



# HISTOIRE DE LA CMC

## 1968 - 1998

par Gillian Paterson

### Bon anniversaire!

Imaginons que nous sommes en juin 1968. Le monde change. En Amérique latine, une force de libération puissante tente de transformer des structures autoritaires et injustes. En Asie et en Afrique, le colonialisme bat en retraite. Il laisse en héritage la pauvreté, l'incertitude et, par endroits, la guerre civile. Il lègue des institutions gouvernementales, militaires et civiles calquées sur les modèles des puissances coloniales, avec des valeurs occidentales et un personnel expatrié. Cependant, l'humeur est à l'optimisme. Un nouvel ordre mondial plus démocratique semble possible. La conviction que ceux qui sont déposés retrouveront enfin leur bien s'impose. La joie de la libération est dans l'air. L'espoir règne.

Dans les pays industrialisés, en Occident, c'est la prospérité des années 60. Ce serait une époque heureuse si une certaine inquiétude ne se faisait sentir quant à l'avenir. Alors que les empires sont sur le déclin, que va devenir la relation entre le Sud et le Nord? Comment se protéger de la menace idéologique et militaire que représentent les pays situés à l'Est du rideau de fer? Comment faire pour que les nouveaux pays indépendants du Sud ne tombent pas sous la coupe communiste? Le monde est pavé de dangers cachés. Fin 1968, les tanks soviétiques roulent sur la Tchécoslovaquie et les forces américaines "défendent la démocratie" au Viêt Nam.

Les Eglises changent elles aussi.

L'Eglise missionnaire occidentale, liée de si près au projet colonialiste, passe progressivement les rênes aux Eglises nationales qui demandent à pouvoir gérer leurs affaires elles-mêmes. Au sein de l'Eglise catholique romaine, qui prépare Vatican II, l'idée que le christianisme est une force de changement prend racine. A Medellin, en Colombie, la Conférence des évêques d'Amérique latine jette les bases d'une nouvelle théologie qui se tourne vers les opprimés pour redéfinir le mandat du peuple de Dieu. Lors de

l'Assemblée du COE à Upsal, les Eglises membres du Conseil s'engagent à jouer un rôle de premier plan dans le domaine du développement et de l'assistance et à donner la priorité à la justice et à la voix des plus pauvres.

### Des débuts timides

A Genève, un petit groupe de personnes se réunit à l'invitation du Conseil œcuménique des Eglises. La Commission médicale chrétienne, dont le premier directeur est James McGilvray, est chargée de coordonner les programmes médicaux nationaux rattachés aux Eglises et de lancer des projets d'étude et de recherche pour déterminer comment les Eglises pourront exprimer leur souci de voir se généraliser les soins de santé.

Mais tout cela est du passé. Aujourd'hui, trente ans plus tard, nous sommes en 1998. Un nouveau millénaire se profile à l'horizon. Cette année, la CMC fête son trentième anniversaire. Nous souhaitons un "bon anniversaire" à la CMC - Action des Eglises pour la santé et aux milliers de personnes qui ont pris part à son travail.

Bon anniversaire



*Les Eglises membres du Conseil s'engagent à jouer un rôle de premier plan dans le domaine du développement et de l'assistance.*

## INTRODUCTION

## EN CHEMIN VERS HARARE

*A l'aube du troisième millénaire, quel peut être le rôle d'un réseau sanitaire chrétien mondial ?*

Enfants des rues, lors de la Conférence mondiale sur la mission et l'évangélisation, Bahia, Brésil, novembre 1996.



Aujourd'hui, la CMC - Action des Eglises pour la santé est à la croisée des chemins. La Commission fait partie du Conseil œcuménique des Eglises (COE), communauté d'Eglises du monde entier qui porte actuellement un regard sans concession sur la façon dont il lui faut structurer sa mission. Cette tâche l'a amené à repenser la manière dont ses priorités sont reliées les unes aux autres. Actuellement, la santé dépend de l'Unité de travail qui traite également de l'évangélisation, de l'éducation et de la mission. Mais, les tâches relevant de la santé et celles des unités responsables des questions de foi et constitution, de justice et de paix, de partage et de service se recourent beaucoup. La réorganisation des relations à l'intérieur du COE devrait permettre aux organismes membres de réfléchir à la santé et à la guérison dans une perspective beaucoup plus vaste.

Il y a trente ans, il semblait normal que de grandes organisations centralisées et basées en Europe, comme le COE, parlent au nom de tous, mais depuis, le monde a bien changé. Ce qui marchait bien à la fin des années 60 n'est peut-être plus adapté aujourd'hui, à la fin des années 90. Dorénavant, à Genève, le COE sera un secrétariat de coordination doté d'un personnel minimum, pour marquer le fait que c'est au niveau régional, national et local que se trouve l'action véritable - et donc le besoin de ressources le plus pressant. La Huitième Assemblée du COE qui se tiendra à Harare, Zimbabwe, en décembre 1998, sera l'occasion d'autres modifications importantes pour la redéfinition et la réorganisation du COE.

En raison de cette restructuration, ce numéro double est le dernier numéro de *Contact* à être entièrement préparé par le COE. Désormais, *Contact* sera publié conjointement par le COE et par trois agences sanitaires chrétiennes (voir l'éditorial). Le moment est donc idéal pour rappeler le passé, pas seulement les heures glorieuses, mais aussi la réalité de tous les jours, qui, au fil des années, a fait de la Commission médicale chrétienne cette famille à laquelle il est si enthousiasmant d'appartenir.

### Quel rôle pour l'avenir ?

Mais les époques de changement sont aussi l'occasion de se tourner vers l'avenir et de laisser libre cours aux rêves et à l'imagination. A l'aube du troisième millénaire, quel peut être le rôle d'un réseau sanitaire chrétien mondial ? L'idée des soins de santé primaires, qui explique en partie l'intérêt suscité par l'expérience de la CMC à ses débuts, a mené à quelques déceptions. Elle n'a pas débouché sur les changements structurels nécessaires pour soulager la pauvreté, qui est à l'origine de la majorité des problèmes de santé dans le monde. Aujourd'hui, dans le contexte de la mondialisation, les effets de l'économie de marché creusent l'écart entre riches et pauvres, et les soins de santé primaires mettent avant tout l'accent sur le long-terme et la nécessité d'être inscrit dans la durée et sur la nécessité aussi d'être prêts en prévision des longues batailles à venir.

Les problèmes liés aux soins de santé primaires sont toujours d'actualité. La question des différences entre les sexes, le statut de la femme, le handicap, l'utilisation rationnelle des médicaments, la répartition inéquitable des ressources et le manque de fonds continuent de poser des problèmes majeurs aux organisations qui dispensent des soins de santé communautaires aux plus pauvres. Ce sont des défis que les lecteurs de *Contact* doivent relever chaque jour. Ils sont d'une importance vitale et seront toujours là.

Cependant, l'enthousiasme qu'a suscité la CMC à ses débuts venait d'abord de ce qu'elle était féconde en idées nouvelles. Elle attirait du monde entier des êtres d'exception. Certains d'entre eux avaient travaillé pour les missions médicales et connaissaient les limites des hôpitaux missionnaires. C'est donc tout naturellement qu'ils se sont trouvés emportés dans le mouvement pour la réalisation des soins de santé primaires. D'autres étaient théologiens, hommes et femmes d'église, représentants du monde politique ou encore universitaires. Aujourd'hui, dans la plupart des pays, les soins de santé primaires sont largement commentés et acceptés mais la conception qu'on en a est bien éloignée des rêves visionnaires qui avaient suscité tant d'enthousiasme à l'origine. La déception est venue de ce que beaucoup des principes fondamentaux des soins de santé primaires (voir p. 13) n'ont pas été suffisamment défendus, des personnages clés des gouvernements ou des établissements médicaux y faisant souvent obstruction. Qui plus est, les soins de santé primaires n'ont plus été compris que comme une série fragmentée de services - vaccination et planification familiale par exemple - et non comme une initiative participative globale devant conduire à une redistribution majeure des ressources.

### **Aujourd'hui, vers où allons-nous?**

Les vrais prophètes viennent toujours de l'extérieur du système. Aujourd'hui, que nous disent ces prophètes? En cette époque de changement, il est temps d'écouter très attentivement les petites voix tranquilles qui pourraient bien nous dévoiler dans un murmure les grands sujets de préoccupation de l'avenir. Les lecteurs de *Contact* seront parmi ces voix. D'où viendront-elles? Depuis quelques années, la CMC a pris la direction des activités du COE touchant au SIDA. Des voix rapportant cette expérience de vie et de travail autour du VIH pourront peut-être contribuer à dresser l'ordre du jour de demain. L'étude sur la santé, la guérison et l'intégralité de la personne qui a été menée dans les années 80 aura sans doute elle aussi un rôle à jouer. Dans notre monde malmené par la violence et la confusion, qu'entendons-nous par ministère de guérison? Le moment est-il venu de demander que les Eglises se réapproprient ce ministère et qu'il s'exerce avec elles?

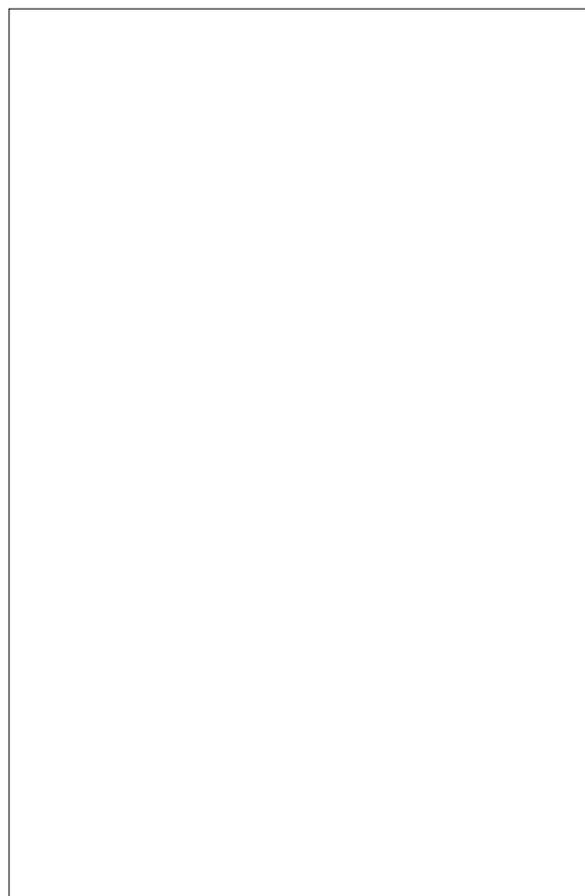
A la fin de chaque section des chapitres de ce numéro, vous trouverez des questions qui vous aideront à faire le lien entre l'historique qui est présenté et votre expérience personnelle; on vous propose aussi des passages bibliques sur lesquels appuyer votre réflexion. Pour finir, nous énumérons les sujets et les problèmes sur lesquels la famille de la CMC est invitée à se pencher, avec l'aide et sous la direction du COE. Ces différents points se sont dégagés de rencontres internationales récentes. Nous vous encourageons à en faire une lecture attentive et à nous écrire si vous avez des commentaires ou des suggestions à ce sujet. Nous avons inséré à cet effet une feuille de réponse que nous vous invitons à renvoyer à notre adresse de Genève. Lors de ses discussions avec la famille de la CMC, le personnel s'appuiera sur vos réponses et vos réactions pour "ajuster le tir"; on y puisera aussi des idées pour la préparation des futurs numéros de *Contact* et d'autres matériels éducatifs.

Lors de l'Assemblée du COE, à Harare, en décembre prochain, il y aura des réunions d'information-débat et des "padaré", ou ateliers. Les délégués pourront rendre compte et discuter des grands sujets touchant la vie et le témoignage des Eglises aujourd'hui. On parlera naturellement de la santé et de la guérison. Toutes ces discussions auront un impact sur la forme que prendront les activités futures du COE.

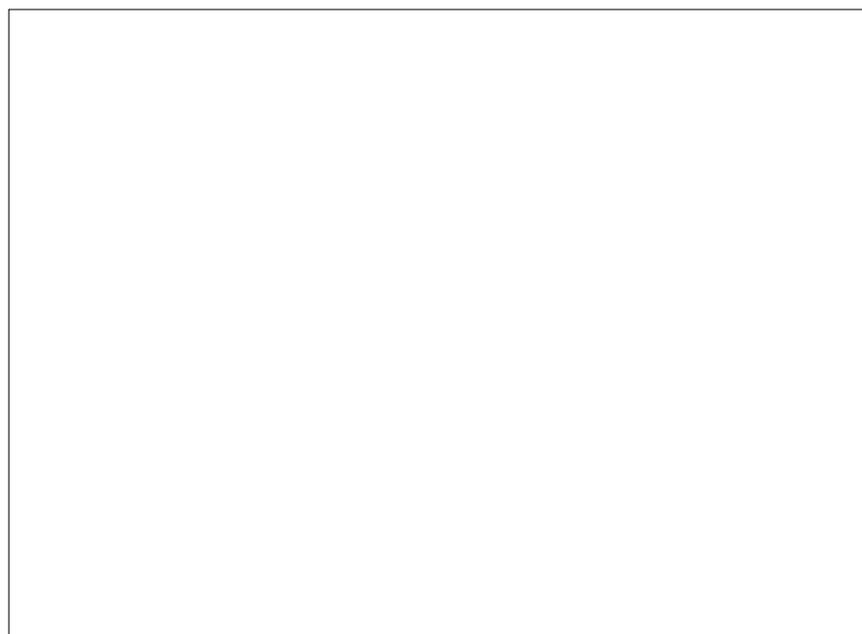
Alors que le COE est en pleine restructuration, la solidité des liens qui, à travers *Contact*, nous unissent à vous, à vos communautés et à ceux avec qui vous travaillez est essentielle pour notre engagement commun en faveur de la santé et de la guérison.

*L'enthousiasme qu'a suscité la CMC à ses débuts venait d'abord de ce qu'elle était féconde en idées nouvelles.*

Une mendicante et son enfant, à Berlin, Allemagne.



# LA RECHERCHE DE LA SANTE



M. James (Mac) McGilvray (à gauche) avec le Dr Martin Scheel, directeur du DIFÄM durant Tübingen I et II.

*La CMC est le fruit de la longue expérience des chrétiens dans le domaine des soins de santé.*

Ecrire l'histoire de la Commission médicale chrétienne est une entreprise qu'on ne sait pas où aborder tant que l'on n'a pas compris ceci: certains faits essentiels déterminants pour son ordre du jour *sont antérieurs à la création de la Commission.*

En effet, la CMC est le fruit de la longue expérience des chrétiens dans le domaine des soins de santé. Pendant plus de cent ans, la santé est, avec l'éducation et l'implantation de nouvelles Eglises, l'une des activités principales des missions chrétiennes. C'est ainsi que l'on compte, à l'époque, plus de 1 200 hôpitaux chrétiens rattachés aux seules Eglises membres du COE. Si stratégie il y avait, quelle était celle qui guidait leur action? Quel était l'objectif principal du ministère de guérison? Visait-il à faire des convertis? Les professionnels chrétiens de la santé se contentaient-ils de combler un vide en proposant leurs services dans certaines zones géographiques (campagnes reculées par exemple) ou pour certaines spécialités (traitement de la lèpre notamment) qui n'attiraient personne?

Beaucoup de gens travaillant dans un environnement médical chrétien estimaient qu'il existait en fait une conception chrétienne particulière de la santé et de la guérison, qui devait être prise en compte dans la manière dont les Eglises allaient aborder la période de mutation en cours. En 1964, le COE et la Fédération luthérienne mondiale (FLM) décident de parrainer un colloque sur ces thèmes. Ils lancent en parallèle une série d'enquêtes qui doivent servir deux objectifs: tout d'abord déterminer si les activités médicales chrétiennes répondent véritablement aux besoins des populations des pays en développement; ensuite, vérifier que ces activités ont bien un sens au regard du rôle des Eglises à l'échelle locale et nationale.

Le premier colloque - désigné par la suite sous le nom Tübingen I - a lieu à l'institut DIFÄM (Institut allemand des missions médicales) en 1963. Une fois parvenus à la conclusion que les soins de santé ne se résument pas à l'action des hôpitaux missionnaires, les participants au colloque lancent une étude pour déterminer le rôle que pourraient jouer les "missions médicales" dans le monde post-colonial.

*Tübingen I nous a fait prendre conscience que l'Évangile se souciait plus du malade que de la maladie et que le malade faisait partie d'un environnement et d'une communauté qui avaient eux aussi besoin de guérison.*

James McGilvray, premier directeur de la CMC

Le rapport issu de ce colloque est intitulé *Eglise et guérison (COE 1965)*. Les consultations régionales qui suivent le premier colloque de Tübingen et les enquêtes menées à la demande du COE et de la FLM en 1963 débouchent sur une prise de conscience. C'est elle qui détermine le programme de la deuxième rencontre de Tübingen en 1997 puis, pour finir, celui de la Commission médicale chrétienne elle-même.

La première série d'enquêtes nationales, qui débouche sur la création de la CMC, fait suite à la demande des Eglises protestantes du Kenya, de l'Ouganda et du Nigéria. Peu après, le Malawi se joint au mouvement, avec la participation bienvenue de l'Eglise catholique romaine. Le Cameroun, l'Indonésie puis l'Inde suivent, et ainsi de suite. Dans *"The Quest for Health and Wholeness"*, admirable compte rendu des événements des années 60 et 70, James McGilvray reprend les conclusions de ces enquêtes dans le détail. Voici ce qu'on y lit en résumé :

- L'apport collectif des Eglises aux systèmes de santé est considérable (43% par exemple en Tanzanie, 26% à Taiwan et 13% au Pakistan).
- Quand ils formulent des programmes de développement, les gouvernements négligent souvent l'apport des Eglises, au motif que le manque de coordination entre les Eglises rend impossible toute collaboration avec elles.
- Les activités médicales des Eglises sont à 95% centrées sur les soins curatifs dispensés dans des hôpitaux ou des dispensaires gérés sur le modèle occidental. Rien ou presque n'est entrepris pour promouvoir la santé et prévenir les maladies.
- Chaque année, le coût de fonctionnement de ces institutions augmente quatre fois plus que le revenu par habitant. De ce fait, les tarifs doivent être augmentés et les services ne sont plus accessibles aux plus pauvres.
- L'implantation des unités est souvent déterminée par la proximité des bâtiments d'Eglise (églises) et non par les besoins existants en matière de santé, si bien que les unités font souvent double emploi.

En un mot, dans le domaine des services sanitaires, il était urgent que les Eglises instaurent entre elles des liens de collaboration et de coopération au niveau national, de manière à utiliser au mieux des ressources limitées et à pouvoir négocier avec les gouvernements. La multiplicité existante des relations bilatérales entre des Eglises isolées et "leurs" institutions missionnaires ou "leur" hôpital exacerbait en effet les divisions au niveau national. Sans une

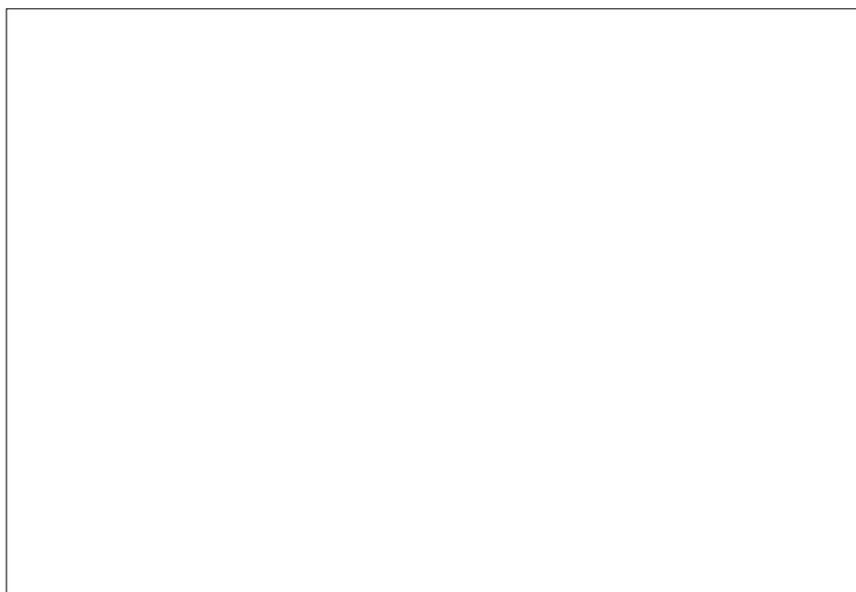
certaine rationalisation des activités, la grande majorité des programmes étaient menacés à court terme.

Le deuxième colloque de Tübingen, qui a lieu en 1967, a pour mandat d'étudier la relation entre la guérison et le salut. Or, dans les années 60, l'intérêt pour la médecine dans les pays en développement a pris un bel essor et on a une meilleure compréhension du rôle des facteurs socio-économiques dans la santé. De plus, les participants sont bien informés - mieux informés en tous les cas que les personnes présentes à Tübingen I, ce qui leur permet d'évaluer le rôle véritable de l'Eglise dans ce domaine. Les discussions de Tübingen II portent donc beaucoup plus sur le rôle que l'Eglise doit jouer dans l'évolution décisive et rapide alors en marche. L'évêque Ian Ramsey déclarait à ce propos que les participants ont inventé un mode de réflexion théologique tout à fait nouveau d'une grande liberté. Ils s'attaquent aux problèmes et aux questions implicites dans le contexte, en tirent des enseignements nouveaux qu'ils mettent à profit pour éclairer l'Evangile d'une lumière nouvelle, puis placent enfin sous ce nouvel éclairage les problèmes particuliers qui leur sont soumis.

Un rapport paraît ensuite sous le titre : *"Health - Theological and Medical Perspectives"*. Il comprend cinq communications, qui sont résumées à la fin de l'ouvrage de James McGilvray, *"The Quest for Health and Wholeness"*. En voici les titres: *"On Death"*, par Sœur Mary Luke, médecin et religieuse, *"Health and the Congregation"*, par

*Le rôle des facteurs socio-économiques dans la santé était mieux pris en compte.*

Femmes et enfants manifestant pour la santé et le travail en Amérique centrale.



R. A. Lambourne, "The Sacraments in the Church", par David Jenkins, théologien, "Implications for Medicine", par T. F. Davey, médecin, et "The Medicine of Poverty", par Aart H. von Soest, médecin. Sans fournir de véritables réponses, ces communications visionnaires décident du programme de la Commission médicale chrétienne, qui commence son activité une année plus tard, en mai 1968.

Discussion: Esaïe 61, 1-6. Quand ils sont convaincus d'exécuter la volonté de Dieu, les hommes se sentent confiants, notamment s'ils travaillent en équipe. Comment savez-vous que l'esprit de Dieu est parmi vous? Ce passage vous ouvre-t-il des pistes sur ce point? Vous êtes-vous déjà sentis comme cela?

### Prophète et intermédiaire

*L'importance qu'a eu la CMC tient au fait qu'elle a fait son apparition au bon moment et qu'elle a bénéficié du "kairos" de l'époque. Avec l'émergence de nouvelles nations et de nouvelles Eglises indépendantes dans les anciennes "terres de missions", il était devenu indispensable de trouver de nouvelles formules pour la mission de guérison des Eglises et de l'Eglise. Pendant quelques années, la gestion de l'héritage des missions médicales a donc été au centre des préoccupations.*

Hakan Hellberg, 1998

La première réunion de la Commission médicale chrétienne a lieu à Genève en mai 1968. La CMC reçoit un premier mandat de cinq ans. Elle doit être à la fois prophète et intermédiaire, commencer par définir et communiquer sa vision avant de créer les moyens de sa réalisation. Ses tâches sont les suivantes :

- a) aider les Eglises dans leur recherche d'une définition chrétienne de la santé et de la guérison,
- b) promouvoir les approches progressistes en matière de soins de santé,
- c) encourager la collaboration des différents programmes de soins de santé rattachés aux Eglises.

La déclaration issue de la réunion s'intitule "Comment la Commission comprend sa tâche", et beaucoup de ce qu'elle contient est toujours d'actualité, trente ans plus tard. En voilà le premier paragraphe:

*"Si nous sommes en droit de nous sentir fiers à la vue de l'héritage laissé par les activités médicales chrétiennes, nous devons admettre que certaines*

*des initiatives initiales ne sont plus possibles aujourd'hui et qu'il nous faut trouver des activités plus appropriées. L'originalité des programmes de santé chrétiens venait en partie de leur nature novatrice, eux qui offraient des soins médicaux à ceux qui auraient autrement été dans le dénuement. Cependant, aujourd'hui, les gouvernements et les services laïcs offrent de plus en plus ce type de services de leur côté. Nous devons donc nous efforcer de coordonner nos programmes avec les leurs. La dimension novatrice de nos services ne doit pas disparaître pour autant. Toutes sortes de nouvelles innovations restent possibles. Cependant, alors que nous tentons de les découvrir, nous ne devons pas oublier que la valeur d'une activité est toujours relative. Ce qui est adéquat aujourd'hui pourra être tout à fait inadéquat dans l'avenir. Nous devons donc rester prêts à nous renouveler dans notre recherche des moyens qui pourraient permettre à l'Eglise d'apporter la guérison et l'intégralité aux hommes."*

Neuf domaines prioritaires sont définis. Les voici:

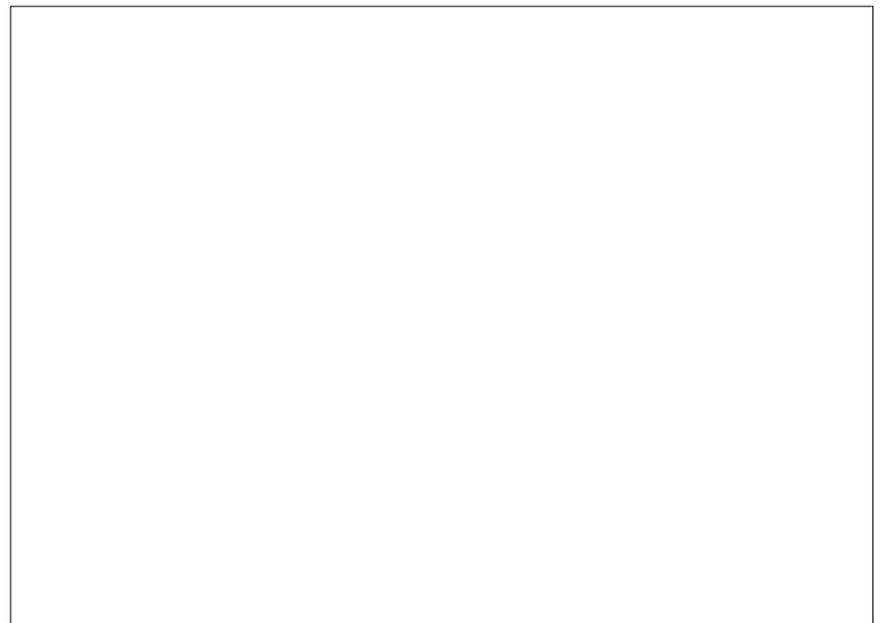
- soins de santé globaux,
- organisation communautaire,
- coopération avec les gouvernements et les autres agences,
- coordination et coopération entre les Eglises,
- mise au point de mécanismes de planification appropriés au sein des organisations régionales et locales,
- réorientation du personnel,
- nécessité de réorganisation administrative,
- traitement des données,
- réponse aux problèmes posés par la dynamique des populations.

Alors commence la recherche de programmes. La CMC dispose d'un personnel et d'un budget limités. Elle était une organisation auxiliaire. Quand elle considère qu'un programme est novateur, elle utilise ses contacts pour obtenir les fonds nécessaires à ses activités et met ses organisateurs en relation avec d'autres personnes faisant le même type de travail ailleurs.

Aujourd'hui, il nous est difficile de comprendre pourquoi l'intérêt des objectifs de la CMC n'était pas plus évident à l'époque. Dans les années 50, le principe consistant à "laisser le choix aux popula-

*La CMC doit commencer par définir et communiquer sa vision avant de créer les moyens de sa réalisation.*

tions" était déjà admis dans bien des pays. En Afrique de l'Ouest, en Inde ou ailleurs, la priorité s'était portée sur la mise en place de services sanitaires de base sous la forme de cliniques, de centres de santé ou de dispensaires implantés dans les villages. Cependant, dans les années 60 et 70, les programmes d'assistance des gouvernements occidentaux restaient axés sur la création de grands hôpitaux et d'écoles de médecine. Mulago (hôpital et faculté de médecine de l'Université de Makerere, à Kampala, Ouganda) a ainsi été financé par le Royaume-Uni tandis que le John F. Kennedy Memorial Hospital du Libéria était un don du gouvernement des Etats-Unis. Ces hôpitaux absorbaient une grande partie du budget de la santé des deux pays, empêchant par là même l'implantation à l'échelle locale de services de santé dont les plus pauvres auraient pu bénéficier. De plus, en l'absence d'un système de sélection efficace, ces deux hôpitaux sont devenus des hôpitaux de district pour les capitales, Kampala et Monrovia. Partout dans le monde, il s'est révélé difficile de renverser l'approche traditionnelle, qui allait du haut vers le bas, sans doute parce qu'elle protégeait les professionnels et favorisait ceux qui prenaient les décisions. Puis, au début des années 70, des informations commencent à parvenir de Chine à propos d'un système médical révolutionnaire, qui s'appuie sur la base, avec des agents de santé choisis par la communauté. Ce système avait été créé pour garantir l'accès de tous aux soins de santé. En janvier 1974, *Contact* consacre un cahier entier aux "Services sanitaires en Chine" en janvier 1974. On y tire cette conclusion: "Beaucoup de pays du tiers monde ont adopté des schémas de développement correspondant mieux aux exigences de leurs anciens maîtres coloniaux qu'à leurs propres besoins actuels". La formule chinoise, dit-on, met l'accent sur les soins de santé en milieu rural plutôt que sur la santé en milieu urbain, sur la prévention plutôt que sur les soins curatifs et sur l'utilisation d'auxiliaires médicaux chargés de seconder des médecins très qualifiés. Cependant, on fait peu de cas de ce nouveau système en Occident. Comment un "médecin aux pieds nus" sans formation médicale peut-il faire un travail convenable? Comment peut-on maintenir la qualité dans de telles conditions? Les gouvernements occidentaux concluent aussitôt que ce



type d'approche ne peut fonctionner que dans un système très différent du leur.

Ceux et celles qui travaillaient pour la CMC à cette époque se rappellent très bien de l'exaltation de ces débuts, de cette aventure à l'avant-garde d'un mouvement qui semblait devoir changer le monde. La CMC entendait en effet réorienter le travail médical des Eglises vers des soins de santé axés sur la communauté et centrés sur la prévention autant que sur le traitement des maladies. Pour atteindre ces objectifs, il fallait imaginer des structures et des méthodes nouvelles donnant aux Eglises locales et nationales les moyens de collaborer entre elles et avec les gouvernements. Qu'en a-t-il été dans la pratique? L'exemple de Jamkhed nous le montre (voir l'encadré page suivante).

Aujourd'hui, cette manière de travailler est si familière que les jeunes professionnels ont du mal à s'imaginer le caractère révolutionnaire et exaltant qu'elle a revêtu pour tous ceux qui ont participé au mouvement.

*"Je savais que la santé n'était pas qu'une affaire de médicaments et d'opération mais je me sentais isolé, jusqu'au jour où j'ai reçu par courrier le rapport de Tübingen 1968. Je cherchais à retrouver le rôle spirituel de la guérison et ce rapport m'a permis de faire le lien entre la mission de l'Eglise et les soins de santé. Tout cela m'a renforcé dans ma conviction que l'origine de la souffrance est dans la communauté. Cette époque de découvertes était vraiment stimulante. Nous avons la sensation de prendre part à un mouvement mondial qui allait tout changer. Connaître*

"Médecin aux pieds nus auprès d'une famille de bergers".

*La formule chinoise, dit-on, met l'accent sur les soins de santé en milieu rural plutôt que sur la santé en milieu urbain, sur la prévention plutôt que sur les soins curatifs et sur l'utilisation d'auxiliaires médicaux chargés de seconder des médecins très qualifiés.*

## Jamkhed, Maharashtra: une nouvelle expérience médicale chrétienne en Inde

Jamkhed est une petite ville marchande au cœur d'une région rurale pauvre, dans le centre de l'Inde. Mabelle et Rajanikant Arole s'y sont installés en 1969. Ils avaient convenu avec les représentants de la communauté de réfléchir à l'implantation d'un programme de santé communautaire dans trente villages des environs. Les quatre années qu'ils avaient passées à travailler dans un hôpital rural les avaient convaincus qu'ils ne faisaient que soigner les individus qui se présentaient à leur porte sans rien faire pour la santé de la communauté environnante. Soixante-dix pour cent des maladies qu'ils soignaient auraient pu être prévenues et un grand nombre des patients "guéris" retrouvaient, une fois rentrés chez eux, l'environnement responsable de leurs problèmes de santé. Ils finissaient donc par revenir à l'hôpital pour les mêmes maladies. "L'hôpital, qui était pourtant situé au cœur d'une zone rurale, ne pouvait rien contre la répétition de ces maladies pourtant faciles à prévenir", expliquent les Arole.

En effet, l'hôpital donnait l'impression de vouloir résoudre les problèmes de santé mais ne tenait pas sa promesse. Par là même, il empêchait les habitants de découvrir comment améliorer leur santé par eux-mêmes. A Jamkhed, les représentants de la communauté ont accepté de "tester" sur six mois la volonté de la communauté à prendre ses problèmes en main.

### La santé : un élément secondaire

M. et Mme Arole ont eu la surprise de découvrir, en s'entretenant avec les habitants, que les soins de santé étaient un élément secondaire pour eux. En effet, leurs préoccupations principales étaient la nourriture, l'eau, l'éducation des enfants et l'état des routes, car ils emmenaient leurs excédents de production au marché. A l'époque, une sécheresse sévissait. Les Arole ont donc réuni des fonds pour financer l'excavation de puits tubulaires de grande profondeur équipés de pompes à main. Les villageois se sont alors lancés dans l'élevage de volailles et la production de lait. Les Arole ont ensuite recruté et formé un personnel local et repéré les guérisseurs traditionnels et les travailleurs médicaux de la zone pour entrer en contact avec eux. Ils ont mis sur pied des équipes sanitaires itinérantes composées d'un médecin, d'une infirmière-chef, d'une assistante sociale, d'une infirmière sage-femme, d'un chauffeur, d'un travailleur paramédical et d'un agent de santé villageois.

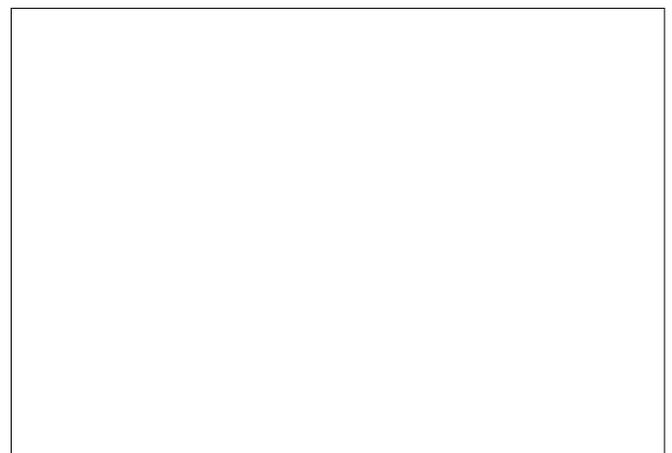
Ces équipes médicales itinérantes se sont révélées très efficaces dans le domaine de la promotion de la santé, de l'éducation sanitaire, des soins aux mères et aux enfants, du traitement de la diarrhée chez l'enfant et pour les premiers secours, en cas d'urgences locales ou d'épidémies. Ces équipes ont identifié des cas de tuberculose et de lèpre, qui

ont été soignés à l'égal des autres maladies, ce qui a permis de diminuer le discrédit social accompagnant ces affections.

Par la suite, il convenait logiquement de désigner une agente sanitaire par communauté, mais les jeunes auxiliaires sages-femmes n'aimaient pas se rendre ou habiter dans les villages. Leur travail s'en ressentait, bien que leur salaire soit conséquent. En outre ce type de travail ne demandait pas de qualifications poussées, les facteurs responsables des problèmes de santé dans les zones rurales n'étant pas compliqués du point de vue technique. Les agentes sanitaires devaient avant tout susciter la confiance, les connaissances scientifiques ou le fait de savoir lire, qui auraient pu créer une distance entre elles et le reste de la population, étant des facteurs secondaires. L'une des membres de l'équipe a déclaré à ce propos: "Je peux apprendre à un chimpanzé à faire une piqûre mais j'ai besoin d'être humains pour aller dans les villages et changer l'attitude à l'égard de la santé." Les Arole ont alors demandé aux conseils des villages de leur proposer des femmes d'âge moyen qui pouvaient convenir à ce poste. Celles-ci étaient ensuite formées à Jamkhed puis chargées de travailler auprès des familles et des enfants et de faire le lien avec l'équipe sanitaire lors de ses visites périodiques.

Quand les Arole sont arrivés dans la région, celle-ci ne comptait pas de service médical de type occidental mais un réseau de guérisseurs autochtones que les médecins allopathes auraient rejetés en d'autres circonstances parce qu'ils les auraient considérés comme une menace pour leur moyen de subsistance. Les Arole sont entrés en contact avec ce réseau et ils ont traité les guérisseurs comme des collègues. Ils leur ont donné le rôle de consultants, si bien que les guérisseurs autochtones ont fini par faire partie de l'équipe sanitaire.

Jeunes habitantes d'un village participant à des activités sanitaires communautaires.



*d'autres personnes qui pensaient la même chose que nous nous a permis de mettre au point ce qui était, en pratique, un "hôpital hors les murs".*

Bert Supit, directeur de l'hôpital chrétien de l'Eglise évangélique chrétienne, Tomohon, Indonésie

Pour discussion: Romains 8, 31 à la fin. A en croire saint Paul, tout est facile. Pensez aux moments où tout va mal. Quel sens donneriez-vous à ce passage?

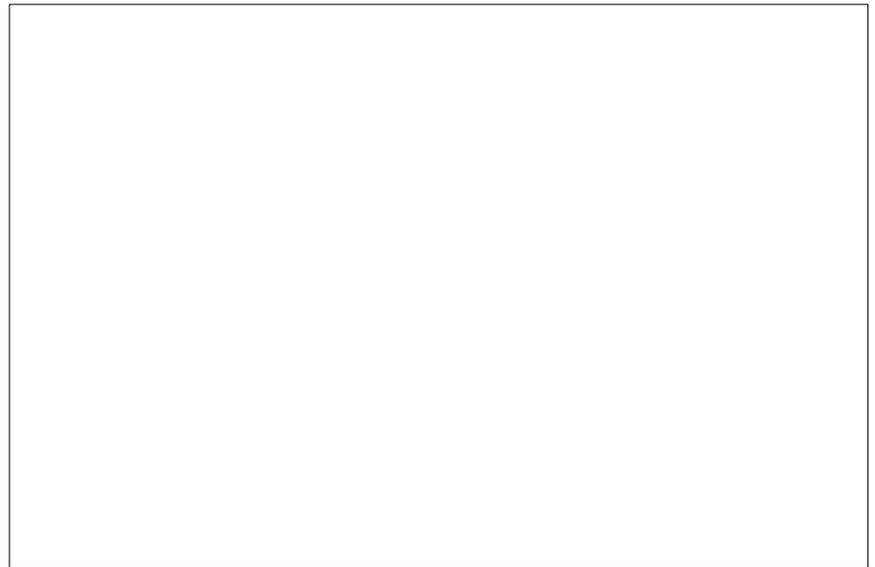
### S'unir dans l'action

Dame Nita Barrow, qui deviendra gouverneur-général de la Barbade, fait ce commentaire à propos de l'enquête sur les centres médicaux chrétiens au Malawi. Elle explique que M. Hastings Banda, le président du pays, avait le projet de lancer un programme national relatif aux hôpitaux et aux centres médicaux. Les hôpitaux chrétiens n'étaient pas concernés, alors qu'ils étaient parmi les mieux équipés du pays. Mme Barrow a demandé à M. Banda de lui expliquer pourquoi. "Comment peut-on parler à vingt-neuf personnes qui ne se parlent même pas entre elles alors qu'elles sont voisines?" lui a-t-il répondu.

*"Ce qui a commencé comme une entreprise limitée aux Eglises protestantes a rapidement pris un tour œcuménique, après qu'un évêque catholique a demandé à l'enquêteur s'il pouvait inclure les institutions catholiques dans l'étude. Avec l'accord du Conseil national des Eglises, celui-ci s'est exécuté. Une fois l'enquête terminée, les responsables des institutions examinées ont été invités à venir prendre connaissance des résultats de l'enquête et de ses recommandations. La première d'entre elles était de ne pas attacher d'importance aux plaques posées sur leurs portes parce que les étiquettes n'ont jamais guéri personne et qu'elles tendent à inhiber le dialogue. Il leur était également recommandé de s'organiser en associations pour coordonner leurs activités et parvenir à une planification commune, entre eux mais aussi avec le gouvernement."*

Rapport de la CMC sur la Troisième Conférence pour les coordinateurs d'activités sanitaires chrétiennes en Afrique, Mombasa, Kenya, 1975

Dans les années 70, la CMC a pour tâche de créer des structures nationales plus efficaces pour les activités médicales chrétiennes. James McGilvray, qui avait travaillé aux Philippines dans les années 50, avait pu constater les avantages de la coopération entre les programmes des différentes Eglises. En Inde, une association



Jonas Estromer/CMII

de médecins existait depuis 1905 mais, jusqu'à 1950, l'Association médicale de l'Inde n'étaient ouverte qu'aux blancs. Parmi les professionnels de la santé rattachés aux Eglises, des collaborations fructueuses avaient déjà été nouées.

Grâce aux résultats de l'étude sur le Malawi, une "Agence de coordination des activités sanitaires chrétiennes" voit le jour. Avec le soutien de la CMC, l'exemple fait des émules, avec l'Association des hôpitaux chrétiens du Ghana (CHAG) en 1967, l'Association médicale de Zambie en 1968, l'Association rhodésienne (du Zimbabwe aujourd'hui) des hôpitaux chrétiens (ZACH), l'Association des missions médicales du Botswana (AMMB), l'Association des hôpitaux chrétiens du Nigéria (CHAN), etc. L'Inde comptait à la fois une Association médicale chrétienne de l'Inde (CMAI) et une Association sanitaire chrétienne (CHA), qui fusionnent pour former l'Agence de coordination de la planification sanitaire.

Bien entendu, certains pays n'ont pas tenu à établir ce type de liens formels, qui se sont cependant révélés d'un intérêt considérable dans les pays où ils ont été noués. Ces liens ont notamment permis:

- de s'associer pour faire pression sur les gouvernements afin d'obtenir que les agences bénévoles soient exonérées des droits de douane à l'importation,
- d'acheter des produits pharmaceutiques meilleur marché en groupant les achats,
- de constituer une plate-forme pour influencer les gouvernements ou d'autres ONG et faire du lobbying auprès des gouvernements sur des sujets politiques,

Une mère pèse son enfant à l'hôpital de Phebe, dans la région de Bong, dans le nord du Liberia. L'hôpital est un membre de longue date de l'Association sanitaire chrétienne du Liberia (CHAL).

- d'éviter que les agences ne se concurrencent ou fassent double emploi,
- de travailler ensemble dans certains domaines, notamment en matière de formation.

L'un des grands avantages de ce type de collaboration est qu'elle met très souvent en contact agences protestantes et agences catholiques romaines, ce qui est beaucoup plus difficile à réaliser à l'échelle internationale. Les agences catholiques participent largement aux débats initiaux, et surtout au deuxième colloque de Tübingen, en 1967. Aujourd'hui, grâce

au parrainage du Conseil pontifical pour l'unité des chrétiens, l'équipe chargée de la mission, au secrétariat du COE à Genève, compte parmi ses membres une représentante de l'Eglise catholique. Actuellement, ce poste est occupé par Elizabeth Moran, une sœur de l'ordre de Saint Columba, qui a un mandat assez général pour pouvoir participer pleinement à toutes sortes d'activités.

Pour discussion : Genèse 11, 1-9. Pour punir les hommes d'avoir construit la Tour de Babel, Dieu les a condamnés à ne plus pouvoir se faire comprendre de leurs voisins. Existe-t-il des organisations ou des personnes avec qui vous ne parvenez pas à communiquer? Savez-vous pourquoi? Pensez-vous que Jésus approuverait cette situation?

### Créer des contacts

*Contact* a toujours été l'un des programmes prioritaires de la CMC. On ne dira jamais assez à quel point ce magazine a contribué à la promotion des soins de santé primaires, en encourageant notamment les communautés à participer à la création de services de soins de santé primaires. *Contact* a créé des liens entre les individus du monde entier, chrétiens ou non, qui travaillaient dans ce domaine.

*La première fois que j'ai entendu parler de la CMC, c'était dans Contact. Le numéro portait sur la santé rurale et citait un écrivain chinois. Il disait "Allez vers les gens, écoutez ce qu'ils ont à vous apprendre". Cette phrase est devenue mon inspiration et elle a transformé ma*

*compréhension de l'exercice de la médecine, car j'en ai fait un "principe herméneutique" pour me guider dans mon évolution personnelle.*

Dr Erlinda Senturias

*L'apport le plus précieux de la CMC est passé par Contact. Partout où je suis allée représenter la CMC, j'ai entendu des témoignages sur la valeur extraordinaire de cette publication.*

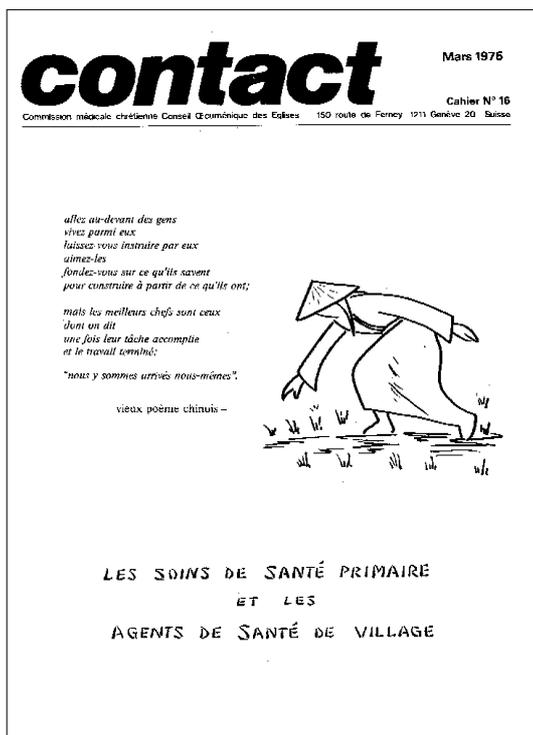
Sylvia Talbot, présidente de la CMC, 1975-1983

Au début de l'histoire de la CMC, les soins de santé primaires étaient une nouveauté et il fallait en faire connaître chaque petit progrès au plus grand nombre possible de gens. Une fois les programmes-clés définis, il s'agissait de les faire connaître partout dans le monde. C'est pour cela que *Contact* est créé, en novembre 1970, d'abord sous la forme d'une publication à parution irrégulière tirée à quelques centaines d'exemplaires. Au début, *Contact* est tapé à la main et imprimé à partir de clichés métal. Dès le milieu des années 70, il sort en français et en espagnol, et, en 1976, il tire à 10 000 exemplaires. Depuis, *Contact* est devenu un bimestriel populaire, publié en quatre langues (anglais, français, espagnol et portugais) et tiré à 15 000 exemplaires. Certains numéros ont également été traduits en arabe et en kiswahili dans les années 80.

Dès le début, *Contact* met l'accent sur les différents aspects de la participation communautaire à la santé. La revue vise avant tout les agents sanitaires et, plus particulièrement, ceux d'entre eux qui travaillaient pour des programmes sanitaires chrétiens, des programmes gouvernementaux, des ONG ou des organisations communautaires. Aujourd'hui *Contact* reste une publication internationale à part en ceci qu'elle mêle valeurs éthiques et exemples pratiques de communautés qui cherchent à résoudre leurs problèmes sanitaires. Chaque numéro traite un thème donné (renforcement de l'autonomie des femmes, financement des soins de santé, utilisation rationnelle des médicaments), avec un article principal illustré d'exemples locaux venus de différentes parties du monde. *Contact* publie également le courrier des lecteurs et propose une documentation et des listes d'adresses à jour.

*Pourquoi ne sommes-nous pas capables de produire des choses d'aussi bonne qualité que celles de cette petite équipe là-bas, de l'autre côté du champ? \**

Halfdan Mahler, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, s'adressant à son personnel.



Couverture de *Contact* n°16, Les soins de santé primaires et les agents de santé de village, mars 1976

\* Le siège de l'OMS est situé tout près du Centre oecuménique.

Pour discussion : Luc 24, 1-8. Les deux Marie annoncent aux disciples une bonne nouvelle. A la fin du chapitre, Jésus dit aux disciples d'aller enseigner à toutes les nations. Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne nouvelle? Accordez-vous de l'importance à la personne qui communique la bonne nouvelle ou à sa manière de le faire? Avez-vous des bonnes nouvelles à partager avec les autres? Pourquoi *Contact* a-t-il tant de succès?

### Le rat d'église et l'archevêque

Le 22 mars 1974, Halfdan Mahler, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) convie à une réunion les membres du personnel de la direction de son organisation ainsi que la direction (cinq personnes en tout et pour tout !) de la Commission médicale chrétienne. A l'issue de cette réunion, un comité conjoint est créé pour étudier les moyens de coopérer et de collaborer sur des "thèmes d'intérêt commun". En rentrant de la réunion, McGilvray décrit l'atmosphère bureaucratique de l'OMS en ces termes : "Je me suis senti comme le rat d'église qui rencontrerait l'archevêque".

Malgré cette différence de taille, la relation entre les deux organisations se révèle extrêmement fructueuse. Pendant longtemps, Malher, McGilvray et Lesslie Newbiggin (qui deviendra évêque de Madras) déjeunent ensemble une fois par semaine pour se tenir au courant de ce qui se passe de l'autre côté du champ. L'étude réalisée

conjointement par l'OMS et l'UNICEF sous le titre "Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries" se fait l'écho de certains programmes expérimentaux auxquels la CMC a participé. Dans "*Health by the People*", un ouvrage essentiel de Ken Newell publié par l'OMS en 1975, quatre des dix exemples cités sont des programmes rattachés à la CMC, ce qui permet aux idées de la CMC d'atteindre une audience plus large que son public habituel. Mais le résultat le plus décisif de la collaboration entre la CMC et l'OMS réside dans la formulation par l'OMS en 1975 des principes des soins de santé primaires. Cet événement marque un tournant radical dans les priorités de l'OMS et va avoir des répercussions considérables sur les systèmes de santé partout dans le monde.

Lors de l'Assemblée de l'OMS de 1976, le Dr Mahler demande que les méthodes des soins de santé primaires soient mises à contribution pour que l'ensemble des individus aient accès aux services de santé avant l'an 2000. Il propose en outre que les infrastructures de l'OMS analysent les problèmes des différents pays et mettent au point des politiques et des objectifs sanitaires en conséquence pour aider les gouvernements nationaux à atteindre ce but. Cette proposition est adoptée puis fait l'objet d'une Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma Ata, URSS,



Halfdan Mahler, ancien directeur général de l'Organisation mondiale de la santé.

T. Farfas/COE

*"Je me suis senti comme le rat d'église qui rencontrerait l'archevêque."*

### Principes des soins de santé

- (i) Les soins de santé primaires doivent être conçus en fonction des mœurs de la population à laquelle ils sont destinés.
- (ii) La population locale doit participer activement à la conception des activités de protection sanitaire si l'on veut que ces activités soient adaptées aux besoins et priorités locaux.
- (iii) Il faut faire autant que possible appel aux ressources locales, notamment celles qui n'ont pas encore été exploitées, et le coût des prestations offertes ne doit pas dépasser les limites intangibles qu'imposent souvent les conditions économiques.
- (iv) Les soins de santé primaires doivent être assurés par un ensemble cohérent de services - prévention, traitement et promotion de la santé - axés à la fois sur la collectivité et sur l'individu.
- (v) Toutes les interventions médico-sanitaires doivent être effectuées à l'échelon le plus périphérique des services de santé par l'agent ayant reçu la formation la plus simple préparant à cette activité.
- (vi) Aux autres échelons, les services doivent être conçus de manière à soutenir l'action des unités périphériques, notamment en ce qui concerne l'appui technique, les approvisionnements, l'encadrement et l'accueil des malades ayant besoin de soins plus spécialisés.
- (vii) Les services assurant des soins de santé primaires doivent être étroitement coordonnés avec les services des autres secteurs qui prennent part au développement rural (agriculture, éducation, travaux publics, logement et communications).

en septembre 1978. La CMC est étroitement associée à la préparation de la conférence. Plusieurs des contributions qui y sont présentées viennent de membres de la famille de la CMC.

Par ce processus, l’OMS tentait de mettre au point une méthodologie simple, facile à comprendre et reproductible, portant un sceau d’approbation qui devait la rendre acceptable aux yeux des gouvernements. Cependant, l’universalisation des soins de santé par le biais de programmes gouvernementaux a posé certains problèmes. A l’origine, les soins de santé primaires avaient constitué une force de libération et d’autonomie passant par la promotion de la santé. Cette vision ayant été tempérée pour mieux convenir aux gouvernements, elle n’offrait plus de réponse à des problèmes fondamentaux comme la corruption ou l’oppression politique. Les gouvernements ont interprété la formule “faire autant que possible appel aux ressources locales” comme un moyen de limiter les coûts. Une controverse est née sur la question de savoir si les soins de santé primaires pouvaient être une solution de rechange aux hôpitaux, ce qui a détourné le débat d’un problème autrement plus important: celui portant sur la question de savoir comment “les autres échelons de service devaient être conçus pour soutenir l’action des unités périphériques”.

**Acceptation des soins de santé primaires**

L’approche de l’OMS est immédiatement adoptée par le gouvernement du Soudan puis, avec quelques aménagements locaux, par la Guinée-Bissau et le Cap-Vert. De nombreux autres pays suivent, mais rares sont les gouvernements qui consacrent les fonds nécessaires et font preuve d’une volonté politique suffisante pour que les choses changent vraiment. Aux Philippines par exemple, le ministère de la santé se contente d’organiser un programme ponctuel de trois jours pour les travailleurs médicaux de Barangay qui seront responsables de la santé dans les villages. Pendant ce temps, la

Un agent de santé communautaire dans le village de Yamblo, au Soudan.



CMC et d’autres ONG s’efforcent autant que possible de promouvoir le concept initial en soulignant la nécessité d’une participation communautaire et en rappelant que d’autres domaines comme l’agriculture et l’éducation doivent être, eux aussi, pris en considération. Cependant, les soins de santé primaires cessent progressivement d’être une initiative populaire de bas en haut et sont gagnés par une approche gouvernementale de haut en bas.

Des mises en garde relatives à la mise en pratique des soins de santé primaires avaient pourtant déjà été prononcées. En 1975, la Commission médicale chrétienne avait invité le docteur Charles Elliot (aujourd’hui professeur), prêtre et économiste, à prendre la parole lors de la réunion annuelle de la Commission. Sa communication s’intitulait “Les soins de santé primaires : une nouvelle priorité ? Oui, mais?”. Elle a été publiée dans son intégralité dans le numéro 19 de *Contact*.

Plus de trente ans après, les préoccupations de M. Elliot nous sont familières. Il émettait ainsi de fortes réserves quant à la capacité des soins de santé primaires de mettre la santé à la portée des millions de personnes qui n’y avaient alors pas accès. Il estimait également que l’égalité de l’accès aux ressources sanitaires ne serait jamais un objectif réaliste. Il dénonçait le danger des méthodes adoptées pour les soins de santé primaires en prédisant que ceux-ci s’institutionnaliseraient de telle manière que les plus pauvres n’y auraient plus accès. Il rappelait que, dans la plupart des communautés, la santé n’est pas considérée comme une priorité et que les personnes capables veulent s’élever dans la vie, alors que les programmes de soins de santé primaires ne prévoient pas de promotion professionnelle pour les travailleurs médicaux qu’ils formaient. Par ailleurs, sans transformation fondamentale des allocations budgétaires gouvernementales, de la structure des services de santé et de la formation des professionnels de la santé, il était peu probable qu’aux “autres échelons”, des services seraient conçus “pour soutenir l’action des unités périphériques”. En revanche, ce qui semblait probable, c’est que le système à deux vitesses existant se trouverait renforcé de telle sorte qu’une minorité aurait accès aux technologies les plus coûteuses alors que la majorité des démunis devrait se contenter des soins de santé primaires.

Discussion : Daniel 1, 3-20. Pourquoi le roi Nabuchodonosor favorise-t-il ainsi les jeunes gens? Il estime de toute évidence que ce qui vient de Babylone a forcément plus de valeur que ce qui vient d’Israël. Cette conviction vous rappelle-t-elle des expériences personnelles? Qui a intérêt, et pourquoi, à convaincre le roi que sa manière de faire est la meilleure?

## CHAPITRE DEUX

# UNE COMMISSION MÉDICALE CHRÉTIENNE

## Pourquoi "chrétienne"?

Dans la préface au rapport de la première réunion de la Commission, en 1968, James McGilvray, alors directeur, écrivait : "La CMC est née comme un point de jonction entre deux intérêts convergents, l'un de nature pratique et l'autre de nature théologique." L'aspect pratique a été traité dans le premier chapitre. L'aspect théologique était le suivant : la Commission devait parvenir à une meilleure compréhension des liens entre la guérison, l'Évangile et la mission des Églises. Huit ans plus tard, lors d'un examen des réalisations de la Commission, les membres ont estimé qu'ils n'avaient pas à rougir de ce qu'ils avaient fait du point de vue pratique mais que le bilan était moins positif pour la réflexion sur la spécificité de l'approche chrétienne en matière de santé et de guérison.

Pour contribuer à l'étude de la Commission, un petit groupe de participants commence à se réunir à l'Institut DIFÄM, à Tübingen. Leur discussion porte sur trois sujets. Le premier concerne le malaise qu'il y a à promouvoir des politiques sanitaires plus égalitaires pour les pays en développement alors que les nations industrialisées ne semblent pas prêtes à faire de même ou à donner l'exemple.

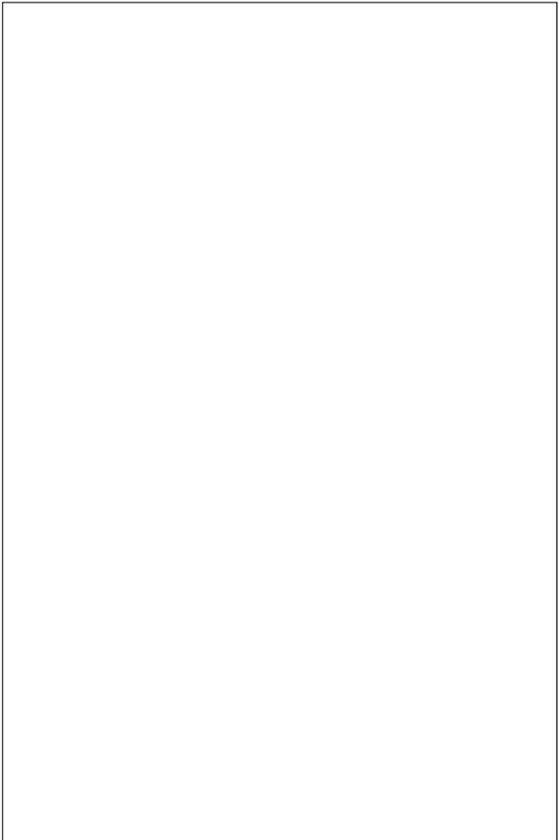
Le second concerne la défaillance des différentes Églises qui ne s'engagent pas au côté des personnes dans leurs souffrances présentes. Il apparaissait de plus que l'organisation et les pratiques relatives à la vie, au culte et à la formation au sein des paroisses rendaient souvent ce type d'engagement difficile, ce que les participants du groupe de Tübingen considéraient comme un problème. Ils croient profondément que la voie vers la santé et l'intégralité véritables réside dans le salut que Jésus Christ offre, tout en reconnaissant que les Églises ne parviennent pas à communiquer ce message d'une importance considérable.

Le troisième sujet de discussion porte sur la difficulté extrême qu'il y a à vouloir transformer l'attitude envers la santé sans aborder aussi d'autres problèmes d'ordre politique, sociologique et culturel. Le regard que les êtres humains portent sur leur corps s'enracine dans des valeurs, des croyances et une spiritualité qui font partie de l'identité culturelle de chacun. Tout changement se heurte à l'ensemble du contexte politique et culturel dont les gens sont issus, non sans le modifier d'ailleurs. En notre qualité de chrétiens, nous ne pouvons donc prétendre réformer notre approche de la santé sans nous efforcer par ailleurs de combattre l'incapacité de l'Église à s'engager dans la lutte pour réformer la société.

*Je pense que l'un de nos problèmes, à nous chrétiens, c'est que nous nous imaginons que nous formons une communauté guérie car le Christ est intégralité. Nous pensons également que nous pouvons guérir les autres alors que nous sommes toujours malades, sans forcément en être conscients alors que tous les autres s'en rendent compte.*

Archevêque Anthony Bloom,  
métropolitain de Sourozhm

Le premier débat du groupe porte sur les différents points de départ possibles pour la discussion. Par quoi commencer? Par les problèmes du monde ou par la



Jeune femme dans une chapelle presbytérienne, à Chimaltenango, Guatemala, une Bible sur la tête.

*Tout changement se heurte à l'ensemble du contexte politique et culturel dont les gens sont issus, non sans le modifier d'ailleurs.*



Vu près de Juba, au Soudan.

*Le rôle du travail de la CMC et de ses amis va bien plus loin que la simple mise en place de services de santé dans les pays en développement.*

Bible? L'un des participants déclare alors: "Si la Bible montre comment discerner la volonté et l'appel de Dieu, ce n'est pas parce qu'elle est la Bible. Elle nous apporte ces révélations en abordant carrément les problèmes de l'histoire contemporaine et l'expérience de notre société, auxquels elle répond à la lumière des enseignements découlant de la tradition et de la vie du peuple de Dieu". Il est donc décidé que le groupe d'étude doit se concentrer sur la situation de la médecine et des soins de santé et l'examiner à la lumière de la conception chrétienne de la nature humaine et de ce que la Bible dit de la santé et de la guérison. Leur première déclaration de principe s'intitule: "The Mission and Service of the Church in Sickness and Health Care".

Ce dialogue a joué un rôle inestimable. Alors que beaucoup considéraient que la CMC se concentrait trop sur la promotion des soins de santé primaires, ces discussions ont permis à la Commission d'aborder les années 80 en accordant une importance accrue à l'examen de la dimension théologique de la santé. Depuis, ce souci a constitué une orientation majeure pour la Commission.

Si cette nouvelle orientation est aussi bien accueillie, c'est en partie parce que le COE et ses Eglises membres sont parvenues à la conviction que le rôle du travail de la CMC et de ses amis va bien plus loin que la simple mise en place de services de santé dans les pays en développement. Les idées qu'ils défendent suscitent des échos dans d'autres

domaines. Elles ont des conséquences sur l'identité de l'Eglise elle-même et sur l'histoire du royaume de Dieu.

Les derniers mots de cette partie doivent revenir à Charles Elliot. "Nous avons beaucoup en commun avec l'OMS", dit-il, "mais nos buts finaux ne sont pas les mêmes. Pour une organisation chrétienne, ignorer l'importance de la dimension spirituelle de la santé, c'est ignorer la contribution tout à fait essentielle qu'elle doit apporter au débat sur la nature de la guérison. La santé est une notion qui ne s'arrête pas à la médecine ; elle a à voir avec la manière de vivre, la manière de mourir, la qualité de la vie et la qualité de la mort. La réponse définitive à la maladie, c'est un mode de vie, une vie de renoncement et d'obéissance qui mène à l'intégralité."

Fait digne d'être souligné, l'OMS commence aujourd'hui à se rallier à ce point de vue.

Discussion: Actes 5, 12-16. Depuis toujours, la foi dans le Christ a été associée à la santé et à la guérison. Quelle conclusion en tirez-vous? Les aspects spirituels de votre métier disparaissent-ils parfois sous le poids du travail à faire? Essayez d'établir un lien entre les préoccupations énoncées aux paragraphes 2 et 3 de cette partie et votre propre expérience de l'Eglise.

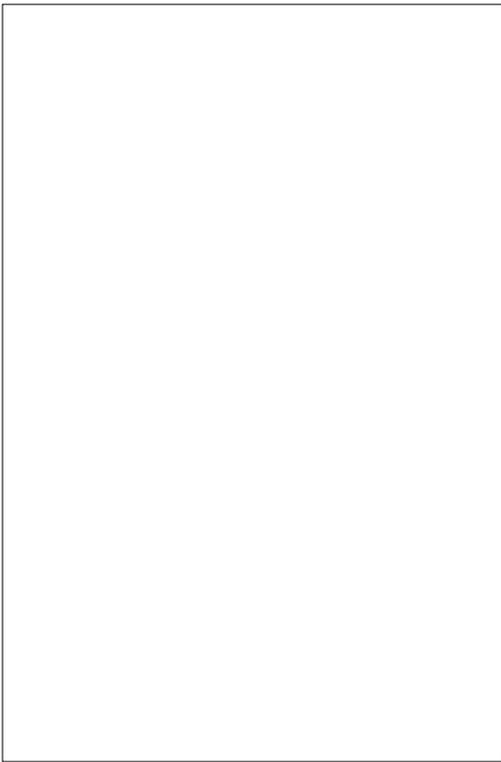
### Les dialogues Jenkins/Bryant

*La médecine connaît une crise telle que certains placent la guérison hors de la profession médicale et pensent que ce sont les médecins, qui, finalement, s'opposent à la vraie santé.*

*L'Eglise traverse aussi une crise, et certains pensent que la véritable Eglise se trouve hors de l'Eglise. Et enfin, de nombreux médecins, infirmières, enseignants et travailleurs sociaux chrétiens passent également par une crise de conscience, croyant qu'il existe une vérité en Christ, dans la Bible et dans la religion chrétienne, ils découvrent toutefois que ce qui paraît les éclairer dans l'exercice de leur vocation et dans leur vie personnelle est d'une autre nature. aussi, mènent-ils une vie partagée.*

R. A. Lambourne, 1969 (paru pour la première fois *Contact* n°1, version anglaise)

La Commission médicale chrétienne est née de la conviction qu'il y avait une spécificité chrétienne en matière de santé et de guérison. Jésus guérissait. Les premiers bénéficiaires de ce ministère n'étaient pas les riches ou les puissants, il ne s'agissait pas non plus d'exclus: c'était des personnes pau-



préoccupations professionnelles dans l'enceinte de la communauté des croyants. De plus, il restait beaucoup à faire pour élaborer une théologie de la guérison qui prenne vraiment en compte la relation entre les systèmes de santé et le royaume de Dieu.

*La technologie s'occupe de résoudre les problèmes et la théologie de nous apprendre à vivre avec.*

David Jenkins, réunion annuelle de la CMC, 1969

La CMC a toujours eu entre autres mandats celui de traiter ces sujets, qui ont constitué le thème du deuxième colloque de Tübingen, en 1967. Au début des années 70, la réunion annuelle de la Commission commence par un dialogue permanent entre le docteur Jack Bryant, président de la CMC et David Jenkins, théologien britannique qui deviendra plus tard l'évêque de Durham, et qui travaille alors pour le COE. Jack Bryant invite d'abord M. Jenkins à définir ce que la théologie peut apporter aux médecins qui doivent prendre des décisions cruciales concernant les priorités de leur travail médical. Autrefois, les hôpitaux leur fournissaient un cadre. Que représente le fait, pour un médecin, d'être chargé d'une région rurale de 100 000 personnes, par exemple, réparties dans 100 villages ? En soignant des individus, nous en venons souvent à oublier un nombre de personnes bien plus important que celui-ci. Existe-t-il une "compassion statistique" et quel en serait l'équivalent théologique? Lorsqu'on s'efforce d'apporter des soins de santé à un grand nombre de personnes avec

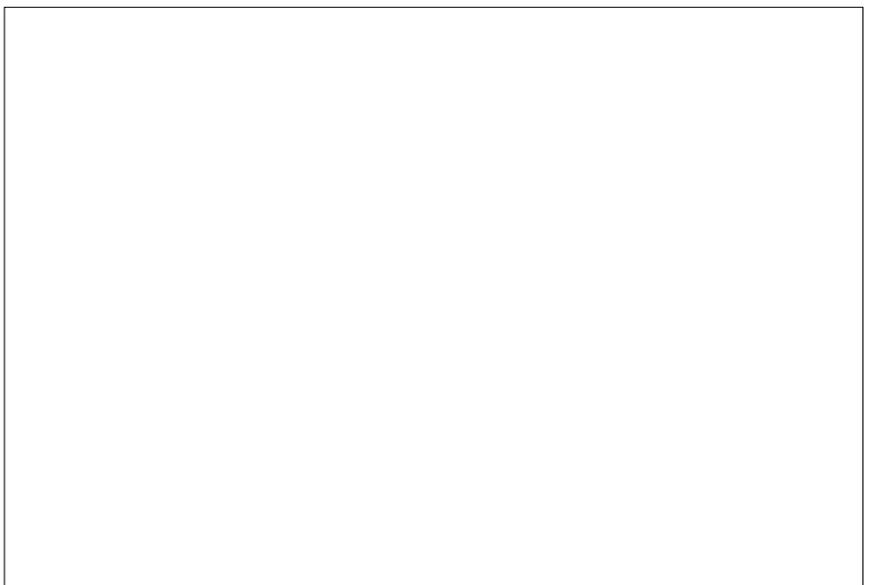
Dimension spirituelle: le sourire d'une fillette réfugiée en Namibie.

*De plus, il restait beaucoup à faire... pour la relation entre les systèmes de santé et le royaume de Dieu.*

vres, malades, discréditées socialement ou handicapées. Depuis le Moyen-Age (période de l'histoire européenne comprise entre 472 et 1453), la création d'institutions dispensant des soins aux malades et leur gestion ont ainsi constitué une priorité pour l'Eglise occidentale. La santé a été l'un des principaux domaines d'intervention des missions chrétiennes en Afrique, en Asie et en Amérique latine.

Partout dans le monde, cependant, le travail des Eglises pour la santé semblait s'être détaché de la vie de paroisse des chrétiens qui se réunissaient à l'église le dimanche. Les chrétiens considéraient certes qu'il était de leur devoir de recueillir de l'argent pour soutenir ces tâches mais n'étaient pas prêts à y participer. C'était là le travail des médecins, des infirmières et des enseignants. L'Eglise avait en effet "sous-traité" son rôle dans le domaine des soins à des professionnels auxquels elle demandait de s'en acquitter au mieux. De ce fait, les Eglises locales courraient le risque de se transformer en ghetto, le lieu de rencontre entre les chrétiens et le monde se trouvant ailleurs. En conséquence, la religion, une affaire toujours plus privée, n'avait plus grand chose à faire avec les événements du monde. De leur côté, les personnels soignants, qui avaient souvent choisi leur métier en raison d'une motivation chrétienne profonde, ne parvenaient pas à porter leurs

David Jenkins lors d'une réunion de la CMC tenue récemment à Londres. A ses côtés, Mme Marion Morgan, directrice générale de l'Association sanitaire chrétienne de Sierra Leone (CHASL) et Mme Gwen Crawley, membres de la CMC/COE.



des ressources limitées, quels sont les principes théologiques qui donneront aux décideurs un système de valeurs qu'ils puissent associer aux technologies existantes? Les Eglises peuvent-elles définir une morale sociale de la santé qui puisse aider les gouvernements et les institutions laïques?

du monde. Nous devons, dit-il, nous cramponner "à l'espoir de la solidarité dans le péché", "à la nature non utopique des espoirs impossibles" et "aux possibilités de l'infini dans le fini".

*Les grands problèmes du changement sont à mon avis des problèmes institutionnels. Mais ce sont les problèmes institutionnels qui prennent les êtres humains au piège et c'est à eux qu'ils réagissent. Si nous ne sommes pas nous-mêmes ouverts à une ré-identification et capables d'aider les autres à aller dans ce sens, toute cette discussion sur la ré-identification et sur tout le reste est sans issue.*

David Jenkins, 1970

Les membres de la Commission présents lors de ces rencontres initiales décrivent le débat entre M. Jenkins et M. Bryant comme l'un des temps forts de leur expérience à la CMC. Le travail de la Commission n'a cessé de soulever des questions sur la morale, le rôle de l'Eglise ou les relations entre la santé et le salut. Dans les années 70, il était urgent de mettre en application les aspects pratiques du mandat de la Commission. A la fin de la décennie, le moment était venu d'inviter la famille et le réseau de la CMC à prendre en considération de manière plus systématique les implications théologiques et ecclésiologiques de leur activité.

Discussion: Luc 10, 38-42. Ce texte est souvent utilisé pour parler du rôle de la femme. Cependant, les femmes ne sont pas les seules à être trop occupées pour parler de théologie. Pourquoi abandonnons-nous ces discussions aux théologiens? Pensez-vous que vous consacrez suffisamment de temps à parler avec vos collègues et vos amis des liens existants entre le travail que vous faites et votre foi?

*Nous devons, dit M. Jenkins, nous cramponner "à l'espoir de la solidarité dans le péché", "à la nature non utopique des espoirs impossibles" et "aux possibilités de l'infini dans le fini".*

Le premier dialogue porte donc sur la manière de prendre des décisions morales et sur la difficulté de vivre avec elles. Comment rendre morale une situation dans laquelle vous prenez des décisions qui en favoriseront certains tout en provoquant peut-être chez d'autres un handicap ou un décès, qui auraient pu être prévenus? Cette question en soulève de nouvelles. Quelle est la valeur de ces vies dont nous décidons? A quoi sert la vie humaine? Comment les valeurs humaines peuvent-elles être intégrées dans la technologie? Que signifie le fait d'être responsable de la vie des 100 000 habitants d'une région et de devoir choisir entre prévention et soins curatifs? Le deuxième dialogue, qui découle du premier, porte donc sur les valeurs.

Dans leur troisième dialogue, les deux intervenants traitent du problème de la santé et de la justice, des thèmes qui nous confrontent à la politique, au pouvoir et à l'injustice inhérente aux systèmes humains. Jusqu'où aller sur cette voie? Quel espoir nourrir puisque les dés sont à ce point pipés? M. Jenkins conclut sur trois phrases mémorables. Les chrétiens disposent de ressources leur permettant de vivre de manière intègre tout en reconnaissant le péché

Un auxiliaire, lors d'une campagne de vaccination contre la polio au Maroc.

P. Abensur/OMS

