

EDITORIAL

Provision of faith-based services: challenges and opportunities

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i11.1

Lindsay Edouard^{1,2*} and Cecilia Maurente Beherns^{1,3}

Editor, African Journal of Reproductive Health¹; Port Louis, Mauritius²; Montevideo, Uruguay³

***For Correspondence:** Email: soranae@gmail.com

Trusted for their legitimacy and track-record, faith-based organisations play a substantial role in the provision of sexual and reproductive health care as part of social services with emphasis on the disadvantaged. Religious imperatives may cause conflict through lack of alignment with government policies regarding selected aspects of rights-based programming: limited range of services, gender norms leading to exclusions and accountability. Nevertheless, their services are crucial to complement those of government in the global South. The long-standing lack of resources of faith-based organisations might be resolved through imminent initiatives for the reform of official development aid that will include public-private partnerships.

Intersection of health with religion

The definition of health, by the World Health Organization, as “a state of complete physical, mental and social well-being” has complex implications but the mental component incorporates spiritual aspects. The concepts of spirituality, religion and faith are analytically distinct. Whereas spirituality relates to the search for purpose specially when facing difficult situations such as illness and vulnerability, faith represents the related belief pertaining to trust and motivation. Being the collective expression of such belief, religion has been traditionally involved in the management of illness through a perception of its magic powers besides its own emphasis on dignity and hope.¹ Those three different dimensions overlap substantially in their influence on the perception of health by individuals.

Faith takes various forms, specially in pluralistic societies.² Besides conventional religious practices, there are indigenous belief systems, ancestral traditions and diverse spiritual frameworks that also relate to care and healing. Religious orders have played a crucial role for the generation, dissemination and preservation of knowledge over the centuries. Far from being a routine chore, practice of the faith should address emerging situations and emphasise solidarity. As a result, faith-based organisations (FBOs) have a long-standing track-

record for the provision of social services, specially regarding health, education and residential care, by incorporating community support and compassion.

In Christianity, certain saints have specialised roles pertaining to health. The intercession of certain saints is specifically sought for the management of certain diseases, an example dating to the Middle Ages being Sebastian for plagues. Regarding reproductive health, the intercessions of Mary and Monica are sought for protection during pregnancy as opposed to Raymond for babies. Of the four evangelists, Luke was specially concerned with sickness and his scriptures are particularly appreciated for their details on health items. The brothers Cosmas and Damian are the patrons of doctors as opposed to Camillus de Leillis for nurses whereas John of God is related to hospital and compassionate care.

A topical, albeit most unusual, link between health and religion occurred two months ago on social media when President Trump posted an AI-generated caricature depicting himself as a saviour. The flowing robe with stole as garb besides hands clasped together in prayer having been perceived by the public as portraying Jesus, strong protests followed. His justification consisted of the alternative representation of him as a medical practitioner to address the health needs of victims from the Epic Fury initiative in Iran that led to the blockade of the Strait of Hormuz.

Contrary to the view that science and religion are incompatible, they both seek truth and currently face similar subtle threats from fake information.² For divine science, the Vatican draws upon scriptures for its theological perspective. Whereas medical science emphasises evidence-based policy formulation, societal values must be considered regarding the implications for practice. In his *Veritatis Splendor* encyclical of 1993, Pope John Paul II expounded on the Christian standpoint regarding moral truth for countering utilitarian views.

Service components

With commonalities for promoting wellbeing and peace, various religions share an interface for doing good and

thereby featuring prominently in civil life including health care. FBOs are specially active in maternal and child health services besides terminal care through the hospice movement. Emphasising disadvantaged groups, their institutions contribute substantially towards complementing government services for equitable access in those areas. Compassion being a prominent feature of religions, those organisations have also been involved in activities pertaining to HIV and gender-based violence.

Religions having specificities regarding life processes and associated procedures, their health services emphasise certain service components whilst excluding others. With a strict position on the sanctity of life from womb to tomb as reiterated last month by Leo XIV in his first encyclical *Magnifica Humanitas*, the Catholic church has diverged drastically from Protestantism regarding conception and end-of-life issues. During internal discussions recently, both Catholic and Anglican churches have encountered strong opposition from outspoken factions on issues such as sexual morality, gender and family norms away from the conventional heterosexual couple: the problem concerns the relative emphasis to be placed on sacred scriptures as opposed to contemporary culture. Their prelates in Africa have been at the forefront of factions resisting change.³

The English Reformation of the early 16th century led to tensions between the above two churches that persist despite initiatives for reconciliation in the spirit of Christian charity. In the quest for unity, a theological dialogue over the last five decades navigated through uncharted waters: progress has been entraved by seemingly irrevocable issues surrounding sexuality and the ordination of women.⁴ Since February 2026, the Anglican communion is headed by a woman primate as the Archbishop of Canterbury. There is much hope that, with objective decision-making based on his scientific background, Pope Leo XIV will improve relations with other churches besides endorsing additional components of sexual and reproductive health through their recognition as being the lesser of worse evils.

Considering all modern methods of contraception as being artificial, and thereby unacceptable, the Catholic church promotes only so-called natural methods of family planning besides breastfeeding. Interestingly enough, the 21/7 cycle for oral contraception was devised by John Rock, a devout Catholic and pioneer steroid endocrinologist, who aimed for a seemingly natural method by mimicking the normal menstrual cycle.⁵ Despite a multitude of research initiatives demonstrating that the mode of action of numerous contraceptive methods is at the pre-embryo

stage, and thereby not abortion-related, endorsement by the Catholic church is still awaited.

Whereas liberal Catholicism, as promoted by Falloux,⁶ aimed at reconciling conventional practices with realities of modern life, tensions developed between doctrine and practice specially as pertaining to sexuality and reproduction, with the substantial utilisation of modern contraception.⁷ Also present in other religious denominations, this development was part of a global secular movement proning personal conscience and choice in decision-making for behaviours and practices pertaining to sexual and reproductive health, even when contrary to doctrinal positions. Surveys and routine administrative statistics on service utilisation attest to the practice of individuals regarding contraceptive methods and induced abortion, adhoc research studies demonstrating that they are irrespective of religiosity.⁸ The precise relationship between sexual behaviour and religion, whether as pertaining to affiliation or religiosity, is complex:⁹ individual decision-making prevails regarding the utilisation of contraceptive and abortion services.¹⁰ The emergence of modern methods of contraception having raised substantial ethical issues, specially as pertaining to their mode of action,¹¹ the Church of England held extensive consultations with academia to consider the implications for service provision.¹²

International development

During colonialism, FBOs worked closely with government authorities for social development, specially for health and education. This legacy continuing during the postcolonial period, ambivalent views have been expressed on collaboration between government and church to suppress indigenous culture through political domination.

Constituting a disadvantaged group, slaves were targeted by FBOs for the provision of services. In French colonies, slave owners had the onus to ensure that all slaves practice Catholicism, the religion of the monarch. Certain aspects of African slavery deserve to be better known. Algiers served as a hub for the trade in white slavery, specially women. The abolition of slavery in Mauritius in 1835 led to both a different role for FBOs and the introduction of indentured labour from India. Independently, at the urging of the Aga Khans, there was a significant migration of Ismaili Muslims from India to Eastern Africa with the lasting legacy of their prominence in the social sector specially for the provision of high-quality clinical care. Recognised as quiet revolutionaries for their long-standing global track-record for innovative approaches, the Aga Khans had the foresight of introducing education for young

girls in remote villages. The Aga Khan Development Network¹³ is known for its non-denominational activities in pluralistic settings by providing services for all, irrespective of faith or other characteristics. Besides, their collaboration emphasises long-term sustainability by placing communities in the driving seat. Not seeking visibility, this Islamic leadership differs markedly from those organisations measuring their achievements through the metrics of hits and clicks besides mentions in audiovisual media.

Catholic organisations are well recognised for their achievements focussing on the disadvantaged through community care and outreach services targeting populations that are poorly served by government systems. Long before the introduction of the welfare state, their religious orders were pioneers in maternal and child health, orphanages, care of destitutes and the hospice movement with pastoral accompaniment. Founded by Mother Teresa in Calcutta, the Missionaries of Charity developed a model for the management of obstetric fistula that was largely the basis for the United Nations Campaign to End Fistula: it combined surgical repair at the Addis Ababa Fistula Hospital with social reintegration and restoration of dignity.¹⁴

Based at the Vatican City State, a territorial and sovereign entity, the Roman Catholic Church has the Holy See, consisting of the Pope and the Roman Curia, as its governing authority. Neither a member state nor a nongovernmental organisation, the Holy See serves for its diplomatic representation, including permanent observer status at the United Nations where, albeit without voting rights, it is active at the General Assembly and in intergovernmental negotiations. Prioritising religious freedom, environmental protection and poverty reduction as part of social justice for human dignity, it pays special attention to both the sanctity of human life, currently an unshakable position, and the rights of disadvantaged groups such as the poor, underserved, youth and other voiceless specially migrants including refugees. During debates on reproductive health and population, the Holy See exercises strategic diplomacy through coalition building whilst maintaining its doctrinal position as exemplified by the International Conference on Population and Development in 1994 when the Holy See joined the consensus on the Programme of Action albeit entering numerous official reservations for statements contrary to its philosophy.¹⁵

FBOs aim largely to address the fate of vulnerable populations through service provision, acts of mercy and accompaniment with interventions for health, education, nutrition, shelter and sanitation besides the avoidance of violence and the promotion of peace through conflict resolution. The social doctrine of the

Vatican is relevant to secularised governance as it addresses issues much beyond healing, whether physical or spiritual: its gift of communion advocates for the defence of the vulnerable and oppressed in the spirit of inclusiveness.

Agency collaboration

As repeatedly pointed out during discourses on the sector-wide approach,¹⁶ the priorities of governments must be respected whether regarding service components, standards or otherwise. Decidedly, conflicts can easily arise when expectations of agencies differ. Often forming part of an international network, faith-based institutions are expected to follow directives set elsewhere according to other cultures and norms. In such cases, their representatives should liaise with politicians and diplomats to seek compromises, specially to ensure complementarity of services.

Although sexual and reproductive health is indivisible, service provision through government facilities is often not comprehensive due to limited resources. On the other hand, FBOs similarly sometimes limit their range of services but due to a perceived incompatibility with their religion. Problems arise when insured services are not provided, a prime example being contraception and abortion in clinical facilities of Catholic FBOs. Aware of those limitations, the public can simply access care from other appropriate service delivery points. Nevertheless, it is desirable for close working relationships between FBOs and government health systems to incorporate referral mechanisms and accountability frameworks.

Admittedly, countries are increasingly pluralistic largely resulting from colonisation during the nineteenth century but also globalisation over the last few decades, prime examples being Britain and France. Those population shifts have led to religious diversity becoming the norm in most countries. There has been a concurrent trend for individuals to increasingly declare themselves as being religiously unaffiliated. Whereas 46% of the population of France is Christian and 9% Muslim, the religiously unaffiliated group now accounts for as much as 43%.¹⁷ The above changes in the religious composition of countries have affected drastically the way of life within their populations: social for the large part through different habits and behaviours, those changes have sometimes had legal repercussions besides sociopolitical implications, whether within countries or for their positions in international fora. Whereas the Vatican continues its centuries-old tradition of considering France as its eldest daughter, Pope Francis described her as being unfaithful in 2015: with no official religion since the separation of

state and church in 1905, recent government policies have been increasingly incompatible with Catholic philosophy.

Compliance with the exigencies of moral theology for all religions would have rendered the provision of sexual and reproductive health services as a major challenge in a pluralistic society. Luckily, the task has been made easy through health exception legislation for medical necessity¹⁸ besides tolerance on the part of one and all. International donors provide funding for their priority areas¹⁹ and, in line with a basic principle of sexual and reproductive health, purveyors provide the widest possible range of services so that individuals exert their personal choice. In return, those against certain components of care respect the rights of recipients seeking those services. Besides, FBOs and service providers having a moral objection to carrying out certain procedures are exempted from related tasks.²⁰ Interestingly enough, a substantial proportion of recipients of services by FBOs belongs to another religion. Having trust in religious leaders, the public values their health services to the extent that FBOs provide a substantial proportion of health care in Africa. Away from the private-for-profit sector with mercantile aspects of commercial ventures, FBOs provide access to services that are relatively affordable. With premises perceived as hygienic with better commodity security and dedicated staff, patient satisfaction leads to increased utilisation in the community through word of mouth.

Aware that this editorial emphasises Catholic perspectives, we acknowledge the substantial contribution of FBOs from other faiths to international development. Interfaith platforms of the United Nations include organisations such as Islamic Relief Worldwide, Adventist Development and Relief Agency, World Council of Churches, World Vision International and Religions for Peace.

Dialogue

Peace being currently high on the international agenda,²¹ FBOs should collaborate both among themselves and with government entities. Interfaith dialogue plays an important role in strengthening relations between governments and donors. Faith remains crucial despite recent trends in attitudes towards traditional teachings and practice for church attendance. Freedom of worship, even in the context of a state religion, should offer choice to individuals.

Peace building was the central theme of the third apostolic visit of Pope Leo XIV two months ago to Algeria, Angola, Cameroon and Equatorial Guinea in the context of political and armed conflict, civil unrest and

social injustice. His pastoral approach stressed the role of forgiveness, solidarity and respect, specifying that political power should be used to serve people as opposed to abuse through domination. He did not miss opportunities to visit faith-based facilities: nursing home of the Little Sisters of the Poor in Annaba, Ngul Zamba orphanage and Catholic University of Central Africa in Yaoundé and the Pope Francis Technology School in Mongomo.

Through a most unfortunate coincidence, the first week of this papal visit was marred by a spat between Leo XIV and Trump. A presidential statement, released just before the departure of the pontiff for Algeria, accused him as being weak on crime besides pandering to the radical left. Addressing the Vatican press corps during the ensuing flight on Shepherd One, Leo XIV reiterated his antiwar position whilst highlighting the value of dialogue to promote multilateralism in the quest for peace. The feud ended when both Pope and Vice-President JD Vance agreed that a misunderstanding had led to comments misconstrued by the media.

Reform

Development aid has decreased substantially over the last three years as major international donors adopt foreign policies favouring other priorities. The International Development Finance Corporation of the United States has emphasised large infrastructure projects to the detriment of the social sector, albeit aiming to mobilise resources from private sources for the latter.

Part of the UN80 activities, the reset initiative offered a glow of hope to improve development aid through a reorientation of tasks emphasising local governance. It was intended that 70% of funding would go directly to local organisations but major hurdles have already been faced.

Released in September 2025, the global health strategy of the United States aims to improve the effectiveness of foreign assistance through a three-pronged approach consisting of direct government-to-government (G2G) agreements, partnerships with the private sector and collaboration with FBOs.²² The dismantling of the United States Agency for International Development has been detrimental for numerous nongovernmental organisations that had been the backbone of crucial activities. Perceiving them as responsible for fragmentation through parallel services instead of integration, the Trump administration wants also to avoid the culture of dependency: improve both resilience and long-term sustainability of programmes by aligning donor agenda with priorities of recipient

governments. Neglecting the provision of technical expertise, a crucial component of international assistance, the strategy has been perceived as reflecting the populist ideology of politicians as opposed to multilateral priorities based on scientific evidence. Notwithstanding HIV-related activities, the strategy fails to even mention reproductive health and family planning as opposed to an undue emphasis on infectious diseases due to their potential to affect the United States. Partnerships with the private sector aim to promote their mercantile interests abroad through the international procurement of American products and goods. The religious right having fully supported the presidential campaign of Donald Trump, it is not surprising that FBOs feature prominently in this global health strategy. The State Department now having an under-secretary for foreign assistance, humanitarian affairs and religious freedom, the integration of FBOs into international development has thereby been facilitated. A renaissance for FBOs being seemingly on the horizon, the onus is for countries to be proactive in seeking funds besides being ready for their judicious utilisation and subsequent evaluation.²³

Instead of resets based on imaginary solidarity,²⁴ leaders and decision-makers should discard rhetorics for evidence in the implementation of effective interventions thereby gaining the trust of donors for furthering global health. Having the potential to complement substantially government services, the provision of care by FBOs must not be viewed either romantically or dismissively. The role of FBOs being likely to increase with emerging models for development aid, special efforts are indicated to identify their precise functions so as to exploit their potential contributions. We await, with great expectations, imminent developments in the international allocation of related funds.

Conflict of Interest: None

References

- Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1225-1235.
- Holy See. Address of Pope Leo XIV to members of the Board of the Vatican Observatory Foundation. Rome, 11 May 2026. Vatican: Holy See Press Office, 2026.
- Schenker JG. Women's reproductive health: monotheistic religious perspectives. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70: 77-86.
- Holy See. Common declaration of His Holiness Pope Francis and His Grace Justin Welby, Archbishop of Canterbury. Rome, 5 October 2016. Vatican: Holy See Press Office, 2016.
- Gladwell M. John Rock's error. *New Yorker*, 13 March 2000.
- Peterson JW. Sacred rivals: Catholic missions and the making of Islam in nineteenth-century France and Algeria. Oxford: Oxford University Press, 2023: 2-3, 39, 46, 68, 99, 129.
- Ignaciuk A, Kelly L. Contraception and Catholicism in the twentieth century: transnational perspectives on expert, activist and intimate practices. *Med Hist* 2020; 64: 163-172.
- Jones RK. People of all religions use birth control and have abortions. New York: Guttmacher Institute, October 2020.
- Moreau C, Trussell J, Bajos N. Religiosity, religious affiliation and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013; 18: 168-180.
- Kissling F. Religion and abortion: Roman Catholicism lost in the pelvic zone. *Womens Health Issues* 1993; 3: 132-137.
- Keenan JA. Ulipristal acetate: contraceptive or contragestive? *Ann Pharmacother* 2011; 45: 813-815.
- Dunstan GR. The authority of a moral claim: Ian Ramsey and the practice of medicine. *J Med Ethics* 1987; 13: 189-194.
- Burki T. Prince Karim Aga Khan IV. *Lancet* 2025; 405 : 1048.
- Hitchens C. The missionary position – Mother Teresa in theory and practice. London: Verso, 1995.
- Danguilan M. Women in brackets: a chronicle of Vatican power and control. Pasig City: Philippine Center for Investigative Journalism, 1997.
- Sweeney R, Mortimer D, Johnston DW. Do sector-wide approaches for health aid delivery lead to 'donor-flight'? *Soc Sci Med* 2014; 105: 38-46.
- Tong Y. Religious diversity around the world. Washington DC: Pew Research Center, 2026: 4.
- Okonofua F. From legal exception to lived reality: examining health exceptions in the context of abortion and reproductive justice. *Afr J Reprod Health* 2026; 30(9): 9-13.
- Lowcock M, Dissanayake R. The rise and fall of the Department for International Development. Washington DC: Center for Global Development, 2024.
- Kozak R. Living the charisms of the sovereign military Order of Malta in modern medicine: Catholic healthcare professionals enact Malta's principles in routine patient care. *Linacre Q* 2026; 93: in print.
- Wallis AB, Ntoimo L, Edouard L, Okonofua F. A call for peace from the Editorial Board. *Afr J Reprod Health* 2026; 30(6): 9-10.
- Department of State. America first global health strategy. September 2025. Washington DC: Government of the United States of America, 2025: 17, 26-27.
- Nicol JU, Iwu-Jaja CJ, Hendricks L, Nyasulu P, Young T. The impact of faith-based organizations on maternal and child health outcomes in Africa: taking stock of research evidence. *Pan Afr Med J* 2022; 43: 168.
- Horton R. The dishonest politics of global health. *Lancet* 2026; 407: 2157.

ÉDITORIAL

Prestation de services confessionnels: défis et opportunités

DOI: 10.29063/ajrh2026/v30i11.1

Lindsay Edouard^{1,2*} and Cecilia Maurente Beherns^{1,3}

Editor, African Journal of Reproductive Health¹; Port Louis, Mauritius²; Montevideo, Uruguay³

*Pour toute correspondance: Courriel : soranae@gmail.com

Reconnues pour leur légitimité et leur expérience, les organisations confessionnelles jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive, au sein des services sociaux, en particulier auprès des populations défavorisées. Leurs impératifs religieux peuvent toutefois engendrer des conflits, notamment en raison d'un manque d'alignement avec les politiques gouvernementales concernant certains aspects des programmes fondés sur les droits : offre de services limitée, normes de genre entraînant des exclusions et problèmes de redevabilité. Néanmoins, leurs services sont indispensables pour compléter l'action des gouvernements dans les pays du Sud. Le manque persistant de ressources dont souffrent ces organisations pourrait être résolu grâce aux initiatives imminentes de réforme de l'aide publique au développement, qui incluront des partenariats public-privé.

L'intersection de la santé et de la religion

La définition de la santé, selon l'Organisation mondiale de la Santé, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social », a des implications complexes, mais la composante mentale intègre des aspects spirituels. Les concepts de spiritualité, de religion et de foi sont analytiquement distincts. Tandis que la spiritualité se rapporte à la recherche de sens, notamment face à des situations difficiles telles que la maladie et la vulnérabilité, la foi représente la croyance connexe relative à la confiance et à la motivation. En tant qu'expression collective de cette croyance, la religion a traditionnellement été impliquée dans la gestion de la maladie par la perception de ses pouvoirs magiques, outre son insistance sur la dignité et l'espoir.¹ Ces trois dimensions différentes se recoupent largement dans leur influence sur la perception de la santé par les individus.

La foi prend diverses formes, en particulier dans les sociétés pluralistes.² Outre les pratiques religieuses conventionnelles, il existe des systèmes de croyances autochtones, des traditions ancestrales et divers cadres spirituels qui sont également liés au soin et à la guérison. Les ordres religieux ont joué un rôle crucial dans la

production, la diffusion et la préservation du savoir au fil des siècles. Loin d'être une corvée routinière, la pratique de la foi devrait répondre aux situations émergentes et souligner la solidarité. De ce fait, les organisations confessionnelles ont une longue tradition d'engagement social, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'hébergement, grâce à leur capacité à intégrer le soutien communautaire et la compassion.

Dans le christianisme, certains saints jouent un rôle spécifique en matière de santé. On sollicite leur intercession pour la prise en charge de certaines maladies, comme celle de Sébastien contre les épidémies au Moyen Âge. Concernant la santé reproductive, on invoque l'intercession de Marie et de Monique pour la protection pendant la grossesse, contrairement à celle de Raymond pour les nouveau-nés. Parmi les quatre évangélistes, Luc s'est particulièrement intéressé à la maladie et ses écrits sont très appréciés pour leurs précieux conseils en matière de santé. Les frères Côme et Damien sont les patrons des médecins, tandis que Camille de Leillis est le patron des infirmières. Jean de Dieu est quant à lui associé aux hôpitaux et aux soins empreints de compassion.

Il y a deux mois, un lien aussi actuel qu'inhabituel entre santé et religion est apparu sur les réseaux sociaux lorsque le président Trump a publié une caricature générée par intelligence artificielle le représentant en sauveur. La robe ample et l'étoile, ainsi que les mains jointes en prière, ont été perçues par le public comme une représentation de Jésus, provoquant de vives protestations. Il a justifié cette caricature en expliquant qu'il s'agissait d'une représentation alternative de lui-même en tant que médecin, afin de répondre aux besoins de santé des victimes de l'opération Epic Fury en Iran, qui a conduit au blocus du détroit d'Ormuz.

Contrairement à l'idée que science et religion sont incompatibles, elles recherchent toutes deux la vérité et sont actuellement confrontées à des menaces similaires et subtiles liées à la désinformation.² Concernant la science, le Vatican s'appuie sur les Écritures pour sa perspective théologique. Tandis que la

science médicale privilégie l'élaboration de politiques fondées sur des preuves, les valeurs sociétales doivent être prises en compte quant aux implications pour la pratique. Dans son encyclique *Veritatis Splendor* de 1993, le pape Jean-Paul II a exposé le point de vue chrétien sur la vérité morale afin de contrer les conceptions utilitaristes.

Composantes du service

Partageant des valeurs communes de promotion du bien-être et de la paix, diverses religions œuvrent ensemble pour le bien commun et jouent ainsi un rôle important dans la vie civile, notamment dans le domaine de la santé. Les organisations confessionnelles sont particulièrement actives dans les services de santé maternelle et infantile, ainsi que dans les soins palliatifs à travers le mouvement des hospices. Soucieuses des populations défavorisées, leurs institutions contribuent de manière significative à compléter les services publics pour garantir un accès équitable à ces services. La compassion étant une valeur fondamentale des religions, ces organisations s'engagent également dans la lutte contre le VIH et les violences sexistes.

Les religions ayant des spécificités concernant le cycle de vie et les procédures associées, leurs services de santé mettent l'accent sur certains aspects tout en excluant d'autres. Avec sa position stricte sur le caractère sacré de la vie, de la conception à la mort, réaffirmée le mois dernier par Léon XIV dans sa première encyclique, *Magnifica Humanitas*, l'Église catholique s'est considérablement éloignée du protestantisme sur les questions de conception et de fin de vie. Lors de récentes discussions internes, les Églises catholique et anglicane ont toutes deux rencontré une forte opposition de la part de factions influentes sur des questions telles que la morale sexuelle, le genre et les normes familiales s'éloignant du couple hétérosexuel traditionnel : le problème réside dans l'importance relative à accorder aux Saintes Écritures par rapport à la culture contemporaine. Leurs prélats en Afrique ont été à l'avant-garde des factions réfractaires au changement.³

La Réforme anglaise du début du XVI^e siècle a engendré des tensions entre ces deux Églises, tensions qui persistent malgré les initiatives de réconciliation menées dans un esprit de charité chrétienne. Dans la quête d'unité, un dialogue théologique mené ces cinquante dernières années a navigué en eaux troubles : les progrès ont été entravés par des questions apparemment insolubles concernant la sexualité et l'ordination des femmes.⁴ Depuis février 2026, la communion anglicane est dirigée par une femme primat, archevêque de Canterbury. Il y a bon

espoir que, grâce à une prise de décision objective fondée sur sa formation scientifique, le pape Léon XIV améliorera les relations avec les autres Églises, tout en approuvant des aspects supplémentaires de la santé sexuelle et reproductive en les reconnaissant comme étant le moindre mal.

Considérant toutes les méthodes contraceptives modernes comme artificielles, et donc inacceptables, l'Église catholique ne promeut, outre l'allaitement maternel, que les méthodes dites naturelles de planification familiale. Fait intéressant, le cycle 21/7 pour la contraception orale a été mis au point par John Rock, catholique fervent et endocrinologue pionnier des stéroïdes, qui visait une méthode d'apparence naturelle en imitant le cycle menstruel normal.⁵ Malgré de nombreuses études démontrant que le mode d'action de nombreuses méthodes contraceptives se situe au stade pré-embryonnaire et n'est donc pas lié à l'avortement, l'approbation de l'Église catholique se fait toujours attendre.

Tandis que le catholicisme libéral, tel que promu par Falloux,⁶ visait à concilier les pratiques traditionnelles avec les réalités de la vie moderne, des tensions sont apparues entre la doctrine et la pratique, notamment en matière de sexualité et de reproduction, avec l'utilisation importante de la contraception moderne.⁷ Également présente dans d'autres confessions religieuses, cette évolution s'inscrivait dans un mouvement laïque mondial encourageant la conscience et le choix individuels dans les décisions relatives à la santé sexuelle et reproductive, même lorsque cela contrevient aux positions doctrinales. Les enquêtes et les statistiques administratives courantes sur l'utilisation des services attestent des pratiques individuelles en matière de contraception et d'avortement, des études ponctuelles démontrant qu'elles sont indépendantes de la religiosité.⁸ La relation précise entre comportement sexuel et religion, qu'il s'agisse d'appartenance ou de religiosité, est complexe :⁹ la décision individuelle prévaut quant à l'utilisation des services de contraception et d'avortement.¹⁰ L'émergence des méthodes modernes de contraception ayant soulevé d'importantes questions éthiques, notamment quant à leur mode d'action,¹¹ l'Église d'Angleterre a mené de vastes consultations auprès du monde universitaire afin d'examiner les implications pour la prestation de services.¹²

Développement international

Durant la période coloniale, les organisations confessionnelles (OC) ont collaboré étroitement avec les autorités gouvernementales pour le développement social, notamment dans les domaines de la santé et de

l'éducation. Cet héritage s'est perpétué après la colonisation, suscitant des opinions partagées quant à la collaboration entre l'État et l'Église pour réprimer la culture autochtone par la domination politique.

Constituant un groupe défavorisé, les esclaves étaient pris en charge par les OC pour la prestation de services. Dans les colonies françaises, les propriétaires d'esclaves avaient l'obligation de veiller à ce que tous leurs esclaves pratiquent le catholicisme, religion du monarque. Certains aspects de l'esclavage africain méritent d'être mieux connus. Alger était une plaque tournante du trafic d'esclaves blancs, en particulier de femmes. L'abolition de l'esclavage à Maurice en 1835 a entraîné une évolution du rôle des OC et l'introduction de travailleurs sous contrat venus d'Inde. Parallèlement, à l'initiative des Aga Khans, une importante migration de musulmans ismaéliens a eu lieu d'Inde vers l'Afrique de l'Est, laissant un héritage durable de leur rôle prépondérant dans le secteur social, notamment pour la prestation de soins cliniques de haute qualité. Reconnus comme des révolutionnaires discrets pour leur longue tradition d'innovation à l'échelle mondiale, les Aga Khans ont eu la clairvoyance d'introduire l'éducation pour les jeunes filles dans les villages les plus reculés. Le Réseau Aga Khan de développement¹³ est réputé pour ses activités non confessionnelles menées dans des contextes pluralistes, offrant des services à tous, sans distinction de religion ou d'autres caractéristiques. De plus, leur collaboration privilégie la durabilité à long terme en plaçant les communautés au cœur du processus. Ne recherchant pas la notoriété, ce leadership islamique se distingue nettement des organisations qui mesurent leurs succès à l'aune du nombre de visites et de clics, ainsi que des mentions dans les médias audiovisuels.

Les organisations catholiques sont reconnues pour leurs actions auprès des populations défavorisées, notamment grâce à des services de proximité et d'aide aux personnes mal desservies par les systèmes gouvernementaux. Bien avant l'avènement de l'État-providence, leurs ordres religieux ont été pionniers dans les domaines de la santé maternelle et infantile, des orphelinats, de l'aide aux indigents et des soins palliatifs, avec un accompagnement pastoral. Fondées par Mère Teresa à Calcutta, les Missionnaires de la Charité ont développé un modèle de prise en charge de la fistule obstétricale qui a largement inspiré la Campagne des Nations Unies pour l'élimination de la fistule : ce modèle associait la réparation chirurgicale à l'hôpital des fistules d'Addis-Abeba à la réinsertion sociale et au rétablissement de la dignité.¹⁴

Basée dans l'État de la Cité du Vatican, entité territoriale et souveraine, l'Église catholique romaine a

pour autorité le Saint-Siège, composé du pape et de la Curie romaine. N'étant ni un État membre ni une organisation non gouvernementale, le Saint-Siège assure la représentation diplomatique de l'Église, notamment grâce à son statut d'observateur permanent auprès des Nations Unies où, sans droit de vote, il participe activement à l'Assemblée générale et aux négociations intergouvernementales. En accordant la priorité à la liberté religieuse, à la protection de l'environnement et à la réduction de la pauvreté dans le cadre de la justice sociale et du respect de la dignité humaine, le Saint-Siège porte une attention particulière au caractère sacré de la vie humaine, position inébranlable, ainsi qu'aux droits des groupes défavorisés tels que les pauvres, les populations marginalisées, les jeunes et les personnes sans voix, notamment les migrants et les réfugiés. Lors des débats sur la santé reproductive et la population, le Saint-Siège pratique une diplomatie stratégique en nouant des coalitions, tout en maintenant sa position doctrinale. Cette démarche a été illustrée par la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, où le Saint-Siège a adhéré au consensus sur le Programme d'action, tout en formulant de nombreuses réserves officielles sur des déclarations contraires à sa philosophie.¹⁵

Les organisations confessionnelles visent principalement à améliorer le sort des populations vulnérables par la fourniture de services, des actes de miséricorde et un accompagnement dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la nutrition, du logement et de l'assainissement, ainsi que par la prévention de la violence et la promotion de la paix par la résolution des conflits. La doctrine sociale du Vatican est pertinente pour la gouvernance sécularisée car elle aborde des enjeux qui dépassent largement la simple guérison, qu'elle soit physique ou spirituelle : le don de communion plaide pour la défense des personnes vulnérables et opprimées dans un esprit d'inclusion.

Collaboration entre les institutions

Comme cela a été souligné à plusieurs reprises lors des discussions sur l'approche sectorielle¹⁶, les priorités des gouvernements doivent être respectées, qu'il s'agisse des composantes des services, des normes ou d'autres aspects. Il est clair que des conflits peuvent facilement surgir lorsque les attentes des organismes divergent. Souvent intégrées à un réseau international, les institutions confessionnelles sont censées suivre des directives établies ailleurs, conformément à d'autres cultures et normes. Dans ce cas, leurs représentants devraient dialoguer avec les responsables politiques et

diplomatiques afin de trouver des compromis, notamment pour garantir la complémentarité des services.

Bien que la santé sexuelle et reproductive soit indissociable, l'offre de services par le biais des établissements publics est souvent incomplète en raison de ressources limitées. Par ailleurs, les organisations confessionnelles limitent parfois elles aussi leur gamme de services, en raison d'une incompatibilité perçue avec leur religion. Des problèmes surviennent lorsque les services couverts par l'assurance maladie ne sont pas fournis, comme par exemple la contraception et l'avortement dans les cliniques des organisations confessionnelles catholiques. Conscients de ces limitations, les citoyens peuvent simplement accéder aux soins auprès d'autres structures de soins appropriées. Il est néanmoins souhaitable que des relations de travail étroites entre les organisations confessionnelles et les systèmes de santé publics intègrent des mécanismes d'orientation et des cadres de responsabilisation. Il est indéniable que les pays sont de plus en plus pluralistes, conséquence majeure de la colonisation au XIX^e siècle, mais aussi de la mondialisation des dernières décennies, comme en témoignent la Grande-Bretagne et la France. Ces évolutions démographiques ont fait de la diversité religieuse la norme dans la plupart des pays. Parallèlement, on observe une tendance croissante des individus à se déclarer sans appartenance religieuse. Alors que 46 % de la population française est chrétienne et 9 % musulmane, les personnes sans appartenance religieuse représentent désormais 43 % de la population.¹⁷ Ces changements dans la composition religieuse des pays ont profondément affecté le mode de vie de leurs populations : principalement sur le plan social, à travers des habitudes et des comportements différents, ces changements ont parfois eu des répercussions juridiques, outre leurs implications sociopolitiques, tant au niveau national que pour leur position sur la scène internationale. Si le Vatican perpétue sa tradition séculaire de considérer la France comme sa fille aînée, le pape François l'a qualifiée d'infidèle en 2015 : sans religion d'État depuis la séparation de l'Église et de l'État en 1905, les politiques gouvernementales récentes sont de plus en plus incompatibles avec la philosophie catholique.

Le respect des exigences de la théologie morale pour toutes les religions aurait fait de la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive un défi majeur dans une société pluraliste. Heureusement, la tâche a été facilitée par une législation prévoyant des exceptions pour nécessité médicale¹⁸, ainsi que par la tolérance générale. Les bailleurs de fonds internationaux financent

leurs domaines prioritaires¹⁹ et, conformément à un principe fondamental de la santé sexuelle et reproductive, les prestataires offrent une gamme de services aussi large que possible afin que chacun puisse exercer son libre choix. En contrepartie, ceux qui s'opposent à certains aspects des soins respectent les droits des personnes qui sollicitent ces services. De plus, les organisations confessionnelles et les prestataires de services ayant une objection morale à la réalisation de certaines procédures sont exemptés des tâches connexes²⁰. Il est intéressant de noter qu'une part importante des bénéficiaires des services des organisations confessionnelles appartient à une autre religion. Faisant confiance aux chefs religieux, le public valorise leurs services de santé, à tel point que les organisations confessionnelles fournissent une part importante des soins de santé en Afrique. À l'écart du secteur privé à but lucratif et de ses aspects mercantiles, les organisations confessionnelles offrent un accès à des services relativement abordables. Grâce à des locaux perçus comme hygiéniques, une meilleure sécurité des produits et un personnel dévoué, la satisfaction des patients favorise une utilisation accrue des services au sein de la communauté par le bouche-à-oreille.

Conscients que cet éditorial privilégie les perspectives catholiques, nous reconnaissons la contribution substantielle des organisations confessionnelles d'autres confessions au développement international. Parmi les plateformes interreligieuses des Nations Unies figurent des organisations telles qu'Islamic Relief Worldwide, l'Agence adventiste de développement et de secours, le Conseil œcuménique des Églises, World Vision International et Religions pour la paix.

Dialogue

La paix étant actuellement une priorité de l'agenda international, les organisations confessionnelles devraient collaborer entre elles et avec les instances gouvernementales. Le dialogue interreligieux joue un rôle important dans le renforcement des relations entre les gouvernements et les bailleurs de fonds. La foi demeure essentielle malgré l'évolution récente des mentalités vis-à-vis des enseignements traditionnels et des pratiques religieuses. La liberté de culte, même dans le contexte d'une religion d'État, doit offrir un choix aux individus.

La consolidation de la paix était au cœur de la troisième visite apostolique du pape Léon XIV, il y a deux mois, en Algérie, en Angola, au Cameroun et en Guinée équatoriale, dans un contexte de conflits

politiques et armées, de troubles civils et d'injustices sociales. Son approche pastorale a mis l'accent sur le pardon, la solidarité et le respect, précisant que le pouvoir politique doit être utilisé au service du peuple et non pour abuser de sa position dominante. Il a profité de l'occasion pour visiter des établissements confessionnels : la maison de retraite des Petites Sœurs des Pauvres à Annaba, l'orphelinat Ngul Zamba et l'Université catholique d'Afrique centrale à Yaoundé, ainsi que l'École technologique Pape François à Mongomo. Par un malheureux hasard, la première semaine de cette visite papale fut marquée par une querelle entre Léon XIV et Donald Trump. Un communiqué présidentiel, publié juste avant le départ du pape pour l'Algérie, l'accusait de laxisme face à la criminalité et de complaisance envers la gauche radicale. S'adressant à la presse vaticane lors du vol suivant à bord de Shepherd One, Léon XIV réaffirma sa position pacifiste tout en soulignant l'importance du dialogue pour promouvoir le multilatéralisme dans la quête de la paix. La dispute prit fin lorsque le pape et le vice-président J.D. Vance reconnurent qu'un malentendu avait conduit à des propos mal interprétés par les médias.

Réforme

L'aide au développement a considérablement diminué ces trois dernières années, les principaux bailleurs de fonds internationaux privilégiant d'autres priorités dans leurs politiques étrangères. La Société de financement du développement international des États-Unis a privilégié les grands projets d'infrastructure au détriment du secteur social, malgré ses efforts pour mobiliser des ressources privées en faveur de ce dernier.

Initiative de réinitialisation, inscrite dans le cadre des activités de l'ONU80, avait suscité l'espoir d'améliorer l'aide au développement grâce à une réorientation des tâches axée sur la gouvernance locale. Il était prévu que 70 % des fonds soient alloués directement aux organisations locales, mais d'importants obstacles ont déjà été rencontrés.

Publiée en septembre 2025, la stratégie américaine de santé mondiale vise à améliorer l'efficacité de l'aide étrangère grâce à une approche en trois volets : accords directs de gouvernement à gouvernement (G2G), partenariats avec le secteur privé et collaboration avec les organisations confessionnelles.²² Le démantèlement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a été préjudiciable à de nombreuses organisations non gouvernementales qui constituaient le pilier d'activités essentielles. Les jugeant responsables de la fragmentation due à des services parallèles plutôt

qu'à une intégration, l'administration Trump souhaite également éviter une culture de dépendance : améliorer la résilience et la viabilité à long terme des programmes en alignant les priorités des donateurs sur celles des gouvernements bénéficiaires. Négligeant la fourniture d'expertise technique, composante essentielle de l'aide internationale, la stratégie a été perçue comme reflétant l'idéologie populiste des responsables politiques plutôt que des priorités multilatérales fondées sur des données scientifiques. Malgré les activités liées au VIH, la stratégie omet de mentionner la santé reproductive et la planification familiale, au lieu de mettre l'accent de manière excessive sur les maladies infectieuses en raison de leur potentiel d'impact sur les États-Unis. Les partenariats avec le secteur privé visent à promouvoir leurs intérêts commerciaux à l'étranger par le biais de l'approvisionnement international en produits et biens américains. Le soutien indéfectible de la droite religieuse à la campagne présidentielle de Donald Trump explique la place prépondérante qu'occupent les organisations confessionnelles dans cette stratégie mondiale de santé. Le Département d'État, désormais doté d'un sous-secrétaire à l'aide étrangère, aux affaires humanitaires et à la liberté religieuse, a facilité l'intégration de ces organisations dans le développement international. Alors qu'une renaissance des organisations confessionnelles semble se profiler à l'horizon, il incombe aux pays de se montrer proactifs dans la recherche de fonds et d'être prêts à les utiliser judicieusement et à en évaluer l'impact.²³

Au lieu de réinitialisations fondées sur une solidarité illusoire,²⁴ les dirigeants et décideurs devraient privilégier les faits à la rhétorique dans la mise en œuvre d'interventions efficaces, afin de gagner la confiance des donateurs et de faire progresser la santé mondiale. Capables de compléter substantiellement les services gouvernementaux, les services de soins fournis par les organisations confessionnelles ne doivent être ni idéalisés ni dédaignés. Le rôle de ces organisations étant susceptible de croître avec l'émergence de nouveaux modèles d'aide au développement, des efforts particuliers doivent être déployés pour identifier précisément leurs fonctions et ainsi exploiter pleinement leur potentiel. Nous attendons avec beaucoup d'espoir les développements imminents concernant la répartition internationale des fonds connexes.

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Engagement religieux, spiritualité et médecine : implications pour la pratique clinique. *Mayo Clin Proc* 2001 ; 76 : 1225-1235.

2. Saint-Siège. Discours du pape Léon XIV aux membres du Conseil de la Fondation de l'Observatoire du Vatican. Rome, 11 mai 2026. Vatican : Bureau de presse du Saint-Siège, 2026.
3. Schenker JG. Santé reproductive des femmes : perspectives religieuses monothéistes. *Int J Gynaecol Obstet* 2000 ; 70 : 77-86.
4. Saint-Siège. Déclaration commune de Sa Sainteté le pape François et de Son Excellence Justin Welby, archevêque de Canterbury. Rome, 5 octobre 2016. Vatican : Bureau de presse du Saint-Siège, 2016.
5. Gladwell M. L'erreur de John Rock. *New Yorker*, 13 mars 2000.
6. Peterson JW. Sacred rivals: Catholic missions and the making of Islam in nineteenth-century France and Algeria. Oxford: Oxford University Press, 2023 : 2-3, 39, 46, 68, 99, 129.
7. Ignaciuk A, Kelly L. Contraception and Catholicism in the twentieth century: transnational perspectives on expert, activist and intimate practices. *Med Hist* 2020 ; 64 : 163-172.
8. Jones RK. People of all religions use birth control and have abortions. New York: Guttmacher Institute, octobre 2020.
9. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Religiosity, religious affiliation and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2013 ; 18 : 168-180.
10. Kissling F. Religion et avortement : le catholicisme romain perdu dans la sphère pelvienne. *Womens Health Issues* 1993 ; 3 : 132-137.
11. Keenan JA. Acétate d'ulipristal : contraceptif ou contragestif ? *Ann Pharmacother* 2011 ; 45 : 813-815.
12. Dunstan GR. L'autorité d'une affirmation morale : Ian Ramsey et la pratique de la médecine. *J Med Ethics* 1987 ; 13 : 189-194.
13. Burki T. Le prince Karim Aga Khan IV. *Lancet* 2025 ; 405 : 1048.
14. Hitchens C. La position missionnaire – Mère Teresa en théorie et en pratique. Londres : Verso, 1995.
15. Danguilan M. Femmes entre parenthèses : une chronique du pouvoir et du contrôle du Vatican. Pasig City : Centre philippin de journalisme d'investigation, 1997.
16. Sweeney R, Mortimer D, Johnston DW. Les approches sectorielles de l'aide à la santé entraînent-elles une fuite des donateurs ? *Soc Sci Med* 2014 ; 105 : 38-46.
17. Tong Y. La diversité religieuse dans le monde. Washington DC : Pew Research Center, 2026 : 4.
18. Okonofua F. De l'exception légale à la réalité vécue : examen des exceptions en matière de santé dans le contexte de l'avortement et de la justice reproductive. *Afr J Reprod Health* 2026 ; 30(9) : 9-13.
19. Lowcock M, Dissanayake R. L'essor et le déclin du Département du développement international. Washington DC : Center for Global Development, 2024.
20. Kozak R. Vivre les charismes de l'Ordre souverain militaire de Malte dans la médecine moderne : les professionnels de santé catholiques mettent en œuvre les principes de Malte dans les soins courants aux patients. *Linacre Q* 2026 ; 93 : à paraître.
21. Wallis AB, Ntoimo L, Edouard L, Okonofua F. Un appel à la paix du comité de rédaction. *Afr J Reprod Health* 2026 ; 30(6) : 9-10.
22. Département d'État. Stratégie de santé mondiale « L'Amérique d'abord ». Septembre 2025. Washington DC : Gouvernement des États-Unis d'Amérique, 2025 : 17, 26-27.
23. Nicol JU, Iwu-Jaja CJ, Hendricks L, Nyasulu P, Young T. L'impact des organisations confessionnelles sur la santé maternelle et infantile en Afrique : bilan des données de recherche. *Pan Afr Med J* 2022 ; 43 : 168.
24. Horton R. La politique malhonnête de la santé mondiale. *Lancet* 2026 ; 407 : 2157.