

## CHAPITRE TROIS

## LA QUÊTE DE L'INTÉGRALITÉ

*La CMC jouissait d'une si bonne réputation que si elle estimait qu'un projet était important et méritait son appui, il y avait de fortes chances que d'autres organisations veuillent s'y associer. Elle diffusait largement des informations par le canal de Contact. Elle avait un certain poids auprès de l'OMS, et à travers elle pouvait influencer sur les politiques gouvernementales. Elle constituait un lien important entre les Eglises pour des questions relatives à la santé et à l'allocation des ressources. Elle prenait au sérieux les contextes, les systèmes de valeurs et les théologies locales, qu'elle portait ensuite à la connaissance des Eglises en Occident.*

Peter Bellamy, membre de la CMC pendant les années 80.

**Quelques dilemmes**

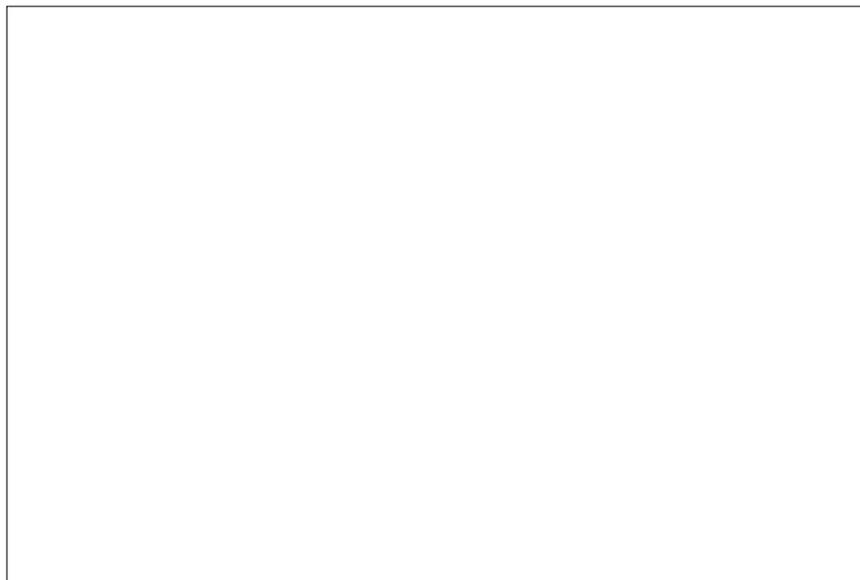
Avec la publication en 1979 de la Déclaration d'Alma Ata, les "SSP" atteignent l'âge adulte. On a derrière soi dix ans d'expérience des services pris en mains par la collectivité, et on dispose de nombreux modèles solides et efficaces de la manière dont il faut s'y prendre pour établir de tels services. On a défini des lignes directrices sur la méthodologie; et on a gagné à cette cause des groupes influents au sein du monde médical dans la plupart des pays. Les progrès des soins de santé primaires sont stimulés par l'inquiétude croissante que suscitent les conséquences financières des technologies nouvelles, surtout pour les pays en développement, où l'on voit difficilement comment les bienfaits de ces technologies pourront jamais "ruisseler" sur la majorité de la population. Ce qui est au départ une solution de rechange radicale acquiert une sorte de statut officiel dans la politique sanitaire de la plupart des pays en développement. Des livres comme celui du docteur Werner "Là où il n'y a pas de médecin" se vendent à des centaines de milliers d'exemplaires. "La santé pour tous d'ici l'an 2000" devient le mot d'ordre des planificateurs de la santé, et encourage tout le monde à se mettre au travail.

Pour la Commission médicale chrétienne en particulier, les années 80 s'ouvrent avec de grands espoirs. La Terre promise semble se rapprocher. La famille de la CMC s'agrandit, et il y règne un sens communautaire bien développé. Les conférences régionales organisées dans les années 70 ont été extrêmement utiles, aidant les gens à se communiquer des exemples et des expériences d'activités prises en mains par la communauté, et à partager une richesse et une variété de perceptions culturelles et religieuses. La profession médicale commence à accepter l'importance de la communauté. Dans bien des pays, les organismes chargés de coordonner le travail des Eglises dans le domaine de la santé et celui des gouvernements et d'autres ONG fonctionnent bien. Ils posent sur le rôle de l'Eglise et sur la conception chrétienne de la guérison des questions qui donnent à réfléchir. *Contact* est reconnu par tous comme étant probablement le meilleur véhicule au monde pour l'échange, au niveau international, d'informations et de connaissances techniques sur les soins de santé gérés par la communauté.

*La Commission médicale chrétienne a aidé à formuler le Programme sanitaire national pour les zones rurales du Sud*

La CMC dans les années 80.  
De gauche à droite:  
Jeanne Nemeč,  
Valerie Medri,  
Ann Dozier,  
Fernande Chandrasekharan,  
Eric Ram (directeur),  
Reginald Amonoo-Lartson,  
Ruth Harnar,  
Jenny Roske,  
Cecile de Sweemer,  
Maria-Victoria Carles-Tolra.

*Les années 80 s'ouvrent avec de grands espoirs.*



Une mère maya et son enfant au Guatemala, où les femmes luttent pour subvenir à leurs besoins essentiels.

*du Soudan (en anglais PHCP); elle a également établi des liens avec des programmes et des services apparentés dans d'autres pays qui avaient mis en place avec succès des programmes de soins de santé dans les zones rurales, ainsi que des programmes de médicaments essentiels à l'intention des pauvres des villes et des campagnes. La CMC a de plus donné au Conseil des Eglises du Soudan et au Programme de soins de santé primaires du Sud du Soudan la possibilité de faire connaître leur travail. En ma qualité de membre de la CMC, j'ai beaucoup appris des autres pays qui ont institué des programmes de SSP, tels que le Nicaragua, l'Indonésie, les Philippines et l'Inde.*

Oliver M. Duku, Eglise épiscopale du Soudan

*Les SSP avaient fini par être considérés comme ayant partie liée avec les mouvements en faveur de la justice, avec tous les risques que cela comportait.*

Cependant, même dans ce climat d'optimisme, des inquiétudes commencent à se manifester. Au Nicaragua, par exemple, où le gouvernement sandiniste a fait de la mise en place de structures sanitaires axées sur la communauté une priorité nationale, les collaborateurs de ces programmes sont souvent la cible de guérilleros entraînés aux Etats-Unis. Au Guatemala, on rapporte que des agents sanitaires ont été enlevés ou assassinés. Les SSP avaient fini par être considérés comme ayant partie liée avec les mouvements en faveur de la justice, avec tous les risques que cela comportait vu la polarisation de la situation politique en Amérique latine dans les années 80.

Et qu'en est-il des nations plus riches de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Australasie? L'écart entre elles et le reste du monde ne cesse de s'élargir au lieu de se réduire. Et, dans ces sociétés,

la santé des pauvres se détériore, relativement parlant.

Une autre polarisation est en train de se produire, cette fois au sein de la famille même de la CMC. Que se passe-t-il dans les différentes régions du monde, le sous-continent indien par exemple, où la communauté chrétienne a fondé depuis longtemps des hôpitaux tertiaires viables et respectés partout dans le monde? De nombreuses agences missionnaires et de développement occidentales, nouvellement converties au principe des SSP, refusent dorénavant de financer les programmes de ces hôpitaux, bien que certains d'entre eux aient réalisé des projets très remarquables dans le passé.

### Conflit de priorités

On trouve un exemple de cette situation à l'Ecole chrétienne de médecine de Vellore, en Inde du Sud. La "CMC Vellore" était, et reste, l'une des plus prestigieuses institutions chrétiennes du monde. C'est l'un des tout premiers succès de coopération oecuménique dans le domaine de la mission médicale; et les Eglises indiennes ont accompli tout cela elles-mêmes. C'est aussi l'un des premiers hôpitaux chrétiens à avoir introduit la médecine communautaire comme élément obligatoire de la formation des médecins; son engagement au service de la communauté dans les zones rurales avoisinantes est légendaire et fait partie de son héritage institutionnel. Pendant plusieurs décennies, elle a été l'une des institutions favorites des organismes de financement.

En 1980, la "CMC Vellore" présente une demande de fonds, afin de pouvoir développer ses programmes de soins de santé primaires conformément à la Déclaration d'Alma Ata: une délégation arrive à Genève pour rencontrer un groupe d'organismes de financement européens. Les délégués ont l'impression que l'affaire n'a plus qu'à être formellement ratifiée. Daleep Mukarji, coordinateur des activités sanitaires à l'Unité II du COE jusqu'en mars 1998, est le membre le plus jeune de cette délégation. Il parle aujourd'hui du choc qu'il éprouva en découvrant que les fonds nécessaires aux programmes de SSP ne seraient accordés que si la CMC Vellore commençait simultanément à réduire ses activités tertiaires et ses programmes de recherche. Quelque chose qui appartenait aux Eglises indiennes, quelque chose dont elles pouvaient à juste titre être fières, avait été rejeté par un groupe d'institutions du Nord qu'elles avaient considérées comme des amis et des alliés.

En fait les délégués n'ont guère le choix. Ils refusent d'accepter des ressources assorties de telles conditions, et retournent en Inde ayant tiré la leçon de cette triste expérience. Mais la blessure et la colère associées à cet incident sont ressenties par toute la communauté chrétienne en Inde. L'amertume qu'elle laisse est encore vive aujourd'hui.

La tension entre hôpital et communauté, entre soins tertiaires et soins primaires, a toujours existé à la Commission médicale chrétienne, en fait dans toutes les institutions qui s'occupent de la santé au niveau international. C'est un conflit qui touche le monde industrialisé aussi bien que le monde en développement. En Europe et en Amérique du Nord, des décisions comparables et tout aussi pénibles doivent être prises sur les priorités dans le domaine de la santé. En 1980, étant donné les critères de l'époque pour l'éligibilité des candidats au financement, les bailleurs de fonds réunis par la CMC, en imposant ces conditions à l'Ecole de médecine de Vellore, ne faisaient que respecter à la lettre les critères qu'ils avaient fixés eux-mêmes.

### Nouvelles conceptions

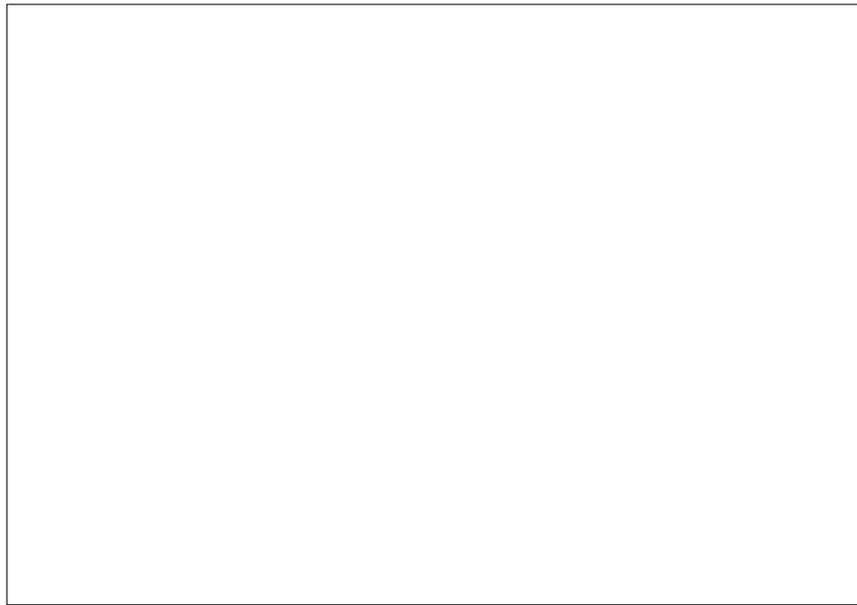
Vers la fin de la décennie, cependant, trois choses sont devenues de plus en plus évidentes. La première est que les grands hôpitaux continuent à remplir une fonction très importante. En 1988, l'initiative de l'OMS "La maternité sans risques" recense trois raisons pour lesquelles les hôpitaux de district ont un rôle essentiel à jouer: premièrement, ils offrent des services d'obstétrique, pour les césariennes par exemple, qui sont d'une importance capitale si l'on veut réduire sensiblement le nombre de décès maternels. Deuxièmement, certains membres influents de la profession médicale, dont beaucoup sont fondamentalement favorables au mouvement des SSP, ont tendance à se sentir rejetés par ceux qui prétendent que les services de santé de base n'ont pas besoin de médecins. La position moraliste adoptée par les tenants des SSP risque de créer du ressentiment parmi les autres professionnels de la santé, qui auraient pu être tentés de créer des systèmes "à deux vitesses" encore plus rigides qu'auparavant. Troisièmement, on se rend compte que des systèmes qui servent véritablement les plus pauvres ne parviendront probablement jamais à s'autofinancer, et que les honoraires payés par les gens plus aisés pour des services médicaux tertiaires représentent une importante source de revenus pour les services de santé en général. Vingt ans plus tard, le débat reste entier. On dispose actuellement d'une technolo-

gie encore plus coûteuse qu'à l'époque, et de plus en plus de gens dans le Nord et dans le Sud ont les moyens de se payer des soins médicaux ultra-modernes. Les problèmes posés par la pauvreté ne sont pas moins pressants qu'alors. Aujourd'hui on accepte généralement que les deux secteurs sont devenus permanents, qu'ils ont besoin l'un de l'autre, et qu'ils devront trouver des moyens de s'entendre, afin que l'on puisse parvenir à la justice et à l'équité sans sacrifier l'excellence ni la créativité scientifique. Concilier toutes ces exigences est une tâche à laquelle l'équipe du COE chargée des questions sanitaires devra peut-être s'atteler à l'avenir.

L'attitude de plus en plus ambivalente à l'égard des grands hôpitaux n'est que l'une de nombreuses tensions auxquelles

La maternité sans risques: certaines femmes ont besoin de soins hospitaliers si l'on veut protéger leur vie pendant l'accouchement.  
OMS.

*L'initiative de l'OMS "La maternité sans risques" recense trois raisons pour lesquelles les hôpitaux de district ont un rôle essentiel à jouer.*



Les habitants de Saradidi présentent ce qu'ils ont acheté en 1995 grâce à leur projet lucratif d'élevage de chèvres.

*Mais les programmes pris en mains par la communauté ne meurent pas si rapidement ni si facilement.*

les se heurtent les partisans des SSP dans les années 80. On avait espéré que les gouvernements nationaux prendraient graduellement à leur charge la responsabilité des infrastructures sanitaires. Mais le fait est que pendant ces années décisives, la majorité des pays du Sud se sont encore appauvris en raison des énormes dettes contractées pendant les années 70; leur endettement est encore aggravé, aux Philippines et dans de nombreux pays de l'Afrique et de l'Amérique latine par exemple, par les détournements de fonds à des fins personnelles perpétrés par les personnes au pouvoir. Les riches se sont enrichis, tandis que les pauvres s'appauvrirent. La légitimité du concept de soins de santé primaires semble si évidente. Et pourtant, on peut aussi le représenter comme un mouvement de résistance de gauche, comme ce fut le cas au Nicaragua, au Guatemala et aux Philippines.

*Mobiliser les gens afin qu'ils prennent leur sort en mains, et leur permettre de donner leur avis sur les questions qui les concernent, n'a pas toujours été facile à accepter pendant les années de la guerre froide. Durant cette période, nous disions que beaucoup de grandes institutions ecclésiastiques et missionnaires ressemblaient davantage à une route bétonnée qu'à un sentier sur lequel nous devrions suivre le Seigneur. Certains ont dit qu'il avait quitté la route goudronnée par la gauche!*

Hakan Hellberg, dans "The Vision and the Future", 1995.

De plus, l'évaluation des résultats et de leur coût pose des problèmes. Les responsables de soins de santé axés sur la communauté et la population locale participant aux programmes de SSP ne savent pas toujours bien tenir des comptes, ni utiliser des systèmes de

contrôle et de supervision financiers. Dan Kaseje, dans le *Contact* 118, raconte l'histoire du Programme sanitaire rural de Saradidi, village d'une région du Kenya frappée par la sécheresse. Après des débuts prometteurs, le projet échoue dans les années 80, principalement parce que les personnes qui s'intéressent à l'organisation financière du projet - toutes des personnalités respectées de la région - ont leurs propres intérêts à cœur et non pas ceux du programme géré par l'Eglise. En conséquence, les bailleurs de fonds retirent finalement leur appui au projet qui a bien failli s'effondrer.

Mais les programmes pris en mains par la communauté ne meurent pas si rapidement ni si facilement. Le sens de l'autonomie et la conscience de pouvoir décider de son sort restent vivaces dans la population. Le programme de Saradidi est restructuré, sur la base d'une nouvelle série de principes de gestion, et doté de nouvelles lignes directrices pour la sélection du personnel. Ces principes et ces lignes directrices tiennent beaucoup mieux compte de la réalité. Ils ressemblent aussi plutôt à un modèle de système chrétien de gestion et de sélection de personnel qui pourrait fonctionner n'importe où.

Discussion: Matthieu 19, 16-26. Avec qui vous identifiez-vous dans ce récit? Pourquoi? Dispenser des soins de santé gérés par la communauté exige de grands sacrifices. Lesquels?

### **Le Programme sur les produits pharmaceutiques**

L'Organisation mondiale de la santé utilise un dessin, celui d'une petite personne poussant une énorme pierre vers le haut d'une colline escarpée. Elle est sur le point de abandonner. Ce dessin représente l'individu qui s'efforce de parvenir à la santé. La colline est escarpée parce que la pauvreté, la médiocrité de l'hygiène et des logements, le manque d'éducation, et d'autres facteurs encore, rendent la pente très raide. L'individu a beaucoup de mal à rester en bonne santé, si les conditions sociales nécessaires à cette bonne santé ne sont pas réunies. Levez ces obstacles, et la pierre roule facilement sur le plat.

Il en existe néanmoins d'autres, qui ne font pas partie de l'héritage naturel des communautés pauvres. L'un d'entre eux est la manière dont les produits pharmaceutiques sont commercialisés. Au début des années 80, de nombreux pays connaissent de graves pénuries de médicaments. Le prix des médicaments de marque est élevé, et bien qu'il soit possible de se procurer des médicaments génériques, il est difficile de savoir où s'approvisionner, les livraisons sont peu fiables, et à moins de pouvoir les acheter en gros, on ne peut

pas les obtenir aux meilleurs prix. De plus, les fabricants de produits pharmaceutiques font don de médicaments inappropriés aux pays du tiers monde, où beaucoup de ces cadeaux non désirés doivent être brûlés, ce qui entraîne d'autres frais et comporte d'autres risques.

Face à une situation qui ne cesse de s'aggraver, la CMC s'associe avec le Comité européen des réserves de médicaments d'urgence (European Emergency Drug Stock Committee. EMERSTOC), pour encourager les agences d'Eglise responsables des achats dans les pays industrialisés, et les "coopératives d'achat" correspondantes dans les pays bénéficiaires, à travailler ensemble. En effet, on peut conclure des marchés plus avantageux si les ONG s'unissent au niveau national pour résister à l'exploitation par les sociétés pharmaceutiques, et pour obtenir des prix bien plus bas pour des achats en gros quand les circonstances le justifient. A la suite d'une visite d'Eric Ram, directeur de la CMC, en Ouganda en 1980, des Eglises se groupent pour constituer une réserve commune de produits pharmaceutiques.

En 1981, la CMC organise, avec l'organisation africaine AMREF et avec le Ministère de la santé du Sud du Soudan, un atelier chargé d'examiner les problèmes concernant les produits pharmaceutiques, notamment leurs effets sur les ONG reliées aux Eglises. A la suite de cette réunion, on ouvre quelques pharmacies communautaires dans des zones rurales, et ont étudié la possibilité d'établir une fabrique de médicaments dans le Sud du Soudan, comparable à celles qui existent au Lesotho et à Kigali au Rwanda. La détérioration de la situation politique et militaire et l'expulsion des ONG met fin au programme soudanais, mais pas avant que son utilité n'ait été prouvée.

En décembre 1981, la CMC organise un colloque à Genève sur les coopératives d'achat de produits pharmaceutiques dans les pays en développement. Parmi les participants, des institutions donatrices rattachées aux Eglises catholique et protestantes, des fournisseurs de médicaments essentiels à bas prix, des services d'achat communs et des associations sanitaires chrétiennes, et des représentants de l'OMS et de l'UNICEF. Ce groupe, connu maintenant sous le nom de Groupe consultatif sur les produits pharmaceutiques (Pharmaceutical Advisory Group-PAG), continue à se réunir régulièrement. Leur première réunion aboutit à la commande d'une enquête préliminaire, première étape du Programme sur les produits pharmaceutiques (PP) en 1982.

#### *Evolution du Programme sur les produits pharmaceutiques*

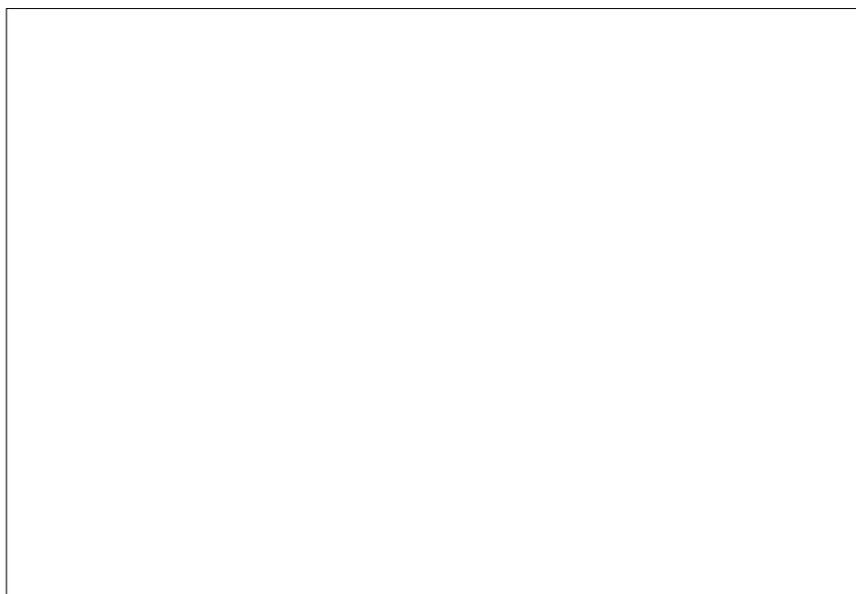
- **Phase 1 (1982-1985):** *largement exploratoire, donne la priorité à la fourniture de médicaments essentiels par des services "coopératifs" de produits pharmaceutiques.*
- **Phase 2 (1987-1991):** *accorde de plus en plus d'attention à la création de réseaux et à la promotion de la notion de médicament essentiel (Essential Drug Concept - EDC).*
- **Phase 3 (1992-1995):** *centrée principalement sur le soutien à apporter aux consommateurs des pays en développement, par la promotion de la notion de médicament essentiel et d'usage rationnel des médicaments, et par l'organisation de programmes de formation pour les groupes et les agences d'Eglises.*
- **Phase 4 (1996 à ce jour):** *deux tâches prioritaires: consolider le travail accompli pendant la phase 3, et faire campagne pour que chacun ait accès à des médicaments efficaces et d'un prix raisonnable.*

En 1985, la CMC lance un programme intitulé "Fournir des médicaments essentiels à la population au moyen de services coopératifs d'achat et de vente de médicaments", et formule les recommandations suivantes:

- La CMC devra entreprendre une étude des remèdes traditionnels et des médicaments à base de plantes
- Elle devra engager un dialogue avec les sociétés transnationales de produits pharmaceutiques

*A la suite d'une réunion de la CMC au Soudan, on ouvre quelques pharmacies communautaires.*

La pharmacie est ouverte



- Il conviendra d'élaborer un nouveau code de conduite en matière de dons de médicaments.

Lors de la réunion de la Commission qui a lieu en 1988 aux Philippines, "les sociétés transnationales de produits pharmaceutiques et leur rôle dans la santé et le développement" occupent une place importante à l'ordre du jour. Les sociétés transnationales détiennent 75% du marché mondial des produits pharmaceutiques; leur publicité crée une demande pour des produits non essentiels, et les pauvres se privent souvent de nourriture pour acheter des médicaments dont ils n'ont pas besoin, souvent à des prix inutilement élevés. "Pour combattre les effets négatifs des activités des sociétés transnationales sur la santé, nous devons agir à l'échelon transnational. Les Eglises ont ici un rôle très important à jouer", déclare Michael Tan, membre de la Commission. La CMC est priée d'engager le dialogue avec ces sociétés, et de formuler un code de conduite pour la production et la distribution des médicaments.

### Un modèle d'action oecuménique

A certains égards, le Programme sur les produits pharmaceutiques est un modèle d'action oecuménique, puisqu'il suppose une collaboration entre les Eglises sur une question de portée mondiale, qui a une énorme importance pour les pauvres au niveau local. Actuellement le programme est administré conjointement par les Community Initiative Support Services (CISS) à Nairobi, Kenya, et par le COE à Genève, tandis que la conseillère chargée des produits pharmaceutiques, le docteur Eva Ombaka, partage son temps entre ces deux villes. Comme le programme est destiné avant tout aux Eglises et au personnel sanitaire dépendant des Eglises, il vise principalement à promouvoir l'usage rationnel des médicaments, conformément aux lignes directrices sur les médicaments essentiels énoncées par l'OMS. Il préconise l'usage de médicaments génériques, et donne des conseils sur la mise en place et la

gestion de projets pour l'achat commun de médicaments par les services de santé des Eglises dans chaque pays, et encourage fortement le commerce de ces produits entre les pays du Sud. Il effectue également des évaluations, facilite la formation de pharmaciens et de pharmaciennes, et fait campagne en faveur de l'usage et de la fabrication de médicaments génériques plutôt que de produits de marque équivalents qui coûtent plus cher. Le programme se propose en outre d'explorer les bienfaits des remèdes à base de plantes et d'autres thérapies traditionnelles.

#### Activités du Programme sur les produits pharmaceutiques:

- **Assistance technique** - Diffusion d'informations techniques par l'intermédiaire de la recherche, des bulletins et des publications, et lors des visites personnelles.
- **Formation** - Soutient les activités de formation à la notion de médicament essentiel et d'usage rationnel des médicaments, et à la gestion de l'approvisionnement en médicaments. Le Groupe consultatif sur les produits pharmaceutiques informe les institutions rattachées aux Eglises sur les cours proposés, et offre un appui au personnel désirent y participer. Il facilite les voyages d'étude et les échanges de personnel entre les partenaires. Enfin il aide les membres à organiser des ateliers aux niveaux national et sous-régional.
- **Recherche** - Soutient le contrôle et l'évaluation des activités et des ressources en ce qui concerne les produits pharmaceutiques.
- **Création de réseaux** - Le Groupe consultatif sur les produits pharmaceutiques offre un espace permettant de former des réseaux à l'échelon local et mondial pour étudier les tendances actuelles dans le domaine des produits pharmaceutiques, en organisant des réunions Nord/Sud, en soutenant des réunions régionales, et en favorisant la représentation de systèmes sanitaires gérés par les Eglises aux réunions internationales.

Reconnaissant qu'il est d'une importance capitale de réagir à l'échelle mondiale à ce qui est devenu une menace mondiale, le Groupe consultatif, lors de sa réunion annuelle de 1995, étudie les propositions de privatisation contenues dans le Rapport de 1993 sur le développement mondial intitulé "Investir dans la santé". L'année suivante, les partici-

*A bien des égards le Programme sur les produits pharmaceutiques est un modèle d'action oecuménique.*

Les dons de médicaments sont souvent une petite collection d'échantillons de plusieurs médicaments différents destinés en général au traitement de maladies communes dans les pays industrialisés.



pants rencontrent un représentant de la Banque mondiale, et David Werner, auteur du livre "Là où il n'y a pas de médecin", afin d'examiner avec eux les effets des mesures d'ajustement structurel sur la santé.

En 1997, le Groupe étudie les conséquences pour la santé du récent Traité relatif aux droits à la propriété intellectuelle. Un peu tard, Action Santé International (Health Action International - HAI), l'OMS et d'autres ONG prennent conscience des répercussions possibles de ce nouveau traité mondial, élaboré pendant les négociations l'Uruguay Round du GATT, lequel a abouti à la création de l'Organisation mondiale du commerce en 1995. L'un des objectifs de ce traité sur la propriété intellectuelle (en anglais TRIP) est de limiter la production de médicaments génériques en renforçant les lois sur les brevets. Avant la signature de ce traité, des sociétés indiennes mettaient au point leurs propres technologies pour la production de nouveaux médicaments entre quatre et six ans après la mise sur le marché mondial de ces produits. Aux termes du traité, l'Inde et d'autres pays devront désormais attendre vingt ans. Il y a évidemment de forts arguments en faveur d'une protection des marchés, qui donne aux sociétés pharmaceutiques le temps de couvrir leurs frais de développement. Il n'en reste pas moins que cette décision va nécessairement creuser l'écart entre les ressources sanitaires accessibles aux riches et aux pauvres, et retarder à un degré inacceptable le moment où les bienfaits des nouvelles recherches dans le domaine de la santé seront ressentis dans les pays en développement. Cette tendance est particulièrement alarmante lorsqu'il s'agit de remèdes mis au point pour le traitement de nouvelles maladies comme le SIDA, ou d'anciennes comme la tuberculose et le paludisme, qui sont devenues résistantes à certains médicaments.

Discussion: Apocalypse 18, 8-17. L'auteur décrit la destruction de la grande cité pécheresse qu'il appelle Babylone. Pourquoi les marchands se lamentent-ils ainsi? Y voyez-vous un parallèle avec notre monde d'aujourd'hui?

### Le tueur de bébés

Elevée à la Barbade, Nita Barrow, qui devient directrice adjointe de la CMC en 1970, dit que l'allaitement au sein était, jusque dans les années 40, "un aspect normal de la vie quotidienne, et que la mère, quand elle vaquait à ses occupations, portait toujours son bébé sur elle, sur son dos ou en bandoulière, et le nourrissait quand il avait faim". Pendant ce temps, l'allaitement artificiel devient de plus en plus courant en Europe et en Amérique du Nord. A son avis, ce changement est dû au fait que de plus en plus de mères travaillent au

déhors, et que beaucoup de femmes sont convaincues que les seins sont faits moins pour nourrir les bébés que pour le plaisir sexuel. Vers les années 70, les femmes caraïbes commencent elles aussi à nourrir leurs bébés au biberon. Citant des pédiatres jamaïcains à l'avant-garde de la recherche dans ce domaine, Nita Barrow attribue ce phénomène à la vanité, à la pression exercée par la publicité des fabricants d'aliments pour nourrissons, et à l'usage précoce d'aliments complémentaires qui introduisent du lait sucré dans l'alimentation.

Le *Contact* 24 de 1976 est consacré entièrement à la question, et publie en article de fond un texte de Nita intitulé "L'allaitement au sein - une nécessité ou un mythe?", dans lequel elle cite le poète ougandais Okot p'Bteke:

*Quand le bébé pleure  
Laissez-le téter du lait  
Au sein de sa mère  
Il n'y a pas d'heure fixe  
Pour l'allaitement au sein.*

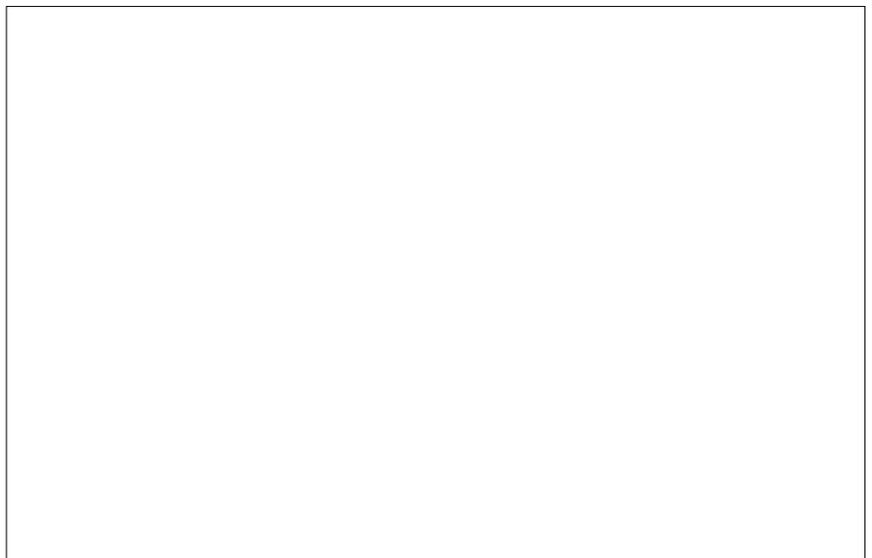
*Quand le bébé pleure  
C'est peut-être qu'il est malade  
Le premier remède pour l'enfant  
C'est le sein de sa mère.*

Les pratiques publicitaires des fabricants de lait en poudre ont fait récemment l'objet d'un procès qui a fait grand bruit, et qui est connu sous le nom d'"affaire des bébés nourris au biberon". Le Third World Action Group a été poursuivi en justice par la société suisse Nestlé, qui l'accusait d'avoir publié un article très critique dans lequel on décrivait les méthodes employées par l'entreprise pour faire connaître et vendre ses produits pour nourrissons dans les pays en développement, par exemple aux femmes dans les hôpitaux. Cet article était intitulé en allemand "Nestlé tötet Babys", Nestlé tue des bébés.

Aujourd'hui les lecteurs et lectrices de

*(Le passage du sein au biberon est attribué) à la vanité, à la pression exercée par la publicité, et à l'usage précoce d'aliments complémentaires.*

Une agente de SSP apprend à une jeune mère à allaiter son bébé.



*On prétend que les SSP sont bon marché et efficaces, mais où en est la preuve?*

*Contact* n'ont pas besoin qu'on leur explique les bienfaits de l'allaitement au sein. Ceux-ci sont particulièrement importants pour les pauvres, qui sont parfois obligés de se priver d'autres denrées essentielles pour acheter du lait en poudre qui coûte cher, ou n'ont pas de moyens vraiment efficaces de stériliser les biberons. La CMC s'est donc donnée pour tâche de sensibiliser les femmes à ces bienfaits, soit dans les pages de *Contact*, soit par l'intermédiaire de ses réseaux, ou encore en influençant d'autres agences. Elle a préparé une pochette expliquant "comment s'y prendre" à l'intention des groupes locaux qui veulent agir contre la commercialisation du lait maternisé et en faveur de l'allaitement au sein.

Finalement, grâce en partie à une campagne coordonnée et vigoureuse des ONG, dans laquelle la CMC a joué un rôle prééminent, un code de conduite volontaire sur la vente des substituts du lait maternel a été élaboré par l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations, en consultation avec les industries concernées. Lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 1981, seuls les Etats-Unis ont voté contre son adoption. Aujourd'hui, les pratiques de promotion et de commercialisation du lait maternisé sont contrôlées et coordonnées par le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (International Baby Food Action Network - IBFAN).

Une ancienne collaboratrice de la CMC, Tina Pfenninger, qui travaille maintenant pour l'IBFAN, est convaincue que les Eglises ont

un rôle décisif d'observateurs à jouer au niveau local, pour dénoncer les méthodes de commercialisation malhonnêtes, spécialement lorsqu'elles affectent la santé des pauvres. C'est en signalant les abus, en les rassemblant pour former un tableau cohérent de la situation sur le plan international, et en s'alliant avec d'autres organisations pour faire campagne contre ces pratiques contraires à l'éthique, que l'on parviendra à contenir le pouvoir des sociétés transnationales.

Discussion: Marc 11, 15-19. C'est le seul exemple dans l'Evangile où l'on voit Jésus user de violence physique. Comment réagirait-il à la situation décrite plus haut? Pourquoi cela semble-t-il tellement plus difficile aujourd'hui?

### Qui va payer?

On avait espéré à l'origine que les programmes de SSP s'autofinanceraient au bout de quelques années. Ces espoirs se sont révélés être mal fondés. En 1987, la CMC invite l'Equatorien Victor Vaca à effectuer une étude, dont les deux objectifs principaux sont les suivants:

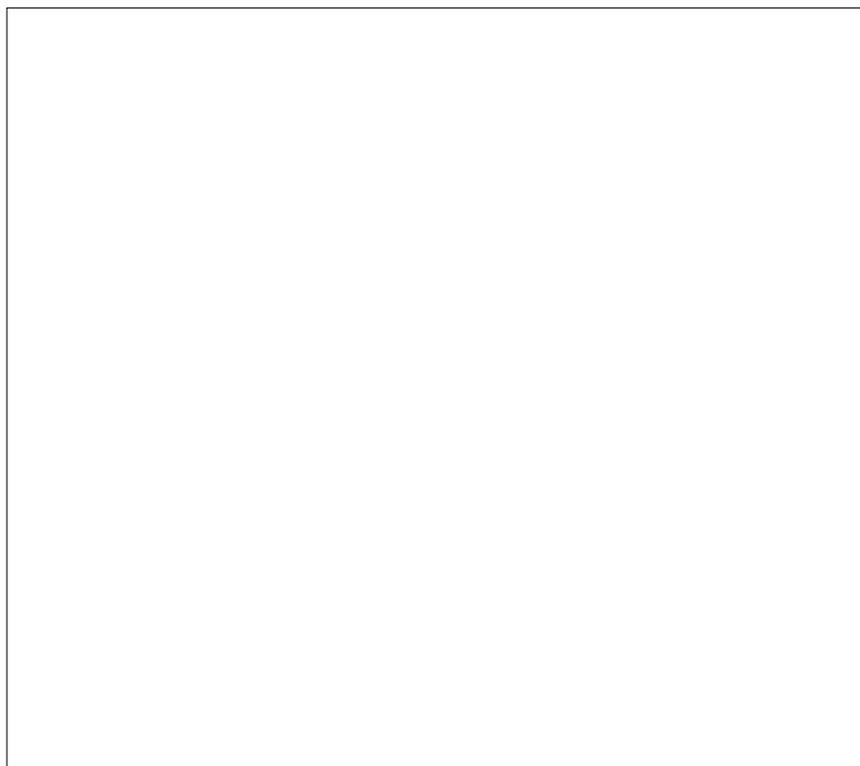
- Recenser les facteurs qui ont une influence sur le financement et les coûts des programmes de soins de santé pris en mains par la communauté, et découvrir comment ils interviennent dans certains programmes locaux choisis.
- Repérer les principes de bonne pratique que les programmes de SSP ont appris d'expérience, et les affiner, de manière à ce que de nouvelles initiatives puissent en tirer les enseignements.

Victor Vaca visite un certain nombre de programmes en Indonésie, aux Philippines, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Inde, au Brésil et en Amérique centrale. Ses rapports sont ensuite ajoutés à des documents sur le financement préparés par la CMC, l'OMS, et le DIFÄM à Tübingen. Un total de quatorze études de cas provenant de onze pays sont ainsi examinées.

Victor Vaca est surpris au début par l'absence assez fréquente de comptabilité exacte et de données statistiques. On prétend que les SSP sont bon marché et efficaces, mais où en est la preuve? Le personnel des SSP a d'autres priorités. C'est presque comme si la philosophie des soins de santé primaires, avec son insistance sur la participation et la pertinence de l'action, résiste par sa nature même à une analyse économique conventionnelle.

Les résultats de cette enquête sont publiés en détail dans le document du COE intitulé "Le financement des soins de santé primaires: peuvent-ils être autonomes?" (COE 1987).

Examen de données sanitaires à l'EPES, organisation de soins de santé à base communautaire dépendant de l'Eglise luthérienne au Chili.



L'enquête tire un certain nombre de conclusions, dont celles qui suivent peuvent présenter un intérêt particulier:

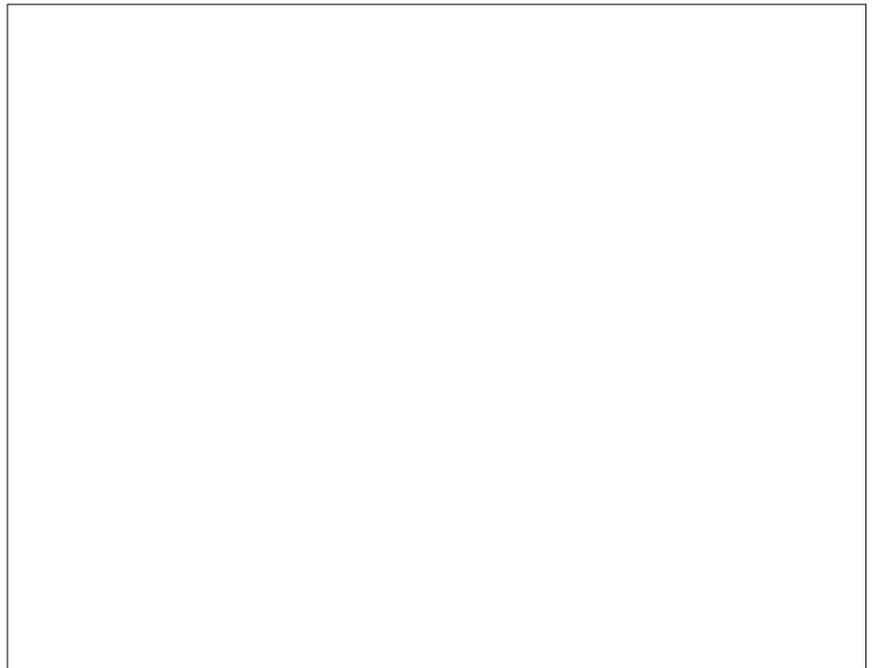
- Examen de données sanitaires à l'EPES, organisation de soins de santé à base communautaire dépendant de l'Eglise luthérienne au Chili. Les programmes de SSP ne peuvent pas être financièrement indépendants, parce que leurs bénéficiaires sont trop pauvres.
- Il est difficile de mesurer le coût réel des SSP, parce qu'une bonne partie de leur personnel est bénévole.
- L'apport financier de la communauté est nécessairement l'une des sources de revenus possibles dans ce qui devrait être une méthode de financement équilibrée.
- Les donateurs extérieurs se font souvent une idée trop optimiste de la capacité des programmes à s'autofinancer et du temps qu'il leur faut pour y arriver.
- Les programmes bien gérés ont tendance à se développer. Même s'ils parviennent à un certain degré d'autonomie, ils continueront à avoir besoin de fonds supplémentaires pour pouvoir s'étendre.
- Les programmes centrés sur les hôpitaux sont capables de devenir autonomes.
- En établissant des partenariats, les SSP et les hôpitaux peuvent accroître leur efficacité respective.

La question de la viabilité reste d'une importance capitale pour les programmes de soins de santé primaires. L'une des sections du chapitre suivant est consacrée à une étude récente sur ce sujet. De nombreuses institutions opèrent encore selon le principe qu'un programme doit être capable de s'autofinancer dans un délai de, disons, six ans. Mais qui paie ensuite les traitements du personnel, l'entretien des véhicules et les achats de médicaments essentiels? En insistant sur la viabilité, on a poussé certains programmes à traiter de préférence les malades qui ont les moyens de payer, et à refouler les pauvres, qui n'ont pas d'argent. Cette question se pose aujourd'hui avec une acuité particulière, à un moment où les ressources financières sont encore plus rares que dans les années 80, et où les principes de la privatisation sont vigoureusement préconisés par les institutions internationales.

Discussion: Luc 16, 1-12. Que se passe-t-il dans cette étrange histoire? Pourquoi le maître félicitait-il le serviteur? D'après votre expérience, est-ce que ce récit a quelque chose à nous dire sur les problèmes du développement durable?

### Santé, guérison et intégralité

En 1975, lors de sa Cinquième Assemblée à



Bert Demmers/Unicef

Nairobi, le COE charge la CMC de "servir les Eglises, de par le monde, en leur donnant la possibilité de travailler à la recherche d'une conception de la santé et de la guérison propre à la foi chrétienne". Pour ce faire, elle doit "explorer toute vue nouvelle sur la conception chrétienne de la vie, de la mort, de la souffrance et de la santé, et encourager la réflexion théologique sur ces vues, afin qu'elles trouvent leur expression dans la manière dont l'Eglise, communauté porteuse de guérison, aborde l'action sanitaire." La CMC est également appelée à "être attentive aux dimensions de plus en plus nombreuses de la guérison, laquelle va bien au-delà du problème posé par la pathologie physique, et à évaluer l'apport des données de la spiritualité, de la sociologie, de la morale et de la psychiatrie". En 1978, répondant à cet appel, la CMC lance un programme visant à étudier la santé, la guérison et l'intégralité (Health, Healing and Wholeness - HHW).

Entre 1979 et 1988, le COE convoque dix colloques régionaux, qui réunissent 814 participants (pasteurs, théologiens et professionnels de la santé) de 95 pays différents. Ces colloques ont lieu aux Caraïbes, en Amérique centrale, en Afrique, en Asie du Sud, en Asie du Sud-Est, dans le Pacifique, en Amérique du Sud, en Amérique du Nord, en Europe et en Asie du Nord-Est. Un séminaire national est organisé en Egypte en 1980, un colloque du Moyen-Orient ayant été déconseillé en raison de la situation politique dans la région à cette époque. Trois colloques ont lieu à Bossey, en Suisse, deux sur la mort et les mourants, et un sur les toxicomanies; enfin une conférence sur le rôle des remèdes à base de plantes dans la santé est organisée à Achimota au Ghana.

Des accoucheuses traditionnelles apprennent le rôle des remèdes à base de plantes au Rwanda.

*Mais qui paie ensuite les traitements du personnel, l'entretien des véhicules et les achats de médicaments essentiels?*

Les résultats de l'étude sont publiés sous la forme d'une brochure fort bien écrite, intitulée "La guérison et l'intégralité: le rôle des Eglises dans le domaine de la santé" (COE, Genève, 1990)

Ces différents colloques révèlent de nouveaux problèmes. Celui de l'Amérique centrale, par exemple, met en évidence l'injustice des structures et ses effets sur la santé. En Afrique, les principales questions qui surgissent sont la médecine traditionnelle et la spiritualité africaine. En Europe, on s'inquiète surtout de l'absence de communautés véritables. La solitude est citée comme l'une des caractéristiques des pays socialistes, où l'Etat se charge de satisfaire les besoins essentiels, et où les gens n'ont pas besoin de s'aider mutuellement. En Europe de l'Est, les pressions exercées sur la population pour qu'elle accepte le matérialisme athée a créé un vide spirituel qui est néfaste pour la santé. A Hong-kong

et dans d'autres sociétés urbaines, les causes principales de mortalité infantile ne sont pas les maladies transmissibles, mais les blessures, les empoisonnements et les cancers. Un délégué de la Suède, pays jouissant d'un des systèmes de sécurité sociale les plus efficaces du monde, déclare: "Nous cherchons de l'amour au milieu de toute cette satanée sécurité".

**Inégalités dans la santé**

Il n'est ni possible ni désirable de passer ici en revue la totalité de cette étude. L'un des messages les plus importants qui s'en dégage est que chaque contexte politique, social et économique est unique en son genre. Il y a cependant trois points - qui nous concernent tous - qui semblent mériter spécialement l'attention de toute organisation chrétienne. La première est l'inéquité du fardeau de la maladie, de l'incapacité et des décès évitables portée par différentes parties du monde. La seconde est l'inégalité des ressources disponibles pour résoudre ces problèmes. La troisième est la difficulté de savoir quelle conception de la santé dicte l'ordre du jour en matière soins. Les citations suivantes, tirées du rapport de l'étude, illustrent bien ces trois points:

*Quatre-vingt-cinq pour cent des 450 millions de personnes dans le monde souffrant d'une incapacité vivent dans les pays en développement, qui ne disposent que de 2% des ressources nécessaires pour soigner ces incapacités.*

*Dans les dialogues sur la santé, il n'existe pas d'anthropologie commune, si bien qu'on peut douter que les médecins et les théologiens/pasteurs regardent vraiment la même personne. La position des Eglises sur les questions d'éthique médicale est déterminée par une conception globale de la vie et de l'importance que lui confère l'incarnation, dont le sens est révélé dans l'Évangile*

James Mc Gilvray, premier directeur de la CMC

Est-il possible que ces observations offrent une alternative aux positions antagonistes ("c'est l'un ou l'autre") qui ont causé tant de divisions au cours des années 80? Peut-être que la réelle solution au problème de la guérison est à la fois politique et spirituelle, à la fois morale et économique. Il se peut que la persistance de deux paradigmes (le modèle médical et le modèle "global", qui s'occupe de la personne entière) soit due au fait que plusieurs facteurs, conceptuellement différents, entrent en jeu lorsqu'une personne est malade, mourante,

*Un délégué suédois déclare: "Nous cherchons de l'amour au milieu de toute cette satanée sécurité".*

**TABLE DES MATIÈRES**

AVANT-PROPOS	1
<b>CHAPITRE 1 QU'EST-CE QUE LA SANTÉ?</b>	1
LA SANTÉ, UNE QUESTION DE JUSTICE	1
LA SANTÉ, UNE QUESTION DE PAIX	2
LA SANTÉ, UNE QUESTION DE SAUVEGARDE DE LA CRÉATION	3
LA SANTÉ, UNE QUESTION DE SPIRITUALITÉ	4
<b>CHAPITRE 2 RÉFLEXIONS THÉOLOGIQUES</b>	6
ENRACINÉS DANS LE DIEU TRINITAIRE	6
LA VIE EST UN DON DE DIEU	6
LES RESSOURCES EN MATIÈRE DE GUÉRISON	9
PRATIQUES DE GUÉRISON	11
L'ÉDIFICATION DE LA COMMUNAUTÉ CHRÉTIENNE	17
SPIRITUALITÉ ET SANTÉ	21
<b>CHAPITRE 3 LA SANTÉ AUJOURD'HUI</b>	27
LA RÉALITÉ DANS LES RÉGIONS "EN DÉVELOPPEMENT"	28
LA RÉALITÉ DANS LES RÉGIONS "DÉVELOPPÉES"	30
SIGNES D'ESPÉRANCE	34
<b>CHAPITRE 4 QUESTIONS ET DÉFIS</b>	36
LA PAROISSE, COMMUNAUTÉ DE GUÉRISON	36
LA PAROISSE, COMMUNAUTÉ DE SOUTIEN	36
LA PAROISSE, LIEU D'ENSEIGNEMENT	37
LA PAROISSE AU SERVICE DE LA JUSTICE, DE LA PAIX ET DE LA SAUVEGARDE DE LA CRÉATION	37
LA PAROISSE ET LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	38
COOPÉRER POUR GUÉRIR	38
<b>CHAPITRE 5 QUESTIONS À ÉTUDIER</b>	40
L'ÉVANGILE, LA THÉOLOGIE ET LA SANTÉ	40
DIALOGUE	41
CRÉER DES COMMUNAUTÉS DE SOUTIEN	42
<b>CHAPITRE 6 UNE VISION, UNE ESPÉRANCE</b>	45
ANNEXES 1-5	

ou handicapée, et que les gens qui discutent afin de déterminer la meilleure thérapie "ne regardent en effet pas la même personne".

Nous sommes des êtres humains qui avons entrepris un voyage spirituel. Nous sommes aussi des êtres spirituels qui voyageons sur le chemin de la vie. Les Eglises existent à la frontière du spirituel et de l'humain. L'incarnation, la crucifixion et la résurrection, concepts qui définissent la foi chrétienne, ne sont pas simplement les expériences les plus profondément physiques, ce sont également les expériences les plus intensément spirituelles. En elles, le divin devient humain et l'humain devient divin. Si cela est vrai et a encore un sens aujourd'hui, comme le croient les chrétiens, la tâche de l'Eglise est alors non seulement de promouvoir et de financer des soins de santé chrétiens, mais aussi de considérer l'engagement à guérir l'individu au sein d'une communauté ayant elle-même besoin de guérison comme une dimension obligatoire de sa vie.

Discussion: Luc 13, 10-17. Ce récit nous parle du ministère de Jésus auprès des personnes marginalisées. Il concerne aussi la nature de la religion officielle. Que vous apprend-il à propos a) des handicapés; b) du ministère de guérison; et c) de l'Eglise?

### L'Eglise porteuse de guérison: quel modèle choisir?

*Au début de cette étude, nous avons posé la question suivante: "Quelle est la caractéristique des soins de santé chrétiens?" Nous nous demandons maintenant si nous ne devrions pas dire plutôt: "Qu'est-ce que Dieu attend de nous, chrétiens?"*

Citation du rapport de l'étude HHW.

Les faits dévoilés par l'étude HHW fournissent de bons arguments en faveur d'un engagement des Eglises elles-mêmes et des communautés chrétiennes dans l'oeuvre de guérison, soit par leurs services extérieurs, soit par leur liturgie, soit encore par leur pratique; elles sont de plus fortement encouragées à profiter de l'expérience d'autres Eglises pour qui la guérison est déjà une priorité. Ces deux points ressortent très clairement des colloques égyptien et africain.

*La guérison et l'affermissement de la communauté, selon la confession orthodoxe, font partie des concepts fondamentaux de pardon et d'eucharistie (Sainte Cène). L'objectif ultime du pardon est de restituer la personne à sa communauté. C'est ce concept qui*

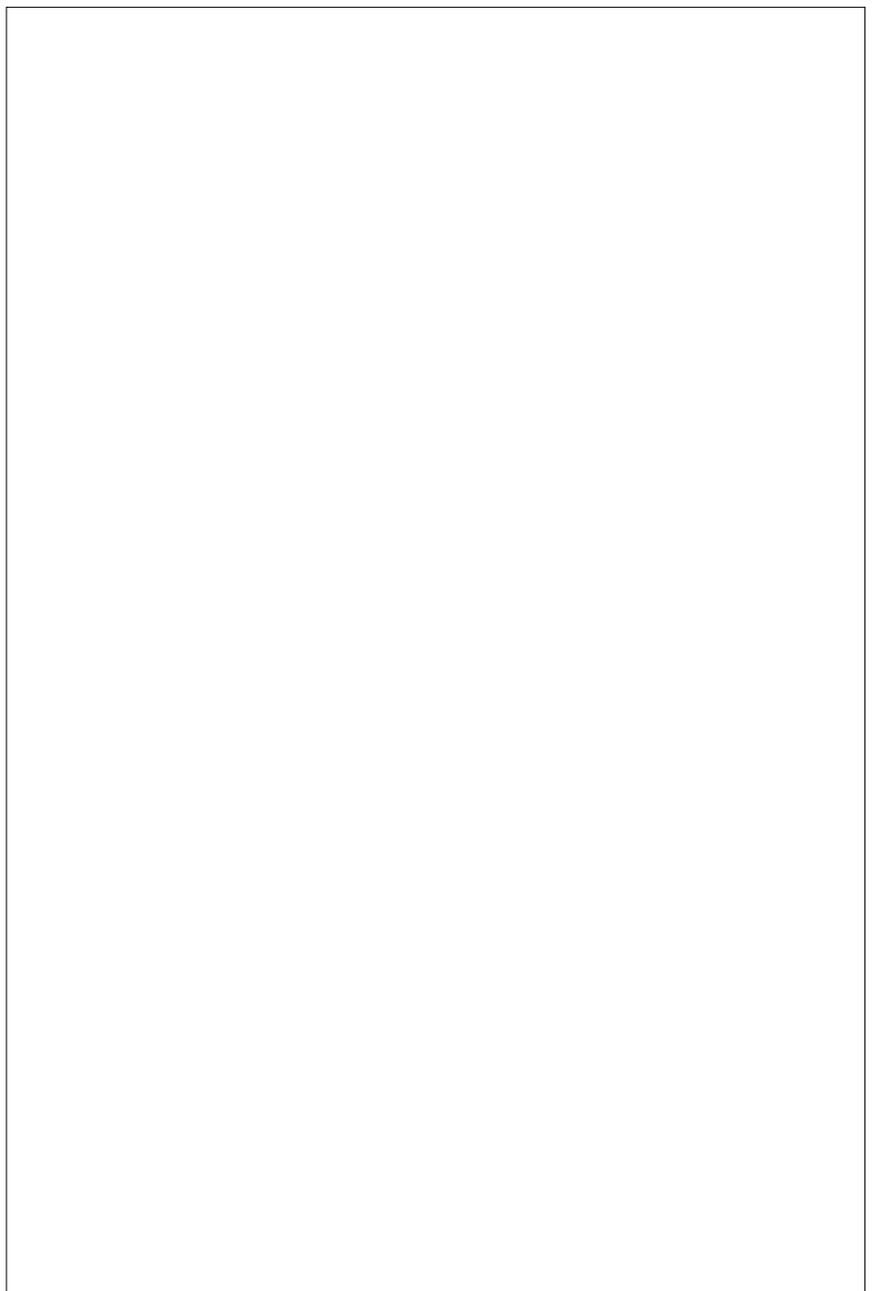
*sous-tend la déclaration de l'absolution dans l'Eglise orthodoxe; cette absolution est donnée non pas à un seul individu mais à plusieurs, et est répétée plusieurs fois dans la liturgie. Pourquoi? Parce que le péché brise la communauté et que le pardon y rétablit des relations saines.*

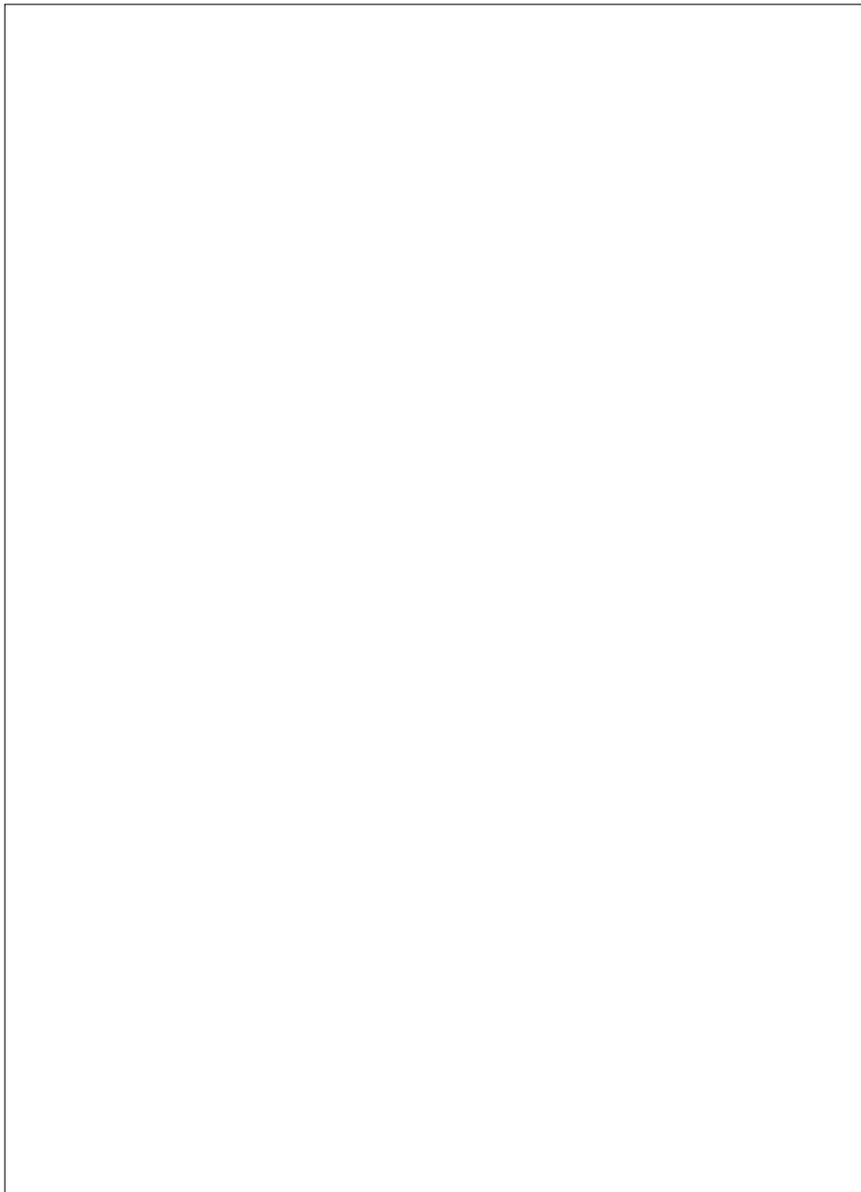
Rapport du colloque égyptien

En juillet 1989, le Comité central du COE se réunit au moment où l'étude est sur le point d'être achevée. "Les Eglises membres", déclare-t-il, "seront invitées à faire des déclarations de principe sur leur rôle dans les soins de santé et la guérison, en réaffirmant le ministère de guérison". Il fait remarquer de plus qu'une telle démarche entraîne "la 'dé-professionnalisation' des soins de santé et de la guérison, et le développement de la capacité de chaque

*...différents facteurs entrent en jeu lorsqu'une personne est malade, mourante, ou handicapée...*

Petit garçon palestinien à l'hôpital Ahli Arab.





Kinshasa: des enfants priant à l'église kimbanguiste

*Il y a de bons arguments en faveur d'un engagement des Eglises elles-mêmes dans l'oeuvre de guérison.*

paroissien à donner des soins". L'expérience menée dans la région de Minahasa, dans l'île de Sulawesi en Indonésie, est un exemple remarquable de ce type d'approche.

*La tâche de guérison de l'Eglise du Minahasa a passé peu à peu aux mains de professionnels de la santé... Nous avons pris conscience de ce qu'il y a d'incomplet à travailler dans l'isolement ou à essayer de représenter toute l'Eglise dans nos activités. C'est pourquoi nous nous sommes efforcés d'établir d'étroits liens de collaboration avec les responsables de l'Eglise. Tandis que de nombreux programmes de santé d'Eglises indonésiennes ont organisé leurs activités sur la base juridique d'une fondation, le service de santé de l'Eglise évangélique chrétienne de Minahasa (Minahasa Evangelical Christian Church - GMIM) dépend de l'autorité directe du Synode et de son conseil, ce qui rend néces-*

*saires une étroite collaboration et des discussions approfondies. A côté de cet aspect structurel, de nombreux membres importants du personnel de l'hôpital sont également anciens d'Eglise, diacres ou membres du Conseil synodal. De cette manière, il est possible d'avoir d'étroites relations entre les activités de santé et celles de l'Eglise, ce qui permet plus facilement de considérer la santé sous un angle qui ne soit pas strictement professionnel.*

Bert A. Supit, *Contact* 81, 1986

Le docteur Supit décrit ensuite les effets de cette participation sur les paroisses de la GMIM. A l'occasion des célébrations de leur cinquantenaire, elles ont entre autres choses ouvert un dispensaire dans un groupe de villages très pauvres, et célébré un grand culte de groupe où plusieurs médecins ont fait des sermons sur le ministère de guérison du Christ. Le personnel de l'hôpital, en collaboration avec le Service de formation des laïcs de l'Eglise et la faculté de théologie, a préparé un petit document de travail intitulé "*The Healing Church*", l'Eglise porteuse de guérison. Plus de 500 membres ont participé aux discussions, afin de se préparer à communiquer le message aux 560 paroisses de l'Eglise de Minahasa. Ils ont également produit une brochure contenant des notes pour des sermons et du matériel pour études bibliques, ainsi que des idées sur des actions pratiques telles que la création de systèmes d'assurance maladie, la construction de latrines, ou des programmes de pesage. On a organisé à l'hôpital même de brefs cours de formation pour les membres de la paroisse, et repensé et relancé l'ancien fonds destiné à la diaconie.

*Les paroisses sont prêtes à agir, mais les connaissances pratiques font défaut. Le personnel du programme de SSP ne peut faire face à cette soif de connaissances et de techniques, car le temps lui manque pour cela... Ainsi les attentes suscitées par nos programmes restent parfois sans réponse immédiate, ce qui, dans certains cas, peut conduire à des frustrations.*

Bert A. Supit, *Contact* 81, 1986

L'expérience de l'Eglise chrétienne évangélique de Minahasa n'est qu'un exemple parmi d'autres des transformations qui peuvent se produire dans la vie d'une Eglise locale lorsqu'elle prend au sérieux le ministère de guérison. Mais même si d'autres Eglises y reconnaissent certains aspects de leur propre situation, les problèmes auxquels les Eglises de Sulawesi ont dû faire face s'insèrent, comme partout, dans un contexte spécifique.

*Les conclusions des colloques régionaux sont comme "un tableau représentant leur conception de la santé. Il en ressort que la santé n'est pas d'abord un phénomène médical. Alors même que "l'industrie de la santé" reproduit et utilise une technologie de pointe coûteuse, il devient de plus en plus évident que la majorité des problèmes de santé de notre planète ne relève pas de ce genre d'approche. Les Eglises sont appelées à reconnaître que la maladie a des causes sociales, économiques et spirituelles autant que bio-médicales. La santé est souvent une question de justice, de paix, d'intégrité de la création, et de spiritualité".*

Extrait de "La guérison et l'intégralité: le rôle des Eglises dans le domaine de la santé", COE 1990.

Discussion: Jean 17, 25-26 (ou le chapitre entier). Jésus demande qu'après son départ l'amour qui existe entre lui-même et le Père soit reflété dans l'amour que se portent les disciples. Quelles conséquences cela a-t-il pour nos Eglises?

### Un nouveau réalisme

Passant en revue l'expérience de la CMC dans les années 80, lors de la réunion de Bridgetown, à la Barbade, en 1993, le docteur Rainward Bastian parle de désenchantement et de tristesse. En effet, les grands espoirs des années 70 n'ont pas été comblés. Il semble y avoir des limites à ce que peuvent réaliser des programmes mondiaux et nationaux. En Europe, un nouveau nationalisme commence à émerger, avec des conséquences désastreuses pour les services de santé, et pour d'autres pays. Dans le monde entier, les restrictions budgétaires imposées aux ministères de la santé sont de plus en plus sévères. Bien des organes de coordination sont en crise, leurs remarquables succès des années 70 s'amenuisent, et la collaboration oecuménique s'affaiblit. Le processus d'inculturation, par lequel les méthodes thérapeutiques traditionnelles et occidentales devaient se rapprocher, est plus lent que prévu. Cela est spécialement vrai en Afrique, où il est lié à la continuation de la dépendance envers le personnel étranger. De même, les activités sanitaires prises en mains par la communauté ou par la paroisse ne s'étendent que lentement. Dans le Nord, au lieu de tirer les leçons de l'expérience du Sud, les communautés ont, dans l'ensemble, perdu de leur cohésion et de leur sens de la responsabilité mutuelle.

Le docteur Bastian n'est pas le seul à parvenir au terme des années 80 avec un

sentiment de tristesse. D'autres personnes, repensant à l'époque le travail de pionnier accompli vers la fin des années 60 et le début des années 70, se demandent ce qui n'a pas marché. Les nobles idées de ces débuts n'ont été réalisées qu'en partie. "Il est temps", déclare-t-il, "de considérer la situation avec un réalisme nouveau".

Les années suivantes vont être consacrées à une réévaluation du passé et à l'établissement de nouvelles priorités; tout en jetant un regard en arrière sur les triomphes passés, on va également se tourner vers l'avenir, avec une vision renouvelée du rôle que peut jouer un réseau sanitaire oecuménique et mondial dans l'histoire jamais achevée du peuple de Dieu.

Exode 16, 1-15. C'est un récit saisissant. Imaginez, à tour de rôle, que vous êtes Moïse, les enfants d'Israël, et Dieu. Quels seraient vos sentiments dans chaque cas? Pourquoi Dieu réagit-il de cette manière? Y a-t-il des moments où vous vous demandez pourquoi vous vous êtes embarqués dans le travail que vous faites? Si oui, comment réagissez-vous dans ces moments d'incertitude?

Thérapies traditionnelles aux Philippines.

