acteur reconstruit le milieu pour réaliser ce qu'il a à faire. (Agostinelli, 2001) Dans le contexte de cette enquête les mots qui sont reconnus comme clé par tous les groupes peuvent permettre d'établir des points communs de discussions. Les mots clés qui s'avèrent importants du fait de leurs fréquences seront utilisés une fois que le consensus de sensibilisation sera établi. Chaque partie aura ainsi l'occasion d'influencer l'autre, car mieux connaître le fonctionnement de l'influence des actions de publicité, de communication de santé publique et d'éducation thérapeutique permet de concevoir des actions plus efficaces pour changer les comportements à risque et favoriser l'instauration de comportements sains(Didier Courbet, 2013).

Dans le cas de cette enquête, les mots à grande fréquence chez tous les groupes ci-dessus discutés comme « Faire », « SIDA », « Devoir » serviront à établir un consensus entre les groupes. Une fois le consensus établi et que les parties commencent à avoir une certaine confiance, les autres mots à haute fréquence dans un groupe mais chez les autres peuvent être introduits. Une enquête de suivi serait nécessaire pour réajuster les mots à utiliser.

GUIDE D'ENTRETIEN DES ENQUETES QUALITATIVES

A- L'Etat et ses structures : 6 entretiens.

1- Quelle est la situation actuelle du sida au Togo ?
2- Qu'est ce qui est fait concrètement dans cette lutte ?
3- Qu'attendez-vous des différents acteurs et surtout de la sphère associative et de l'Eglise ?
4- Que fait le CNLS dans la lutte contre le VIH/SIDA au Togo et où en êtes-vous ?
5- Quels sont vos projets et vos attentes pour l'avenir ?
6- Qu'est ce qui est fait au sein du PNLS et quelles sont vos projets d'avenir ?
7- Où en êtes-vous de la lutte contre le sida dans la région centrale ?
8- D'après vous quelles sont les grandes priorités dans cette lutte ?
9- Quelles sont vos attentes par rapports à l'Eglise Catholique ?
10- Qu'en est-il de la lutte contre le sida dans le domaine judiciaire ?
11- Qu'attendez-vous de l'Eglise et des autres acteurs de la lutte contre le Sida ?
12- Que pensez-vous du sida ?
13- Que fait l'Etat dans la lutte contre le sida ?
14- Qu'attendez-vous de l'Eglise et de la population dans la lutte contre le sida au Togo.

B- L'EGLISE : 14 entretiens

1-Qu'en est-il de la lutte contre le sida au Togo au sein de l'Eglise catholique ?
2- Quelles ont vos attentes pour l'avenir ?
3- Que préconisez-vous dans la lutte contre le sida ?
4- Quelle est la situation actuelle du sida au Togo ?
5- Qu'est ce qui est fait dans les écoles du diocèse ?
6- Que proposez-vous dans la lutte contre le sida ?
7- Que fait l'Eglise du Togo en matière de lutte contre le Sida ?
8- Quelles sont vos attentes par rapport à l'Eglise ?
9- Pouvez-vous énumérer quelques thèmes des formations organisées ?
10- Quelles sont vos attentes dans cette lutte ?
11- Père Directeur, où en êtes –vous et quelles orientations donnez-vous au niveau de l'enseignement et quel message pouvez-vous nous livrer ?
12 Où en êtes-vous de la lutte contre le sida ?

13- Quel est le contenu du message que vous faites passer à travers votre engagement ?

14-Quelles sont vos attentes actuelles ?

15-Quelle est l'Esprit qui guide la lutte contre le sida dans votre Eglise ?

16-Qu'en est-il du Sida dans votre secteur ?

17-Comment désigne- t- on le sida ici ?

18-Qu'est ce qui est fait concrètement dans votre paroisse ?

19-Que dis- tu du sida aujourd'hui ?

20-Mgr, c'est dans votre diocèse qu'il existe la plus grande association d'Eglise qui s'occupe des malades du sida. Comment appréhendez-vous le travail des sœurs et bénévoles et quel est votre message à leur endroit en votre nom et au nom de l'Eglise du Togo ?

21-Pour vous quelles sont les causes profondes du sida ?

22-Que pensez- vous des différentes stratégies de lutte contre le sida ?

23-Que faites vous concrètement comme engagement au sein de votre communauté et plus particulièrement pour la pastorale des jeunes ?

24-Que conseillez-vous à vos adeptes ?

24-Qu'attendez- vous de l'Etat et de l'Eglise ?

C- LES ONG/ ASSOCIATIONS : 33 entretiens

1- Où en êtes-vous de la lutte contre le sida au sein de l'association vivre dans l'Espérance ?

2- Quels sont les ressentis des malades ?

3- Quels sont vos projets d'avenir ? Vos espoirs et vos attentes par rapport à l'Eglise ?

4- Quels est votre mot de fin ?

5- En quoi consiste votre mission au sein de l'association ?

6- Quelles sont vos attentes ?

7- Qu'est ce qui fait la particularité de votre association ?

8- Comment vous vous sentez dans cette structure ?

9- Quelles sont vos attentes par rapport aux autres acteurs ?

10- Qu'est ce qui préoccupe plus au sein de votre structure ?

11- Que ressentent vos clients ?

12 - En quels termes entendez-vous parler du sida ?

13-Comment vivez-vous votre situation actuelle ?

14- Qu'attendez-vous de l'Eglise et de l'Etat ?

15- Pouvez vous nous parler des circonstances de la découverte de votre séropositivité et comment vous la vivez en famille et dans votre entourage.

16 Qu'attendez-vous précisément de l'Eglise ?

17- Où en êtes de la lutte contre le sida ?

18- Que ressentent les malades ?

19 Que savez-vous de votre état de santé ?

20- Quel est votre espoir ?

21- Où avez-vous entendu parler du sida ?

22- Racontez nous votre expérience en matière de lutte contre le sida.

23- Votre centre comporte combien de volets ?

24- Que représente pour vous la sœur Marie-Stella ?

25 Pourquoi êtes-vous ici ?

27- Pouvez-vous nous dire comment vous ^tes arrivé dans cette association ?

D- LA POPULATION : 15 entretiens

1- Avez-vous entendu parler du sida ?
2- Qu'est ce qui est fait concrètement autour de vous pour lutter contre le sida ?
3- Quelles sont vos attentes par rapports aux activités de lutte contre le sida ?
4- Qu'est ce qui semble important dans la lutte contre le sida ?
5- Par quels propos désigne-t-on le sida autour de vous ?
6- Qu'est ce que la prise en charge et qu'est ce qui a modifié en ces dernières années ?
7- Qu'attendez-vous de l'Eglise et des autres associations ?
8- Pour vous qu'est ce que le sida et qu'est ce qui fait sa particularité ?
9- Comment peut-on attraper le sida ?
10- Quelles sont les origines du sida ?
11- Que faut-il faire pour savoir si on est infecté ?
12- Qu'attendez-vous des différents acteurs de lutte contre le sida ?
13- Par quel nom désigner-on le sida autour de vous ?
14- Que préconisez- vous dans la lutte contre le sida ?
15- Que savez-vous du sida ?
16- Que faut-il faire pour éviter cette maladie ?

17-Comment pouvez vous impliquez dans la lutte contre le sida ?

18-Que représente pour vous le sida ?

19-Connaissez- vous quelques signes de manifestation du sida ?

20-Que faut-il faire pour que les porteurs du sida ne contaminent pas les autres ?

21-Que font les agents pastoraux dans la lutte contre le sida ?

BIBLIOGRAPHIE

I- Dictionnaires et Encyclopédies

THOMAS D'AQUIN, *Somme Théologique*, Paris, Editions du Cerf, Tome II. 1984.

CANTO-SPERBER Monique (dir), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Paris, Volume 1 et 2, Editions PUF, 2004.

Dictionnaire de la vie spirituelle, Paris, Editions du Cerf, 1983.

Dictionnaire encyclopédique de la Bible, Paris, Editions Brepols, 1987.

FIORES, *Dictionnaire de Vie Spirituelle*, Paris, Editions du Cerf, 1987.

L'encyclopédie Catholique pour tous, Le nouveau THEO, Editions Paris, Mame, 2009.

LACOSTE Jean Yves, *Dictionnaire critique de Théologie*, Paris, Editions P.U.F., 1998.

LEON- DUFOUR Xavier (Dir), *Vocabulaire de théologie biblique*, Paris, Editions du Cerf, 1995.

LETOUZEY et ANE, *Catholicisme Hier, Aujourd'hui, Demain* T.IX ; XIV, Paris, 1982.

Petit dictionnaire d'éthique, Paris, Cerf, 1983.

LEMOINE Laurent, (dir) **GAZIAUX** Eric, **MÜLLER** Denis, *Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne*, Paris, Les Editions du cerf, 2013.

II-Sources Bibliques

La bible de Jérusalem, Paris, Editions du Cerf, 2010.

La Bible des communautés chrétiennes, Paris, Médiaspaul, 1994.

Traduction Œcuménique de la Bible, Paris, Cerf, 1998.

III-Documents du Magistère

BENOIT XVI, *Dieu est amour*, Paris, Bayard/Cerf/ Fleurus-Mame, 2006.

BENOIT XVI, *L'amour dans la vérité*, Paris, Bayard-Cerf-Fleurus, 2009.

Catéchisme de l'Eglise Catholique, Paris, Centurion/Cerf/Fleurus-Mame, 1998.

Concile œcuménique Vatican II, Paris, Conseil Pontifical Justice et Paix, Editions du Centurion, 1993.

Compendium de la Doctrine Sociale de l'Eglise, Paris, Editions du Cerf, 2015.

Doctrine sociale de l'Eglise, Equipe notre Dame, 2004.

FRANCOIS, *La joie de l'Evangile*, Paris, Parole et silence, 2013.

FRANCOIS, *La lumière de la foi*, Paris, Salvator, 2013.

FRANCOIS, *Loué sois tu*, Paris, Bayard/Cerf/ Mame, 2015.

JEAN-PAUL II, *Evangelium Vitae,* Roma, Editions Liberia, Editrice Vatican 1995.

JEAN-PAUL II, *Ecclesia in Africa*, exhortation apostolique post synodale, Vatican ,1995.

JEAN-PAUL II, *Familiaris Consortio*, exhortation apostolique, Paris, Cerf, 1991.

JEAN-PAUL II, Redemptor Hominis, Paris, Edition Pierre TEQUI, 1979.

JEAN-PAUL II, *La splendeur de la vérité, l'enseignement moral de l'Eglise*, Paris, Editions du Cerf, 1993.

JEAN-PAUL II, Lettre encyclique Ecclesia in Africa, Paris, Avril 2003, Téqui, 2005.

JEAN-PAUL II, *Le sens chrétien de la souffrance humaine*, Paris, Editions du Centurion, 1984.

PAUL VI, *Humanae Vitae*, Paris, Editions du Centurion, 1968.

IV- Documents de l'Eglise du Togo

ARCHIVES DU DIOCESE DE SOKODE, Direction diocésaine des œuvres, Sokodé, 2004.

ARCHIVES OCDI, Diocèse de Sokodé, Sokodé, 2002.

ASSOCIATION EPV, Statut de l'association EPV, diocèse de Sokodé, Sokodé, 2003.

CONFERENCE DES EVEQUES DU TOGO, *Plan sectoriel de lutte contre le sida de l'Eglise Catholique du Togo 2007-2010,* Lomé, Mars 2007.

CONSEIL PONTIFICAL POUR LA FAMILLE *L'éducation sexuelle des enfants*, Droguet Ardant Mame, 1996.

EVECHE DE SOKODE, Annuaire du diocèse de Sokodé, 2016.

HISTOIRE DE L'EGLISE DU TOGO, Conférence des Evêques du Togo, Lomé, 2005.

LES EVEQUES CATHOLIQUES D'AFRIQUE ET DE MADAGASCAR*, brisent le Tabou et parlent du VIH/SIDA, Notre prière est pleine d'Espérance*, Kinshasa, Une collection d'extraits1987- 2005. Editions Médiaspaul, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, Direction Régionale de la Santé, Statistiques, Sokodé, 2007.

OCDI NATIONALE, Constitution, Organisation et Mission, Eglise du Togo, Lomé, 2004.

PASTORALE DE LA SANTE, « *J'étais malade et vous m'avez visité », Parcours de formation pour visiteurs de malades en établissement de soins et de paroisses*, Editions Salvator, Paris 2005.

DIOCESE DE SOKODE, Rapport annuel de l'association EPV, Sokodé, 2003- 2004-2005.

SACREMENTS POUR LES MALADES*, Pastorale et célébration*, Paris, Editions Chalet Tardy, 1977.

IV- Ouvrages généraux

ABBOTT Elisabeth, *Histoire universelle de la chasteté et du Célibat*, Paris, Editions Fides, 2001.

ABRIC Jean Claude, *Coopération, compétition et représentation sociale*, Fribourg, Editions Couset Del Val, 1987.

ABRIC Jean Claude, *Les représentations sociales : aspects théoriques*. Paris, Editions des Presses universitaires de France ,1993.

ABRIC Jean Claude, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Editions Presses universitaires de France, 1994.

ABRIC Jean Claude, *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Editions des Presses universitaires de France, 1984.

ADAM Philippe, **HERZLICH** Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine, Editions Armand Colin, 1993.*

ADAM Philippe, **HERZLICH** Claudine, *Sociologie de la Maladie et de la Médecine*, Paris, Editions Armand Colin.1989.

AFFERGAN Francis, *Anthropologie à la Martinique*, Paris : Presses de la fondation nationale de sciences politiques, 1989.

ALEXANDER Helen, *Surmonter l'épreuve du deuil*, Oxford, Editions Empreinte Temps présents, 1995.

COMMISSION THELOGIQUE INTERNATIONALE*, A la recherche d'une éthique universelle. Nouveau regard sur la loi Nouvelle*, Paris, Cerf, 2009.

ARENDT Hannah, *Conditions de l'homme moderne*, Editions Pocket, 1956.

ARENDT Hannah, *La crise de la culture*, Coll. « Folio Essais », Paris, Editions Gallimard, 2005.

AUBERT Jean Marie, *Abrégé de la morale catholique*, Paris, Editions Desclée de Brouwer, 1987.

AUGE Marc (dir) **AGHASSIAN** Michel, **GRANDIN** Nicole, **HERITIER** Françoise, *Les domaines de la parenté ; filiation, alliance, résidence*. Paris, Editions François Maspero, 1975.

AULENBACHER Christine, *Spiritualités et théologie, Questions, enjeux, défis*. Coll. « Théologie Pratique-Pédagogie-Spiritualité », Berlin, Volume I, Editions LiT Verlag, deuxième édition revue et corrigée, 2013.

BARBIER Jean-Claude et **KLEIN** Bernard, *SOKODE* : *Ville multicentrée du Nord*-TOGO, Paris, Editions ORSTOM, 1995.

BEAUCHAMP Paul, *Cinquante portraits Bibliques* ; Dessins de Pierre Grassignoux, Paris, Seuil, 2000.

BEAUCHAMP Paul, *Création et Séparation*, *Etude exégétique du chapitre premier de la Genèse,* Lectio Divina Cerf, 2005.

BEAUCHAMP Paul, *L'un et l'autre Testament, 1. Essai de lecture, Parole de Dieu*, Paris, Editions du Seuil, 1976.

BEAUCHAMP Paul*, La loi de Dieu ; D'une montagne à l'autre*, Paris, Editions du Seuil, Avril 1999.

BEAUCHAMP Paul, *Testament biblique*, Préface de Paul Ricœur, Paris, Editions Bayard, 2001.

BERGE André, *L'Education sexuelle chez l'enfant*, Paris, Editions des P.U.F., 1952.

BERNHARD Häring. « *Lire dans le Christ* », T1 coll. « Initiations », Paris, Editions du Cerf, 1998.

BIANCHI Enzo, *Don et pardon*, Torino, Editions Albin Michel, 2015.

BIGO *Pierre.* La doctrine sociale de l'Eglise, recherche et dialogue*, Presse Universitaire de France, Paris, 1966.*

BIRMELÉ Béatrice, *La rencontre singulière médecin-malade, l'expérience de la maladie chronique. Un espace de reconnaissance de la volonté du patient*, Paris, Editions Seli Arslan SA, 2011.

BONTÉ Pierre, *Epouser au plus proche, Inceste, prohibitions et stratégies matrimoniales autour de la méditerranée*, Paris, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales, 1994.

BOUCAND Marie-Hélène, *Dire la maladie et le handicap, de l'épreuve à la réflexion éthique*, Paris, Collection Espace éthique, 2009.

BOULAD Henri, *Changer le monde, Expérience mystique et engagement*, Montréal, Editions Saint Augustin, 2005.

BUET François*, L'accompagnement spirituel de la personne en soins palliatifs*, Bruyères le Châtel, Editions racines nouvelle cité, 2016.

CASTERMANN Jean-Benoît, *Pour réussir ta vie sentimentale et sexuelle,* Burtin, Editions des béatitudes, 5è édition, 2008.

CARITAS INTERNATIONALIS, « Secrétariat Afrique, L'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA », Editions SECAF, Lomé, 2001

CHABLOZ Jean Claude, avec **REYMOND** Joël*, Pour aider les malades et ceux qui prient avec eux*, Editions Première Partie, 2012.

CHAUBET François, *la politique culturelle Française et la diplomatie de la langue, l'alliance française (1883-1940*), Edition de l'Harmattan, 2006.

CUNGI Charly, *Alliance thérapeutique*, collection « les grands dossiers des sciences humaines ». n°15, 2009.

DANET François, *Où va l'hôpital* ? Paris, Editions Salvator, 2015.

DELHAYE Philippe, *La conscience morale du chrétien, théologie morale*, Tournai, Editions Desclée, 1963.

DREWERMANN Eugène, *La parole qui guérit*, Paris, Editions du Cerf, 1989.

EQUIPE NOTRE DAME, *Doctrine sociale de l'Eglise*, 2004.

FINO Catherine, *L'hospitalité, figure sociale de a charité. Deux fondations hospitalières à Québec*, Paris, DDB, collection « Théologie à l'Université »,2010.

FRISCH Jean-Romain, *Petit guide de vie dans les épreuves, une lampe dans la nuit*, Paray-le-Monial, Editions de l'Emmanuel, 2001.

GAROCHE Sylvie, *Quand la vie tutoie la mort*, Paris, Editions Nouvelle cité, 2009.

GARRIGUES Jean-Miguel, *A l'heure de notre mort, accueillir la vie éternelle*, Lonrai Collection, Vie spirituelle, Editions de l'Emmanuel, 2005.

GIRE Pierre, *L'éthique à l'épreuve de la Vie. Problématiques d'éthique fondamentale*, Paris, Cerf, 2010.

GOFFMAN Erving ; « *Stigmate ; les usages sociaux des handicaps ; le sens commun* » Paris, Editions de minuit, 1975.

GUSTAVO Gutierrez, *Job*, Paris, Editions du Cerf, 1987.

HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*. France, Editions du Cerf. 1992.

HENTZ Jean-Gustave et **LEHMKÜHLER** Karsten (éd.), *Accompagnement spirituel des personnes en fin de vie. Témoignages et réflexions*, Genève, Editions Labor et Fides, 2015.

HERITIER-AUGE Françoise (dir) et **COPET-ROUGIER**, Les *complexités de l'alliance, Les systèmes semi-complexes*, Volume I. Paris, Editions des Archives contemporaines, 1990.

HIRCH Emmanuel, *L'éthique au cœur de soins. Un itinéraire philosophique*, Paris, Vuibert, Coll. Espace Ethique, 2007.

HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Editions du Cerf, 2000.

IRENEE DE LYON, *Contre les hérésies, Collections Sources Chrétiennes*, n°34 livre III, Paris, Cerf, 1952.

JACQUEMIN Dominique (dir), *Besoins spirituels, soins, désir, responsabilités*, Collection Soins et spiritualité n°7, Bruxelles, Lumen vitae, Editions jésuites, 2016.

JACQUEMIN Dominique, *Quand l'autre souffre, Ethique et spiritualité*, Bruxelles, Editions Lessius. 2010.

JEAMMET Nicole, **NEAU** Françoise, **ROUSSILLON** René, *Narcissisme et perversion*, Paris, Editions Dunod, 2003.

JEAMMET Nicole, *Le célibat pour Dieu, une autre manière de créer les liens, regard psychanalytique,* Paris, les Editions du Cerf, 2009.

JURGEN Habermas, *De l'éthique de la discussion.* Traduction de l'allemand par **HUNYADI** Mark, Paris, Editions Flammarion, Champs Sciences 1999.

KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs* (1785), Paris, Delagrave, 1986.

KEARNEY Richard, *Dieu est mort, vive Dieu, Une nouvelle idée du Sacrée pour le IIIè millénaire : l'anathéisme,* Préface de LENOIR Frédéric, Paris, Editions Nil, 2011.

KOUAK Marie Stella, *Vivre dans l'espérance*, avec Sophie **LAURENT,** Editions Bayard, 2013.

LACROIX Anne, **ASSAL** Jean-Philippe. *L'éducation thérapeutique des patients : Nouvelles approches de la maladie chronique*, Paris, Editions Vigot, 1998.

LAMBOURNE Robert Albert, *Le Christ et la santé : La mission de l'Eglise pour la guérison et le salut des hommes*, Paris, Le Centurion, Labor et Fides, 1972.

LARCHET Jean-Claude, *Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort,* Paris, les Editions du Cerf, 2002.

LARCHET Jean-Claude, *Théologie de la maladie*, Paris, Editions du Cerf, 1994.

LARCHET Jean-Claude, *Thérapeutique des maladies spirituelles,* Paris, les Editions de l'Ancre, 1991.

LECLERCQ Vincent, *Fin de Vie. Pourquoi les chrétiens ne peuvent pas se taire* ? Ivry-sur-Seine, Editions de l'atelier/ les Editions Ouvrières, 2013.

LEDOGAR Denis, *Au chevet des malades, Un soutien précieux pour mieux comprendre et mieux vivre la maladie*. Paris, les Editions les Pocket, 2006.

LEDOGAR Denis, *Guide d'aide aux malades*, Paris, Droguet – Ardant, 1993.

LEDOGAR Denis, *La tendresse pour tout bagage*, Paris, Editions Presses de la Renaissance, 2000.

LEDOGAR Denis, *Seul l'amour fracasse les tombeaux*, Paris, Presses de la Renaissance, 2005.

LEGAUT Marcel, *L'homme à la recherche de son humanité*, Mayenne Editions Aubier-Montaigne, 1971.

LEMKHÛLER Karsten, **VIAL** Marc, *L'interruption médicale de grossesse. Questions d'éthique et d'accompagnement*, Lyon, Editions Olivetan, 2014.

LENOIR Frédéric, *Le temps de la responsabilité, Entretiens sur l'Ethique*, Postface de Paul Ricœur, Editions Pluriel, 2013.

LEONNETTI Jean*, Rapport d'information fait au nom de la loi2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Assemblée Nationale, 28.11.2008.

MAISTRIAUX Robert, *Mariage, route de Sainteté*, Bruxelles, Editions de l'action familiale, 1953.

MALHERBE Michel, *Les religions de l'humanité*, Paris, Nouvelle édition, Editions citerions, 1993.

MALULA, *Méditations sur les vœux*, Kinshasa, Editions St Paul d'Afrique, 1990.

MCGOWEN Roger W. *Messages de vie du couloir de la mort*, Thonon-les Bains, Editions Jouvence, 2003.

MÜLLER *Denis (dir),* **CAUSSE** *Jean-Daniel*, Introduction à l'éthique, Penser, croire, agir, Paris, Editions du Cerf, Labor et Fides, 2009.

NDI-OKALLA Joseph, le deuxième synode africain face aux défis socio-économiques et éthiques du continent, Paris, Editions Karthala, 2009.

PARAYRE Sévérine*, l'hygiène à l'école, une alliance de la santé et de l'éducation XVIIIe et XIXè siècles*, éditions de Publications de l'Université de Saint Etienne, 2011.

PARQUERAIS Enric, **WILGAUX** Jérôme. *L'argument de la filiation ; aux fondements des sociétés européennes et méditerranéennes*, Editions de la maison des sciences de l'homme, 2011.

PASTORELLI France, *La servitude et la grandeur de la maladie*, Paris, Editions du Cerf, 1967.

PIGNAN Eloi Pidalani, *Evangélisation de la famille africaine et promotion humaine* Nouvelle Edition Africaine, Lomé, 1981.

PINCKAERS Servais, *Plaidoyer pour la vertu*, Editions parole et silence, 2007.

PLAN STRATEGIQUE NATIONALE, CNLS, Lomé, Novembre 2012.

RAGUENEAU Philippe, *L'autre côté de la vie. Un merveilleux message d'espoir pour tous ceux qui ont perdu un proche,* Paris, Editions du Rocher, 1995 et 1997.

RENAUD Bernard, *L'Eucharistie, sacrement de l'alliance*, Paris, les Editions du Cerf, 2013.

RENE Louis. « Code français de déontologie médicale », introduit et commenté par Louis **RENE** avec une préface de Paul **RICOEUR**, Paris, éditions du seuil, 1996.

REPUBLIQUE TOGOLAISE*, loi n° 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA du 14 décembre 2005, chapitre VII : des dispositions diverses et finales,* Présidence de la République, Lomé, 2005.

REPUBLIQUE TOGOLAISE, *Rapport annuel du PNLS*, Lomé, 2012.

REPUBLIQUE TOGOLAISE*, Conseil National de Lutte contre le Sida.* Le secrétariat permanent*, Plan Stratégique National de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles*. 2012- 2015, Lomé ,2012.

RICOEUR Paul, *Le Juste2*, Paris, Editions Esprit, 2001.

RICOEUR Paul, *Parcours de la reconnaissance*, *Trois études*, Paris, Editions Stock, 2004.

RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990.

SAGNE Jean-Claude, *la loi du don, les figures de l'alliance*, Editions Presses universitaires de Lyon, Lyon, 1997.

SAGNE Jean-Claude, *La quête de Dieu, chemin de guérison*, Dijon, Editions de l'Emmanuel, 2005.

SCHNACKENBURG Rudolph, *Le message du Nouveau Testament*, Vol, 2, De Jésus à l'Eglise primitive, Paris, Editions du Cerf, 1964.

SCHONBORN Christoph, Cardinal *Liturgie et sacrements*, Versailles, Editions Saint Paul, 1999.

SEGALEN Martine et **MARTIAL** Agnès, *Sociologie de la famille*, Paris, Editions Armand Colin, 2013.

SEGALIN Martine, *Eloges du mariage*, Editions Michèle DECRE-CYSSAU, 2003.

SIMON Dominique (dir), **TRAYNARD** Pierre, **BROUDILLON** François, **GRIMALDI** André, *Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Editions sur les pressés de SNEL Grafics sa, Belgique, 2007.

SIMON René, *Pour une éthique commune, Réflexions philosophiques et éclairages théologiques 1970-2000*, Textes réunis par **GAZIAUX** Eric et **MULLER** Denis**,** Paris, Editions du Cerf, 2009.

SOEDE Nathanaël Yaovi, *Sens et enjeux de l'éthique, inculturation de l'éthique chrétienne*, Paris, Editions de l' Harmattan, 2007.

SOEDE Yaovi, Nathanaël, *Vivre dans le contexte du SIDA*, Abidjan, Editions : Institut Catholique de l'Afrique de l'Ouest, 1997.

THEVENOT Xavier, Souffrance, Bonheur, Ethique, Conférences spirituelles, Mulhouse Editions Salvator, 1990.

THEVENOT Xavier, *Compter sur Dieu, Etudes de Théologie Morale*, Paris, Editions du Cerf, 1992.

THEVENOT Xavier, *Ethique pour un monde nouveau*, Paris, Editions Salvator, 2005.

THEVENOT Xavier, *La bioéthique*, Paris, Centurion, 1989.

THEVENOT Xavier, *Les ailes et le souffle*, Paris, Editions du Cerf, 2000.

THEVENOT Xavier, *Repères éthiques pour un monde nouveau*, Mulhouse, Editions du Salvador, 1982.

THIEL Marie-Jo (dir), *Quand la vie naissante se termine*, Strasbourg, Editions Presses Universitaires, 2010.

THIEL Marie-Jo (dir), *Souhaitable vulnérabilité* ?, Strasbourg, collection « Chemins d'éthique », Editions Presses Universitaires de Strasbourg, 2016.

THIEL Marie-Jo, *Faites que je meure vivant. Vieillir, mourir, vivre*, Paris, Editions Bayard, 2013.

THIEL Marie-Jo, *La santé augmentée, réaliste ou totalitaire* ? Paris, Editions Bayard, 2014.

THIEL Marie-Jo. *Au nom de la dignité de l'être humain*. Paris, Editions Bayard, 2013.

THOMASSET Alain, *Interpréter et agir ; Jalons pour une éthique chrétienne*, Paris, Editions du Cerf, 2011.

TILLICH Paul, *Le courage d'être*, Tournai, Casterman, 1967.

TROTIGNON Dominique, **COURAU** Thierry Marie, *La mort est-elle une fin ?,* Paris, Editions du Salvator, 2009.

TRUJILLO LOPEZ Alfonso, *Le grand défi de la famille*, Paris, Editions parole et silence, 2007.

UGEUX Bernard, *Guérir à tout prix ?*, Ivry-sur-Seine (Val de Marne), Editions de l'atelier, 2000.

VALETTE Pierre, *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris, PUF, 2013.

VARILLON François, *La souffrance de Dieu*, Paris, Editions du Centurion, 1975.

HERITIER-AUGE Françoise (dir) et **COPET-ROUGIER** Elisabeth, *Les complexités de l'alliance, Paris*, Editions des archives contemporaines, 1990, 1991,1993, 1994.

Volume I : Les systèmes semi-complexes ?, Paris, Editions des archives contemporaines, 1991.

Volume II : *Les systèmes complexes d'alliance matrimoniale*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1992.

Volume III : *Economie, politique et fondements symboliques* (Afrique), Paris, Bruxelles, Editions des archives contemporaines, 1993.

Volume IV : *Economie, politique et fondements symboliques*. Collections ordres sociaux, Paris, Bruxelles, Editions des archives contemporaines, 1994.

YACOUBA Kouakou Kouadio, *Alliances inter-ethniques et parenté à plaisanterie ou dynamique d'une dédramatisation endogène des conflits socio-politiques en Afrique : le cas de la Côte d'Ivoire, in Actes du colloque international sur « Royauté, chefferie traditionnelles et nouvelles gouvernances* », Editions Dagekof, 2011

ZUCMAN Elisabeth, *Prendre soin de ceux qui ne guériront pas ; la médecine questionnée par l'incurable et la fin de vie*, Toulouse, Editions ères, 2016.

V- Documents des sources togolaises

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA *Plaidoyer pour la mise en place d'un fonds national d'appui à la lutte contre le sida et les IST*, *Rapport final,*, Ministère de la santé. Lomé, Août 2009.

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, *Plan Stratégique National de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles,* République Togolaise*, 2012- 2015*, Lomé.

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE, *Statistiques,* Ministère de la Santé Sokodé, *2007.*

EGLISE DU TOGO, OCDI national, constitution, organisation et mission, Lomé, 2004.

L'Eglise du Togo face à la pandémie du VIH/SIDA, Conférence épiscopale du Togo, Séminaire National sur le VIH/SIDA. Sokodé, novembre 1994.

Loi n° 2005-012 portant protection des personnes en matière de VIH/SIDA du 14 décembre 2005, *chapitre VII, des dispositions diverses et finales*. République togolaise, Présidence de la République, Lomé, 2005.

NOUVEAU CODE DES PERSONNES ET DE LA FAMILLE, article 495051, Nouvelle édition, Lomé, juin 2012.

REGION CENTRALE, *Mairie de Sokodé depuis la colonisation*, Sokodé, 2002.

REPUBLIQUE DU TOGO, *Nouveau code des personnes et de la famille*, articles 49, 50, 51, , Nouvelle édition, Lomé, juin 2012.

REPUBLIQUE TOGOLAISE, Rapport annuel du PNLS, Lomé, 2012.

SECRETARIAT PERMANENT DU CNLS, *Plan Stratégique National*, Mai 2012, Lomé, 2002.

VI- Ouvrages généraux sur le SIDA

ARON Jean Paul, *Mon Sida*, Paris, Editions Christian Bourgeois, 1998..

BASSET Lytta, FASSIN Eric, RADCLIFFE Timothy, Les chrétiens et la sexualité au temps du Sida, Paris, les Editions du Cerf, 2007.

BENOIST Jean, **DESCLAUX** Alice*, Anthropologie et sida : Bilan et perspectives*, Paris, Editions Karthala ,1986.

L'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, Caritas internationalis, Secrétariat Afrique, Editions SECAF, Lomé, 2001.

FREI Nicolas, *Instants de vie, Accompagner des malades du sida*, Instants de vie, Editions Genève, Labor et Fides, 1990.

Guide pratique pour l'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA Caritas internationalis, Secrétariat Afrique., Lomé, Editions SECAF, 2011.

HINTERMEYER Pascal et al, *Un voile sur l'amour, enquête sur les attitudes des jeunes face au sida*, Presses universitaires de Strasbourg, 1994.

INCORVAIA Nicolas, *Au delà du SIDA, journal de Nicolas*, Saluzzo, Communita Cenacolo ,2008.

JOINET Bernard et **MUGOLOLA** Théodore, *Survivre au sida en Afrique*, Paris, Editions de l'Harmattan, 2008.

JOINET Bernard, **PETIT** Jean Claude, *Un prêtre face au sida*, Editions du Jubilé, Espagne, 2009.

JOINET Bernard, *Sorcières, socialisme et sida. Rencontres croisées en Afrique,* Paris, Editions de L'Harmattan, 1999.

KLAGBA Charles (dir), *Pourquoi Seigneur ? La féminisation de la Pandémie du VIH et du SIDA. Les Théologiennes Francophones d'Afrique s'interrogent*, Lomé, Editions Haho, 2007.

MORIN *Edgar*, Les espaces d'évolution des représentations du sida in Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et représentations du sida. *Paris : ANRS, collection sciences sociales et sida, 1994.*

NEBOUT Nicole, *Lumières sur le SIDA*, Versailles, Editions Les classiques africains, 1992.

POMPIDOU Alain, *Le SIDA, rumeurs et faits, entretiens avec Emmanuel HIRSCH*, Paris, Editions du Cerf, 1987.Paris,

PONFORT Thomas, *SIDA, Le vaccin de la vérité,* Paris, Edition François-Xavier de Guibert, 1995.

SEDGO François, *SIDA Prévention. Education Solidarité (Approches pastorales)*, Roma, Editions, Schéma editore, 1992.

SEDGO François, *Mon livret SIDA,* Editions Broché, 1993.

SONTAG Susan, *La maladie comme métaphore. Le sida et ses métaphores,* Paris, Editions Broche (Editeur Christian Bourgois), 2009.

WILLEMIN Adrien, **CAYEMITTES** Michel, *Le sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population*, Montréal, Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire, 1991.

YUMBA François, Les patients perdus de vue dans la prise en charge du sida, articulation entre santé spiritualité et salut à partir de leur vécu à Kinshasa, Bruxelles, Editions Lumen vitae, 2017.

VII- Articles et Revues

« Sida : solidarité et responsabilité », Déclaration du Conseil Permanent des évêques de France, in Documentation Catholique, n° 1977, 1989.

« L'appel des malades du sida » in Revue « Chrétiens et SIDA », n° 34, 2001.

« L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux, Analyse économiques sociales, comportementales et médicales » in Collection Sciences sociales et Sida, Agence Nationale de recherche sur le Sida, Paris, 2002

« La vie, Penser la mort, comment s'y préparer ?20 pages de témoignages et de conseils » in L'hebdomadaire chrétien d'actualité, Paris, Octobre 2011.

« Lettre aux malades atteints du Sida » Jean Paul II in documentation catholique n° 1977 ,1887

« *Théologie et sida.* Actes du colloque à Douala du 23 au 26 septembre 1998 ».Colloque de la zone d'Afrique francophone.

BENTIVEGNA Giuseppe, « Jésus-Christ médecin des âmes et des corps », Collections Les petits traités spirituels n°25, Série II « Renouveau et charismes ». Editions des béatitudes, 2010.

BOFF Léonardo,« La souffrance engendrée par la lutte contre la souffrance » in *Concilium* n° 119, novembre 1976.

BORNE Etienne, « Le Mal » in *Dictionnaire de spiritualité*, Paris, Editions Beauchesne, 1980, Tome X col 122-136.

CAMPREL Ian, **WILLIAMS** Glen, « La prise en charge du sida : une approche intégrée. »Coll. Strategies pour l'espoir.n°3, Editions: actfonaid Harly House, Archway, Londres. N° 19.

CASSAIGNE Bertrand, « Jean-Paul II parle de la souffrance » in *Cahier de l'Actualité Religieuse*, n° 284, p.161 ss.1994.

CONGAR Yves, « Pour un bon usage de la maladie » in Vie spirituelle, n° 544, 1967, p.19.

DELHAYE Jean-Baptiste, « Le cri d'un compagnon de route » in Solidaires pour l'évangélisation des peuples, n° 390, p.5.avril 1997.

DOCUMENTATION CATHOLIQUE, n°2434, Novembre 2009.

EKOUEVI Patricia, « Quelle attitude prendre à l'égard des personnes séropositives ou atteintes du Sida ? » in Présence chrétienne, n°225, Nouvelle série, juin 1995 p. 7.

FEIX Marc, article, « JUSTICE » in Laurent **LE MOINE** (dir), Eric **GAZIAUX** et Denis **MULLER** Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne, Paris, Editions du Cerf, P. 1174, 2013.

FINO Catherine, « De Tronto à Butler, l'éthique du care au risque de la déconstruction, la contribution des chrétiens au processus de reconstruction », in Revue théologique de Louvain, n°45, 2014.

GONZALEZ Angel, « Job l'homme souffrant » in *Concilium* n° 119, novembre 1976. p. 51-56.

HAMPTON Janie, *Le SIDA : une approche humaine*, Oxford, Royaume-Uni n° 4.1991.

HAMPTON Janie, *Vivre avec le SIDA Stratégie pour l'espoir*, n° 2 Royaume-Uni, 1991.

HUME Basile, « Sida : l'heure d'une renaissance morale » in Documentation Catholique. 1987, n° 1935, 1987.

JACQUEMIN Dominique, « le concept d'alliance à l'épreuve de la relation de soins » in Revue Francophone de Psycho-Oncologie (2005).vol4, pages281-284,2005.

JEAN PAUL II, *Le sida, un double défi, l'Osservatore Romano*, Editions hebdomadaire en langue française, 1989.

JEAN-PAUL II, « Aux malades » in Documentation Catholique, n° 1813, 1981.

KUAKUVI Magloire, « S'occuper de la personne atteinte du sida » in Présence chrétienne, Nouvelle série n° 19, p. 4-5.Juin 1995.

MACHARSKI, « La valeur de la souffrance dans l'Eglise » in Documentation Catholique., n° 1813, pp. 772-774, 1981.

MATHONG, « Le Sida »in Catholicisme, hier, aujourd'hui, demain, Tome XIII Coll. 1269-1273. Tome 14 coll. 9-23, Paris, 1948.

OLIVIER De Dinechim, S.J., « Sida : éduquer accompagner » in Documentation Catholique, n° 2073 pp. 114-516, 1993.

POUPARD Paul, « Délivre-nous du mal » in Télémor, N° 67-68, p. 31-34.1995.

RATZINGER Joseph, *Croire et célébrer, 30 ans de collaboration*, *Communio*, Vatican, Editions Parole et silence, 2008.

Sida aux multiples visages : une réponse selon l'Evangile ; Déclaration du Bureau administratif de la Conférence Catholique des Etats-Unis in Documentation Catholique.,n°1958, 1998.

STEPHANE Goria **, «** Proposition d'une méthode d'expresion d'idées et de problèmes d'innovation », in Journal for Communication Studies , pages 11-28. 2010.

THIEL Marie-Jo, « Ethique et spiritualité : l'esprit des soins » in Christine Aulenbacher (éd), Spiritualités et Théologie. Questions, enjeux, défis, Lit Verlag, 2012.

VERGELY Bertrand, « la Sexualité » in LEMOINE Laurent, (dir), GAZIAUX Eric, MÜLLER Denis, Dictionnaire Encyclopédique d'Ethique Chrétienne, Paris, les Editions du Cerf, p. 1867.2013.

WILLIAMS Glen et **MUKOYOGO** Christian,« De la peur à l'espoir »,in coll. Stratégie l'espoir, N° 1, Royaume-Unis, 1991. « *Réunis en mon Nom, Charismes et guérison, De groupe de prières* : Mode d'emploi (II), Collections « il est vivant » Paris, Editions de l'Emmanuel, 1991.

VIII- Mémoires et thèses (documents imprimés)

ADJIBOGOU Raphaël, *Euthanasie et pastorale des malades en phase terminale*, Mémoire de quatrième année de Théologie, Lomé, 1999.

AMEGATSE Kodjo, *Les affections opportunistes chez les enfants séropositifs au VIH*, Thèse médicale, Université de Lomé, 2002.

AUSTIN, W. Hong et ***HUNTER*** *La « membralité » : clé de compréhension des systèmes thérapeutiques africains.* Thèse de doctorat de psychologie clinique, Université de Fribourg. 1989).

BITASSA Waguena, le problème du VIH/SIDA dans la ville de Sokodé. Contribution pour une étude théologico-pastorale en vue de la prévention et l'accompagnement des malades. Mémoire de fin de cycle théologique, Lomé, Janvier 2002.

BITASSA Waguena, *Le problème du VIH/SIDA dans le diocèse de Sokodé au Togo. Une analyse à la lumière du deuxième synode des Evêques pour L'Afrique*. Mémoire de Master Théologie, Anthropologie et Philosophie, Université de Lorraine 2010,

DEGBOE Enyo Komi, *La didactique comme levier de transformation des pratiques éducatives et de formation au Togo, à travers la question du sens, du rapport aux savoirs et des « activités orientantes »*. Thèse de doctorat, université Lorraine, Département des sciences de l'Education et de la Communication LISEC EA 2310, Octobre 2015.

DOUTI Name, *Impact psychosocial du VIH/SIDA en milieu Urbain : cas de Doumassessé dans la ville de Lomé,* mémoire de Maîtrise, Sciences sociales, Ul, FLESH, Lomé, 2008 TOGO.

GATTERE Francis, *Cours d'Anthropologie philosophique*, Grand Séminaire, Jean-Paul II, Lomé, 1995-1996.

KLAM Sébastien, Je te soigne, tu me soignes, Dieu nous soigne : une humanité soignée : l'éthique du care au regard de la théologie catholique. Thèse de doctorat, Université Lorraine, Novembre 2015.

KOUAK Marie-Stella, *Vivre « mieux » avec le SIDA en Europe, au Togo, Quel Espoir* ?, Mémoire de fin de cycle, Ecole d'infirmière deMontignies-sur-Sambre, Belgique, 1997-1998.

KPOGO Laurent, *Cours d'éthique Biomédicale*, Grand Séminaire, Jean-Paul II, Lomé, 2001-2002.

SACHY Germain-Antoine, *La sexualité, une composante fondamentale de la personne humaine : signification et valeur à la lumière de la révélation*, Mémoire de fin de cycle de Théologie, Grand Séminaire Jean-Paul II, Lomé, 2001.

I X- Documents électroniques

JACQUEMIN Dominique, Le concept de l'alliance à l'épreuve de la relation de soins. http://www.uclouvain.be/cps/doc/viespirituelle/document/concept-alliance https://www.researchgate.net, le 12 mars 2015.

Carte du Togo. *http:/www.izf.net/upload/Documentation/Cartes/Pays/supercartes/togo.htm*, Le 16 janvier 2014.

Conclusions du synode sur la famille du Pape François. *http://w2vaticanva/content/Francesco/fr/speeches/2014/october*, le 26novembre 2015.

L'Onction des malades. http://www.liturgiacatholique.fr/-onction-des-malades-dans-lehtml, le 14septembre 2015.

« Santé et Education rapport 2013 » www.pnls.tg , le 12/07/2015.

Journée mondiale de lutte contre le Sida : l'agenda de la sexualité. *http://www.education.gouv.fr/cid49797/1er-decembre-journee-mondiale-lutte-contre-sida.html*, le 5 septembre 2016.

Les alliances extérieures entre États. .*https://fr.wikipedia.org/wiki/Economic_Community_of_West_African_State* , le 17/02/2016.

L'alliance thérapeutique. *BIOY Antoine et BACHELARD Maximilien,* L'alliance thérapeutique: historique, recherche et perspectives cliniques. *http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm* le 18 mars 2014, le 16 mars 2015.

Plan Sectoriel de l'Education 2010-2020, Nouvelle politique pour maximiser la contribution de l'éducation au développement économique et social du pays.

http://www.education.gouv.fr/cid49797/1er-decembre-journee-mondiale-lutte-contre-sida.html, le 5 septembre 2016.

Santé et droits de l'homme.
http : //www.who.int/mediacentre/factseets/fs/323/fr, le 03 février 2017.

« L'onction des malades dans le rapport du guérir et du sauver ».
http://www.liturgiecatholique.fr/L-onctiondes, le 13 mars 2016.

Sante et droits de l'homme ; *Principaux faits*. Aide mémoire n°323 Décembre 2015. www.who.int/mediacentre/factseets/fs/323/fr, le 03 février 2017.

Le sida au Togo,
www.globenin.com/.../pnls-programme-national-de-lutte-contre-le-sida-lome-Togo, le 29 janvier 2013.

Le rapport « Inégalités et discrimination multiple dans l'accès aux soins de santé et la qualité de ces soins ».
http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare le 4 Mai 2015

L'association Espoir Vie Togo statuts et activités
https://www.espoirvietogo.org le 4 mars 2012 et le 7 Mai 2016

« *La lutte contre le sida en Afrique, les actions de la ville de Paris* »**DELANOË** Bertrand, www.paris.fr/viewmultimediadocument?multimediadocument-id=12382le 17 septembre 2012.

Plan stratégique national de lutte contre le sida au Togo : 2016-2020.
http://www.cnlstogo.org/.../lutte-contre-le-sida-le-togo-valide-son-plan-strategique-2016-2020,le 25 janvier 2017.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **0**

SOMMAIRE **1**

SIGLES ET ABREVIATIONS **9**

INTRODUCTION GENERALE **11**

1. LE SUJET ET LA JUSTIFICATIONDE SON CHOIX **12**

2. MOTIVATIONS DU CHERCHEUR **16**

3.QUESTIONNEMENT ETHICO-THEOLOGIQUE **19**

4. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENT **21**

5. HYPOTHESE PRINCIPALE **22**

6. ORIENTATION ETHICO-THEOLOGIQUE **24**

7. DONNEES METHODOLOGIQUESET DELIMITATION DE CETTE ETUDE **27**

PREMIERE PARTIE **29**

CONTEXTE, ETAT DES LIEUX ET SYNTHESE DES ENQUETES EN MATIERE DE VIH/SIDA AU TOGO **29**

1.1. CARACTERISTIQUES GENERALES SUR LE TOGO ET SES STRATEGIES D'ACTION EN FAVEUR DU VIH/SIDA **31**

1.1.1. GENERALITES 31

1.1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR VIH/SIDA 38

1.1.3. LES CROYANCES RELIGIEUSES AU TOGO 43

1.1.5. ACTIONS STRATEGIQUES : ENGAGEMENTS DES INSTITUTIONS FACE AU VIH/SIDA. LES SPHERES ET LES STRATEGIES D'ACTIONS 51

CONCLUSION DU PREMIER CHAPITRE **66**

1.2. LES ENQUETES QUANTITATIVES **68**

1.2.1. METHODOLOGIE DES ENQUETES 68

1.2.2. RESULTATS 76

CONCLUSIONDU DEUXIEME CHAPITRE **108**

1.3. LES ENQUETES QUALITATIVES **110**

1.3.1 METHODOLOGIE **111**

1.3.1.1. LES ENTRETIENS 111

1.3.1. TABLEAU RECAPITULATIF DES ACTEURS PRESENTS SUR LE TERRAIN INSPIRE DU TRAVAIL DE PHILIPPE BERNAUX . 112
1.3.2. MOBILISATION COMMUNE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH /SIDA 113
CONCLUSION DU TROISIEME CHAPITRE 127
1.4.1. LES ENQUETES QUANTITATIVES 130
1.4.2. LES PRINCIPAUX DETERMINANTS 133
1.4.3. LES ENQUETES QUALITATIVES 140
1.4.4. EVALUATION DES DIFFERENTES STRATEGIES. 147
CONCLUSION 161

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE 163

DEUXIEME PARTIE 165

REFLEXION ETHIQUE, THEOLOGIQUE ET PERSPECTIVES PASTORALES. 165

2.1. LES ALLIANCES DANS LA SOCIETE 170
2.1.1. TERMINOLOGIE 171
2.1.2. LES DIFFERENTES FORMES D'ALLIANCE 175
CONCLUSION 193
2.2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE 195
2.2.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE 197
2.2.2. RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LA DUREE 203
2 .2.3. LES AUTRES PARTENAIRES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE 218
CONCLUSION 225
2.3 : L'ALLIANCE HORIZONTALE : LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE : ETAT, EGLISE, ONG / ASSOCIATIONS 227
2.3.1 : DES FONDEMENTS ETHIQUES DANS LA PREVENTION 229
2.3.2. L'ENGAGEMENT DE L'EGLISE 241
2.3.4. LA NECESSITE DE L'ORGANISATION DES ACTEURS EN RESEAU 246
2.3.5. SUIVI ET GOUVERNANCE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS. 249
2.3.6. STRUCTURE D'ALLIANCE DE COORDINATION 250
2.4. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE DANS LA PERSPECTIVE DES SOINS 256
2.4.1. LA SIGNIFICATION BIBLIQUE DE L'ALLIANCE 258
2.4.2. L'ALLIANCE THEOLOGIQUE COMME ENGAGEMENT DANS LA PASTORALE DE L'EGLISE 272
2.4.3. L'ACCOMPAGNEMENT PASTORAL, SPIRITUEL ET RELIGIEUX DE L'EGLISE AUPRES DES MALADES. 282

CONCLUSION 294
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE 297

CONCLUSION GENERALE 300
ANNEXES 309
ANNEXE A : LES ENQUETES QUANTITATIVES 310

QUESTIONNAIRE DES ENQUETES QUANTITATIVES 310
I. LES DONNEES 313
II. TRIS A PLAT 313
RESUME/ SIMPLIFICATIONS, CARICATURES : 340

- ATTITUDES ET CROYANCES : TROIS GROUPES « NOIR », « ROUGE », « OR » 355

COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE ? : CHEVEUX ROUX ? 370
ANNEXE B : LES ENQUETES QUALITATIVES EN INTEGRALITE 372
BIBLIOGRAPHIE 435
INSERER VOTRE RESUME EN FRANÇAIS SUIVI DES MOTS-CLES 456
1000 CARACTERES MAXIMUM 456
INSERER VOTRE RESUME EN ANGLAIS SUIVI DES MOTS-CLES 456

Urbain Waguena BITASSA

Le Sida au Togo
Enjeux éthiques et théologiques

Le sida représente un défi pour l'humanité, comme le montre l'engagement des gouvernements et des organisations internationales. La lutte contre le VIH/SIDA reste à la croisée des chemins eu égard à ses enjeux spécifiques et aux différentes sphères d'intervention : Etat-Eglise-ONG/Associations. L'enquête sociologique menée au Togo, s'est révélée un outil indispensable de questionnement préalable et de source de réflexion. La présente étude explore certains facteurs mêlant des intérêts et des conflits entre les différents protagonistes. Qu'en est-il du malade lui-même ? Au delà des stratégies de prévention et de prise en charge, une alliance multiforme, thérapeutique, institutionnelle explore un nouveau chemin.

L'auteur ouvre des pistes pour une plus grande efficacité du travail des acteurs concernés initiant des lieux de dialogue et une vraie réflexion sur les nœuds éthiques et théologiques de la lutte. La prise en charge insuffisante des malades impose aux acteurs une vision holistique de la personne en lien avec ses besoins fondamentaux.

Mots clés : VIH/SIDA, acteurs-facteurs, dialogue, alliance, pastorale, prévention, soins holistiques, vie.

HIV/AIDS IN TOGO

ETHICAL AND THEOLOGICAL CHALLENGES

HIV/AIDS is still a challenge for humanity as seen in the commitment of Governments and International Organizations. The fight against it conjures many actors, given the specific challenges it poses and the different spheres of intervention it requires. This study explores the ambivalent interweaving of interests and conflicts among the different protagonists. What about the sick in all these? The sociological study carried out in Togo proved to be an indispensable source of reflection on the subject. Beyond strategies of prevention and care, this study proposes forming multifaceted - therapeutic and institutional - alliances as a new way forward. For the highest level of efficiency on the part of actors, the author proposes: initiating centers of dialogue and undertaking a true reflection on the knotty ethical and theological issues in the fight against HIV/AIDS. Inadequacies in the present system of care warrant a new holistic vision of the human person in line with all fundamental human needs.

KEY Words: HIV/AIDS, actor-factors, dialogue, alliance, pastoral, prevention, holistic care, life.