

# LE MEILLEUR DES MONDES ?

*De nombreux pays du Sud croulent sous une dette énorme.*

## La CMC dans les années 90 -

De haut en bas et de gauche à droite:

Tina Pfenninger,  
Diana Smith,  
Fernande (Nanda)  
Chandrasekharan,  
Maria-Victoria (Minnie)  
Carles-Tolra,  
Eva Ombaka,  
Marilu Fornerone,  
Kofi Asante,  
Erlinda Senturias,  
Margareta Sköld,  
Jenny Roske.

## Retour en arrière, regard vers l'avenir

Sur le front politique, les années 90 s'ouvrent avec beaucoup d'espairs. Un monde plus juste et plus pacifique semble être une réelle possibilité. En Afrique du Sud, on aura bientôt un président noir; au Moyen-Orient, une volonté renouvelée de construire la paix s'est fait jour. Le mur de Berlin est tombé, et la guerre froide, qui a causé tant de mal au reste du monde, est enfin terminée.

Pour les habitants les plus pauvres de la planète, ces changements n'ont pas grand intérêt. Les facteurs qui entravent la création de communautés en meilleure santé sont toujours présents. De nombreux pays du Sud croulent sous une dette énorme, et les conditions imposées pour leur réaménagement comprennent entre autres des mesures d'ajustement structurel qui exigent des réductions des dépenses sanitaires, et ont des conséquences désastreuses pour la santé des familles. L'endettement envers la Banque mondiale

limite la marge d'action des gouvernements. La désintégration de l'Union soviétique provoque une perte de confiance dans le socialisme; et prive les opposants au capitalisme de leur patrie idéologique. Le pouvoir croissant des sociétés transnationales et des institutions financières internationales est en train de créer un monde sans frontières, dans lequel les pays pauvres s'appauvrissent, et les personnes marginalisées ont encore moins d'espoir de s'en sortir. Pendant ce temps l'écart entre les riches et les pauvres, et entre les pays riches et les pays pauvres, se creuse au lieu de se réduire.

La Commission médicale chrétienne a toujours souscrit au principe fondamental que le meilleur moyen d'améliorer la santé est de renforcer le pouvoir des communautés, et de leurs membres individuellement, afin qu'ils puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être. La mondialisation restreint cette capacité, parce que ceux qui sont touchés par les problèmes qu'elle crée sont trop éloignés des centres de décisions. Les infrastructures nationales sont prises au même piège que les communautés pauvres elles-mêmes, du fait qu'elles subissent des pressions à l'échelon mondial sur lesquelles elles n'ont que peu d'influence.

Deux des principales activités entreprises par la CMC dans les années '80 portent directement sur ces questions. Le Programme sur les produits pharmaceutiques établit des modèles d'achat de médicaments appropriés et d'un prix abordable, pour remplacer les produits coûteux ou inappropriés qui sont commercialisés ou écoulés à bas prix dans le monde en développement par plusieurs grandes sociétés pharmaceutiques. Le programme en faveur de l'allaitement au sein s'élève contre les pratiques commerciales d'un fabricant multinational de lait maternisé. Ces deux programmes collaborent avec toute une série d'autres organisations, nationales et internationales, officielles et bénévoles, chrétiennes et non chrétiennes. Ils visent tous les deux des points clés où le pouvoir économique mondial a une incidence sur la santé des communautés pauvres. Ces initiatives ont beaucoup à nous enseigner, sur la manière dont une action en faveur de la santé communautaire peut être efficace dans le contexte de la mondialisation.

Mais l'héritage le plus important des années 80, en ce qui concerne la CMC, est l'étude sur la santé, la guérison et l'intégralité. Les réunions régionales ont des répercussions considérables. Si la communauté porteuse de guérison est l'Eglise elle-même, qu'est-ce que cela signifie pour l'action et la réflexion chrétiennes,

pour l'organisation ecclésiale, pour la liturgie, pour le financement? Les implications de cette étude, les possibilités stupéfiantes qu'elle laisse entrevoir, sont presque trop importantes - et en fin de compte trop difficiles - à envisager.

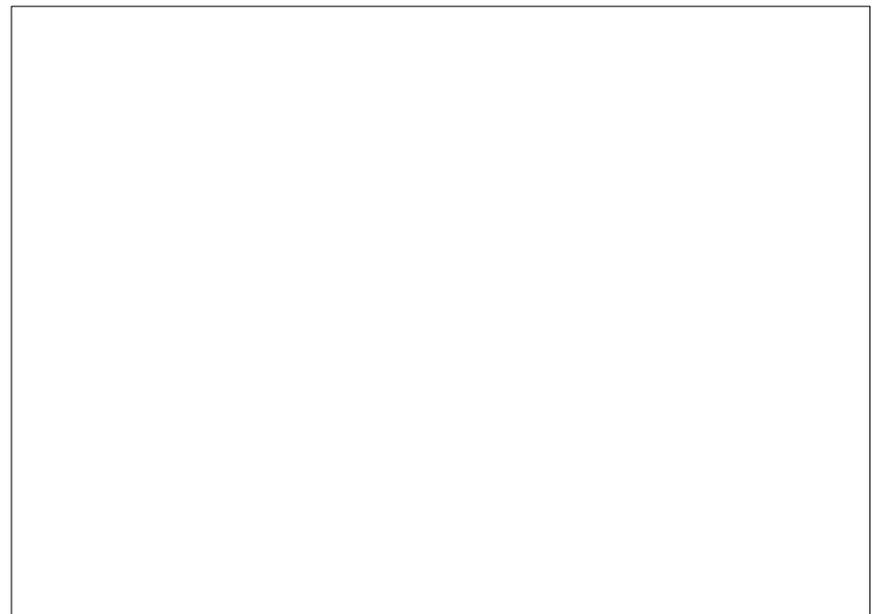
Discussion: Romains 8, 31-39. Quels sont les facteurs extérieurs qui menacent votre travail, ou votre organisation? Quelles "dominations" et quelles "puissances" craignez-vous? En quoi ce passage vous aide-t-il?

### La CMC et son rôle au sein du COE

Lorsque le Conseil oecuménique des Eglises crée la Commission médicale chrétienne en 1968, celle-ci fait partie du secteur "Mission et évangélisation". Après l'Assemblée de Nairobi en 1975, la Commission entre dans le cadre de l'Unité "justice et service". En 1992, une nouvelle réorganisation la replace dans ce qui est maintenant l'Unité II: "Les Eglises en mission: santé, éducation, témoignage". Ce changement reflète en partie l'aspect principal de son travail au cours des années 80, puisque l'étude sur la santé, la guérison et l'intégralité a un rapport si étroit avec la vie des Eglises et des paroisses.

Dès les débuts, la question de savoir quelle est la relation existant entre la CMC et les tâches traditionnelles des Eglises fait l'objet de nombreuses discussions. James McGilvray, dans "The Quest for Health and Wholeness", estime que le *ministère* de la CMC est le *service*, et que tous les deux font partie de la mission globale de l'Eglise. Ce débat n'est pas une simple question de sémantique. Si votre travail est classé sous la rubrique "Justice", ou au contraire "Ministère", cela aura probablement une incidence sur le style et le langage que vous emploierez pour en parler, sur la manière dont vous le ferez connaître, sur les personnes à qui vous vous adressez, sur l'identité des groupes auxquels vous êtes reliés structurellement, et sur la tradition théologique dont sont issus les principes auxquels vous adhérez.

L'activité de la "CMC - Action des Eglises pour la santé" entre aujourd'hui dans le cadre du travail missionnaire du COE. Cela veut dire que les réseaux auxquels elle est rattachée au sein des Eglises membres ne sont plus les réseaux "justice", mais (dans les situations où ces derniers sont structurellement séparés), les réseaux "mission". Heureusement, la plupart des Eglises commencent à comprendre que leurs activités au service de la justice d'une part et de la mission de



l'autre sont si intimement liées qu'on ne saurait les dissocier sans leur nuire gravement. Pourtant le passé exerce encore une forte influence. Malgré la meilleure volonté du monde, il se peut que les priorités des réseaux "justice" et "service" tendent vers l'activisme, le développement, l'organisation de campagnes, et le changement social et politique, alors que celles des réseaux "mission" soient encore dans une large mesure orientées vers la croissance des Eglises et le service dans les pays étrangers.

Si la CMC traverse actuellement une crise d'identité, celle-ci intervient à un moment où le COE est obligé de se réinventer, et où le mouvement oecuménique lui-même est confronté à des mises en question de son rôle et de sa raison d'être. Dans de nombreuses régions du monde, les Eglises traditionnelles voient le nombre de leurs membres décliner, mais surtout, elles ne parviennent pas à attirer une nouvelle génération de paroissiens. Les ressources humaines et matérielles jadis consacrées aux activités oecuméniques servent maintenant à renforcer l'identité confessionnelle.

Si l'Eglise elle-même a un si grand besoin de guérison, qu'est-ce que cela signifie en termes de priorités futures pour un réseau oecuménique voué à "l'action pour la santé"?

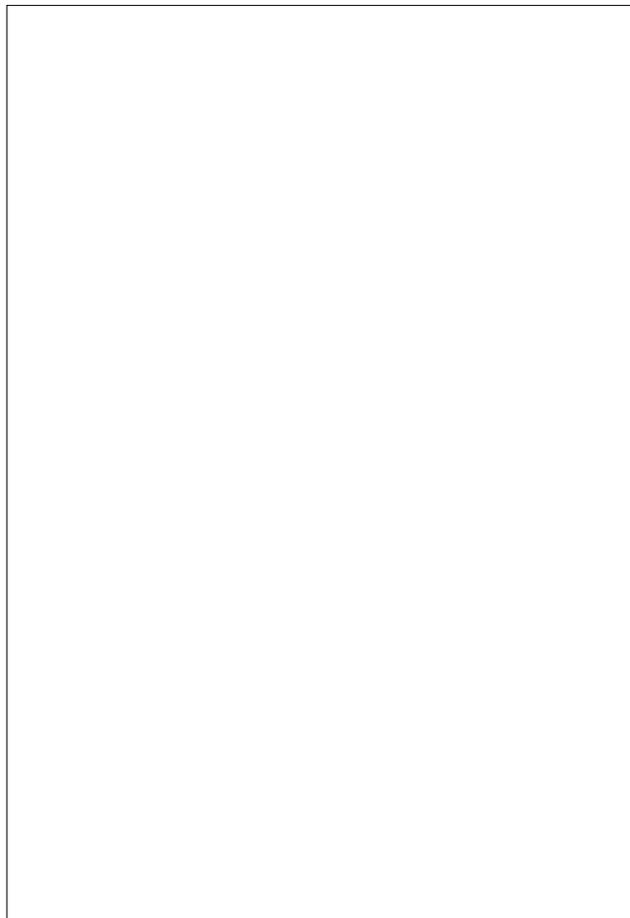
Discussion: Jean 2, 18-22. Le thème de la destruction et du renouveau, de la mort et de la résurrection, revient plusieurs fois dans le Nouveau Testament. Il peut s'appliquer aux institutions et aux organisations aussi bien qu'aux individus et à leur vie spirituelle. Pouvez-vous en citer des exemples tirés de votre expérience? Si oui, où pouvez-vous y détecter la présence de Dieu?

Nelson Mandela, aujourd'hui président de l'Afrique du Sud, rencontre Emilio Castro, secrétaire général du COE, à Johannesburg en 1991.

*Heureusement, la plupart des Eglises commencent à comprendre que leurs activités au service de la justice d'une part et de la mission de l'autre sont intimement liées.*

*Les liens entre le SIDA et la sexualité d'une part, et le SIDA et les structures paternalistes de l'autre, ont fait que les Eglises ont eu beaucoup de mal à accepter ce que la transmission du VIH signifiait pour les chrétiens et pour les Eglises.*

La chapelle du COE décorée avec le ruban-insigne du SIDA pour la réunion du Comité central en septembre 1996.



### Le défi du SIDA

Dans les trente années d'existence de la CMC, aucun problème de santé n'a autant mobilisé l'attention du public que le SIDA. Pour les Eglises, cela a nécessité un sérieux examen de conscience. De nombreuses institutions chrétiennes, obéissant à leur vocation de ministère auprès des malades et des marginalisés, ont choisi de s'occuper des personnes vivant avec cette maladie; mais les liens entre le SIDA et la sexualité d'une part, et le SIDA et les structures paternalistes de l'autre, ont fait que les Eglises ont eu beaucoup de mal à accepter ce que la transmission du VIH signifiait non seulement pour les chrétiens mais aussi pour elles-mêmes. La tâche qui s'imposait à elles était de réexaminer les conditions qui ont favorisé la pandémie, et de mieux comprendre les conséquences pour l'être humain des ruptures de relations et de l'iniquité des structures, ainsi que de l'autosatisfaction et de la complicité dont elles-mêmes avaient été coupables.

En 1994, le Comité central du COE, réuni à Johannesburg, en Afrique du Sud, réclame la formation d'un groupe consultatif chargé d'étudier la question du VIH/SIDA. L'objectif est d'aider le mouvement oecuménique à définir son attitude sur ce

problème dans les quatre domaines de la théologie, de l'éthique, de la pastorale et du rôle de l'Eglise comme communauté de guérison, et enfin de la justice et des droits de l'homme. Cette étude doit inviter les Eglises à être plus honnêtes, plus fidèles et mieux informées, et à offrir un refuge aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. La doctoresse Erlinda Senturias, des Philippines, est chargée de la coordonner.

On nomme un groupe international, composé

de personnalités médicales et non médicales, d'ecclésiastiques, de membres d'organisations religieuses et laïques, tous vivant avec le SIDA ou travaillant d'une manière ou d'une autre avec la maladie. Les participants à cette étude, qui dure deux ans et qui est dirigée par le docteur Christoph Benn, en parlent comme d'un voyage, au cours duquel les "voyageurs", en dépit de différences d'approche irréductibles, découvrent qu'ils sont tout de même parvenus à une grande communauté de vues. Ils décrivent comment ils ont éprouvé un sentiment d'unité et ont été inspirés en s'écoutant les uns les autres, en célébrant des cultes ensemble, et en affrontant à diverses reprises la réalité de la maladie dans des contextes culturels différents.

Le rapport issu de l'étude rassemble les conclusions des quatre groupes de travail (théologie; éthique; justice et droits de l'homme; pastorale et rôle de l'Eglise comme communauté de guérison). Toutes traitent de l'expérience réelle des gens vivant avec le SIDA en divers lieux du globe. Il est impossible, dans cette brève section, de rendre justice à la perspicacité et à la qualité du dialogue manifestées dans ce rapport. On trouvera toutes ces qualités dans la publication du COE de 1997, "Le défi du SIDA: la réponse des Eglises". Je tiens néanmoins à citer in extenso les recommandations contenues dans le chapitre final (voir l'encadré à la page 36).

Cette étude représente l'un des principaux programmes mis en oeuvre par l'ensemble du COE. Si elle est coordonnée par la "CMC - Action des Eglises pour la santé", les participants sont sélectionnés parmi les différents groupes d'intérêts représentés au Conseil. La CMC parraine d'autre part elle-même des initiatives novatrices, et organise des réunions régionales en Asie, en Amérique latine, aux Etats-Unis, en Afrique et en Europe. Enfin, elle soutient la création du Réseau chrétien international "SIDA" (International Christian AIDS Network - ICAN).

En Afrique, les agences médicales protestantes de la Tanzanie, de l'Ouganda et du Zaïre, encouragées par la CMC, mettent en oeuvre un programme expérimental de Recherche appliquée fondée sur la participation (RAP), qui se révèle être un élément essentiel du travail sur le SIDA auquel elles donnent leur appui. L'idée d'un programme de RAP est née de la conviction que les communautés accablées par les problèmes dus au VIH

### Une théologie du point de vue du corps qui souffre et rêve et s'abandonne au Mystère

Il est difficile de ne pas parler à la première personne du singulier. Je ne pense pas que cela trahisse un réductionnisme ou un individualisme exagéré. Chaque fois que nous sommes attentifs à une expérience personnelle, elle nous renvoie à des éléments plus généraux, collectifs.

C'est le cas avec le corps souffrant. Lorsque mon infection est passée au stade aigu, ces dernières années, mon premier sentiment a été de m'identifier par mon corps à celui de tant d'autres gens, dans l'anonymat et la solidarité; à leur souffrance, leur faiblesse, leur résistance à la douleur.

D'une certaine manière, la souffrance m'a amené à reconnaître les limites de mon corps. Il y avait une espèce de décalage entre la vivacité de ma pensée et de ma conscience qui, pleines d'espoir, essayaient de contourner les obstacles, et mon incapacité de commander à mes jambes et à mes pieds, à mon corps souffrant, à la somnolence qui me prenait sans crier gare et à la diarrhée intermittente.

La réponse normale à la douleur et au désespoir de se heurter à des limites, c'est parfois un cri profond, dans le silence ou les larmes, un murmure comme celui qu'évoque Paul dans son image de "la création tout entière (qui) gémit dans les douleurs de l'enfantement" en attendant d'être libérée de ses limites et de sa vulnérabilité (cf. Romains 8). Une sensation de l'inconscient collectif : en un corps, tous les corps. L'expérience personnelle capable de tisser des liens de solidarité, de vous unir à tous les corps qui souffrent. Cette idée est peut-être proche de l'un des chants du serviteur souffrant (Esaïe 53, 1-9): "En effet, ce sont nos souffrances qu'il a portées, ce sont nos douleurs qu'il a supportées, et nous, nous l'estimions touché, frappé par Dieu et humilié" (verset 4). En un corps, tous les corps. Le corps usé, souffrant du monde, le corps opprimé et malmené des pauvres, le corps réprimé et violenté de tant de femmes, les corps sans force ni résistance de garçons et de fillettes...

Il est impossible de ne pas avoir le sentiment que, malgré la particularité de mon expérience, elle s'identifie à celle de millions d'autres. Oui... nous sommes des millions à être *infectés* et *touchés*.

Ernesto Barros Cardoso; extrait de sa déclaration sur "L'expérience de la foi face au désespoir souffrant, la recherche de la guérison et du salut, l'attente de la mort et l'espérance de la résurrection" adressée à l'étude sur le VIH/SID.

a) ont un urgent besoin de consolider leur capacité à faire face à la situation, et b) ont de très fortes raisons de vouloir examiner à fond les facteurs culturels et autres qui nuisent à cette capacité. La Recherche appliquée fondée sur la participation donne aux communautés les moyens de faire leurs propres recherches, de repérer les questions à examiner, et de mettre au point des stratégies pour trouver des solutions. Cette méthode est décrite en détail dans un nouveau manuel, excellent et clairement présenté, intitulé "Confronting AIDS Together", qu'ont publié récemment Anne Skjelmerud et Christopher Tsubira, directeur du projet à Kagoma, en Ouganda.

*Dans le contexte de la pandémie de SIDA, la subordination des femmes est devenue un problème urgent qui menace gravement la santé publique.*

Jonathan Mann, ancien directeur du Programme mondial de l'OMS sur le SIDA.

Le programme sur les femmes, la santé et le défi du VIH est un autre des principaux projets entrepris par la CMC; il réunit des programmes en cours d'exécution au Brésil, en Argentine, au Costa Rica, au Chili, en Inde, en Thaïlande, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Ouganda, au Zaïre, en Tanzanie et aux Etats-Unis. On découvre que les attitudes à l'égard des femmes sont si profondément enracinées dans la culture des communautés qu'il est presque impossible à un individu, presque partout dans le monde, de modifier son comportement, sauf si la communauté elle-même a décidé en principe qu'il fallait que les choses changent. On espère pouvoir présenter ces conclusions au Forum d'ONG

*La Recherche appliquée fondée sur la participation donne aux communautés les moyens de faire leurs propres recherches, de repérer les questions à examiner, et de mettre au point des stratégies en vue de trouver des solutions.*

Une femme pleure son mari, ses enfants pleurent leur père.

## CE QUE LES EGLISES PEUVENT FAIRE

### A. La vie des Eglises: réactions au défi du VIH/SIDA

1. Nous demandons aux Eglises d'offrir un climat d'amour, d'acceptation et de soutien à ceux qui sont vulnérables au VIH/SIDA et qui en souffrent déjà. Cela pourrait se concrétiser dans le cadre des cultes réguliers où l'on ménagerait des espaces pour que ces questions puissent être soulevées, par l'organisation de célébrations spéciales (par exemple à l'occasion de la journée mondiale du SIDA le 1<sup>er</sup> décembre), par le biais de groupes de soutien ou de visites aux personnes touchées par le VIH/SIDA.
2. Nous demandons aux Eglises de réfléchir ensemble au fondement théologique de leur action face aux problèmes posés par le VIH/SIDA.
3. Nous demandons aux Eglises de réfléchir ensemble aux questions éthiques posés par le VIH/SIDA, et de soutenir ceux de leurs membres qui, en tant que professionnels de la santé, sont confrontés à des choix éthiques difficiles dans le domaine de la prévention et des soins.

### B. Le témoignage des Eglises par rapport aux causes et aux effets immédiats du VIH/SIDA

1. Nous demandons aux Eglises d'oeuvrer pour une meilleure prise en charge des personnes touchées par le VIH/SIDA.
2. Nous demandons aux Eglises d'accorder une attention particulière à la situation des enfants de tous âges qui sont touchés par le SIDA et de chercher comment créer autour d'eux un environnement qui les soutienne.
3. Nous demandons aux Eglises d'aider à sauvegarder les droits des personnes touchées par le VIH/SIDA et d'étudier, de définir et de promouvoir ces droits par le biais des dispositifs existant aux échelons national et international.
4. Nous demandons aux Eglises de favoriser l'échange d'informations correctes concernant le VIH/SIDA, de

favoriser des discussions ouvertes et de lutter contre la désinformation et contre la peur.

5. Nous demandons aux Eglises de plaider pour que les gouvernements et les institutions médicales consacrent davantage de fonds à la recherche de solutions aux problèmes médicaux et sociaux que pose la pandémie.

### C. Le témoignage des Eglises par rapport aux causes et aux acteurs à long terme qui favorisent la propagation du VIH/SIDA

1. Nous demandons aux Eglises de reconnaître le lien entre SIDA et pauvreté, et de préconiser des mesures favorisant un développement équitable et durable.
2. Nous leur demandons instamment de prêter une attention toute particulière aux situations qui rendent les individus plus vulnérables au SIDA, telles que la migration pour raisons économiques, les déplacements massifs de réfugiés, et le commerce du sexe.
3. En particulier, nous demandons aux Eglises de travailler avec les femmes qui luttent pour obtenir le plein respect de leur dignité et faire valoir leurs capacités dans toutes leurs dimensions.
4. Nous demandons aux Eglises de faire un travail de sensibilisation auprès des jeunes et des hommes pour qu'ils se sentent concernés par le problème et contribuent à empêcher la propagation du SIDA.
5. Nous demandons aux Eglises de chercher à comprendre plus pleinement le don de la sexualité humaine dans les contextes de la responsabilité personnelle, des relations, de la famille et de la foi chrétienne.
6. Nous demandons aux Eglises de s'attaquer au problème de la toxicomanie et au rôle que celle-ci joue dans la propagation de VIH/SIDA, et de prendre à l'échelon local des mesures en matière de soins, de désintoxication, de réinsertion et de prévention qui permettront d'y faire face.

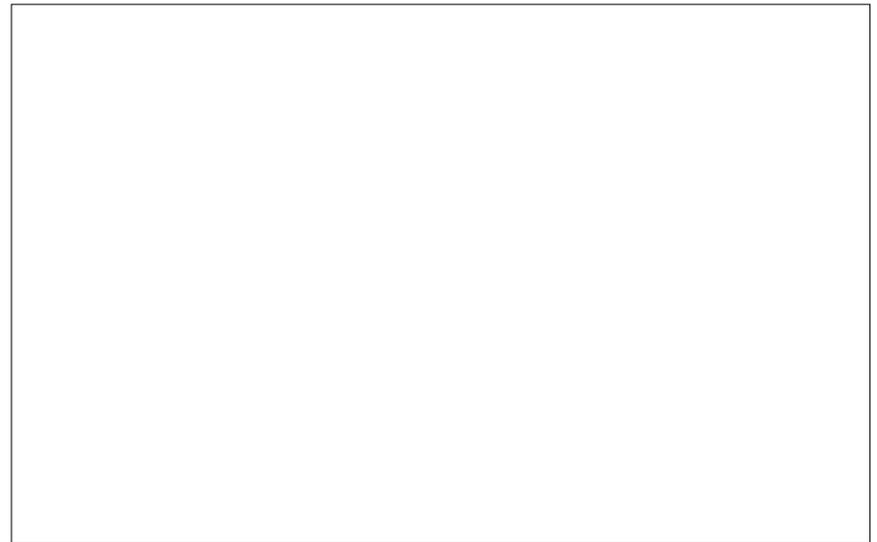
*Nous demandons aux Eglises d'offrir un climat d'amour, d'acceptation et de soutien.*

de la Conférence des Nations Unies sur les femmes à Beijing, mais cela n'est pas possible, et le groupe se réunit en même temps que la conférence de Beijing, à Vellore, en Inde. Les conclusions du programme, accompagnées des récits de plusieurs des participants, sont publiées dans "Love in a Time of AIDS", par Gillian Paterson (COE 1996, Orbis 1997).

Le fait que la pandémie du SIDA ait donné à la CMC l'occasion de mettre en pratique ce qu'elle avait appris au cours des vingt années précédentes s'explique par plusieurs raisons.

1. Les réseaux de la Commission ont toujours reconnu le lien entre mauvaise santé, pauvreté et marginalisation, et essayé d'encourager le changement.
2. Les rapports sexuels, et plus généralement notre comportement sexuel, font partie de notre héritage culturel. Ils sont par conséquent très difficiles à modifier. La CMC a toujours insisté sur le rapport existant entre la santé et la nécessité de développer et de renforcer la communauté.
3. A l'heure actuelle, il n'existe aucun remède à cette maladie. Le SIDA nous oblige donc à revoir notre conception de la guérison. Peut-être la guérison consiste-t-elle après tout à vivre dans l'assurance que vous êtes aimé et accepté, et à mourir avec dignité, dans une communauté en paix avec elle-même. Ce sont là des questions que la CMC a examinées dans le programme "Santé, guérison et intégralité".

Beaucoup d'Eglises ont bonne réputation pour ce qui concerne la mise sur pied de programmes de soins et de conseils aux personnes touchées par le SIDA, et les programmes de soutien aux personnes qu'elles ont à charge. Ce qui est moins facile à accepter, c'est la mesure dans laquelle les Eglises elles-mêmes incarnent la complexité des facteurs qui contribuent à la propagation de la maladie. Elles ont tendance à être hiérarchiques et patriarcales, elles ne sont pas très accueillantes aux personnes marginalisées ou stigmatisées par la société, elles ont du mal à reconnaître l'importance de la sexualité, et pour la plupart d'entre elles, le ministère de guérison n'est pas une priorité. La documentation extraordinairement riche qui résulte des programmes du COE sur le VIH/SIDA représente un immense défi pour l'Eglise et la théologie morale, dont on n'a pas



L. Gubb/OMS

encore pleinement saisi la portée. Il y a là néanmoins des enseignements à tirer pour l'interprétation chrétienne de la santé et de la guérison, et le rôle que peuvent jouer les Eglises pour y contribuer.

Discussion: Jean 11, 32-46. Ernesto Cardoso était un théologien laïc brésilien qui est mort du SIDA en 1995. Vivre avec la maladie lui a permis de s'identifier fortement avec Lazare, pourrissant dans sa tombe et ramené à une vie nouvelle par Jésus. Comment cela est-il possible? Comment "une vie nouvelle" est-elle possible, même pour quelqu'un qui est mourant?

### Mise en valeur du potentiel local

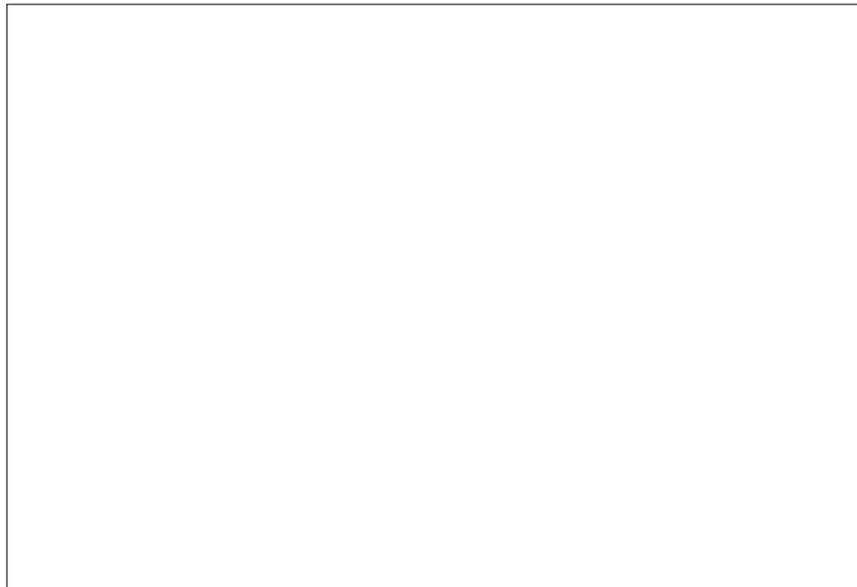
*Je pense que l'élément-clé est une analyse de situation faite par la communauté elle-même... En s'attaquant aux problèmes de santé, les gens commencent à se faire une idée de leur pouvoir d'influer au moins sur certains aspects de leur vie. Dans le courant de leur analyse de la situation, de la détermination des causes de la mauvaise santé, ils passent peu à peu du souci d'action curative à une perspective préventive et, finalement, se lancent dans l'action socio-politique.*

Extrait d'un entretien avec David Werner, auteur de "Là où il n'y a pas de médecin" Contact 120, 1993

On entame la décennie avec le sentiment que l'on n'a pas fait suffisamment de progrès dans l'établissement de soins de santé gérés par la communauté, et avec la crainte que des problèmes de viabilité vont entraver encore davantage le processus. Il s'agit donc de développer le potentiel local et d'encourager l'autonomie des communautés, afin de les rendre moins dépendantes de l'aide extérieure. En 1987, au Zimbabwe, une série de ma-

Les femmes rejetées à cause du SIDA trouvent refuge dans un foyer spécial dirigé par des soeurs de l'ordre de Mère Teresa.

*Il s'agit de développer le potentiel local et d'encourager l'autonomie des communautés, afin de les rendre moins dépendantes de l'aide extérieure.*



Un cours de formation communautaire en Amérique latine

*"La formation en vue de la transformation" a pour but de rassembler les gens et de leur donner les outils nécessaires pour s'attaquer efficacement aux problèmes auxquels ils doivent faire face dans leur lieu de vie.*

nuels radicalement différents est publiée à l'intention des communautés. Ces ouvrages, préparés par des soeurs catholiques romaines, sont basés sur les méthodes élaborées par Paolo Freire et utilisées en Amérique latine. "La formation en vue de la transformation" a pour but de rassembler les gens et de leur donner les outils nécessaires pour s'attaquer efficacement aux problèmes auxquels ils doivent faire face dans leur lieu de vie.

Dan Kaseje, alors directeur de la Commission, comprend l'utilité de ces méthodes pour la famille de la CMC. Premièrement, les professionnels de la santé ont rarement la formation ou l'expérience nécessaires pour créer des modèles de direction et développer le potentiel local. Il faut donc sélectionner et former des membres de la communauté, qui joueront le rôle d'animateurs. Deuxièmement, bien des dirigeants d'Eglise ne comprennent pas la méthode participative, et la considèrent plus comme un mystère ou un danger que comme une ressource précieuse. Et finalement, à quelques exceptions près, rien ou presque n'a été fait pour changer les priorités dans la formation des médecins, ou pour exposer les étudiants en médecine (qui en général viennent de familles des classes moyennes) à la réalité de la vie dans des communautés pauvres.

### Réunions de groupes de réflexion

En 1989, la CMC crée un groupe international de réflexion sur la promotion de la santé prise en mains par la communauté, et en 1990, des groupes régionaux et sous-régionaux semblables se réunissent au Bénin, aux îles Salomon et à Amsterdam. Les participants organisent ensuite une série d'ateliers de formation

pour animateurs, notamment au Bénin, en Sierra Leone, au Zaïre et au Cameroun. En Sierra Leone et au Libéria on ouvre également des ateliers aux responsables d'Eglise. Ces réunions visent à donner aux participants l'occasion de se familiariser avec les méthodes utilisées pour la mise en valeur du potentiel local, et à les aider à préparer des ateliers destinés à leurs communautés locales respectives.

*Parmi les ressources disponibles, il nous faut mentionner des méthodologies telles que l' "educación popular de salud" (l'éducation sanitaire populaire) d'Amérique latine, les méthodes participatives de formation sanitaire en usage aux Philippines, en Inde et au Japon, et les méthodes sanitaires communautaires venues d'Afrique (AMREF). Le processus éducatif s'inscrit dans le contexte local et prend en compte les différences culturelles et sociales de chaque région. La valeur de la méthode participative réside dans le fait qu'il s'agit d'un processus, d'un mouvement bien vivant, qui s'appuie sur l'expérience des gens et s'en nourrit, et qu'il ne s'agit pas de techniques imposées.*

Rapport sur la mise en valeur du potentiel local, par Margareta Sköld

*Appartenir à la famille de la CMC m'a permis d'ouvrir des espaces, de sorte que des gens qui étaient très isolés en raison de la situation nationale en Argentine ont pu échanger leurs expériences. Dans mes contacts avec des gens au Chili, en Uruguay, au Paraguay et au Brésil, j'ai appris combien il était important de découvrir quelle était leur expérience personnelle et de discuter de problèmes communs, et comment forger des liens de solidarité.*

Mabel Filippini, directrice de CEASOL (Asociación del Centro Ecueménico de Acción Solidaria), Buenos Aires, Argentine.

*Les participants entament leur apprentissage à l'atelier en échangeant les expériences faites dans leurs communautés et leurs organisations respectives. Les animateurs et les conseillers techniques aident à gérer le flot de la communication entre les participants. L'expérience d'apprentissage ne peut se réussir que si les participants apprennent à échanger honnêtement entre eux, à écouter ce que les autres ont à dire, et à s'exprimer librement.*

*Nous aimerions croire que la formation que nous proposons à l'AHl (Asian Health Institute) ne vise pas seulement à accroître les connaissances: elle cherche aussi à offrir un espace où*

*échanger expériences concrètes et points de vue, succès, échecs et lacunes, mais aussi rêves, visions, solutions de rechange et plans d'action qui visent à promouvoir le changement, à partir de l'individu lui-même, dans la lutte menée pour améliorer les conditions de vie de la base. La formation a pour but d'amorcer un changement personnel, de renouveler la conviction d'être plus utiles aux gens, grâce à un changement d'attitude et à l'affinement des facultés critiques et de la compréhension des phénomènes sociaux. Il ne peut y avoir de changement social sans transformation personnelle de ceux qui en sont les catalyseurs, mais aussi de ceux qui en sont les sujets. Nous nous référons ici à un processus d'éducation en vue de la libération fondé sur la "philosophie de l'éducation" de Paolo Freire.*

Yoshi Ikezumi, secrétaire exécutif,  
Asian Health Institute, Aichi, Japon  
Contact 120, 1993

Les participants à ces réunions régionales parlent de leurs effets libérateurs. Faire partie d'un mouvement non seulement local, mais mondial, est une expérience exaltante. Même si la clé du succès est la capacité d'opérer dans un contexte particulier, il est néanmoins devenu évident qu'il y a beaucoup à apprendre de ces rencontres interculturelles. Les entretiens de pays du Sud avec des experts du Sud, et le dialogue Sud-Sud lors de ces réunions se révèlent extrêmement utiles. Dans le cours de 1991, la CMC engage une consultante, la docteure Patricia Nickson, à qui elle demande de promouvoir et de coordonner le programme auprès des Eglises membres et des agences de coordination en Afrique, tout spécialement dans les pays francophones. Sa tâche est d'aider les Eglises locales à organiser des ateliers et des séminaires, et à explorer les divers moyens possibles de mettre sur pied des cours d'éducation sanitaire pour la communauté. Souvent, la seule option pour les étudiants est d'aller suivre une formation en Europe: exercice coûteux, et pas toujours approprié aux besoins des gens qui travaillent au niveau local. C'est pourquoi en 1992, on crée à Nyankunde, dans le nord du Zaïre (aujourd'hui République démocratique du Congo), l'Institut panafricain de santé communautaire, en collaboration avec l'Ecole de médecine tropicale de Liverpool, Angleterre. Cet Institut offre des cours d'une durée de trois mois, et facilite l'organisation d'ateliers et de conférences en Afrique francophone.

En 1991, une conférence régionale se tient à Quito, et débouche sur la création de

réseaux locaux en Amérique du Sud. Entre 1992 et 1994, on organise à Tahiti, à Tonga et à Kiribati et aux îles Cook, des ateliers qui sont suivis de toute une série d'activités. Enfin, en 1993, la CMC organise en Suède, avec les Eglises locales, un atelier de formation en vue de la transformation.

Discussion: Ezéchiel 37, 1-14. Dans cette histoire remarquable, Dieu se sert d'Ezéchiel pour restaurer la vie et l'intégralité d'une nation en train de se désagréger. Il s'agit d'un rêve, mais la chair et les nerfs sont réels, comme le sont les plans de Dieu pour son peuple. Y voyez-vous des parallèles avec votre propre expérience? Il y a peut-être des situations où une vie nouvelle est apparue, ou d'autres dans lesquelles on en a désespérément besoin.

### **Liens et partenaires essentiels**

*Heureux sont ceux qui font preuve de souplesse, car ils ne pourront pas être déformés.*

Elizabeth Sele-Mulbah, ancienne directrice exécutive de l'Association sanitaire chrétienne du Libéria

Cette section traite de l'une des réunions du groupe de réflexion, à laquelle participent principalement des représentants d'un seul continent. Je vais y consacrer une section entière parce qu'elle a abouti à la création en Afrique d'un réseau qui aura peut-être des enseignements à apporter aux Eglises et aux professionnels de la santé d'autres régions.

En octobre 1995, la CMC-Action des Eglises pour la santé convoque un colloque à Harare, auquel elle invite des représentants des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ainsi que la docteure Hari John, pionnière du mouvement en faveur des soins de santé pris en mains par la collectivité en Inde. L'objectif de la réunion, qui est organisée par Dan Kaseje et

*Les entretiens de pays du Sud avec des experts du Sud, et le dialogue Sud-Sud lors de ces réunions, se révèlent extrêmement utiles.*

Dan Kaseje, ancien directeur de la CMC.

*Il semble que le plus urgent soit de faire preuve de souplesse, de ne pas s'affoler...*

Margareta Sköld, est d'établir des réseaux et des structures capables d'assurer la viabilité et l'efficacité de l'action communautaire pour la santé en Afrique jusqu'au 21<sup>ème</sup> siècle. Le colloque a pour thème: "La viabilité des soins de santé pris en mains par la collectivité au-delà de l'an 2000: liens et partenaires essentiels".

Le moins qu'on puisse dire à la lecture des rapports de ce colloque, c'est que nous sommes face à un groupe de personnes qui cherchent à promouvoir les soins de santé à base communautaire dans un climat extrêmement hostile. Dans les tentatives qu'ils font pour mettre sur pied des programmes sanitaires ou autres, leur ordre du jour leur est dicté par des réactions instinctives aux problèmes de la guerre, de la sécheresse, du SIDA, de l'instabilité politique, de la pauvreté

*afflux de réfugiés. Rétrospectivement, nous avons discerné trois priorités pour l'avenir. Premièrement, il faut une planification préalable des catastrophes. Deuxièmement, les demandes d'assistance doivent être envoyées le plus rapidement possible. Troisièmement, il est essentiel d'offrir un soutien au personnel des secours d'urgence.*

Patricia Nickson, directrice de l'IPASC, République démocratique du Congo.

*Lorsque les flots de réfugiés traversaient la frontière du Rwanda et du Burundi pour entrer dans le village de Ngara, dans l'ouest de la Tanzanie, la Croix-Rouge tanzanienne a été la première agence à s'occuper d'eux sur place. Plus tard, une équipe de la Croix-Rouge allemande est arrivée et a pris la situation en mains sans même en discuter avec les Tanzaniens. Une fois la crise passée, elle est rentrée en Allemagne, laissant à la Croix-Rouge tanzanienne le soin de résoudre tous les problèmes associés à l'intervention, d'organiser le rapatriement des réfugiés, et de fixer la compensation à payer aux habitants de la région.*

Alice Mmari, directrice du programme de soins de santé à base communautaire, Croix-Rouge tanzanienne

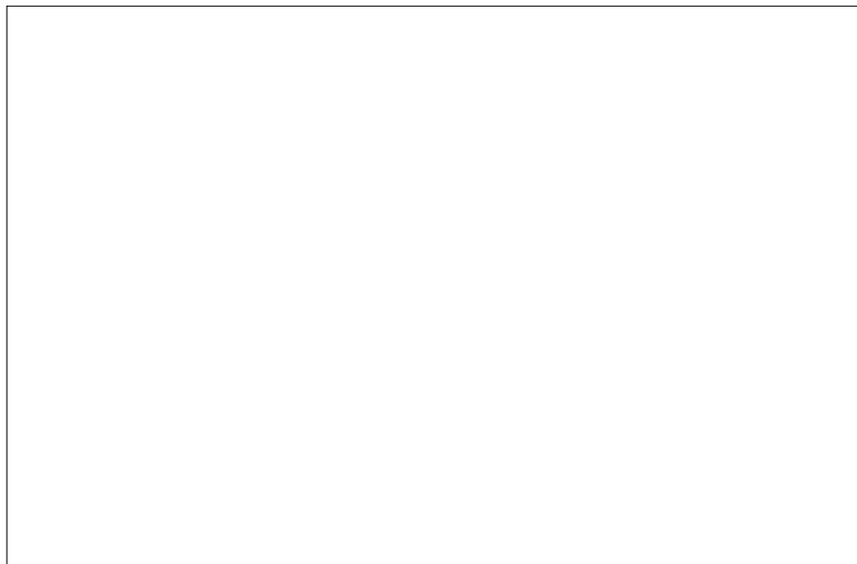
*On aurait pu encourager les gens à s'organiser dès le début. Il est nécessaire de souligner que, quelle que soit la situation, les gens doivent se prendre en charge.*

Elizabeth Sele-Mulbah, CHAL, Libéria

*Si l'on avait laissé les guérisseurs traditionnels dispenser des soins aux réfugiés (au Mozambique), on aurait pu établir un programme qui aurait été mieux compris par les bénéficiaires, et qui leur aurait certainement permis de s'aider eux-mêmes.*

Rapport d'un participant à la réunion de Harare, qui avait travaillé au Mozambique

*La guerre (au Libéria) nous a appris que le processus de guérison et de réconciliation doit être mis en train le plus tôt possible. Sinon, de fausses cicatrices se forment, qu'il faut ensuite ouvrir pour que la guérison puisse commencer. Le programme devrait être centré sur la justice, la réconciliation, le pardon, la restauration de la dignité, et par-dessus tout l'affermissement de l'espoir et du bien-être spirituel. L'une des tâches prioritaires est sans aucun doute d'éduquer les groupes de jeunes et les responsables*



Des réfugiés rwandais attendent de pouvoir traverser un pont qui les mènera au Zaïre.

croissante et du sous-développement chronique. Bien souvent dans ces situations, on ne peut espérer aucune amélioration immédiate. Sur un continent qui paraît avoir été récemment frappé sans merci par toutes sortes de catastrophes, comment entreprendre quoi que ce soit dans le domaine de la mise en valeur du potentiel local? Il semble que le plus urgent soit de faire preuve de souplesse, de ne pas s'affoler, de se préparer pour une longue lutte, et d'être disposé à interpréter la santé dans son sens le plus large.

Je laisserai maintenant la parole aux participants eux-mêmes.

*De la cour de l'Eglise, nous voyions s'avancer ce qui s'est révélé être un million et demi de réfugiés (rwandais). Dans la panique initiale, je ne me suis pas rendu compte que l'on ne me demandait pas de m'occuper de cet*

*communautaires afin qu'ils puissent  
"gérer" la paix.*

Extrait du rapport de la réunion  
de Harare

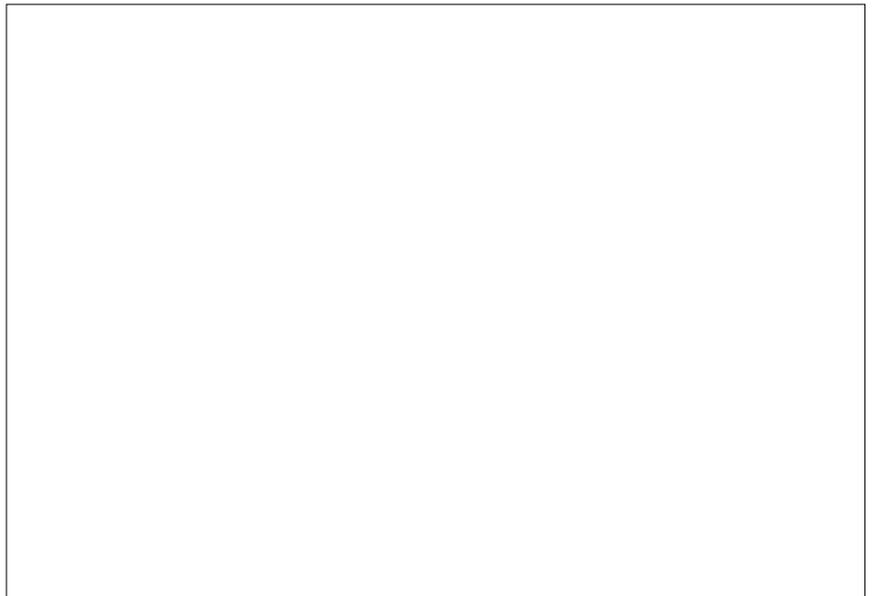
*Quelle journée formidable ce sera  
lorsque nos écoles et nos hôpitaux  
auront tout l'argent dont ils ont besoin,  
et que l'armée sera obligée d'organiser  
une vente de charité pour s'acheter un  
missile!*

Busisiwe Mabato Gcabashe,  
du Programme sud-africain de  
formation au développement

Dans un contexte de guerre et de troubles politiques, les facteurs qui déterminent la viabilité d'un programme de soins de santé pris en mains par la communauté ressortent très nettement. Regardez les citations précédentes. Patricia Nickson décrit comment on se sent obligé de tout faire, alors que ce qui est vraiment nécessaire, c'est de définir une stratégie, de demander de l'aide, et de soutenir les personnes qui font le travail. Alice Mmari décrit ce qui se passe lorsque des institutions extérieures ne tiennent aucun compte des groupes locaux, qui seront ensuite considérés comme responsables. Elizabeth Sele-Mulbah souligne combien il est important dès le départ d'encourager les gens à sentir que c'est à eux, en fin de compte, de se prendre en charge. Pour le participant qui avait travaillé avec des réfugiés au Mozambique, la vie dans les camps avait démontré les limites de la médecine occidentale, et révélé qu'il était essentiel de reconnaître la valeur des guérisseurs traditionnels, de les encourager et de les soutenir, et d'établir des systèmes thérapeutiques traditionnels dans les camps. L'expérience du Libéria, du Rwanda, du Mozambique et de l'Afrique du Sud donne à penser que la réconciliation est l'un des aspects clés de la guérison, et que l'éducation en vue de la paix constitue une partie essentielle de la formation des agents sanitaires dans les régions où les conflits sont une réelle possibilité.

### **La santé en temps de catastrophe**

En lisant ces témoignages, il est difficile de discerner des preuves de l'existence d'un "modèle médical". Mais les thèmes qui reviennent à plusieurs reprises sont la réconciliation, le pardon, la dignité humaine, l'espoir et la guérison spirituelle, considérés comme les fondements mêmes de la santé. Se peut-il que les souffrances des années 90 soient porteuses d'enseignements dont nous pourrions dégager des perceptions nouvelles, qui nous feront entrer dans le nouveau millénaire avec une vision et une espérance qu'aucun comité, à Genève ou ailleurs, n'aurait pu inspirer?



Diana Smith

Kambale Kavuo, de l'Afri-CAN,  
se prépare pour la séance de  
formation du lendemain matin.

Le colloque formule des lignes directrices utiles sur la santé communautaire en temps de guerre, et sur la préparation des communautés en temps de catastrophe. Il distingue certaines leçons à tirer des changements politiques survenus. Il examine la valeur de la recherche appliquée fondée sur la participation, et énonce quelques principes permettant d'assurer la viabilité. Il est prêt à ce moment-là à regarder vers l'avenir.

Ce dont l'Afrique a besoin, c'est d'un réseau de services sanitaires pris en mains par la communauté s'étendant à tout le continent. L'objectif global est de créer des conditions favorables à l'établissement de ce type de soins, aux niveaux local, national et continental; cela nécessitera la mobilisation de toutes les ressources humaines et matérielles, à tous les niveaux. Ce réseau sera soutenu par le COE, la CMC-Action des Eglises pour la santé, et par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les activités de base seront la formation, la défense des droits, la mobilisation des ressources, et l'évaluation. Ce nouveau réseau est baptisé l'Africa Community Action Network for Health (Afri-CAN).

L'une des clés du succès sera la création de partenariats avec des alliés potentiels. Il existe en effet beaucoup d'autres groupes qui s'intéressent à la santé. Pour être viable, le réseau devra s'appuyer sur un éventail aussi large que possible de partenaires, par exemple des organisations civiles, des Eglises et autres organisations religieuses, des groupes non structurés, des partenaires extérieurs, ou des agences et institutions gouvernementales.

*Ce dont l'Afrique a  
besoin, c'est d'un réseau  
de services sanitaires  
pris en mains par la  
communauté s'étendant  
à tout le continent.*

Il n'est cependant pas question de libérer les gouvernements de leur responsabilité en ce qui concerne la santé de la population: cela reste leur affaire. Il faut exiger de l'Etat un minimum de soutien et de financement pour les activités liées aux soins de santé à base communautaire.

*...Mais la dépendance vis-à-vis des gouvernements et des donateurs extérieurs n'aboutit à rien de durable.*

Hari John, Asian Network for Innovative Training Trust

*L'Afri-CAN s'engage à faciliter la libération du potentiel des gens, afin qu'ils puissent transformer les situations qui les empêchent de parvenir à la santé dans sa plénitude.*

Exposé de la mission du réseau de l'Afri-CAN

*Ce dont l'Afrique a besoin, c'est d'un réseau de services sanitaires pris en mains par la communauté s'étendant à tout le continent.*

Le chemin ne sera pas facile. L'Afrique est composée de nombreux pays et de nombreuses cultures, et la pénurie de fonds y est chronique. Malgré tout, trois ans après, la vision demeure. Le réseau produit du matériel pédagogique, organise des cours, et facilite l'accès aux ressources. Il publie une revue intitulée "Initiatives in Community Action for Health", offre une formation aux groupes locaux qui désirent collaborer à cette publication. Il coordonne un système de soutien technique aux programmes, et apporte des idées et une solidarité. L'Afri-CAN est important pour chacun, parce qu'il est véritablement africain, qu'il reflète des situations et des points de vue africains, et enfin qu'il est géré en Afrique, par des Africains. L'élaboration de modèles régionaux efficaces, basés dans la région, va être décisive pour le prochain chapitre de l'histoire du COE; mais on voit difficilement comment ces modèles pourront durer sans un apport considérable de fonds de la part des Eglises et d'autres donateurs.

Discussion: Marc 6, 31-44. Les disciples demandent à Jésus de faire quelque chose pour la foule

affamée. Jésus leur répond que c'est à eux de le faire. Mais cela semble impossible. Le moment décisif dans l'histoire vient lorsque Jésus rend grâce pour ce qu'ils ont. Voyez-vous là un parallèle avec l'histoire de l'Afri-CAN? Comment ce récit vous aide-t-il à trouver des solutions à vos problèmes, dans la situation où vous vous trouvez?

### Bâtir l'avenir

Pourquoi se fait-il que parfois une institution prospère, alors qu'une autre semble être perpétuellement au bord de la crise? Le docteur Kofi Asante, secrétaire exécutif du COE chargé de la santé, s'apprête à mettre le point final à une étude qui espère apporter des réponses à cette question à propos des hôpitaux chrétiens: une étude qui contient d'importantes leçons pour quiconque travaille dans le domaine des soins de santé dispensés par les Eglises, où que ce soit.

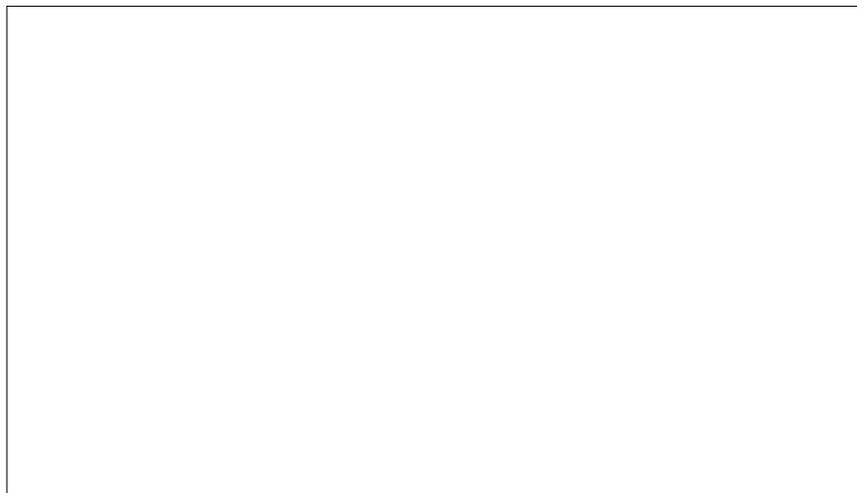
En 1994, la CMC invite les organismes coordinateurs des services de santé de 12 pays à participer à une étude sur la viabilité des institutions sanitaires. Onze d'entre eux acceptent l'invitation: ils représentent 43 hôpitaux appartenant à des Eglises, ou gérés par elles: Eglises anglicanes, catholique romaine, réformées (principalement presbytériennes), pentecôtistes ou évangéliques, luthériennes, baptistes, adventistes du septième jour et ouvertes sur l'oecuménisme. On se propose de recenser ceux des facteurs présents dans les structures et les pratiques existantes qui amélioreront la viabilité à long terme des hôpitaux et programmes de santé chrétiens.

Comme on pouvait s'y attendre, on découvre bien des similitudes entre les divers hôpitaux étudiés. Plusieurs de ceux qui se trouvent en difficulté font de l'excellent travail dans certains domaines. Cependant, parmi ceux qui ont atteint un certain degré de viabilité, on relève les caractéristiques suivantes:

La première, qui est essentielle, est qu'ils ont une *vision commune* de ce qu'ils cherchent à accomplir, et une *mission* clairement exposée, vision et mission qu'ils sentent fortement pouvoir faire leurs et au service desquelles ils veulent s'engager ensemble, et qui en outre inspirent le travail quotidien de l'hôpital et déterminent des *objectifs à poursuivre dans le comportement*. On les révisé régulièrement lors de séances d'introduction à la formation, de retraites ou d'autres réunions.

Une autre clé de la réussite de certains hôpitaux est la présence d'une direction efficace et dynamique, appuyée par un conseil d'administration ou un comité de *direction* représentant toute une variété de groupes d'intérêts et qui décident de l'ordre

Une attitude empreinte de sollicitude chez le personnel peut être développée et encouragée par la politique qu'adopte la direction d'un hôpital.



du jour, mais ne se chargent pas de la gestion quotidienne de l'hôpital. Pour le personnel, il est important de savoir que le conseil d'administration et la direction souscrivent à des valeurs chrétiennes. De plus, on obtient de meilleurs résultats si l'hôpital est géré en prenant en compte les facteurs présents dans la communauté.

*L'hôpital A est situé dans une zone rurale montagneuse au réseau routier médiocre. La plupart des patients y arrivent à pied ou y sont transportés sur des civières de fortune, appelées ngozi. Le personnel de l'hôpital a compris que le système d'ambulance des ngozi était très utile à la communauté. Des groupes de 20 à 30 familles se sont formés puis organisés de manière à ce que chaque foyer puisse bénéficier de ces services, qui peuvent aussi être sollicités pour l'organisation de funérailles, en cas de besoin. Le personnel de l'hôpital a ensuite décidé d'organiser une rencontre avec les représentants des groupes des ngozi, ce qui a débouché sur la création d'un système rural d'assurance maladie, l'un des premiers de ce type dans le pays. En effet, maintenant, les personnes chargées de la coordination des ngozi collectent régulièrement auprès de chaque famille une somme modeste, qui est reversée à l'hôpital pour couvrir le coût des soins dispensés.*

Rapport de l'étude, paru dans *Contact* 149 sur la viabilité

La bonne réputation due à la qualité de ses soins permet d'attirer des patients à un hôpital; cette réputation est souvent liée à l'excellence dans une spécialité, comme l'ophtalmologie, ou le traitement d'une maladie comme la lèpre. Parfois cette réputation a été établie des dizaines d'années auparavant par un médecin missionnaire et son équipe soignante, et la tradition d'excellence a été maintenue par ses successeurs. Le nombre de consultations externes et le taux d'occupation des lits s'en trouvent accru, ce qui augmente les chances de viabilité de l'hôpital.

Plus la proportion de personnes qualifiées au sein du personnel est élevée, plus l'hôpital sera probablement viable. La formation du personnel intermédiaire, où les responsables de services partagent leurs connaissances avec les autres employés, est un élément important, surtout dans des services hautement spécialisés. Malheureusement il est souvent difficile de garder du personnel compétent, spécialement dans les régions rurales. L'existence d'un bon établissement scolaire est souvent un facteur déterminant.

*Le fait que l'hôpital C ait créé une école primaire très appréciée semble avoir contribué grandement à la stabilité du personnel.*

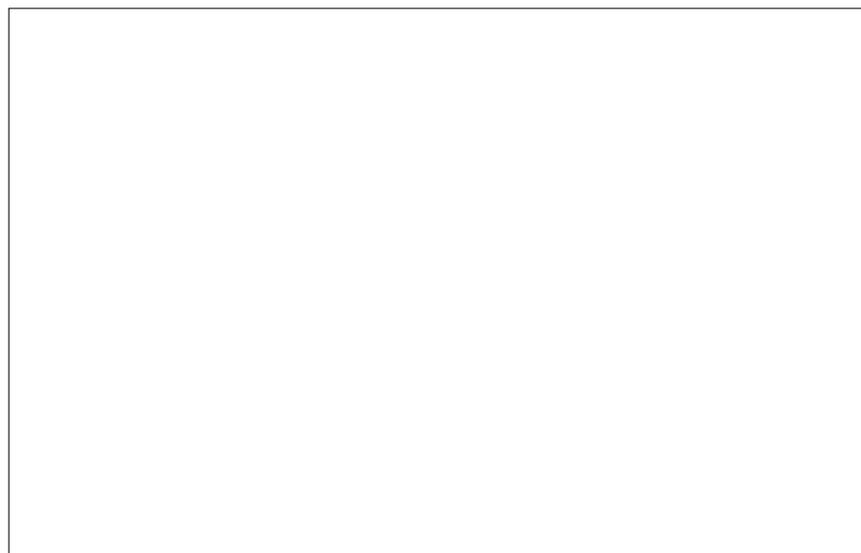
Rapport de l'étude, dans *Contact* 149

S'il est vrai que l'argent ne fait pas tout, il va sans dire que l'une des conditions essentielles de la viabilité d'un hôpital est un financement adéquat. C'est encore mieux si l'on peut réunir des fonds sur place, et ne pas dépendre uniquement de dons extérieurs. De plus, si l'on veut garder la confiance des donateurs, il est essentiel que l'honnêteté des procédures comptables et de la gestion financière soient largement connues et acceptées.

Il y a encore d'autres facteurs qui influencent la viabilité d'un hôpital, par exemple son emplacement. Ceux qui sont situés dans des zones urbaines et ont une clientèle salariée, s'en sortent bien; il y a même quelques zones rurales très peuplées qui sont suffisamment prospères pour soutenir un hôpital. L'attitude des Eglises peut également varier: là où elles apportent un soutien matériel à l'hôpital au lieu de lui demander de leur verser des contributions, les chances de survie de l'établissement sont considérablement accrues.

Ces conclusions ne paraîtront peut-être pas particulièrement révolutionnaires. Il faut néanmoins avouer qu'aucun des hôpitaux passés en revue ne présentait tous les "facteurs déterminants" énoncés ci-dessus au moment où l'étude a été effectuée. Vu l'importance des forces du marché, et la disette actuelle de fonds alloués par les gouvernements et les donateurs extérieurs, il est possible que plusieurs d'entre eux ne survivent pas, à moins qu'ils n'introduisent des changements. La présente étude offre une liste de vérification à l'intention

Une école primaire est très appréciée: ces petites Guatémaltèques aiment beaucoup aller en classe.



La création de réseaux mondiaux: l'Institute for Religious Studies (ISER) à Rio de Janeiro, Brésil, fournit du matériel d'information et une aide spirituelle aux personnes touchées par le VIH et le SIDA.

*Contact donne aux lecteurs le sentiment de ne pas être isolés dans leur lutte pour la préservation de la dignité des malades dans les services sanitaires.*

des hôpitaux et d'autres organisations dispensatrices de soins de santé, pour les aider à préparer l'avenir.

Discussion: Psaume 127, 1-2. Le psalmiste dit que ceux qui bâtissent des maisons perdent leur temps si le Seigneur n'est le maître-bâtitteur. Quelles seraient les caractéristiques d'une organisation ou d'une communauté bâtie par Dieu? Qu'est-ce qui ne s'y passerait pas? Etablissez le rapport entre cette discussion et les problèmes dont vous avez vous-mêmes fait l'expérience. 1 Corinthiens 3-17 pourra vous être utile sur ce point.

### Garder le **Contact**

Pour qu'un réseau mondial fonctionne efficacement, il faut qu'il permette à ses membres de communiquer entre eux. *Contact* est depuis 1970 l'un des principaux programmes de la CMC-Action des Eglises pour la santé. Il a présenté fidèlement pendant toutes ces années des comptes rendus sur les questions, les idées, les programmes, les débats, et les priorités qui concernent la santé et la guérison à travers le monde.

En 1993, la CMC décide de procéder à une complète réévaluation de *Contact*, divisée en quatre parties: un recensement des lecteurs par sondage aléatoire, un questionnaire sur les envois en nombre, une révision de la liste de distribution, et des discussions de groupes restreints dans neuf pays. Un total de 1660 questionnaires sont envoyés dans 30 pays; dans toutes les langues dans lesquelles *Contact* est publié: en anglais, en français, en espagnol et en portugais. La proportion de réponses reçues a été très élevée.

Cette évaluation a démontré que l'approche novatrice de *Contact*, qui préconise des soins de santé intégrés, est très appréciée aussi bien dans les villes que dans les campagnes, car elle dénote une conception globale de la santé, et met l'accent sur

les soins de santé pris en mains par la communauté. Le bulletin donne aux lecteurs le sentiment de ne pas être isolés dans leur lutte en faveur de la préservation de la dignité des malades dans les services de santé; ils peuvent également prendre à leur compte l'engagement de *Contact* au service des pauvres. Le questionnaire a révélé que les lecteurs étaient instruits. 80% d'entre eux ont eu au minimum 11 ans de scolarité, 75% travaillaient dans des professions vouées à la promotion de la santé communautaire, et 30% travaillaient dans des organisations affiliées à l'Eglise.

L'orientation chrétienne de *Contact* est très appréciée des lecteurs, bien que le bulletin soit beaucoup lu par des non chrétiens, spécialement en Asie. En Amérique latine, où l'Eglise catholique romaine dirige la majorité du travail dans le domaine de la santé communautaire, les lecteurs ont dit combien ils aimaient la manière dont *Contact* attire l'attention sur les questions de justice sociale et de droits de la personne humaine. En Europe de l'Est et en Afrique, ils ont souligné que l'optique chrétienne de la publication leur était très précieuse.

*En vue d'un atelier sur le SIDA qui allait se réunir à Concepción, Contact a envoyé aux organisateurs des références théologiques sur la maladie, qui les ont aidés à comprendre quel devait être leur point de vue...l'atelier a été une réussite.*

Rapport du groupe restreint du Chili

A la question de savoir si les articles de *Contact* leur étaient utiles, les lecteurs ont été unanimes à répondre qu'ils leur avaient été d'un grand profit dans leur travail. Ils s'en sont servis pour renforcer l'aspect préventif des soins de santé primaires. En Asie, en Afrique et en Amérique latine, on les a utilisés pour les activités de groupe.

*Les articles nous ont aidés à produire d'autres brochures comme "Practical Teaching in Health". Nous avons choisi certains thèmes que nous avons présentés dans des centres d'orientation pour l'éducation des jeunes.*

Rapport du groupe restreint du Kenya

*Le contenu a lui seul fait sa valeur...*

Chili

*Le vocabulaire simple et familier est facile à comprendre. Même une personne qui n'a suivi des classes que pendant 10 ans peut le comprendre. Les enfants aussi comprennent les articles parce que les mots utilisés sont très simples.*

Rapport du groupe de l'Inde

*Contact* est régulièrement mis à contribution pour échanger des informations, pour enseigner, élaborer des programmes; on conserve les numéros après lecture, on s'en sert pour préparer des conférences et des sermons, et pour constituer des bibliothèques de référence. Les articles sur la population, l'allaitement au sein, les questions concernant les femmes, l'agriculture et l'hygiène ont présenté un intérêt tout particulier.

Les lecteurs et les groupes restreints ont été priés de proposer divers moyens d'améliorer le bulletin. Parmi les réponses reçues, mentionnons l'idée qu'il faudrait inclure des articles plus applicables à des régions particulières. On a proposé la création de réseaux et de groupes régionaux de *Contact*, à qui on accorderait une meilleure publicité et une promotion plus vigoureuse; on pourrait également imaginer de meilleures méthodes d'incorporer dans le bulletin des suggestions émanant de lecteurs des régions.

On a beaucoup discuté récemment de l'avenir de *Contact*. Il existe actuellement d'autres revues qui remplissent des fonctions semblables. On prétend même dans certains milieux qu'un bulletin distribué dans tous les pays du monde est un moyen de communication peu commode. Il coûte cher à produire et à expédier. On dit que le bulletin de demain sera transmis électroniquement, et sera accessible par Internet. "Avec votre propre site Web, pourquoi avez-vous besoin d'un bulletin imprimé?" Et d'autres arguments de ce genre.

En ce qui concerne le lecteur moyen de *Contact*, ce point de vue est complètement irréaliste. Il n'y a aucune chance, dans un avenir prévisible, que les personnes pour qui *Contact* est le plus précieux aient accès régulièrement à des moyens de communication électroniques.

L'évaluation parle donc de la valeur que les lecteurs attachent à notre publication. Mais elle fait état également d'un désir de changement. Si nous voulons que le bulletin ait un avenir à long terme, il faudra qu'il s'efforce de combiner une perspective mondiale avec une optique plus locale et régionale dans la diffusion des nouvelles, des idées et des exemples. Il faudra de plus qu'il examine de plus près ce que signifie être une publication spécifiquement chrétienne.

Pendant 28 ans, *Contact* a été un moyen de communication régulière au sein de la famille de la CMC; il espère pouvoir continuer cette tradition avec une créativité nouvelle. Après la parution de ce double numéro, il sera produit conjointement par les deux partenaires décrits dans l'éditorial.

Le prochain chapitre, intitulé "A la croisée des chemins", traite du tournant auquel se trouvent non seulement *Contact*, mais la CMC-Action des Eglises pour la santé elle-même.

Discussion: Actes des Apôtres 2, 5-11. Les disciples se trouvent miraculeusement capables de communiquer la bonne nouvelle à chacun dans sa propre langue. Si vous deviez décrire le bulletin qui vous aiderait le plus, comment serait-il? Comment pourrait-on le réaliser? Pour qui représenterait-il la bonne nouvelle?

*Il faudra qu'il examine de plus près ce que signifie être une publication spécifiquement chrétienne.*

Des agentes de santé communautaire lisent *Contact* à Londres.

# A LA CROISÉE DES CHEMINS

A Whaak/OMS

L'amour pour une victime du SIDA : le dispensaire de Centro Velho, Santos, Brésil.

*Mais nous devrions aussi être prêts à rêver.*

## Réalisme et espérance

Dans ce numéro de *Contact*, nous invitons nos lectrices et nos lecteurs à commencer à réfléchir à ce qui va se passer maintenant. Quelles devraient être les priorités d'une organisation chrétienne mondiale dans le développement d'une pratique sanitaire efficace? Qu'est-ce qui devrait figurer à l'ordre du jour de la CMC - Action des Eglises pour la santé au cours de la prochaine décennie?

Dans l'ouvrage qu'il vient de publier *"To Be The Church"* (Être l'Eglise), le secrétaire général du COE Konrad Raiser affirme que l'avenir du mouvement oecuménique devrait être enraciné dans ce qu'il appelle le "réalisme eschatologique". D'une part, il y a le monde dont nous entendons parler dans les journaux, ou que nous voyons autour de nous: un monde qui peut paraître empli de crainte et de cynisme, de pauvreté et de souffrance. D'autre part, il y a le monde que nous attendons, ce monde meilleur que Jésus a appelé le royaume de Dieu: l'espoir de quelque chose qui dépasse ce que nous avons maintenant, dont nous avons parfois un aperçu et qui constitue la pierre angulaire de notre foi. Le projet chrétien consiste à vivre pleinement dans le monde tel qu'il est (à partir duquel

doivent se développer tous les avenir possibles), mais à vivre aussi à la lumière de cet autre avenir auquel nous aspirons, dans l'anticipation de sa réalisation.

Les décisions que nous prenons et les plans que nous établissons pour nos institutions doivent se fonder sur ces deux avenir: celui qui prend en compte la matière première du présent fragile et imparfait, et celui qui affirme comme siennes les grandes visions prophétiques de la tradition judéo-chrétienne. Nous devons naturellement considérer les signes des temps. Nous devons être impitoyablement honnêtes avec nous-mêmes face au présent. Mais nous devrions aussi être prêts à rêver, à avoir des visions, à distinguer la vérité contenue dans nos expériences de l'amour et de l'amitié, de la beauté et de la créativité, de la réconciliation qui suit l'amertume et la guerre, de la communauté, du courage et de l'héroïsme, de la sagesse et de l'endurance, des grands rassemblements, du culte qui nous engage et de la liturgie qui nous inspire. C'est de la tension qui se manifeste entre la réalité et le rêve que naissent les bonnes décisions.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de la Commission médicale chrétienne, on peut dire que la qualité de ses résultats tient à la capacité de ses membres à travailler en faveur du changement en combinant les deux manières de regarder vers l'avenir. Le double rôle de praticien et de prophète peut être déroutant, mais il recèle de grandes forces. La CMC a médité sur Jésus le guérisseur; elle a rêvé d'un modèle de santé qui serait utile aux plus pauvres; ensuite, elle a agi en porte-parole de ce rêve, et elle a montré qu'il était réalisable. Elle a étudié les modèles de communauté du Nouveau Testament, et elle a rêvé à ce qui se produirait si les groupes concurrents apprenaient à collaborer - et les agences de coordination sont nées. Jésus a perçu la crainte et le manque de confiance qui

empêchaient les gens de prendre leur lit et de marcher, et il les a libérés; la CMC a lancé un processus d'éducation à l'auto-détermination et de développement du potentiel local fondé sur une évaluation honnête des réalités combinée à une vision de ce qui pourrait être.

Les exclus de la société étaient particulièrement chers à Jésus; c'est pourquoi, quand le VIH a fait son apparition, la CMC s'est portée en première ligne de la lutte, en s'efforçant de promouvoir des programmes et de développer des méthodes combinant une approche précise des réalités à la vision d'une communauté rendue meilleure et plus forte par la confrontation à la maladie. Jésus a essayé de faire prendre conscience aux gens de l'exploitation des pauvres par ceux qui faisaient partie du "système"; la CMC a réagi au marketing irresponsable des entreprises pharmaceutiques auprès des pauvres non pas simplement en parlant du problème, mais en montrant qu'il était possible d'y faire face de manière responsable et moyennant des coûts supportables, avec l'aide de partenariats qui sont en eux-mêmes des instruments de préparation à la participation.

Mais la CMC n'est pas faite que de programmes : elle se préoccupe de mouvements. Elle se préoccupe aussi d'amitié, d'amis qui se fâchent et qui se réconcilient, d'amis pour qui le but est toujours finalement plus grand que la source de désaccord. La CMC est l'histoire de trente ans d'un réseau mondial enraciné dans l'expérience humaine, voué à la guérison et à la justice, inspiré par l'Esprit et revenant toujours à la parole de Dieu comme source première d'inspiration et d'orientation.

### Regard sur l'avenir

Quel est aujourd'hui le rôle du Conseil oecuménique des Eglises dans le domaine de la santé? Il y a vingt ans, les organisations agissant au niveau mondial n'étaient guère nombreuses. A l'époque, beaucoup des programmes du COE étaient uniques. Aujourd'hui, la liste des groupes internationaux est extrêmement longue: agences de l'environnement, organisations féminines, réseaux SIDA, groupes d'observation des droits de l'homme, et bien d'autres. La CMC a participé à la mise en place de certains d'entre eux: l'IBFAN, Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile; le PAG, Groupe d'action pharmaceutique; l'ICAN, Réseau international chrétien "SIDA". Chacun a sa

propre base organisationnelle et un cercle naturel de mandants. Ces réseaux - dont beaucoup se battent, se réinventent constamment - sont néanmoins le témoignage visible d'un engagement en faveur de la santé au sens le plus large, enraciné dans les situations locales mais gardant l'œil fixé sur les réalités mondiales.

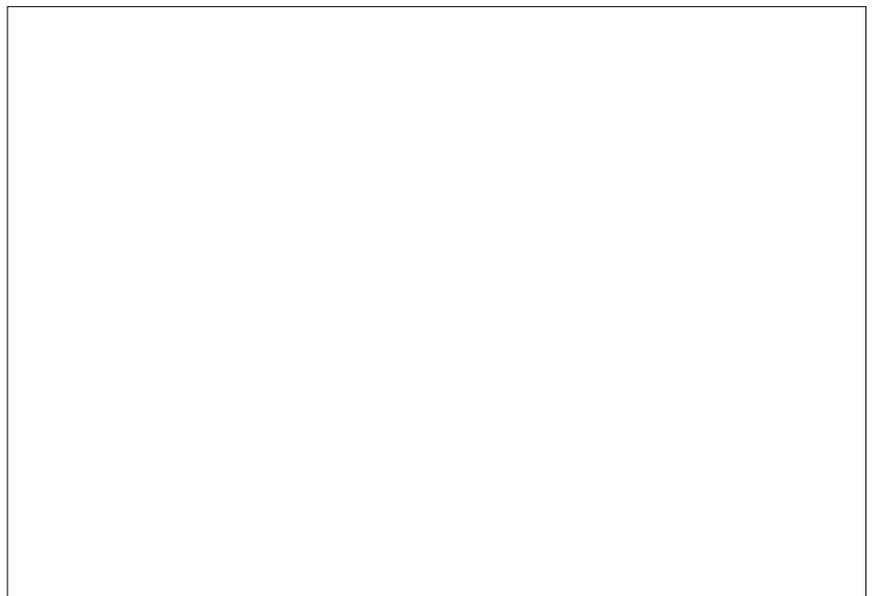
Comme l'OMS, la CMC estime prioritaire d'offrir ses connaissances et ses conseils du développement de telles initiatives. Le fait que les réseaux internationaux de santé aient entrepris de relever tant de défis est un hommage rendu à l'efficacité de la Commission. La CMC a facilité la communication et le partage des ressources entre régions et organisations, mis en place des activités éducatives, encouragé les partenariats, trouvé des sources de financement, fourni du personnel, distingué et encouragé des méthodes utiles. De ce fait, un grand nombre de tâches qui relevaient naguère du bureau de coordination de Genève peuvent maintenant être accomplies ailleurs. Au niveau régional, Afri-CAN accomplit aujourd'hui une œuvre de pionnier en matière de développement du potentiel local dans les soins de santé pris en main par la collectivité; et, à partir de janvier 1999, l'Association médicale chrétienne de l'Inde, qui travaille depuis longtemps avec les Eglises sur les questions de soins de santé, prendra la responsabilité de la publication de *Contact*.

Quels sont, en fait, les nouveaux défis auxquels un réseau de santé chrétien mondial est confronté ?

Il y a trente ans, la Commission médicale

*Le fait que les réseaux internationaux de santé aient entrepris de relever tant de défis est un hommage rendu à l'efficacité de la Commission.*

Manifestation de rue aux Philippines.



*Les idéologies de la croissance permanente, du marché et de l'économie libérale sont devenues les idées dominantes de notre temps.*

chrétienne est née d'un processus de réflexion éthique. Les réunions de Tübingen ont fixé l'ordre du jour qui a alimenté en idées et en énergie les premières réflexions du COE sur les soins de santé. Les dialogues Jenkins/Bryant ont donné aux gens le sentiment qu'enfin on se penchait sur les problèmes capitaux de la justice et des soins de santé. Ces conversations ont agi comme des aimants, attirant irrésistiblement des personnes du monde entier qui se sont trouvées engagées dans l'entreprise.

Aujourd'hui, si vous parlez à quelqu'un qui est engagé dans les soins de santé, il vous dira que les défis - différents de ce qu'ils étaient hier - demeurent aussi vastes que jamais. Partout dans le monde, les gens parlent d'un environnement mondial qui est lui-même hostile à la vision d'intégralité que le mouvement oecuménique cherche à incarner. Les idéologies

de la croissance permanente, du marché et de l'économie libérale sont devenues les idées dominantes de notre temps - acceptées comme inévitables même par ceux qu'elles excluent de la participation. Au nom des soins de santé, on dépense des sommes énormes pour le génie génétique ou pour des thérapies qui ne touchent pas les besoins sanitaires de 90% de la population mondiale. Pendant ce temps, toujours plus nombreux sont ceux qui croient que les modèles de santé à base scientifique ne tiennent pas leurs promesses, en même temps que le public est très mal informé des autres solutions qui existent.

Konrad Raiser parle de la distinction entre mouvement et institution, de l'importance de surmonter la captivité institutionnelle de l'oecuménisme pour nourrir le sentiment du "mouvement oecuménique". Ces questions sont en dehors de l'ordre du jour de la plupart des Eglises chrétiennes et institutions de soins de santé. Et pourtant, il semble qu'elles soient présentes jusque dans l'air que nous respirons. Elles concernent la manière

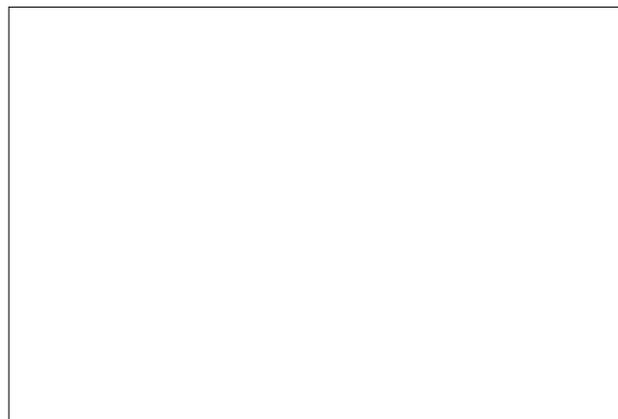
dont nous créons des institutions non exclusives, dont on aide les gens à devenir autonomes, dont l'intégralité peut devenir une réalité au sein de la communauté. Elles sont communes à toutes les cultures, du nord et du sud. Elles se posent aussi bien à ceux qui sont à l'intérieur des grandes institutions qu'à ceux qui sont à l'extérieur. Elles font partie des questions éthiques essentielles de notre temps.

En 1997, l'Organisation mondiale de la santé a renouvelé son engagement en faveur de "la santé pour tous" (voir OMS : La santé pour tous au 21<sup>e</sup> siècle). Le développement d'un dialogue éthique sur la santé constitue un aspect capital de sa nouvelle vision. La promotion du dialogue éthique est aussi un élément essentiel du projet chrétien. C'est une occasion qu'il s'agit de ne pas manquer. En relevant le défi, en utilisant les méthodes et les réseaux établis au fil des années, les membres de la famille du COE peuvent devenir une fois de plus les leaders de la réflexion internationale sur les soins de santé. Il faut, pour cela, élargir le débat au sein des Eglises, le promouvoir dans les milieux professionnels et universitaires séculiers. Et le présenter sous une forme compréhensible pour tous.

*L'éthique, ou la morale, ne consiste pas d'abord à formuler des normes sur lesquelles on fondera des jugements éthiques. Il s'agit plutôt d'un processus par lequel les gens apprennent ensemble à distinguer entre le bien et le mal et à progresser en direction d'une vie pleinement humaine.*

Konrad Raiser, "To Be The Church"

Les trois sections ci-après suggèrent des points d'intérêt particuliers choisis dans les trois grands domaines de préoccupation décrits ci-dessus. Chacun est suivi d'une citation et d'une description de la situation. On suggère également un passage biblique qui pourrait être lu dans le contexte de la question décrite. Nous vous invitons à prendre connaissance de ces sujets de discussion, à y réfléchir et à nous communiquer vos commentaires ou suggestions. Peut-être souhaitez-vous décrire la manière dont ces questions vous touchent, vous et votre communauté. Peut-être aurez-vous envie de nous raconter ce qui se fait dans votre région à propos d'une de ces questions. Peut-être préférerez-vous exprimer un défi particulier.



Un enfant mendie aux pieds des passants prospères.

Julio Etchart/Panos Pictures

**Veillez vous servir de la formule p.53 pour envoyer vos commentaires**

## THEMES DE DISCUSSION

## MORAL ET MARCHE

**1. Soins de santé privatisés**

*Il faut ... promouvoir la diversité et la concurrence dans le financement et la fourniture des services de santé. Le financement de la santé publique et des services cliniques essentiels par l'Etat laisserait la couverture du reste des services cliniques à la charge des particuliers, généralement par assurance interposée, ou de l'assurance sociale.*

Investir dans la santé, Banque mondiale 1993

*La vision oecuménique lance un défi à toutes les structures qui produisent l'exclusion.*  
Konrad Raiser, "To Be The Church"

Partout dans le monde, les services de santé de l'Etat sont sous pression. L'augmentation des coûts de la santé, les progrès de la technologie, l'accroissement du nombre des personnes âgées, les effets catastrophiques de l'infection à VIH, la diminution des dons, le développement des classes moyennes dont les attentes sont élevées en matière de qualité: dans beaucoup de pays, au nord et au sud, les organismes publics de soins de santé croulent sous le poids combiné de tous ces facteurs. Dans son "Rapport sur le développement dans le monde 1993", la Banque mondiale recommandait le rétablissement partiel de modèles médicaux de soins de santé, qui sont beaucoup plus simples à évaluer que le processus complexe qui se déroule dans les soins de santé pris en mains par la communauté. En même temps, elle recommandait (voir plus haut) que les pays passent à des services de santé privatisés: des suggestions qui ont fait frémir beaucoup de gens, qui voyaient disparaître les acquis de vingt ans.

Les soins de santé privatisés sont-ils un problème dans votre région? Est-ce finalement une bonne ou une mauvaise chose? Passage biblique suggéré pour accompagner cette discussion: Luc 19, 11-27

*Un nombre croissant de gens ne bénéficieront jamais du nouvel ordre économique mondialisant.*

**2. Mondialisation**

*La mise en place progressive, au cours des dernières décennies, de structures transnationales, puis, de plus en plus, mondiales, dans les domaines de la communication, des finances et de l'économie a donné naissance à une forme particulière d'unité planétaire. Comme on peut le constater, le coût d'une telle évolution a été l'éclatement croissant des sociétés et l'exclusion d'une partie de plus en plus grande de la famille humaine.*

Vers une conception et une vision communes du Conseil oecuménique des Eglises (COE 1997)

*Toutes les relations qui existent dans la société civile sont fondées sur un sentiment d'obligation morale et de confiance fondamentale dans la fiabilité de l'ordre social. Sous l'effet de la mondialisation agressive et de la diffusion des valeurs matérialistes, ce tissu moral essentiel commence à se dégrader.*

Konrad Raiser, "To Be The Church"

Graduellement, depuis dix ans, le pouvoir des gouvernements nationaux s'est érodé. Au Chili, par exemple, on a fait pression sur le gouvernement pour qu'il rembourse ses dettes et qu'il fasse payer les gens pour les soins de santé et d'autres services. A la suite de cela, beaucoup de gens ne demandent pas d'aide quand ils en ont besoin. Par ailleurs, la télévision, les voyages rapides et les réseaux de communication internationaux donnent l'illusion que nous sommes un monde homogène, partageant les mêmes valeurs. En fait, un nombre croissant de gens ne bénéficieront jamais du nouvel ordre économique mondialisant.

Quels exemples de mondialisation rencontrez-vous dans votre propre vie? Jugez-vous cela bon, mauvais, ou les deux à la fois? Que peut faire un réseau de santé chrétien pour faire obstacle aux effets néfastes de la mondialisation? Passage biblique suggéré pour accompagner cette discussion: Psaume 19, 1-4

### 3. Hôpital et communauté ?

*Le critère de réévaluation des structures institutionnelles des organisations oecuméniques doit être celui-ci: leurs activités et la manière dont elles fonctionnent sont-elles orientées sur l'édification et le développement de relations entre les Eglises permettant aux communautés chrétiennes locales, dans leur vie et leur témoignage communs, d'apparaître comme des communautés d'espérance?*

Konrad Raiser, "To Be The Church"

On a dit beaucoup de choses sur la relation entre les services de santé à base hospitalière et ceux à base communautaire. En un sens, c'est là que la Commission médicale chrétienne a commencé, en 1968. Aujourd'hui, d'immenses progrès ont été accomplis dans la création de services de santé communautaires viables. Et pourtant, peu de gens, aujourd'hui, mettent en question le rôle capital joué par l'hôpital dans la fourniture de l'appui nécessaire à ces services. Le temps est révolu depuis longtemps où l'OMS, la CMC et d'autres pouvaient imaginer de mettre à l'écart les services tertiaires. Les ressources de l'hôpital en matière de recherche, de centre de référence, de formation et de finances sont indispensables à l'ensemble du système. En outre, dans bien des régions, les hôpitaux missionnaires reprennent de l'importance: à contrecœur peut-être, et en réponse à des situations nationales désespérées, mais néanmoins dans le cadre du ministère de l'Eglise dans le monde. La réflexion actuelle sur la société civile fait peser une forte pression sur le rôle que jouent ces institutions de taille moyenne dans le renforcement de la vie des communautés et des nations.

Quelle est la relation entre les services de santé à base hospitalière et ceux à base communautaire dans votre région? Comment verriez-vous cette relation dans l'idéal? Que pourrait-on faire pour progresser en ce sens? Passage biblique suggéré: Matthieu 22, 15-21

## LE DEFILÉ DE LA BIOETHIQUE

### 1. Génie génétique

*La dynamique centrale de la vision oecuménique est la conviction que les possibilités de vie sont améliorées pour tous quand elles sont partagées.*

Konrad Raiser, "To Be The Church"

*Les exploits techniques qui semblent permettre de produire des êtres humains sur mesure se paient par une ponction considérable sur le budget général de la santé.*

Les esprits tendent à s'échauffer quand on parle de génie génétique. Le clonage d'animaux, par exemple, est un premier pas vers le clonage d'êtres humains, ce qui peut ouvrir la voie à toutes sortes de manipulations politiques et sociales. Dans l'imagination - et peut-être dans la réalité -, ce procédé devient un instrument permettant d'assurer la pureté ethnique, ou de produire des bébés de sexe masculin, des ouvriers, ou une réserve illimitée de copies exactes de tel ou tel dictateur. Mais on ne peut arrêter les progrès de la technique, cela ne serait d'ailleurs pas souhaitable. C'est la science, après tout, qui a produit la technique de l'eau pure, les antiseptiques et les vaccins. En outre, le progrès scientifique a sa dynamique propre. Si des développements scientifiques apparaissent possibles, ils se réalisent, pour autant qu'on le veuille vraiment et qu'on paie pour cela.

La tâche de la science est de déterminer ce qui peut être fait. Décider ce qui devrait être fait est l'affaire de l'éthique, dont les critères reposent sur les valeurs, la dignité humaine et la qualité de la vie. Une bonne partie de ce qu'on appelle le progrès scientifique est largement ignorée par la majorité des professionnels de la santé, qui ont l'impression que cela ne les touche en aucune manière. Et pourtant, cela les touche au contraire, car les exploits techniques qui semblent permettre de produire des êtres humains sur mesure se paient par une ponction considérable sur le budget général de la santé: un budget qui, dans de nombreuses régions du monde, ne suffit déjà pas à assurer des services de santé communautaires de base au groupe de 1,1 milliard de personnes qui vivent aujourd'hui dans un état de pauvreté extrême. C'est là, manifestement, un sujet de débat éthique.

Quelle serait votre vision d'un service de santé rééquilibré, intégré? Quel est le problème éthique qui se pose aux professionnels chrétiens de la santé quand il faut prendre des décisions sur l'affectation de fonds à la recherche scientifique? Passage biblique suggéré pour accompagner cette discussion: 1 Corinthiens 12-31

## 2. Maîtrise de la croissance démographique

*La vision oecuménique cherche à renforcer les processus qui rétablissent les relations rompues et améliorent la viabilité des communautés humaines. C'est pourquoi elle met en question toutes les notions de droits de l'homme et de liberté humaine qui ne tiennent pas compte du bien commun, des droits, de la dignité et de la liberté des autres.*

Konrad Raiser, "To Be The Church"

La maîtrise du développement démographique est une question âprement controversée et représente un très grand défi pour la collaboration oecuménique. Ce thème a fait l'objet de discussions passionnées lors de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population (Le Caire 1994) et de la Conférence des Nations Unies sur les femmes (Beijing 1995). A la suite de cela, les groupements oecuméniques, par crainte de semer le trouble, évitent souvent d'aborder le sujet de manière trop spécifique. Pourtant, la contraception, l'avortement et l'euthanasie sont des problèmes éthiques essentiels de notre temps, tant au niveau des personnes qu'au niveau du développement de communautés en bonne santé. La confrontation et le langage des droits de l'homme ne sont pas toujours le moyen le plus utile d'aborder ces sujets. Mais il y a d'autres manières de progresser. L'expérience du VIH/SIDA a favorisé une large réflexion sur l'usage des préservatifs. Une déclaration des évêques catholiques romains des Etats-Unis a formulé des arguments convaincants sur la notion d' "éthique cohérente de la vie". Il est difficile de voir comment on pourrait ignorer ces questions dans tout débat sérieux sur l'éthique des soins de santé.

Cette problématique soulève des questions sur le caractère sacré de la vie elle-même. Dans quel genre de société voulons-nous vivre? Passage biblique suggéré: Zacharie 8, 1-8

# FOI ET GUERISON

## 1. Médecine traditionnelle et peuples autochtones

*Pour les Maoris, le bien-être physique est inséparable du bien-être spirituel, culturel et environnemental / économique.*

Tara Tautari, Aotearoa-Nouvelle-Zélande, *Contact* 142, 1997

*Pour être authentiquement africains, les programmes de santé doivent être édifiés sur l'interprétation locale des croyances et pratiques traditionnelles concernant la polygamie, la maladie, la mort et la sépulture.*

Kwame Bediako, Ghana, *Contact* 142, 1997

*La santé a été définie comme un processus dynamique visant à trouver l'harmonie et la source de vie. On a reconnu aussi que le processus implique le maintien du lien qui existe entre la nature et la communauté.*

Délégué à un séminaire sur la santé autochtone au Guatemala

En cherchant à imposer les principes de la médecine occidentale aux communautés traditionnelles, on va souvent à l'encontre du but recherché, en particulier quand on y ajoute une campagne agressive - comme dans la commercialisation du lait pour bébés Nestlé - visant à discréditer les anciennes méthodes. Parce qu'il détruit la confiance des gens en ce qu'ils connaissent et les fait choisir quelque chose qu'ils ne comprennent pas, ce système pose aussi des problèmes à la communauté quand elle doit établir ses propres stratégies de survie en temps de crise. Et pourtant, les communautés traditionnelles disposent souvent d'approches spirituelles de la santé très élaborées, ainsi que d'un ensemble de remèdes autochtones dont le coût est minime et qui a résisté à l'épreuve du temps. Jusqu'ici, on a rarement essayé de tester objectivement l'efficacité des remèdes autochtones et, de ce fait, les gens sont privés des informations qui leur permettraient de prendre des décisions fondées concernant leurs propres soins de santé.

*Les communautés traditionnelles disposent souvent ... d'un ensemble de remèdes autochtones dont le coût est minime et qui a résisté à l'épreuve du temps.*

Quelle contribution les communautés autochtones ont-elles à apporter à notre conception de la guérison et de la communauté guérie? Quels sont les avantages potentiels de l'expérimentation des remèdes traditionnels? Un équilibre est-il souhaitable et, si oui, comment pourrait-on l'établir? Passage biblique suggéré pour accompagner cette discussion: Marc 12, 28-34

## 2. Les Eglises en tant que communautés porteuses de guérison

*Parmi les membres de la paroisse et à l'extérieur, il y a des gens qui aspirent à un soutien réciproque et à l'exercice de la solidarité. Ce sont les malades, les solitaires, les handicapés, les opprimés, les marginaux, et tous ceux qui affrontent des problèmes spécifiques tels que divorce, chômage, grossesse non désirée, etc. En étant auprès de ces personnes, les Eglises contribuent à leur guérison.*

La santé, la guérison et l'intégralité - Le rôle des Eglises dans la santé, COE 1990

*Le Service de guérison baptiste de Bethel, à Kingston (Jamaïque), est un service global de la collectivité parrainé par la paroisse. C'est un lieu où les soins médicaux sont donnés, dans le cadre de l'Eglise, par du personnel médical chrétien qui travaille en collaboration avec des pasteurs et des psychologues pour offrir des prières et des conseils spirituels en même temps que des médicaments. La devise du ministère de Bethel est "La guérison entière pour l'être humain tout entier".*

Colloque des Caraïbes, Etude sur "la santé, la guérison et l'intégralité"

Pendant ses trente ans d'existence, la CMC a été chargée de deux tâches distinctes. L'une est la tâche fonctionnelle, centrée sur les structures de soins de santé et autres. La seconde consiste à associer le ministère de guérison aux paroisses locales, aux Eglises elles-mêmes et à la vie des chrétiens pratiquants moyens. La Commission est revenue maintes fois sur le défi que représente l'élaboration de théologies de la spiritualité et de la guérison spécifiquement chrétiennes, mais il semble qu'elle ait toujours reculé pour passer à des choses qui semblaient, à l'époque, plus urgentes.

Qu'est-ce qui fait de cette question un défi qui vient en temps opportun? La plupart des Eglises peuvent-elles être qualifiées d' "Eglises porteuses de guérison"? Quelles seraient les caractéristiques d'une "Eglise porteuse de guérison"? Passage biblique suggéré: Ephésiens 4, 1-16

## 3. La guérison par la foi

*La guérison par la foi est un grave motif de préoccupation pour certaines Eglises, et une source de nouveaux membres pour d'autres.*

*Dix mille personnes sont allées au stade hier soir pour voir le guérisseur. Il est arrivé du nord du pays. Si vous lui donnez de l'argent, il vous guérit du SIDA. Le lendemain, vous allez passer un test sanguin et vous êtes guéri.*

Jeune homme dans le bus à Kampala

*L'une des principales raisons de l'augmentation des effectifs des Eglises protestantes de Chine est la pratique de la guérison par la foi.*

Pasteur chinois

La guérison par la foi est un grave motif de préoccupation pour certaines Eglises, et une source de nouveaux membres pour d'autres. Elle est particulièrement populaire chez les chrétiens pentecôtistes. Il semble hors de doute que, parfois, elle est efficace. Il est hors de doute également que, dans certains cas, les gens sont exploités. Souvent, les réussites qu'on lui attribue sapent gravement les effets de messages capitaux en matière d'éducation sanitaire : par exemple, quand on dit qu'elle guérit du SIDA ou qu'elle remplace la vaccination des enfants. Mais il n'y a que très peu de preuves objectives qui aideraient les gens à discerner quand ils sont exploités.

Avez-vous fait l'expérience de la guérison par la foi, personnellement ou par l'intermédiaire de membres de votre famille ou d'amis? Dans quelle mesure pensez-vous que l'Eglise devrait la prendre au sérieux? Passage biblique suggéré pour accompagner cette discussion: Luc 17, 11-19

La prise de conscience d'avoir une commune vocation constitue la dynamique interne du mouvement oecuménique. C'est pourquoi aucune réforme institutionnelle ne sera fructueuse tant qu'elle ne sera pas accompagnée et guidée par la volonté de clarifier et de réaffirmer la vision oecuménique.

Konrad Raiser "To Be The Church"

(Le) feuillage (de l'arbre de vie) sert à la guérison des nations.

Apocalypse 22,2

# VOS COMMENTAIRES

Servez-vous de ces deux pages pour exprimer ce que vous ressentez face aux recommandations formulées au chapitre précédent.

Envoyez vos idées à: *Contact*, Conseil oecuménique des Eglises, C.P. 2100, 1211 Genève 2, Suisse.



## PUBLICATIONS UTILES

**Dame Nita: Caribbean Woman, World Citizen**

Francis Blackman, ami de longue date de la famille, a écrit ce livre en 1995, l'année même de la mort de Dame Nita Barrow, ancienne directrice de la CMC. Elle avait assumé la fonction la plus élevée de la Barbade où elle était née, celle de gouverneur général en 1990. Avant cela, Nita avait représenté son pays auprès de l'Organisation des Nations Unies. Le rôle qu'elle a joué dans ces deux fonctions se fondait sur l'expérience acquise durant toute sa vie, qui lui avait appris à utiliser les défis et les occasions pour progresser et pour servir. Chaque étape la préparait à la suivante.

J'ai rencontré Nita lors de réunions internationales de spécialistes en soins infirmiers et, en tant qu'infirmière, j'ai toujours été fière que son programme de formation de cinq ans à l'hôpital général de la Barbade l'ait conduite à la santé publique et à la formation du personnel infirmier dans de nombreux pays anglophones des Caraïbes.

Les efforts de Nita ont non seulement aidé les infirmières, mais aussi contribué à améliorer la condition des femmes partout dans le monde. Elle est devenue présidente mondiale des UCF, puis présidente du Conseil international de l'éducation des adultes. Elle a assumé un autre rôle dirigeant important en tant que responsable du

Forum des ONG à la Troisième Assemblée des femmes à Nairobi, Kenya, en 1985. Au Conseil oecuménique des Eglises, on saluait à l'unanimité son travail et sa compétence en tant que directrice de la CMC.

Le respect qui s'est manifesté dans le monde entier à l'égard de Nita se reflète dans les nombreux titres honoris causa et prix qui lui ont été décernés, mais il est sans doute plus important, pour cerner sa personnalité, de se représenter son désir de relever de nouveaux défis et d'expérimenter de nouvelles méthodes de travail. Son biographe donne des exemples de la diplomatie et de la compétence avec lesquelles elle s'investissait dans les tâches qu'elle accomplissait. Il la décrit très justement comme charmante, inspirante, imposante et chaleureuse. Nita était aussi courageuse, juste, et fidèle à l'enseignement chrétien de son enfance. Elle était véritablement une bonne et fidèle servante, qui réussissait dans tout ce qu'elle entreprenait. Elle était aussi une femme des Caraïbes et une citoyenne du monde.

Dame Nita : Caribbean Woman, World Citizen, ouvrage publié sous forme reliée et en édition de poche par Francis Blackman, Ian Randle Publishers, 206 Old Hope Road, Kingston 6, Jamaïque, ISBN 976 8100 74 5 (broché).

Compte rendu de Marilyn Gustafson, University of Minnesota School of Nursing, Etats-Unis.

*J'ai pris connaissance avec une certaine inquiétude de vos commentaires sur les changements qui s'annoncent à l'horizon et dans l'avenir de Contact, en dernière page du numéro 151. J'espère sincèrement qu'on trouvera les moyens de poursuivre cette publication. Bien que je ne doute pas de la nécessité, pour le COE, de considérer la santé et l'intégralité selon les diverses perspectives énumérées, je pense que la force de Contact réside dans sa grande utilité pratique. Je suis certain que beaucoup de gens qui travaillent dans des conditions très difficiles et démoralisantes ont été considérablement aidés et encouragés par les articles publiés dans Contact. Ceux d'entre nous qui travaillent dans des environnements qui sont en quelque sorte des "tours d'ivoire" touchent du doigt, grâce à Contact, les réalités de la maladie et de la souffrance: Contact nous aide à rendre notre travail beaucoup plus pertinent. J'ai trouvé beaucoup de vos articles extrêmement instructifs et j'en ai cité plusieurs dans mes récentes publications sur la situation critique de la tuberculose dans le monde. J'espère que Contact continuera à exister et à se renforcer.*

John M. Grange  
Imperial College School of Medicine  
University College London, Royaume-Uni

*La vente et la distribution de l'ouvrage "Where women have no doctor" (dont on a rendu compte dans Contact 151) marchent très bien; le livre est en cours de traduction en arabe, espagnol, birman, vietnamien, créole d'Haïti, chinois, tagalog, hindi, gujerati, marathi (et peut-être dans d'autres langues encore que j'ai oubliées). Comme vous pouvez l'imaginer, nous en sommes enchantées!*

Jane Maxwell  
Rédactrice chargée du domaine "santé des femmes"  
Hesperian Foundation  
Berkeley, Californie, Etats-Unis

## COURRIER

L'avenir de *Contact*

## Traductions pour les femmes

## BLOC-NOTES



Mme Gro Harlem Brundtland

**Une femme à la tête de l'OMS**

Mme Gro Harlem Brundtland, docteur en médecine, spécialiste éminente de l'environnement et ancien Premier ministre de Norvège, a accédé au poste de directeur général de l'OMS le 21 juillet 1998. Dans son discours inaugural, Mme Brundtland a affirmé sa conviction que les sociétés peuvent être changées et que la pauvreté peut être combattue. L'un des principaux objectifs de la nouvelle directrice générale est d'aider les pays à mettre en place des systèmes sanitaires viables permettant de réaliser les objectifs d'équité et d'offrir des services de qualité à tous. Elle est convaincue que l'OMS devrait soutenir deux projets. L'un viserait à chasser le paludisme et serait mené par l'Afrique, qui serait le fer de lance de la campagne. Le second s'attacherait à lutter contre une cause majeure de mort prématurée, le tabac. "Je suis médecin", a dit Mme Brundtland. "J'ai foi en la science et je crois au témoignage des faits. Je tiens à l'affirmer ici aujourd'hui: le tabac est un tueur."

Mme Brundtland, première femme à accéder au poste de directeur général de l'OMS, a clairement l'intention de porter une attention particulière à la santé des pauvres. Elle a conclu son discours en ces termes: "Je me représente un monde où la solidarité liera ceux qui ont de la chance à ceux qui sont moins favorisés. Où nos efforts collectifs contribueront à éliminer toutes les maladies des pauvres. Où nos efforts collectifs assureront l'accès de tous à des soins de santé donnés avec compassion et compétence. Nous sommes appelés à agir pour faire progresser le monde d'un pas en direction de ce but."

Dès son premier jour de travail, Mme Brundtland a mis en place un nouveau code de conduite en matière de transparence financière. Désormais, tous les fonctionnaires de haut rang - y compris la directrice générale et les membres du groupe directorial - seront tenus de révéler tous les intérêts financiers et autres qu'ils ont dans le secteur privé. Le 24 juillet, la Fondation Rockefeller

a signé les documents prévoyant la création d'un Fonds de promotion de la santé mondiale de 2.5 millions de dollars EU destiné à soutenir le processus de réforme de l'OMS.

**La home page de l'Organisation mondiale de la santé sur Internet se trouve sous <http://www.who.ch>**

**Lancement du magazine *Initiatives d'action communautaire pour la santé***

Afri-CAN, réseau africain d'action communautaire pour la santé, créé lors d'une réunion organisée conjointement à Harare par la CMC - Action des Eglises pour la santé et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, a lancé son propre magazine. *Initiatives*, publié tous les trois mois en anglais et en français, a pour but d'attirer l'attention sur les initiatives individuelles et collectives susceptibles de contribuer à édifier une stratégie de santé communautaire au niveau du continent. Le premier numéro, paru en avril 1998, pose la question: "Qu'en est-il de la santé pour tous?", et présente une interview du docteur Dan Kaseje, ancien directeur de la CMC, sur la nécessité d'une direction charismatique et démocratique dans le domaine des soins de santé à base communautaire. Si vous souhaitez recevoir un exemplaire du magazine et devenir membre d'Afri-CAN, écrivez à l'adresse suivante: Dr Dan Kaseje, secrétaire général d'Afri-CAN, Secrétariat d'Afri-CAN, PO Box 73860, Nairobi, Kenya. Tél. : 254 2 711416 ou 729095. Fax : 254 2 711918.

**Les *Padares* de l'Assemblée du COE**

Lors de la Huitième Assemblée du Conseil oecuménique des Eglises à Harare, Zimbabwe, les participants tiendront des *Padares* (ce qui signifie "lieu de réunion, en particulier pour discuter de préoccupations communautaires" en langue shona, parlée au Zimbabwe) sur les thèmes suivants touchant au domaine de la santé: le travail de la CMC, les services de santé des Eglises, les handicaps, la santé des femmes, l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que la participation communautaire et la viabilité.



