

Traduit de l'anglais
Service linguistique, COE

Conseil œcuménique des Eglises

Pour une politique du VIH/sida sur le lieu de travail

Document de travail

Table des matières

- I. Préambule
- II. Situation épidémiologique
- III. Raison d'être – maintien de la capacité organisationnelle

- 1. Objectifs
- 2. Définitions
- 3. Responsabilité de la mise en œuvre
- 4. Confidentialité
- 5. Aspects relatifs à la sexospécificité
- 6. Pratiques sans risque (sur le plan sexuel ou autre)
- 7. Risques professionnels ou autres
- 8. Traitements disponibles (infections opportunistes, pathologie et thérapie antirétrovirale [ARV])
- 9. Accompagnement et dépistage volontaires
- 10. Information concernant le dépistage du VIH et emploi
- 11. Information et formation
- 12. Recherche de solutions acceptables
- 13. Stigmatisation et discrimination
- 14. Prise de position en faveur de l'accès de tous et toutes aux traitements
- 15. Déplacements, affectations, vaccinations
- 16. Résiliation des rapports de travail
- 17. Réclamations et procédures disciplinaires

Annexe 1 : Données épidémiologiques régionales

Annexe 2 : Convention de confidentialité

I. Préambule

Le Livre de la Genèse nous présente un Dieu qui se penche sur chacune des journées de la création et qui voit que c'est bon ; puis, le dernier jour, il examine l'ensemble de la création et il voit que tout est très bon (Gn 1,10 ; 12 ; 18 ; 21 ; 25 ; 31). Selon notre conception théologique, l'excellence de la création a été corrompue par le péché et c'est ainsi que la maladie et la souffrance ont pénétré dans cette création « très bonne ». Jésus Christ est venu

restaurer le caractère merveilleux de la création en accomplissant ses paroles : « Je suis venu pour que vous ayez la vie, et que vous l'ayez en abondance » (Jn 10,9-11). Il est regrettable, à notre époque de VIH et de sida, que de nombreuses Eglises aient commencé par réagir à cette pandémie universelle comme on le faisait avant Job : « Il s'agit de la punition de Dieu à cause du péché » ; et aujourd'hui, beaucoup d'Eglises continuent de réagir ainsi. La séropositivité d'une personne n'est pas liée au fait qu'elle se serait comportée de façon « licite » ou « illicite », mais plutôt au fait qu'elle aura ou non pris des « risques ».

On sait aujourd'hui qu'on peut identifier, éviter et maîtriser l'infection par le VIH, et que, grâce au savoir-faire médical actuel, il n'y a aucune raison pour que quelqu'un meure de maladies liées au sida. En plein milieu du cauchemar de la souffrance et de la mort des orphelins et des veuves, ainsi que des menaces vécues par les groupes les plus vulnérables, les prisonniers, les émigrés, les paroles de Jésus retentissent une fois de plus : « Je vous donne un commandement nouveau : aimez-vous les uns les autres. Comme je vous ai aimés, vous devez vous aussi vous aimer les uns les autres » (Jn 13,34-36). La communauté chrétienne a beaucoup fait, dans le monde entier, pour tenter de soulager la souffrance causée par le VIH et le sida. Mais la triste réalité demeure que, dans leur engagement d'amour, les Eglises ont plus souvent tendu la main à la main à l'extérieur qu'elles ne se sont manifestées à l'intérieur.

D'innombrables responsables religieux sont déjà morts de maladies liées au sida, et ce qui est encore plus effarant, c'est le nombre de personnes qui, dans les Eglises, sont mortes dans la honte et, pour beaucoup, de honte. La stigmatisation et la discrimination à propos du VIH et du sida continuent d'alimenter la pandémie car elles empêchent parfois les gens de recourir librement à un accompagnement et à des examens qui leur révéleraient leur situation par rapport au VIH. Même lorsque quelqu'un se sait séropositif et est conscient du fait qu'il faudrait utiliser un préservatif pour protéger son conjoint, il arrive souvent que cette personne ne le fasse pas parce que le préservatif évoque le VIH et le sida et que, par conséquent, cela pourrait susciter des questions sur les raisons de l'utiliser.

Certains des messages diffusés pour réduire la propagation du VIH ont malheureusement renforcé la stigmatisation, tel le slogan ABC¹. Dans le cadre de l'ANERELA (Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH ou le sida, ou personnellement affectés par eux), on a élaboré un nouveau modèle nommé SAVE (sigle anglais pour : pratiques sans risques, traitements disponibles, accompagnement et dépistage volontaires, éducation afin de donner des moyens d'agir). La prévention du VIH et du sida ne sera jamais efficace si on n'y joint pas une composante de soins, et le modèle SAVE combine à la fois la prévention et les soins, tout en apportant des messages destinés à lutter contre la stigmatisation. Le VIH est un virus, ce n'est pas une question morale. De sorte que la réaction doit se fonder sur des mesures de santé publique tempérées par les principes des droits de la personne.

¹ La façon dont la plupart des gens ont compris le sigle ABC est la suivante : en premier lieu, s'abstenir (*Abstain*) ; si on n'y parvient pas, il faut donc être fidèle (*Be faithful*), et si c'est impossible, alors utiliser un préservatif (*Condom*). Ce qui ne tient nullement compte du statut de quelqu'un par rapport au VIH. Si on est soi-même, ou son partenaire (actuel ou potentiel), séropositif, qu'on n'a pas fait de test et qu'on a des relations sexuelles non protégées, cela met l'autre personne en danger d'être contaminée par le VIH. Il est vrai aussi que, si l'abstinence peut être indiquée à certaines époques de la vie, la fidélité est toujours recommandée. En outre, l'usage du préservatif fait penser que les personnes qui s'en servent ne peuvent pas être fidèles et ne veulent pas s'abstenir. Ce qui vient aggraver la stigmatisation et empêche les gens de recourir à des pratiques sexuelles sans risque.

Dans le sigle anglais SAVE, le S (*Safer practices*) évoque des pratiques sans risques appliquées aux différents modes de transmission du VIH. Par exemple, du sang non contaminé pour les transfusions, des protections efficaces lors de la pénétration au cours d'une relation sexuelle, des aiguilles et des seringues stériles pour les injections, de meilleures méthodes de scarification, et l'adoption de précautions médicales universelles.

Le A (*Available medications*) se réfère aux traitements disponibles. La thérapie par antirétroviraux (ARV) n'est en aucune façon la seule intervention médicale dont aient besoin les personnes affectées par le VIH ou le sida. Bien avant qu'il ne soit nécessaire ou souhaitable que quelqu'un entreprenne une thérapie par ARV, des besoins médicaux se font sentir concernant des infections opportunistes et des tests de pathologie. Le traitement des infections opportunistes entraîne une meilleure qualité de vie, une meilleure santé et une survie prolongée. Il est essentiel pour chacun d'avoir une bonne nourriture et un accès convenable à l'eau potable, et cela est deux fois plus important pour les personnes affectées par le VIH ou le sida.

Le V (*Voluntary counselling and testing*) fait référence au fait de recourir librement à un accompagnement et à des tests de dépistage, ce qui est susceptible d'atténuer la stigmatisation liée au VIH et de rendre efficaces les efforts de prévention en ce domaine. Quelqu'un qui connaît sa propre situation par rapport au VIH est mieux placé pour se protéger de l'infection ou pour éviter de la transmettre à quelqu'un d'autre, en fonction du statut de cette personne. En outre, une personne séropositive pourra obtenir de l'information et un soutien lui permettant de vivre de façon constructive. Les gens qui ignorent leur situation par rapport au VIH, ou ceux dont on ne s'occupe pas, peuvent être à l'origine de nouvelles infections.

Le E (*Empowerment through education*) évoque l'idée que l'éducation puisse mettre quelqu'un en mesure de mieux maîtriser sa situation. Il est impossible de prendre une décision en connaissance de cause si on ne dispose pas de toutes les données. Des renseignements inexacts et une action erronée constituent deux des plus importants facteurs de stigmatisation et de discrimination en matière de VIH et de sida. Il faut diffuser largement dans les Eglises une information correcte, de manière à garantir que les gens agissent vis-à-vis des autres en connaissance de cause et dans la perspective d'un amour centré sur le Christ. Cela aidera les gens à vivre de façon constructive – quelle que soit leur situation vis-à-vis du VIH – et contribuera à détruire les barrières créées par le VIH entre les personnes et au sein des communautés. L'éducation, c'est aussi l'information sur la bonne façon de se nourrir, sur la gestion des tensions, et sur la nécessité de l'exercice physique.

Mais aucun de ces modèles n'aura d'efficacité si on ne parvient pas à normaliser la situation à propos du VIH et du sida.

Il faut que les Eglises fassent la démarche consistant à admettre que certaines parmi les personnes qu'elles emploient ou qui travaillent avec elles comme bénévoles, non seulement sont séropositives, mais meurent de maladies liées au sida à une époque où cela serait évitable. L'une des façons de normaliser le VIH et le sida, pour les Eglises, serait d'adopter une politique au sujet du VIH et du sida sur le lieu de travail, et de montrer ainsi la voie par l'exemple.

Un fossé s'est créé entre les Eglises et la société au sein de laquelle elle vivent et agissent. Le commandement évangélique de l'amour exige que nous établissions le contact avec ces communautés humaines. L'un des rôles des Eglises consiste à promouvoir et à protéger la

santé des groupes identifiables qui ont des comportements à risque et dans lesquels on trouve actuellement des taux élevés ou croissants d'infection par le VIH, ou dont les informations relatives à la santé publique indiquent qu'ils courent les risques les plus élevés et sont les plus vulnérables par rapport à une nouvelle infection, ce qu'indiquent des facteurs tels que l'histoire locale de l'épidémie, la misère, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens d'existence, la situation institutionnelle, des structures sociales perturbées et les déplacements de populations, imposés ou non.

Cette politique sur le lieu de travail a été élaborée par le Conseil œcuménique des Eglises conjointement avec l'ANERELA (Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH ou le sida, ou personnellement affectés par eux), et avec le GNP (Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH/sida) afin de combler cette lacune, d'aider les Eglises à prendre l'initiative en accueillant et en acceptant les personnes vivant avec le VIH et le sida, aussi bien dans les Eglises qu'en dehors. Rien ne pourrait être plus efficace pour ce qui est de la stigmatisation et de la discrimination que des responsables d'Eglises et des paroissiens vivant ouvertement leur situation de séropositivité en sachant parfaitement qu'ils sont à la fois acceptés et soutenus par leur Eglise.

Cette politique sur le lieu de travail est conforme à l'action actuelle du COE, ainsi qu'à la Déclaration préparée sur la base de l'étude du Groupe consultatif du COE sur le sida et adoptée par le Comité central du COE en septembre 1996 ; dans son chapitre de conclusion, intitulé « Ce que les Eglises peuvent faire », ce document mettait en évidence une série d'actions susceptibles d'être entreprises par les Eglises pour répondre à la pandémie de VIH/sida².

II. Situation épidémiologique³

Pour l'année 2003, on estime à 4,8 millions (fourchette : 4,2 - 6,3 millions) le nombre de personnes ayant contracté le VIH. Ce chiffre est supérieur à celui de toutes les années précédentes. Actuellement, environ 37,8 millions de personnes (fourchette : 34,6 - 42,3 millions) vivent avec le VIH, qui en a tué 2,9 millions (fourchette : 2,6 - 3,3 millions) en 2003 et plus de 20 millions depuis la détection des premiers cas de sida en 1981. L'Afrique subsaharienne ne représente qu'à peine un peu plus de 10% de la population mondiale, mais on y trouve près des deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH – soit environ 25 millions (fourchette : 23,1 - 27,9 millions). Pour les données épidémiologiques par régions du monde, cf. **Annexe 1**.

III. Raison d'être – maintien de la capacité organisationnelle

Pour les Eglises, il ne faut pas prendre à la légère le fait que les réactions au VIH et au sida ne soient pas appropriées. Et cela non seulement parce que le sida va tuer, au cours de la prochaine décennie, plus de monde que toutes les guerres et catastrophes des 50 dernières années, mais également parce que c'est une menace pour la capacité organisationnelle et la survie même des Eglises dans des pays ayant un fort taux de VIH. Leur effondrement aurait des répercussions dans tous les domaines de la vie des Eglises. Conscients des effets dévastateurs du VIH et du sida, des responsables d'Eglises en Afrique, ainsi que des

² Comité central du Conseil œcuménique des Eglises, Genève (Suisse) 12-20 septembre 1996. Document n° 6.2B. Les effets du VIH/sida et la réaction des Eglises. Déclaration préparée sur la base de l'étude du Groupe consultatif du COE sur le sida et adoptée par le Comité central du COE, septembre 1996.

³ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2004*

organisations œcuméniques internationales et africaines ont élaboré un plan d'action coordonné pour répondre à l'épidémie de sida sur ce continent, au cours d'un « Colloque mondial sur la réponse œcuménique aux défis du VIH/sida en Afrique » qui s'est tenu à Nairobi (Kenya) du 25 au 28 novembre 2001. On peut lire, dans ce document : « Ce plan est un élément de la réponse de ces groupes de partenaires face à la situation d'urgence créée par l'épidémie de VIH/sida. Toutes les organisations religieuses s'efforcent de lutter contre ce fléau, qui est en train de dépeupler l'Afrique plus rapidement que toutes les calamités survenues dans ce continent depuis la traite des esclaves⁴. »

1. Objectifs

La politique du Conseil œcuménique des Eglises sur le lieu de travail à propos du VIH/sida poursuit les objectifs suivants :

1. Réduire au maximum les risques d'infection par le VIH pour les employés et les bénévoles des Eglises, ainsi que pour les candidats à l'ordination^{*} et pour leurs conjoints et les membres de leur famille
2. Garantir aux candidats que leur situation par rapport au VIH n'influencera en aucune façon les Eglises quant à leur candidature ni n'influencera la décision d'accorder ou non l'ordination
3. Garantir aux employés, aux bénévoles et aux candidats concernés par le VIH ou le sida un cadre de travail favorable
4. Garantir aux employés, aux bénévoles, aux candidats, ainsi qu'à leurs conjoints et aux membres de leur famille un accès aux soins, à l'accompagnement, aux traitements, y compris à une thérapie antirétrovirale si nécessaire
5. Gérer et atténuer les conséquences du VIH/sida pour la vie et le travail des Eglises
6. Atténuer les conséquences du rejet, de la stigmatisation et de la discrimination sur le lieu de travail sur la base d'une situation réelle ou imaginaire par rapport au VIH, ou d'une vulnérabilité à l'infection par le VIH.

2. Définitions

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) – dernier stade de l'infection provoquée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Une personne qui vit avec le VIH pourra paraître en bonne santé et se sentir telle longtemps avant qu'un diagnostic de sida ne soit porté. Toutefois, le VIH affaiblit le système de défense corporelle (immunité) jusqu'à ce que celui-ci ne soit plus en mesure de combattre les maladies et les infections comme la pneumonie, la diarrhée, les tumeurs, les cancers, et autres maladies.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) – virus qui peut provoquer le sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Le VIH s'attaque au système d'immunité du corps, système qui combat l'infection.

Thérapie antirétrovirale (ARV) – médicaments utilisés dans le traitement de l'infection par le VIH. Ils luttent contre cette infection en ralentissant la reproduction du VIH dans le corps, mais ils ne la guérissent pas.

⁴ Le réponse œcuménique aux défis du VIH/sida en Afrique. Plan d'action, élaboré lors du « Colloque mondial sur la réponse œcuménique aux défis du VIH/sida en Afrique », Nairobi (Kenya) 25-28 novembre 2001

* (NDT) Les « candidats à l'ordination » (*ordinands*) seront généralement désignés par le terme de « candidats » dans la suite du présent document.

Employé : personne dont la vocation a été reconnue et qui reçoit une compensation financière ou autre pour le ministère qu'elle exerce au nom d'une Eglise ; ou encore, laïc occupant un poste rémunéré dans l'Eglise.

Bénévole : personne participant au ministère d'une Eglise de façon volontaire, qu'il y ait ou non compensation financière.

Candidat à l'ordination [Candidat] : personne reconnue par une Eglise comme ayant reçu vocation de la part de Dieu et que cette Eglise aide par une formation théologique ou autre en vue de l'ordination.

Conjoint : partenaire marié d'un employé, d'un bénévole ou d'un candidat.

Membres de la famille : ce sont des personnes

1. vivant dans le même pays, mais pas nécessairement dans le même lieu de résidence que l'employé, le bénévole ou le candidat, et dont ceux-ci ont la responsabilité.

En outre :

2. on n'établit pas de distinction entre membres adultes et enfants en ce qui concerne la couverture fournie par les termes et les conditions de la présente politique ;
3. un total d'au maximum huit membres de la famille, qui devront être enregistrés nominalement auprès de l'Eglise ou de l'organisation religieuse, peuvent bénéficier de la couverture fournie par les termes et les conditions de la présente politique.

L'information concernant le VIH comporte les éléments suivants sur le fait que quelqu'un :

1. est susceptible d'être séropositif ou d'avoir le sida ;
2. s'est vu demander de subir un test de dépistage du VIH ou a reçu des conseils en ce sens ;
3. subit ou a subi des soins ou a bénéficié d'un accompagnement suggérant que cette personne pourrait être séropositive ou avoir le sida ;
4. pourrait avoir vécu des situations présentant des risques de VIH ;
5. est en relation étroite avec une personne séropositive ou atteinte du sida.

Le dépistage du VIH comprend toute évaluation d'une infection potentielle ou effective par le VIH, que cette évaluation soit directe (par test VIH) ou indirecte (évaluation d'un comportement à risques), ou qu'il s'agisse d'interroger la personne à propos de tests préalablement subis ou à propos de traitements.

Trouver une solution acceptable : il s'agit des modifications ou des adaptations à une tâche ou aux responsabilités, réalisables de façon acceptable, permettant à quelqu'un qui est séropositif ou qui a le sida de trouver un emploi, de travailler efficacement et de progresser.

Prophylaxie post-exposition (PPE) : il s'agit d'un mode de thérapie antivirale pour le VIH destinée à réduire (mais non à supprimer) la possibilité d'une infection par le virus après un contact avéré.

Précautions universelles dans le domaine sanguin : il s'agit d'une simple pratique courante de contrôle de l'infection destinée à réduire les risques de transmission par des agents pathogènes véhiculés par le sang, dont le VIH et l'hépatite. Ces précautions universelles

supposent l'usage d'éléments de protection tels que gants, blouses, tabliers, masques, ou protections oculaires, susceptibles de réduire le risque d'exposition par la peau ou les muqueuses à des matières potentiellement pathogènes.

3. Responsabilité de la mise en œuvre

La responsabilité de la mise en œuvre de cette politique sur le lieu de travail incombe à la principale autorité décisionnelle des Eglises, organisation œcuméniques régionales ou organisations religieuses.

4. Confidentialité

4.1 Les Eglises favoriseront sur le lieu de travail un environnement favorable dans le cadre duquel employés, bénévoles et candidats pourront parler ouvertement du VIH/sida, y compris de leur propre vécu en ce domaine. Lorsque ces personnes révéleront que leur conjoint et/ou des membres de leur famille sont séropositifs ou ont le sida, on respectera le caractère confidentiel de cette information. Le fait de la révéler, en toutes circonstances, sera considéré une confidentialité partagée entre les parties, sauf s'il en a été expressément spécifié autrement. En cas de doute, la personne séropositive ou atteinte du sida sera consultée avant toute autre révélation.

4.2 Toute information à propos du VIH concernant des candidats, employés ou bénévoles futurs ou actuels, ou leurs conjoints ou membres de leurs familles restera strictement confidentielle.

4.3 Les employés et les bénévoles au service des Eglises, ainsi que les candidats signeront un engagement de confidentialité (Annexe 2) et seront avisés que le fait de révéler sans autorisation des informations concernant le VIH constitue une infraction disciplinaire et que cela pourra également entraîner des poursuites à l'encontre de la personne ayant fait cette révélation et à l'encontre de l'Eglise.

5. Aspects relatifs à la sexospécificité

5.1 Les Eglises reconnaissent que le VIH/sida a des effets différents sur les employés, bénévoles et candidats selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes, et ceci en fonction de leur prédisposition à l'infection et de leur santé génésique. On reconnaît également que ce sont les femmes qui prennent la part la plus importante dans les soins aux personnes atteintes de maladies liées au sida et que les femmes enceintes séropositives ont des besoins particuliers.

5.2 Des programmes d'aide seront élaborés en vue de tenir compte de ces différences et de rectifier les inégalités entre les sexes, par exemple en incitant et en aidant les hommes à s'occuper des autres.

6. Pratiques sans risque (sur le plan sexuel ou autre)

6.1 L'autorité ecclésiastique compétente fournira aux employés, bénévoles et candidats une information confidentielle, précise et à jour, de façon à leur permettre de se protéger de l'infection par le VIH ou par d'autres maladies sexuellement transmissibles ou véhiculées dans le sang, ainsi que de la tuberculose, du paludisme et de la maladie du sommeil.

6.2 Lorsque le sang destiné aux transfusions n'est pas absolument sûr, l'autorité ecclésiastique compétente communiquera aux employés, bénévoles et candidats des informations sur les possibilités de se procurer du sang en toute sécurité.

6.3 L'autorité ecclésiastique compétente fournira également des informations sur la façon de se procurer des aiguilles et des seringues stériles, étant donné que la transmission du VIH peut être due à l'usage d'aiguilles et de seringues non stérilisées.

6.4. L'autorité ecclésiastique compétente veillera à ce que tous les véhicules de fonction soient entièrement équipés de ceintures de sécurité. Là où ces ceintures sont disponibles, elles devront être utilisées par les employés, les bénévoles et les candidats dans leurs déplacements professionnels. L'autorité ecclésiastique compétente devra également veiller à ce que tous les véhicules soient régulièrement et correctement révisés et entretenus.

6.5 Les employés, les bénévoles et les candidats porteront un casque lors de leurs déplacements professionnels à motocyclette.

7. Risques professionnels ou autres

7.1 Dans le cas d'accidents comportant un risque de contact avec du sang humain, il conviendra d'observer les précautions universelles de façon à s'assurer qu'il n'existe pas de risque de transmission du VIH ou d'autres maladies véhiculées par le sang. Ce qui implique que les locaux et les véhicules soient équipés de trousse de premiers secours.

7.2 L'autorité ecclésiastique compétente mettra au point des procédures permettant d'orienter immédiatement vers les services appropriés, pour accompagnement, évaluation et traitement médical (y compris, si nécessaire, prophylaxie post-exposition), les employés, les bénévoles et les candidats, ainsi que leurs conjoints et membres de leurs familles qui auraient été exposés au risque d'infection par le sida (par exemple à la suite d'un accident ou d'une agression sexuelle), que ce soit ou non sur leur lieu de travail.

7.3 Un temps raisonnable de congé payé sera accordé dans le cas d'un accompagnement consécutif à des risques survenus dans le cadre professionnel ou non.

8. Traitements disponibles (infections opportunistes, pathologie et thérapie antirétrovirale [ARV])

8.1 L'impératif évangélique de l'amour déterminera la réponse au VIH et au sida dans les Eglises, c'est-à-dire les soins, l'accompagnement et le traitement médical des employés, bénévoles et candidats, ainsi que de leurs conjoints et des membres de leurs familles séropositifs ou atteints du sida. Toutes ces personnes, quel que soit leur situation par rapport au VIH, ont droit aux soins disponibles.

Le système d'immunité, compromis à la suite de l'infection par le VIH, rend les gens plus vulnérables aux maladies causées par des bactéries, des parasites, des virus ou autres. Les Eglises seront particulièrement attentives aux besoins dans ce domaine de leurs employés, bénévoles, candidats, ainsi que de leurs conjoints et membres de leurs familles, et leur donneront accès aux médicaments permettant de traiter les maladies opportunistes, ce qui aura pour effet une meilleure qualité de vie, une meilleure santé et une survie prolongée.

Pour que les maladies opportunistes puissent être traitées avec succès, il convient, entre autres, de les diagnostiquer à temps. La gestion de l'infection par le VIH implique le suivi régulier de la réaction immunitaire d'une personne⁵ et, s'il y a indication sur le plan médical, il faut que les Eglises facilitent aux employés, bénévoles, candidats, ainsi qu'à leurs conjoints et aux membres de leurs familles, une thérapie antirétrovirale, avec le suivi approprié.

8.2 Les personnes atteintes du VIH/sida, leurs familles, leurs amis, ont besoin d'accompagnement et de soutien tout au long de cette période d'exams, de diagnostics, où elles vivent avec le sida et où, peut-être, elles en meurent. Il peut être bénéfique pour une personne séropositive de parler avec quelqu'un qui l'est également – un soutien d'égal à égal – parce que cela va la faire sortir de sa peur et de l'isolement dû à son statut de séropositivité, et lui faire connaître des façons positives de vivre. Il faut que les Eglises proposent des lieux sécurisés destinés à des groupes de soutien pour personnes vivant avec le VIH ou le sida, dans les paroisses. En outre, le partenariat existant entre les Eglises et les réseaux réunissant ces personnes servira à relier les gens aux groupes de soutien, ainsi qu'à la formation et au soutien d'égal à égal.

8.3 Il est d'une extrême importance que chacun bénéficie d'une bonne alimentation et d'un accès suffisant à l'eau potable. Chez les personnes vivant avec le VIH/sida, cela est encore plus essentiel. Lorsque ces besoins sont satisfaits, on peut retarder d'autres interventions et celles-ci ne sont parfois plus nécessaires. Les Eglises doivent veiller à ce que les employés, les bénévoles, les candidats, leurs épouses et les membres de leurs familles qui sont séropositifs ou atteints du sida puissent recevoir conseils, formation et soutien au sujet des besoins accrus en énergie et en protéines, ainsi qu'une alimentation apportant les micronutriments essentiels. Il est également nécessaire de fournir une information sur la façon de garantir la qualité de l'eau. Cela peut se faire en liaison avec les réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida, et avec d'autres agences partenaires.

9. Accompagnement et dépistage volontaires

9.1 L'autorité ecclésiastique compétente veillera à ce que les employés, les bénévoles, les candidats, ainsi que leurs épouses et les personnes de leurs familles aient accès à des services d'accompagnement et de dépistage volontaires (VCT) gratuits et confidentiels. Là où cela n'est pas possible, il conviendra d'indiquer où se trouvent de tels services. Lorsque les services VCT ne sont pas gratuits, les Eglises en rembourseront le coût.

9.2 L'autorité ecclésiastique compétente désignera une personne, ordonnée ou laïque, auprès de laquelle les employés, les bénévoles et les candidats pourront trouver des conseils confidentiels, un accompagnement et une orientation à propos des questions relatives au VIH et au sida.

5

- Une numération annuelle des cellules CD4, si elle est disponible localement
- Le point sur les taux d'hémoglobine ou d'hématocrite
- Un test de grossesse pour les femmes
- Un comptage complet régulier des globules blancs et des tests différentiels en fonction des besoins dès le début de la thérapie
- Taux d'alanine ou d'aspartate aminotransférase
- Créatinine et/ou azote uréique sanguin
- Glucose
-

10. Information concernant le dépistage du VIH et emploi

10.1 Les candidats, les employés et les bénévoles, futurs ou actuels, n'ont aucune obligation d'informer l'autorité ecclésiastique compétente de leur situation par rapport au VIH.

10.2 Cette situation par rapport au VIH ne sera en aucune façon prise en considération pour l'ordination, l'emploi ou un stage dans le cadre des Eglises.

10.3 On n'exigera pas de dépistage du VIH, ni comme condition d'embauche, ni pour la poursuite d'un emploi.

11. Information et formation

11.1 L'autorité ecclésiastique compétente fournira une information et une formation concernant les questions soulevées, sur le lieu de travail, par l'épidémie de VIH et les réponses adéquates à ces questions ; cette information et cette formation se référeront aussi, de manière plus générale, aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou le sida et de ceux qui s'en occupent.

11.2 Cette information et cette formation seront attentives aux problèmes liés à la sexospécificité, à l'origine raciale, au handicap et à la sexualité humaine.

11.3 Elles tiendront compte de la présence d'organisations locales de soutien aux personnes vivant avec le VIH ou le sida et à d'autres communautés concernées, ainsi que de réseaux de personnes vivant avec le VIH ou le sida qui travaillent en relation avec des Eglises.

11.4 Dans la mesure du possible, elles seront intégrées dans les programmes existants de formation des candidats à l'ordination.

11.5 La formation des employés, des bénévoles et des candidats à propos du VIH/sida se fera au cours des heures de travail rémunérées, et la présence de toutes ces personnes, y compris celles qui travaillent dans le cadre de la hiérarchie ecclésiastique, fera partie des obligations professionnelles.

11.6 Chaque fois que possible, cette formation sera ouverte aux conjoints et membres des familles des employés, bénévoles et candidats à l'ordination.

11.7 Les autorités ecclésiastiques compétentes seront formées en vue de la mise en œuvre de cette politique.

12. Recherche de solutions acceptables

12.1 Dans la mesure du possible, les Eglises prendront en compte de manière raisonnable les besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH ou le sida, ou directement affectées par eux – employés, bénévoles, candidats.

12.2 Cette prise en compte raisonnable pourra consister en une certaine flexibilité des horaires de travail et des temps libres de façon à permettre les rendez-vous pour accompagnement ou

pour soins ; il pourra s'agir aussi de prolongation des congés de maladie, de mutation à des postes plus faciles, de travail à temps partiel, ou des modalités de reprise du travail.

13. Stigmatisation et discrimination

13.1 Les Eglises reconnaissent que le rejet, la stigmatisation et la discrimination liés au VIH et au sida constituent des péchés et vont à l'encontre de la volonté de Dieu. Par conséquent, elles ne pratiqueront aucune discrimination basée sur la situation, réelle ou supposée, de quelqu'un par rapport au VIH, et ceci en toutes circonstances, y compris pour l'embauche ou l'avancement.

13.2 Les Eglises mettront en place des processus propres à favoriser la réconciliation entre les personnes vivant avec le VIH/sida et leur Eglise.

13.3 Les employés, les bénévoles et les candidats séropositifs ou atteints du sida ne feront pas l'objet d'un traitement moins favorable que celui réservé à leurs collègues atteints d'une autre maladie grave.

13.4 L'autorité ecclésiastique compétente organisera des activités destinées à traiter de la stigmatisation liée au VIH et au sida dans les Eglises, y compris par la formation des employés, des bénévoles et des candidats, et par la mise en place d'un lieu de travail ouvert, accueillant et réconfortant pour toutes les personnes ayant choisi de révéler leur situation par rapport au VIH.

13.5 Les employés, les bénévoles et les candidats qui adopteront une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes séropositives ou atteintes du sida feront l'objet de mesures disciplinaires en cas d'échec des tentatives d'explication.

14. Prise de position en faveur de l'accès de tous et toutes aux traitements

Le fait qu'on ne parvienne pas à faire bénéficier des thérapies antirétrovirales (ARV) les millions de personnes qui en auraient besoin constitue une situation d'urgence au niveau mondial. Ce sont environ six millions de personnes, dans les pays en voie de développement, qui, étant séropositives, auraient besoin de cette thérapie en 2005. Mais 440 000 personnes seulement reçoivent actuellement ce traitement. En Afrique subsaharienne, où vivent la plupart des gens qui auraient besoin de ces soins, 150 000 personnes seulement bénéficient des ARV⁶. Les Eglises sont bien placées pour s'impliquer dans une prise de position en faveur de l'accès au traitement pour toutes les personnes qui en ont besoin .

15. Déplacements, affectations, vaccinations

15.1 L'autorité ecclésiastique compétente qui organise pour les employés, les bénévoles ou les candidats un déplacement de courte durée dans un autre pays signalera aux personnes concernées les restrictions légales concernant l'entrée des personnes séropositives⁷.

⁶ OMS, Coverage and need for antiretroviral treatment, <http://www.who.int/3by5/coverage/en/>, cité le 14 septembre 2004.

⁷ Dispositions d'entrée et de séjour pour les personnes séropositives ou atteintes du sida. Informations sur 168 pays, en ligne, en anglais, français et allemand : www.aidsnet.ch/linkto/immigration/. Pour obtenir des informations mises à jour, consulter l'ambassade du pays concerné.

Lorsqu'un employé, un bénévole ou un candidat sera empêché d'effectuer un déplacement de courte durée pour cette raison ou pour tout autre motif de santé lié au VIH/sida, on envisagera un arrangement convenable pour lui confier d'autres tâches.

15.2 En organisant un voyage de plus longue durée ou la nouvelle affectation d'un employé, l'autorité ecclésiastique compétente l'informerá de toutes conditions légales concernant le dépistage du VIH⁸. Lorsqu'il y aura prescription de dépistage du VIH, l'autorité ecclésiastique compétente veillera à aiguiller l'employé vers un accompagnement avant et après le test et en remboursera les honoraires si cette consultation n'est pas gratuite d'une façon ou d'une autre.

15.3 Si un employé n'est pas en mesure d'accepter une affectation dans un pays particulier en raison des exigences légales relatives au VIH dans ce pays, l'autorité ecclésiastique compétente fera le nécessaire pour essayer de lui confier un autre poste.

15.4 L'autorité ecclésiastique compétente s'informerá des restrictions concernant les personnes vivant avec le VIH pour l'entrée dans un pays. S'il en existe, cette autorité recommandera au gouvernement de les abroger.

16. Résiliation des rapports de travail

16.1 La séropositivité n'est pas un motif de résiliation des rapports de travail.

16.2 Les employés, les bénévoles et les candidats atteints d'une maladie liée au VIH resteront en fonction tant que, sur le plan médical, ils seront aptes à occuper un poste existant et adéquat.

16.3 S'il s'agit d'une résiliation pour cause de longue maladie, les employés, bénévoles et candidats séropositifs ou atteints du sida bénéficieront d'avantages et de conditions identiques à ceux qui s'appliquent à la résiliation motivée par toute autre maladie grave.

17. Réclamations et procédures disciplinaires

17.1 L'autorité ecclésiastique compétente prévoira des procédures susceptibles d'être utilisées par les employés, les bénévoles et les candidats dans le cas de réclamations concernant le travail, y compris pour les cas où l'Eglise n'aurait pas appliqué un point quelconque de la présente politique.

17.2 Des procédures disciplinaires pourront être engagées à l'endroit de tout employé, bénévole ou candidat ne respectant pas la présente politique.

⁸ Dispositions d'entrée et de séjour pour les personnes séropositives ou atteintes du sida. Informations sur 168 pays, en ligne, en anglais, français et allemand : www.aidsnet.ch/linkto/immigration/. Pour obtenir des informations mises à jour, consulter l'ambassade du pays concerné.

Annexe 1

Données épidémiologiques régionales ⁹

Epidémie de VIH et de sida en Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale mais c'est là que vivent près des deux tiers des personnes infectées par le VIH, soit environ 25 millions de personnes (fourchette: 23,1 - 27,9 millions). Pour la seule année 2003, on estime à 3 millions (fourchette: 2,6 - 3,7 millions) le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions (fourchette: 2,0 - 2,5 millions) celui des décès dus au sida. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 6,9% des femmes (fourchette : 6,3 - 8,3%) et 2,1% des hommes (fourchette : 1,9 - 2,5%) vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2003.

De nombreux pays africains connaissent une épidémie généralisée. Cela signifie que le VIH se propage à l'ensemble de la population au lieu de contaminer les populations à haut risque comme les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables. En Afrique subsaharienne, alors que la population adulte croît, le nombre de personnes vivant avec le VIH croît lui aussi.

En Afrique subsaharienne la prévalence du VIH parmi les adultes semble s'être stabilisée. Cependant, une prévalence stable signifie que les décès dus au sida sont remplacés par de nouvelles infections. Ainsi, en Afrique subsaharienne, une prévalence stable correspond encore à plus de 2 millions de nouvelles infections chaque année.

Epidémie de VIH et de sida en Asie

L'Asie connaît actuellement l'un des taux de développement les plus rapides de l'épidémie de sida dans le monde. En Asie, on estime à 7,4 millions (fourchette: 5,0 - 10,5 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH. Un demi-million de personnes environ seraient mortes du sida en 2003 et environ deux fois autant – 1,1 million – ont été nouvellement infectées.

En Asie, les moyens d'agir efficacement afin d'éviter que le sida ne frappe encore plus sévèrement la région sont faibles face à l'ampleur de la tâche. L'Asie, qui rassemble 60% de la population mondiale, connaît actuellement l'un des taux de développement les plus rapides de l'épidémie de sida dans le monde. Cela est dû en premier lieu à la forte augmentation des infections par le VIH en Chine, en Indonésie et au Vietnam, ces trois pays regroupant à peu près 50% de la population du continent.

Cette région comprend les deux pays les plus peuplés du monde – la Chine et l'Inde – qui comptent 2,25 milliards d'habitants à eux deux. La prévalence nationale du VIH y est très faible : 0,1% en Chine et entre 0,4% et 1,3% en Inde. Mais si on regarde les choses de plus près, on constate que ces deux pays ont, dans plusieurs provinces, territoires ou Etats, des épidémies très sévères.

⁹ ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2004

En Chine, 10 millions de personnes risquent d'être infectées d'ici à 2010 si une action énergique n'est pas engagée de toute urgence. Le virus s'est propagé dans les 31 provinces, régions autonomes et municipalités.

Epidémie de VIH et de sida en Amérique latine et aux Caraïbes

En Amérique latine et dans la région des Caraïbes, le nombre de personnes vivant avec le VIH est en augmentation continue, on l'estime à environ 2 millions (fourchette : 1,6 – 2,6 millions) pour l'ensemble de ces pays – ce qui inclut les 250 000 personnes nouvellement contaminées en 2003. Cette même année, le sida a provoqué environ 120 000 décès.

Aux Caraïbes, 52 000 personnes ont contracté le virus au cours de l'année passée, ce qui porte à environ 430 000 (fourchette : 270 000 – 760 000) le nombre de personnes vivant avec le VIH. En outre, l'année dernière, le sida a coûté la vie à 35 000 personnes.

L'épidémie aux Caraïbes est essentiellement hétérosexuelle et se concentre dans beaucoup d'endroits chez les professionnel(le)s du sexe. Mais le virus gagne aussi la population générale. Trois des pays de cette région ont un niveau de prévalence du VIH d'au moins 3%, ce sont les Bahamas, Haïti, et la Trinité-et-Tobago ; en outre, Haïti est le pays où la situation est la plus grave, avec un taux national de prévalence du VIH de 5,6%.

En Amérique latine, la tendance est à une forte concentration dans des populations exposées à un risque particulier plutôt qu'à la généralisation. Dans la plupart des pays d'Amérique du Sud, la quasi-totalité des infections est due à l'infection par du matériel d'injection non stérile et aux rapports sexuels entre hommes.

Epidémie de VIH et de sida en Europe orientale et en Asie centrale

Diverses épidémies sont en cours en Europe orientale et en Asie centrale et rien n'indique une tendance à la diminution. Au cours de l'année 2003, on estime à 360 000 le nombre de personnes nouvellement infectées, ce qui porte à 1,3 million (fourchette : 860.000 – 1,9 million) le nombre de personnes vivant avec le virus. Au cours de l'année passée, le sida a provoqué 49 000 décès.

En Europe orientale, l'Estonie, la Lituanie, la Fédération de Russie et l'Ukraine sont les pays les plus affectés de la région, mais le virus continue à se propager en Biélorussie, au Kazakhstan et en République de Moldavie.

Le principal moteur de l'épidémie dans toute la région est la consommation de drogues injectables qui a explosé dans les années de turbulence consécutives à la disparition du régime soviétique. On estime que, dans la seule Fédération de Russie, le nombre des consommateurs de drogues injectables s'élève à 3 millions. Il y en a plus de 600 000 en Ukraine et jusqu'à 200 000 au Kazakhstan. En Lituanie et en Estonie, on évalue à 1% la proportion de la population adulte qui consomme des drogues injectables. La plupart des consommateurs de drogues en Russie sont des hommes.

Epidémie de VIH et de sida en Océanie

En Océanie, le nombre total de personnes vivant avec le VIH est en augmentation constante. On estime que 32 000 personnes (fourchette : 21 000 – 46 000) sont dans ce cas – ce chiffre comprend les 4800 personnes nouvellement contaminées en 2003. Le sida a provoqué environ 700 décès au cours de l'année dernière.

En Australie, après avoir diminué pendant une longue période, le nombre de nouvelles infections par le VIH diagnostiquées a augmenté progressivement en passant de 650 cas en 1998 à 800 environ en 2002. La Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui partage une île avec l'une des provinces les plus contaminées d'Indonésie, Irian Jaya, présente la plus forte prévalence d'Océanie, avec plus de 1% chez les femmes enceintes dans la capitale Port Moresby et à Goroka et Lae. Dans ce pays, l'épidémie se propage principalement par les rapports hétérosexuels.

Dans d'autres îles de l'Océanie, les taux de d'infection par le VIH sont encore très bas, mais le taux d'autres maladies sexuellement transmissibles est élevé. Ce taux élevé indique des modes de comportement susceptibles de faciliter la transmission du VIH entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients.

Epidémie de VIH et de sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les estimations les plus récentes indiquent que 75 000 personnes ont contracté le VIH au cours de l'année dernière, ce qui porte à 480 000 (fourchette : 200 000 – 1,4 million) le total des personnes vivant avec le virus. En 2003, le sida a causé la mort de 24 000 personnes. Il se pourrait que le VIH connaisse une augmentation considérable dans cette région.

Le Soudan est de loin le pays le plus affecté de la région, avec une prévalence de 2,3%. C'est dans la partie méridionale du pays que l'épidémie est la plus sévère ; chez les femmes enceintes, la prévalence du VIH y serait six à huit fois plus élevée qu'autour de Khartoum dans le nord. Au Soudan, la transmission se fait principalement lors de rapports hétérosexuels.

A l'exception de quelques pays, la surveillance systématique de l'épidémie n'est pas satisfaisante dans cette région. De plus, le suivi de la situation est inadéquat parmi les populations les plus exposées au risque d'infection au VIH, telles que les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cela signifie que les épidémies potentielles au sein de ces populations sont ignorées.

Epidémie de VIH et de sida dans les pays à revenu élevé

Dans les pays à revenu élevé, le nombre des personnes séropositives continue d'augmenter, en grande partie du fait de la possibilité d'avoir accès à un traitement antirétroviral. On estime à 1,6 million (fourchette : 1,1 - 2,2 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces pays, dont environ 64 000 ont été nouvellement infectées en 2003.

Dans les pays à revenu élevé, le nombre de décès dus au sida a continué de baisser en raison de la possibilité d'avoir accès à un traitement antirétroviral. Cela signifie que les personnes séropositives restent en bonne santé et survivent plus longtemps que les personnes infectées dans d'autres pays. Ainsi, aux Etats-Unis, 16 371 décès ont été enregistrés en 2001, alors que ce nombre était de 19 005 en 1998. Le nombre de décès dus au sida a baissé en Europe occidentale, passant de 3373 en 2001 à 3101 en 2002.

Annexe 2

Convention de confidentialité

(à remplir par tous les employés, bénévoles et candidats à l'ordination)

1. J'ai lu et compris ce document concernant la politique à propos du VIH/sida sur le lieu de travail.
2. Je reconnais que, en relation avec mon Eglise, il pourrait arriver que je reçoive des informations de nature extrêmement personnelle et confidentielle.
3. Je sais que, parmi ces informations, certaines pourraient indiquer que quelqu'un
 - vit avec le VIH ou le sida ;
 - s'est vu demander ou conseiller de subir un dépistage du VIH ;
 - reçoit ou a reçu un traitement ou un accompagnement suggérant que cette personne pourrait être séropositive ou avoir le sida ;
 - aurait vécu des situations comportant le risque de contracter le VIH ;
 - est en étroite relation avec une personne vivant avec le VIH/sida.
4. Je ne révélerai ces informations qu'avec l'autorisation de la personne concernée.
5. Je sais que toute violation de la présente convention est susceptible de provoquer des mesures disciplinaires et éventuellement des poursuites judiciaires contre moi-même et/ou contre mon Eglise.

Signature :

Date et lieu :

Témoin :

Date et lieu :