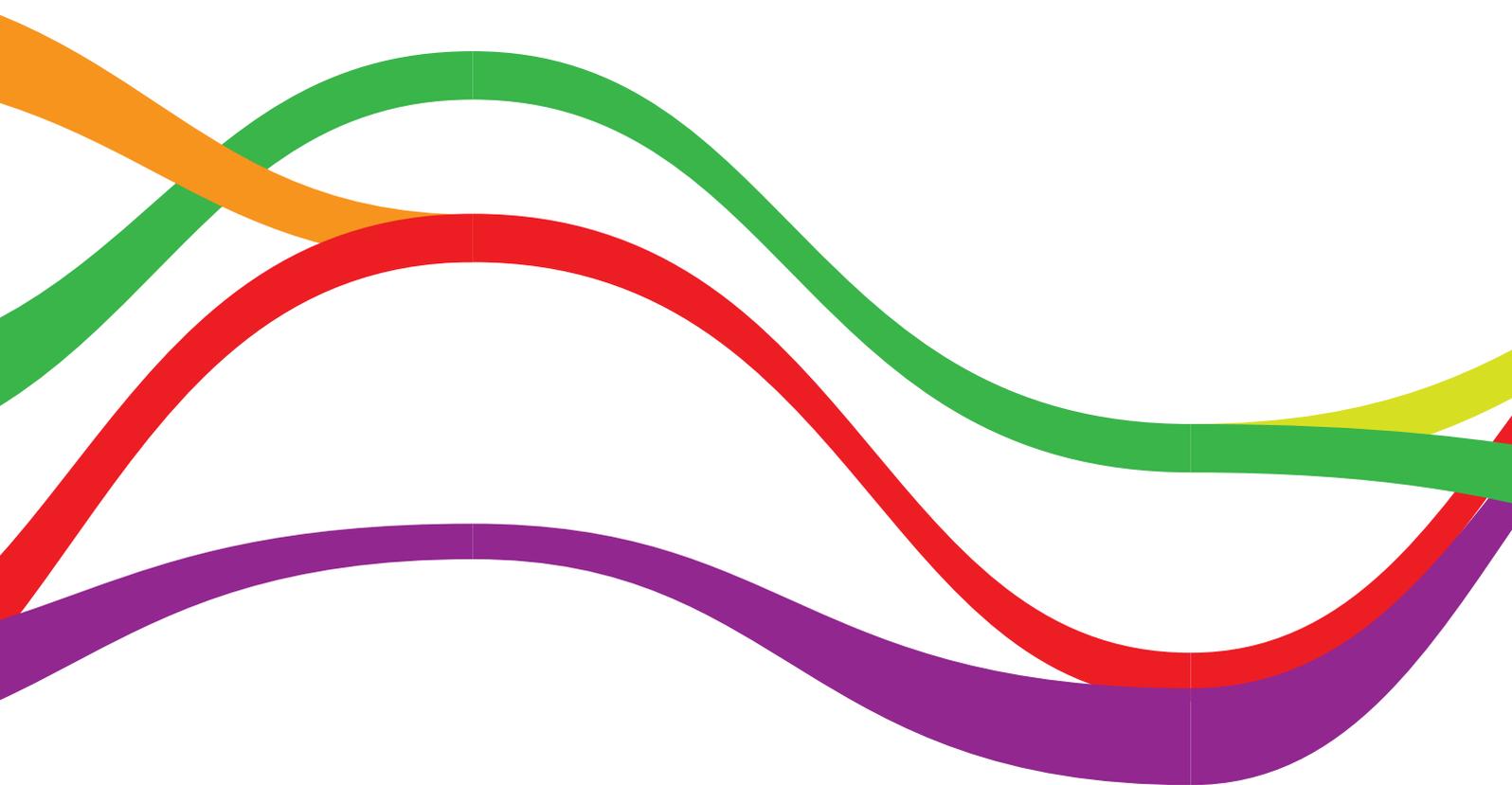


# *contact*

HORS SÉRIE N° 5, OCTOBRE 2018



## Les soins de santé primaires revisités

---



**Contact** Hors série n° 5, octobre 2018

Sous la direction de Lyn van Rooyen, Mwai Makoka.

Couverture et mise en page: Albin Hillert.

© 2018 Conseil œcuménique des Églises, Genève.

Les opinions exprimées dans les publications du COE sont celles des auteurs.  
Aucun des articles de ce numéro ne peut être reproduit partiellement ou dans son intégralité sans autorisation.

# Les soins de santé primaires revisités

## *Contact* – Hors série n° 5

### Table des matières

<b>Introduction</b>	5
<i>Pasteur Olav Fykse Tveit</i>	
<b>1. Sommes-nous fidèles à nos principes en matière de soins de santé primaires?</b>	7
<i>Mwai Makoka</i>	
<b>2. La Déclaration d'Alma-Ata, 40 ans après</b>	10
<i>Odile Frank</i>	
<b>3. Retour sur «Is PHC the new priority? Yes, but...»</b>	14
<i>Mwai Makoka</i>	
<b>4. Retour sur «Health Care and Justice»</b>	17
<i>Gisela Schneider</i>	
<b>5. Les cinq défis des Églises en matière d'action sanitaire sont-ils encore pertinents?</b>	19
<i>Bimal Charles</i>	
<b>6. Retour sur «Primary Health Care and the Village Health Worker»</b>	22
<i>Dan Irvine</i>	
<b>7. Les Églises auxiliaires de santé: arguments en faveur de programmes paroissiaux de promotion de la santé</b>	29
<i>Mwai Makoka</i>	
<b>8. Historique de la participation de la Commission médicale chrétienne et des Églises dans les politiques en matière d'allaitement maternel</b>	36
<i>Erlinda Senturias et Mwai Makoka</i>	
<b>9. Du handicap à de nouvelles aptitudes: études de cas sur la prise en charge des personnes handicapées</b>	42
<i>Gift Norman et Raji Thomas</i>	
<b>10. Pourquoi la religion compte-t-elle encore dans le domaine de la santé?</b>	47
<i>Gillian Paterson</i>	
<b>11. La Stratégie œcuménique mondiale pour la santé, nouvelle dynamique du COE en faveur de la santé</b>	52
<i>Lyn van Rooyen</i>	



# Introduction

De nombreux événements marquants de l'histoire du Conseil œcuménique des Églises (COE) et de ses initiatives dans le domaine de la santé sont fêtés en 2018: les 70 ans du COE et de l'Organisation mondiale de la Santé, les 50 ans de la Commission médicale chrétienne (CMC), les 40 ans de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et le lancement de la Stratégie œcuménique mondiale pour la santé 2018-2021.

C'est dans ce contexte que le COE publie ce numéro commémoratif de *Contact*.

Revue phare de la CMC, *Contact* permet depuis 1971 de développer ce que d'aucuns ont appelé «un hôpital sans murs»: une conversation mondiale sur toutes les questions de santé, examinées d'un point de vue chrétien. Les soins de santé primaires ont été débattus, affinés et défendus par l'intermédiaire de *Contact*.

S'il faut reconnaître que le paysage a évolué, nous constatons que de nombreux défis demeurent aujourd'hui dans le domaine de la santé. Le plus grand d'entre eux réside probablement dans les vastes inégalités en matière de structures et de services de santé publique que l'on observe entre pays développés et en développement et même entre les riches et les pauvres dans un même pays. La vision de soins de santé équitables pour tous n'est toujours qu'un rêve.

Dans ce numéro de *Contact*, la discussion se poursuit. Ce numéro revient sur plusieurs articles fondamentaux rédigés avant et après Alma-Ata, explore les domaines des programmes et de la défense des causes, se penche sur des études de cas, présente la Stratégie œcuménique mondiale pour la santé adoptée par le COE et anticipe les enjeux et les opportunités à venir.

Nous avons déclaré que le Conseil œcuménique des Églises voulait être le chef de file d'un mouvement œcuménique d'amour – autrement dit, que nous voulions montrer l'amour de Dieu par des actions concrètes menées ensemble. Un tel mouvement œcuménique d'amour signifie non seulement partager une vision, mais aussi identifier des mesures concrètes pour aller de l'avant.

Il n'existe pas de meilleur moyen d'aborder les défis et le potentiel de l'œcuménisme que de régénérer le rôle des Églises dans le domaine des soins de santé primaires. Ici, comme dans d'autres sujets préoccupants pour l'humanité, nous avons une excellente occasion de progresser ensemble dans le cadre d'une stratégie et d'une vision partagées, mieux établies et mieux développées.

Le Conseil œcuménique des Églises se réengage à jouer son rôle de rassembleur, de facilitateur et de catalyseur afin d'assurer la santé pour toutes et tous. Nous nous engageons à travailler avec nos Églises et structures membres ainsi qu'avec nos partenaires afin de renforcer nos contributions aux Objectifs de développement durable relatifs à la santé.

Notre vocation au service de la santé et de la guérison, portée par l'amour du Christ, n'a rien perdu de sa force.



*Pasteur Olav Fykse Tveit*  
*Secrétaire général*  
*Conseil œcuménique des Églises*



# 1. Sommes-nous fidèles à nos principes en matière de soins de santé primaires?

## **Mwai Makoka**

Dans cette rétrospective sur la signature de la Déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup> et sur l'évolution de la situation depuis, il est opportun de nous intéresser aux bases religieuses de cette importante déclaration.

Depuis la publication de son premier numéro en novembre 1970, la revue *Contact* s'est attachée, entre autres orientations, à défendre les programmes de santé d'origine communautaire. Cette activité a été, dès le départ, l'axe de travail central de la Commission médicale chrétienne (CMC). Les principes de ces programmes ont été adoptés en 1975 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, sous le nom de «soins de santé primaires».

Le Conseil œcuménique des Églises (COE) a participé aux deux années de consultation des ONG qui ont abouti à une déclaration de principes sur les soins de santé primaires en mai 1978, puis, quatre mois plus tard, à la Déclaration d'Alma-Ata que nous commémorons<sup>2</sup>. Il est clair que le COE a joué un rôle majeur dans l'élaboration et la promotion des soins de santé primaires<sup>3 4</sup>.

1 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978, [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

2 «Non-governmental Organisations and Primary Health Care», déclaration de principes, *Contact* n° 48, 1978, p. 8-10.

3 S. Litsios, «The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach», *American Journal of Public Health*, vol. 94:11, 2004, p. 1884-1893, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448555>.

4 T. Karpf, «Faith and Health: Past and Present of Relations between Faith Communities and the World Health Organization», *Christian Journal for Global*

La première Conférence internationale sur les soins de santé primaires a été le résultat de plusieurs années de préparation, avant même les années 1960. Toutefois, la création de la CMC en 1968, puis la signature en mai 1974 d'un protocole d'accord entre la CMC et l'OMS sur une coopération technique ont imprimé un élan dont la Déclaration d'Alma-Ata a été le point culminant<sup>5</sup>. La Déclaration elle-même était un document universel et audacieux, inspiré de la conception que l'OMS a d'elle-même: une «conscience mondiale en matière de santé<sup>6</sup>».

Alma-Ata affirme que la santé est un droit fondamental des êtres humains, et que tout être humain a le droit et le devoir de participer à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. En dépit des acteurs variés du secteur de la santé, il est proclamé que les gouvernements ont une responsabilité vis-à-vis de la santé de toute leur population.

La CMC avait cependant avancé auparavant que la santé n'était pas seulement une affaire de droits de la personne; elle relevait également de la justice. Les approches hospitalières traditionnelles, dans lesquelles les hôpitaux accomplissaient de plus en plus de choses pour le même nombre limité de patients, étaient jugées inefficaces et inaptes, donc injustes<sup>7</sup>.

*Health*, vol. 1:1, 2014, p. 16–25, <http://journal.cjgh.org/index.php/cjgh/article/view/21/86>.

5 Archives de l'OMS, *Fonds Records of the Central Registry, third generation of files, 1955–1983 (WHO.3)*, fichier N61/348/77.

6 OMS, *Official Records No. 206, Annex 11*, p. 108, [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85855/Official\\_record206\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85855/Official_record206_eng.pdf).

7 «Health Care and Justice», *Contact*, n° 16, 1973.

Tout gouvernement qui refuse des soins de santé à une partie de ses citoyens, ou qui crée ou entretient des situations empêchant une partie de la population d'atteindre «le niveau de santé le plus élevé possible», commet un acte d'injustice. C'est pourtant le cas de certains signataires de la Déclaration. Le racisme, la purification ethnique, l'apartheid et les autres injustices, quelle que soit leur forme ou leur apparence, n'ont pas leur place dans un pays qui a ratifié la Déclaration d'Alma-Ata.

Rétrospectivement, la Déclaration peut sembler naïve d'avoir inclus des questions «d'autoresponsabilité et d'autodétermination», de participation civique et d'exploitation maximale des ressources nationales disponibles, dans la mesure où ces questions empiètent inévitablement sur les domaines de la politique locale et internationale et du commerce local et international.

Il est irréaliste et immoral d'attendre de citoyens privés d'une participation civique significative dans d'autres domaines de la vie qu'ils puissent «participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé» qui leur sont destinés. En effet, dans certains pays, les agents chargés des soins de santé primaires ont été qualifiés de larbins des mouvements en faveur de la justice, et certains ont été enlevés et assassinés à cause de cela par des gouvernements aussi bien nationaux qu'étrangers<sup>8</sup>.

La vision d'Alma-Ata laissait supposer que le nouvel ordre économique international aboutirait à une réduction de l'écart entre les pays en développement et les pays développés. Des pratiques commerciales internationales injustes et abusives, comme le pillage impitoyable des ressources naturelles de l'Afrique, ont cependant

entraîné l'incapacité tout aussi immorale de nombreuses personnes à faire usage de leurs «ressources locales, nationales et autres».

Peu d'attention a été accordée à l'appel lancé aux pays pour qu'ils désamorcent la course à l'armement et la militarisation et qu'ils réorientent ces ressources vers le développement humain, et notamment la santé. Le rapport d'Oxfam *Une économie au service des 1%* explique en détail comment la majorité de la population mondiale a été poussée dans l'extrême pauvreté<sup>9</sup>. Les guerres et les conflits sont toujours les principaux moteurs de l'économie mondiale, et ils profitent seulement à quelques-uns. Les dépenses militaires mondiales n'ont cessé d'augmenter depuis 18 ans et, en 2017, elles ont atteint un record historique de 1700 milliards de dollars des États-Unis, ce qui représente une moyenne mondiale de 230 dollars par personne<sup>10</sup>.

La Déclaration ambitionnait une mise en œuvre «en particulier dans les pays en développement». Il est vite devenu intenable de faire avancer les soins de santé primaires dans ces pays alors que l'approche hospitalière traditionnelle était maintenue dans les pays développés.

Premièrement, la méthode occidentale exerçait sa «domination professionnelle». Halfdan Mahler, l'architecte des soins de santé primaires pour l'OMS, a déploré en 1980 que les médecins soient devenus des «empereurs de la médecine» pleins de «fausse grandeur» et de négativité envers

---

8 «The CMC Story», *Contact*, vol. 161/162, 1998, p. 20.

---

9 «Une économie au service des 1%. Ou comment le pouvoir et les privilèges dans l'économie exacerbent les inégalités extrêmes et comment y mettre un terme», Note d'information d'Oxfam n° 210, Oxfam, 2016, [https://d1tn3vj7xz9fdh.cloudfront.net/s3fs-public/file\\_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-fr.pdf](https://d1tn3vj7xz9fdh.cloudfront.net/s3fs-public/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-fr.pdf).

10 Institut international de recherches sur la paix de Stockholm, *Report 2017*, <https://www.sipri.org/media/press-release/2018/global-military-spending-remains-high-17-trillion>.

les soins de santé primaires<sup>11</sup>, et ce, sept ans après la «domination professionnelle» prédite par Charles Elliott. Il est intéressant de noter que le Dr Mahler a fait part de ces remarques au Nigeria, où la communauté médicale est à la fois victime et coupable de ce comportement.

Deuxièmement, l'architecture des ressources humaines dans le secteur de la santé ne s'est pas adaptée à la réalité des soins de santé primaires. Cela a eu deux autres conséquences: les agents de santé communautaire ont joué un rôle secondaire, derrière les «professionnels», comme le décrit la recension d'Irvine dans ce numéro, et l'Occident (avec son approche hospitalière) a accaparé les agents de santé des pays en développement. Les pays du Sud ont souffert d'un véritable exode des cerveaux, et les ajustements mineurs opérés, comme la codification du recrutement international des professionnels de la santé, ont eu peu d'effets. Toute l'architecture des ressources humaines du secteur de la santé doit être revue à son niveau le plus fondamental pour que les soins de santé primaires puissent marcher.

Dans son article «Is PHC the new priority? Yes, but...» (Les soins de santé primaires, nouvelle priorité? Oui, mais...), le Dr Elliott avait prédit à juste titre que les historiens de la médecine salueraient les soins de santé primaires comme une innovation majeure des soins médicaux. Avec son langage utopique, voire poétique, Alma-Ata a inspiré plusieurs générations, fournissant non seulement un cadre universel pour la formulation des politiques de santé, mais servant aussi de boussole éthique.

---

11 H.T. Mahler, "Primary Health Care: An Analysis of Some Constraints." An address delivered to the special congregation for the conferment of an honorary degree on Dr HT Mahler at the University of Lagos (Lagos: University of Lagos Press, 1980), 10. Discours et conférences de Mahler, boîte 1, Bibliothèque de l'OMS, Genève.

Malheureusement, nous n'avons pas toujours suivi la direction indiquée par cette boussole.

Bien qu'elles apportent des contributions décisives en matière de santé et qu'elles aient donné leur élan aux soins de santé primaires, les communautés religieuses n'ont pas été explicitement mentionnées dans la Déclaration<sup>12</sup>. On observe toutefois que la méfiance que les organisations d'inspiration religieuse inspirent aux agences des Nations Unies et aux gouvernements diminue, et que leurs apports (idées, pratiques, expériences) susceptibles de favoriser le développement sont de plus en plus reconnus<sup>13 14</sup>. Reste à savoir, cependant, quel espace l'OMS réservera à ces organisations.

L'une des caractéristiques de la nature salvatrice du Seigneur Jésus-Christ est qu'il n'aimait pas que l'on tarde à alléger la souffrance. Dans Luc 13,10-13, il guérit une femme le jour du sabbat en déclarant que même si elle souffrait de cette maladie depuis de longues années, il était intolérable qu'elle souffre un jour de plus pour attendre que le sabbat soit terminé.

À l'heure où nous fêtons les 40 ans de la Déclaration d'Alma-Ata, le Conseil œcuménique des Églises rappelle que nous faisons partie d'une création qui gémit de souffrance et aspire à la libération. Nous sommes également un signe d'espérance et une expression du royaume de Dieu<sup>15</sup>.

---

12 Notes de la Commission médicale chrétienne. Inédit..

13 G. Berge, «Recognizing the Role of Religion in Development Cooperation: Experiences and Examples from Norwegian Church Aid (NCA)», *Ecumenical Review*, vol. 68:4, 2016, p. 423-432..

14 C. Benn, «Guest Introduction: Faith and Health in Development Contexts», *Development in Practice* vol. 27:5, 2017, p. 575-579, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09614524.2017.1330875>.

15 J. Keum (dir.), *Ensemble vers la vie*, Genève, Publications du COE, 2013, p. 21, [https://www.oikoumene.org/fr/resources/documents/commissions/mission-and-evangelism/together-towards-life-mission-and-evangelism-in-changing-landscapes?set\\_language=fr](https://www.oikoumene.org/fr/resources/documents/commissions/mission-and-evangelism/together-towards-life-mission-and-evangelism-in-changing-landscapes?set_language=fr).

L'appel à un Pèlerinage de justice et de paix exige que le travail de l'Église en matière de santé intègre «une dénonciation prophétique des causes fondamentales de la souffrance et la transformation des structures dispensatrices d'injustice<sup>16</sup>».

Nous nous engageons à être fidèles à nos principes.

*Le Dr Mwai Makoka est responsable du programme Santé et guérison du COE à Genève.*

16 J. Keum (dir.), *Ensemble vers la vie*, p. 19.

## 2. La Déclaration d'Alma-Ata, 40 ans après

### Odile Frank

Cet article avance que, malgré l'amélioration des conditions de santé et du statut de la population humaine mondiale depuis 1978, les progrès accomplis n'ont pas atteint les espérances de la Déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup> et n'ont pas encore réussi à jeter les bases d'une amélioration durable. Cet échec est dû au fait que les principes directeurs des soins de santé primaires, pierre d'angle des priorités d'Alma-Ata,

ont été ignorés. De même, le fondement des espérances entretenues en 1978 s'est érodé et la conviction de l'importance de la santé humaine, qui les avait inspirées, est aujourd'hui remise en cause. Par conséquent, les progrès de la santé humaine ont emprunté une route de service parallèle au lieu de suivre la voie rapide envisagée en 1978, ce qui leur a fait perdre vitesse et efficacité. Pour revenir sur la bonne voie, il faudrait changer radicalement l'argumentation en faveur d'une plus grande concentration des ressources et déployer des efforts pour faire baisser la morbidité et la mortalité humaines.

1 Organisation mondiale de la Santé, «Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires», [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

**Tableau 1. Estimation et projection des statistiques vitales pour le monde en 1978 et 2018 (chiffres arrondis)**

Indicateur / année	1978 (estimations)	2018 (projections)
Population	4 458 412 000	7 550 000 000
Taux brut de mortalité	11‰	7,7‰
Espérance de vie des hommes	58 ans	70 ans
Espérance de vie des femmes	62 ans	74 ans
Espérance de vie des deux sexes	60 ans	72 ans
Mortalité infantile	85‰	31‰
Mortalité juvénile	124‰	43‰

Source: ONU, World Population Prospects: The 2017 Revision, Vol. I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/399), Genève, Département des affaires économiques et sociales, division de la population, 2017.

## L'espérance de vie a progressé depuis 1978, de même que l'état de la santé mondiale

Les améliorations dont a bénéficié la population humaine au cours des 40 dernières années sont remarquables. Le tableau 1 résume les statistiques vitales de la population mondiale, établies à partir d'estimations pour 1978 et par projection pour 2018.

Même un simple coup d'œil montre que tous les indicateurs de santé et de survie ont progressé, alors que la population mondiale a augmenté de 60%. L'élément le plus remarquable est l'amélioration des taux de mortalité infantile et juvénile, qui ont reculé de 64% et 65% respectivement. Le taux de mortalité s'est amélioré à l'échelle de la planète malgré un net recul des gains de mortalité pendant la période 1978-2018 en Europe de l'Est et en Afrique australe, en raison de l'épidémie de VIH/sida dans ce dernier cas.

En dépit de ces améliorations, le langage de la Déclaration d'Alma-Ata, ses affirmations et ses messages d'urgence et de sensibilisation sont aussi valables aujourd'hui qu'il y a 40 ans. Seuls deux détails font vieillir le document: l'an 2000 fixé pour objectif et les références à un «nouvel ordre économique international<sup>2</sup>».

Même si le vocabulaire lui-même est tombé en désuétude, un grand nombre des objectifs qui le sous-tendent sont encore valables. D'ailleurs, le nouvel ordre économique international est toujours inscrit à l'ordre du jour des Nations Unies. Un rapport du secrétaire général des Nations Unies daté de 2016<sup>3</sup> donne une

vue d'ensemble des progrès économiques accomplis au niveau international afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) entre 2000 et 2015 et des difficultés qui subsistent concernant les objectifs de développement durable (ODD) entre 2015 et 2030. Ce qui démontre que le nouvel ordre économique international<sup>4</sup> est aussi pertinent aujourd'hui qu'il l'était dans le monde décrit par la Déclaration d'Alma-Ata, un monde auquel nous continuons d'aspirer.

Malheureusement, cependant, les dysfonctionnements de cet ordre économique ont plus de chances d'être corrigés que ceux de l'état des soins de santé mondiaux préconisés à Alma-Ata. La raison en est que, collectivement, nous défendons beaucoup mieux la croissance économique et la prospérité, qui sont considérées comme des contributions positives, que l'amélioration de la santé, qui est largement perçue comme un coût.

Pourtant, la Déclaration d'Alma-Ata a tenté de contrer ce point de vue, et ce 25 ans avant que Gro Harlem Brundtland ne déclare en 2003, dans l'un de ses derniers discours en qualité de directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé: «Nous avons établi que la santé est un élément déterminant du progrès et de la réduction de la pauvreté.»

Il est ainsi énoncé dans l'article III de la Déclaration d'Alma-Ata que «la promotion et la protection de la santé des peuples [sont] la condition sine qua non d'un

---

durable qui soient équitables et partagés, ainsi que du rôle que pouvait jouer l'Organisation des Nations Unies à cet égard dans la perspective de l'instauration d'un nouvel ordre économique international», rapport du secrétaire général [A/71/168], 2016, <https://undocs.org/fr/A/71/168>.

4 Institut international du développement durable, «UN Reports on Progress towards New International Economic Order», 2016, <http://sdg.iisd.org/news/un-reports-on-progress-towards-new-international-economic-order>.

2 ONU, *Declaration on the Establishment of a New International Economic Order. Resolution adopted by the General Assembly [A/RES/S-6/3201]*, 1<sup>er</sup> mai 1974, <http://www.un-documents.net/s6r3201.htm>.

3 ONU, «Vue d'ensemble actualisée des grands problèmes d'ordre économique et de politique générale à résoudre sur le plan international pour assurer une croissance économique soutenue et un développement

progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale».

Ce point de vue se distingue subtilement de la position selon laquelle les soins de santé sont généreusement offerts aux personnes qui n'ont pas les moyens de se les offrir (pour l'essentiel, les pauvres dans les pays à revenu intermédiaire et élevé et la majorité de la population dans les pays à revenu faible, en voie de développement et les moins avancés). Mais cette différence subtile invitait à penser que la santé n'était pas seulement un coût, mais un investissement, et que, comme tout investissement, elle produirait des bénéfices. Cette différence subtile permettait d'interpréter le retour sur investissement de la santé en termes de productivité économique et de croissance, et non en termes de simples progrès sociaux ou humanitaires. Il s'agissait d'un point essentiel, car les progrès humanitaires n'étaient pas considérés comme un motif justifiant des investissements.

Ce point de vue était également fondé sur l'opinion quasi universelle selon laquelle la productivité associée au travail humain serait profitable à l'économie et qu'il existait une capacité de croissance sous-exploitée si l'on augmentait la quantité et la qualité du travail humain. La santé pour tous était synonyme de main-d'œuvre en meilleure santé, ce qui se traduisait par des gains pour tous grâce à une productivité humaine accrue.

Les dépenses totales de santé à l'échelle mondiale n'ont cessé d'augmenter, lentement mais sûrement, du moins depuis 2000<sup>5</sup>. Toutefois, cette hausse est principalement due à la croissance du revenu national brut<sup>6</sup>. Par rapport au

revenu national, les niveaux des dépenses de santé montrent largement les mêmes inégalités aujourd'hui qu'il y a vingt ans. Cela signifie que l'on trouve peu de pays pauvres ayant augmenté leurs dépenses de santé<sup>7</sup>. Mais là où il y a eu une amélioration apparaît une relation claire, dans les pays en développement, entre les dépenses de santé et les gains pour la santé dans les mesures de morbidité et de mortalité.

Même si la création de «systèmes médico-sanitaires nationaux complets» où il serait possible d'assurer la santé de tous et toutes, comme le préconise la Déclaration d'Alma-Ata, demeure un objectif réaliste, nous n'en avons pas fait autant que nous aurions pu au cours des 40 dernières années. Nous avons toléré une baisse de la morbidité et de la mortalité à un rythme bien inférieur à ce que nous aurions pu atteindre. Au lieu de cela, nous avons cherché à parvenir, à l'échelle mondiale, à un contrôle «suffisant» des maladies infectieuses pour limiter la mortalité, nous avons avancé dans le traitement de plusieurs maladies non transmissibles à l'aide d'innovations technologiques et nous avons considérablement augmenté la couverture vaccinale des enfants, entre autres résultats<sup>8</sup>.

Mais nous avons abandonné sans équivoque les principes fondamentaux qui forment la base des soins de santé primaires: refléter les conditions sur le terrain et résoudre les problèmes de santé au moyen d'une participation

---

Healthcare», 2018, <https://ourworldindata.org/financing-healthcare>.

7 J.L. Dieleman, T. Templin, N. Sadat, P. Reidy, A. Chapin *et al.*, «National Spending on Health by Source for 184 Countries between 2013 and 2040», *The Lancet*, vol. 387:10037, 2016, p. 2521–2535, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30167-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30167-2/fulltext).

8 Nous avons également réussi à réduire sensiblement la mortalité maternelle, mais avons lamentablement échoué à résoudre le problème fondamental de l'assainissement inscrit dans les objectifs des OMD.

---

5 Les données sont trop peu nombreuses pour déterminer la tendance depuis l'époque d'Alma-Ata.

6 E. Ortiz-Ospina et M. Roser, «Financing

multisectorielle et durable de la communauté, afin de parvenir à «l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous». Alors que les soins de santé primaires étaient censés être fondés sur la demande et proactifs, nous avons offert avec complaisance un ensemble disparate d'interventions motivées par un amalgame de disponibilité industrielle, de considérations géopolitiques, d'objectifs philanthropiques et de sensibilité humanitaire.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'au cours des 40 dernières années nous ayons vu les épidémies dues à la pauvreté prendre des proportions effrayantes et ébranler nos convictions et notre confiance dans la santé publique. C'est ce que montrent clairement l'épidémie de VIH/sida, les vagues d'infections virales respiratoires, les souches de tuberculose résistante et les épisodes de choléra et d'Ebola. Les infrastructures du système de santé supposées y faire face ont été prises de court en raison de notre incapacité collective à emprunter la voie rapide après Alma-Ata, à redoubler d'efforts et à accroître considérablement les ressources nécessaires afin d'atteindre son objectif clair.

Même si cela demeure un objectif réaliste (potentiellement revigoré par la nouvelle mission de la communauté médico-sanitaire mondiale: «la couverture sanitaire universelle pour tous et partout»), il est plus difficile de financer des «systèmes médico-sanitaires nationaux complets» aujourd'hui qu'en 1978. En effet, il n'est plus aussi certain que l'amélioration de la santé contribue au progrès par la croissance économique. Nous assistons aujourd'hui à une baisse du rendement du travail et à une augmentation de la productivité des facteurs de production non liés au travail, notamment le capital. L'avenir même du travail est remis en question. Nous

constatons que les inégalités se creusent fortement au lieu de diminuer, en raison de la stagnation des salaires et de la précarité accrue des emplois, entretenus par un chômage généralisé. En revanche, l'extrême richesse ne cesse de croître partout, même dans les pays les plus pauvres. Les projections de cette réalité semblent être acceptées par tout le monde. Le revenu de base universel est discuté aussi bien dans les cercles conservateurs (comme moyen de réduire les coûts administratifs intolérables de l'augmentation des services sociaux) que dans les cercles progressistes (pour remédier à l'intolérable croissance annoncée du chômage structurel).

Les segments riches de nos sociétés et du monde, ainsi que les gouvernements qui sont leurs débiteurs, hésitaient à investir davantage dans la santé après 1978, estimant que la future croissance économique finirait par profiter à la santé et réduirait les disparités entre les riches et les pauvres. Il ne sera pas plus facile de les convaincre aujourd'hui, à une époque où il est prévu que des «interventions de fond» et des «actions concertées» seront nécessaires pour parvenir à une «augmentation significative des ressources des systèmes de santé» afin de combler l'écart des dépenses de santé entre plus de 90 pays à revenu faible et intermédiaire et les pays à revenu élevé. Cette démarche est pourtant essentielle si nous voulons obtenir les résultats plus que nécessaires d'une meilleure santé au cours des 20 prochaines années<sup>9</sup>.

Dans le contexte de choc des valeurs qui polarise actuellement les priorités internationales, il est primordial d'éviter les arguments économiques en faveur de la santé et de défendre les valeurs fondamentales et durables qui justifient l'accès universel aux services de santé essentiels afin de garantir la santé pour

---

9 Dieleman *et al.*, *op. cit.*

tous: la santé est un droit pour chaque être humain.

Au bout de 40 ans, la «santé pour tous» reste un objectif valable, compte tenu de la mauvaise situation sanitaire dans le monde et des enseignements tirés des deux principales tentatives entreprises depuis 1978 pour relancer l'engagement planétaire: les OMD et les ODD.

Au cours de cette période, nous avons toutefois assisté à une augmentation de la richesse mondiale qui peut à présent

être mobilisée avec une plus grande détermination collective.

La santé pour tous constitue donc également un objectif réaliste, compte tenu de la volonté exprimée par les gouvernements, de la panoplie des mécanismes de financement disponibles et de l'existence avérée des ressources nécessaires.

*Odile Frank travaille au Conseil international de l'action sociale à Genève.*

### 3. Retour sur «Is PHC the new priority? Yes, but...»

#### **Mwai Makoka**

Le terme «soins de santé primaires» est entré dans le vocabulaire du ministère médico-sanitaire chrétien à la fin des années 1960, avant de se généraliser au début des années 1970. En juillet 1975, le Dr Charles Elliott a présenté un exposé intitulé «**Is PHC the new priority? Yes, but...**» (Les soins de santé primaires, nouvelle priorité? Oui, mais...) pendant la réunion annuelle de la Commission médicale chrétienne (CMC) à Zurich. Il tentait d'«anticiper l'histoire», malgré le caractère toujours périlleux d'un tel exercice.

Aujourd'hui, pour le 40<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, revenons sur cet exposé.

Au lieu de pontifier ou de prophétiser, le Dr Elliott identifie les écueils possibles des soins de santé primaires, proposant des idées pour contourner ou aplanir les difficultés et ainsi assurer le succès de ce type de soins.

Selon lui, les principaux moteurs des soins de santé primaires sont au nombre de cinq: les agents de première ligne, l'amélioration relative des services de prévention, une démarche plus intégrée, le détronement de la rentabilité et de l'efficacité et la fusion

des technologies occidentales avec les systèmes traditionnels. Elliott souligne que chacun de ces éléments évolue le long d'un spectre, et que chaque pays évolue à un rythme différent pour chacun d'eux.

Même s'il a le sentiment que les choses bougent, le Dr Elliott se pose des questions sur le sens de cette évolution et s'intéresse à la difficulté de définir les objectifs des soins de santé. «De loin», les objectifs semblaient clairs et unifiés, mais les différences idéologiques ont gagné en importance au fur et à mesure de l'évolution du processus, et des individus qui croyaient aller dans le même sens ont découvert qu'ils poursuivaient des objectifs différents.

Pour en revenir aux objectifs des soins de santé, Elliott soulève plusieurs questions.

Il se demande si l'importance désormais accordée à la démocratisation des soins de santé n'est pas devenue une nouvelle forme de domination professionnelle.

Pour lui, le terme «démocratisation des soins de santé» exprime l'idée d'une «santé du peuple, pour le peuple et par le peuple», et il s'inquiète que les soins de santé primaires puissent devenir simplement

une nouvelle forme de «domination professionnelle» (par les médecins). À ses yeux, ni la participation de la collectivité ni l'épidémiologiste ne doivent prévaloir. Ce qu'il faut au contraire, c'est un «conseil d'égaux» réunissant les instances décisionnaires de multiples secteurs et disciplines.

Ses arguments peuvent être résumés ainsi:

- Il semble que la priorité accordée aux soins de santé par les villageois soit relativement faible dans la plupart des cas, étant donné qu'«une communauté s'adapte culturellement, voire psychologiquement, à un certain schéma pathologique». Autrement dit, les services offerts par les soins de santé primaires peuvent être fondés sur des critères de besoin qui ne correspondent pas aux «besoins ressentis» par la collectivité.
- Les collectivités peuvent donner l'impression de faire généralement de «mauvais» choix en matière de santé, parce qu'elles confondent leurs désirs et leurs besoins dans ce domaine. C'est ainsi que les dispensaires, les hôpitaux et les ambulances ont toujours figuré en tête des demandes des collectivités, même lorsqu'une démarche de soins de santé primaires raisonnable aurait opté pour autre chose.

Les effets de cette situation sont encore visibles aujourd'hui. Si les collectivités peuvent sous-estimer les effets d'une maladie, engendrant des choix de plus en plus inadaptés, les épidémiologistes ou les économistes de la santé prennent des décisions en fonction des données (sur la maladie et la population) qui tiennent rarement compte des ressources communautaires immatérielles et de qualités telles que la résilience, les valeurs en matière de santé ou même la valeur accordée à la vie (et à la mort).

- Elliott s'inquiète que les «agents de première ligne» puissent eux aussi

tomber dans le piège de la «domination professionnelle» au lieu de développer une trajectoire et des motivations uniques.

Cela s'est malheureusement vérifié.

Le statut et la position des agents de santé communautaire ne se sont pas améliorés, alors que les preuves du rôle central qu'ils exercent en matière de soins de santé primaires se multiplient. L'absence d'avancement professionnel, la rémunération faible et l'isolement par rapport au secteur de la santé «principal» expliquent leur défaveur.

Au lieu de procéder à des investissements constructifs, de développer le cadre des agents de santé communautaire et de résoudre ces problèmes, la «force centripète de la profession», comme l'appelle Elliott, a relégué les agents de santé communautaire dans «les bidonvilles du monde médical».

Des progrès ont été accomplis dans le domaine du VIH, quand des «agents de première ligne» non professionnels ont été engagés: par exemple, des mères pour prévenir la transmission mère-enfant, des spécialistes malades pour inciter à suivre le traitement prescrit ou des pairs pour convaincre les groupes à haut risque de se faire dépister et de bénéficier d'un accompagnement. Malheureusement, ces initiatives n'ont pas suffisamment essaimé pour permettre le contrôle des maladies non transmissibles, inciter à donner son sang ou promouvoir la santé dans les écoles, les églises, etc.

- Selon Elliott, cette domination professionnelle serait également affectée par la qualité des services. Si le modèle occidental centripète de la médecine équivaut à des soins de qualité, il induit des «demandes irréalistes d'hôpitaux» et une surprofessionnalisation des médecins. Dans de nombreux pays, la majorité des ressources de santé sont déployées au service d'une minorité et de quelques privilégiés. Cela vaut non seulement pour les services cliniques, mais aussi pour la

formation, la recherche et les ressources humaines.

Elliott estime qu'en augmentant les investissements dans des ressources médico-sanitaires locales et traditionnelles, il est possible d'améliorer la qualité de ces services, de modifier la perception de la collectivité et de faire évoluer sa demande.

Malheureusement, les investissements dans le modèle occidental continuent de dominer. Le VIH pourrait cependant engendrer une fois encore des modèles à usage potentiellement universel. La montée en flèche du nombre de personnes sous antirétroviraux dans les pays où les ressources manquent, augmentation qui surcharge la capacité des hôpitaux et des dispensaires, a donné lieu à des innovations passionnantes telles que les clubs de traitement et d'observance.

- La surestimation des effets de la maladie sur une collectivité a entraîné la persistance de programmes verticaux relatifs aux maladies. Les praticiens de la santé et du développement se focalisent sur l'urgence de trouver une solution à un grave problème de santé, alors que le développement humain intégral et des systèmes de santé renforcés pourraient naturellement déboucher sur la réduction de ce problème.

Ce phénomène est aggravé par la sous-estimation des ressources communautaires pour faire face aux problèmes de santé, sous-estimation qu'il aggrave à son tour. Les ressources ou les apports des collectivités, en particulier les ressources immatérielles, ont été reconnus et employés uniquement lorsqu'ils étaient jugés susceptibles de faire avancer les priorités des autorités sanitaires et politiques.

Trois ans avant la Déclaration d'Alma-Ata, Elliott propose de modifier radicalement l'organisation et l'orientation des soins de santé pour que les soins de santé primaires

puissent prendre racine et porter du fruit. Il explique également comment et pourquoi les objectifs des soins de santé doivent être redéfinis pour éviter que les acteurs ne «visent des buts différents» et pour que la vision de la santé pour tous puisse finalement se concrétiser.

Alors que nous fêtons les 40 ans de la Déclaration d'Alma-Ata, les inquiétudes d'Elliott n'ont rien perdu de leur pertinence et de leur urgence. Elles méritent l'attention de tous les responsables sanitaires à tous les échelons.

Elliott, éminent économiste et prêtre anglican, a apporté d'innombrables contributions à la santé mondiale, non seulement en tant que membre de la CMC, mais aussi et surtout par des analyses indémodables comme celle-ci. En définitive, il a déclaré qu'il fallait guérir à la fois les patients et les médecins pour que nous puissions créer un système de santé qui ne soit pas réduit à la protection d'une profession ou d'une industrie et qui ne devienne pas non plus un processus dans lequel mon prochain est dévalisé ou soumis à un désavantage socioéconomique perpétuel.

Quarante ans après, on ne peut qu'insister sur l'appel à l'intégralité d'Elliott, intégralité dans laquelle la relation entre le praticien et le patient «devient plutôt une relation entre deux individus ou deux groupes sachant *tous les deux* qu'ils représentent moins que l'intégralité de la population et qui recherchent *tous les deux* un plus grand degré d'intégralité».

*Mwai Makoka est responsable du programme Santé et guérison du COE à Genève.*

## 4. Retour sur «Health Care and Justice»

### *Gisela Schneider*

«Donner les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges est essentiel pour le développement durable<sup>1</sup>». Voilà l'engagement clair pris par les 193 chefs d'État qui ont signé le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en septembre 2015. Il comporte un appel clair à la couverture sanitaire universelle, à l'accès de tous aux soins de santé et à plus de justice dans le domaine de la santé d'ici 2030<sup>2</sup>.

Cela nous rappelle les débats des années 1970, qui avaient conduit au terme des «soins de santé primaires» et à la Déclaration d'Alma-Ata.

À l'époque, on se préoccupait réellement d'instaurer plus de justice dans l'action sanitaire. Dans les pays en développement, une poignée d'hôpitaux, souvent rattachés à une Église, prodiguaient leurs services à une population limitée – les personnes qui pouvaient y accéder géographiquement, économiquement ou socialement. La Commission médicale chrétienne a reconnu que les soins de santé devaient être rapprochés de la population et conçus avec sa pleine participation<sup>3</sup>.

Dans les soins de santé primaires, la santé est considérée comme un droit de la personne: les gouvernements sont responsables de la santé et de l'action sanitaire pour garantir «à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une

vie socialement et économiquement productive<sup>4</sup>».

La Déclaration de principes sur les soins de santé et la justice (**Position Paper on Health Care and Justice**) publiée cinq ans avant Alma-Ata sert de base à de nombreux principes de la Déclaration.

Elle soulignait que le système de santé était jugé «inefficace, inapte et donc injuste». Parmi les éléments essentiels de ce système injuste figurait le fait qu'il reposait sur des hôpitaux ou établissements qui présentaient des obstacles importants et rendaient l'accès aux soins difficile même pour les personnes qui vivaient à proximité; ou encore l'existence d'un manque d'équilibre entre les services thérapeutiques et préventifs. Pour améliorer l'utilisation des ressources, il fut notamment suggéré de transférer les tâches des médecins au personnel infirmier et aux agents de santé communautaire, qui pouvaient atteindre davantage de monde. En effet, ces agents de santé pouvaient «prendre en charge 90% des maladies avec autant d'efficacité que les médecins».

Dans cette déclaration de principes, la Commission médicale chrétienne soulignait l'incapacité des hôpitaux à satisfaire «tous les besoins des populations» et donc la nécessité d'un modèle de santé dans lequel personne ne serait privé de soins de santé pour des raisons financières.

Elle montrait que les individus, les familles et les groupes sociaux devaient être au cœur de l'action sanitaire et que, outre la prestation des soins de santé, il fallait aborder les facteurs sociaux influant sur la santé pour renforcer la santé de la communauté<sup>5</sup>.

1 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health>

2 ONU, *Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015.

3 «Declaration of Alma-Ata», *The Lancet*, vol. 2:8100, 1978, p. 1144..

4 Organisation mondiale de la Santé, *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*, 1978, Genève.

5 «Health Care and Justice», *Contact*, n° 16, août 1973.

Aujourd'hui, nous revenons sur 40 ans de soins de santé primaires. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, environ la moitié de la population mondiale n'a toujours pas accès à des soins de santé de qualité à un coût abordable. Chaque année, 100 millions de personnes plongent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer un traitement alors qu'elles n'en ont pas les moyens<sup>6</sup>.

Plusieurs projets de soins de santé primaires de grande envergure ont été couronnés de succès au cours de ces 40 années, comme le projet de services médico-sanitaires complets en milieu rural de Jamkhed<sup>7</sup>: la participation de la communauté, une bonne délégation des tâches et le coût abordable des soins hospitaliers ont permis d'améliorer sensiblement l'état de santé de la localité ciblée.

Les programmes d'ajustement structurel menés par la Banque mondiale dans les années 1980 et 1990 ont cependant entraîné une baisse des financements publics dans de nombreux pays en développement<sup>8</sup>, affaiblissant de ce fait les systèmes de santé. Ces derniers ont en outre subi d'énormes pressions sous l'effet de l'épidémie du VIH/sida, notamment en Afrique subsaharienne.

Malgré ces contraintes, l'importance de la participation et de l'engagement communautaires a été de mieux en mieux comprise. La lutte contre le VIH/sida dans diverses communautés, en particulier en Afrique subsaharienne, a montré l'incidence de la participation des communautés et des

personnes touchées par une maladie au développement des soins de santé<sup>9,10</sup>.

Les pressions de la société civile, comme en Afrique du Sud, ont beaucoup contribué à la disponibilité de traitements antirétroviraux et à l'augmentation des possibilités de traitement. Depuis 15 ans, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux a considérablement augmenté, atteignant 19,5 millions de personnes à travers le monde<sup>11</sup>. De nombreux facteurs ont contribué à ce succès:

- Il y a eu une volonté politique au niveau international et, dans bien des cas, au niveau national.
- Des investissements massifs dans la recherche et le développement de médicaments, de diagnostics et d'études sur les systèmes de santé ont permis de déterminer les stratégies de prise en charge les plus efficaces.
- La création à la même époque du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme<sup>12</sup> a eu d'immenses retombées pour de nombreuses personnes, même dans les pays les moins avancés.

Malgré ces succès, les stratégies par pathologie (introduites au titre des «programmes sélectifs de soins de santé primaires» et développées dans la lignée des objectifs du Millénaire pour le développement) n'ont pas forcément eu d'effets positifs sur la conception des systèmes de santé. L'épidémie d'Ebola qui

6 [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

7 [www.jamkhed.org](http://www.jamkhed.org)

8 A. Shah, «Structural Adjustment: A Major Cause of Poverty», 2013, <http://www.globalissues.org/article/3/structural-adjustment-a-major-cause-of-poverty>.

9 TASO Uganda, «Community Based HIV Approaches in Africa, TASO Uganda», <http://www.tasouganda.org/index.php/achievements>.

10 P. Piot, S. Karim, R. Hecht, H. Legido-Quigley, K. Buse, *et al.*, «Defeating AIDS: Advancing Global Health», *The Lancet*, vol. 386:9989, 2015, p. 171-218.

11 [http://www.who.int/gho/hiv/epidemic\\_response/ART/en](http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_response/ART/en)

12 <https://www.theglobalfund.org/en/news/2017-09-13-global-fund-partnership-has-saved-22-million-lives/>

a récemment frappé l'Afrique de l'Ouest a montré ce qui pouvait se produire si les systèmes de santé étaient négligés et affaiblis<sup>13</sup>.

Par conséquent, l'appel à une couverture sanitaire universelle qui retentit aujourd'hui est aussi un appel à renforcer nos systèmes de santé. Cela requiert des services de santé durables, des agents de santé diplômés, l'accès aux médicaments et aux diagnostics, des infrastructures de santé, des informations sanitaires, des politiques de santé adaptées et, surtout, un financement approprié.

En parallèle, nous devons reconnaître qu'il est impossible de dissocier des systèmes de santé durables des communautés locales, et que les communautés doivent participer à la gouvernance, à la conception et au maintien des services de santé à l'échelle locale. C'est sur ce point que le concept d'origine des soins de santé primaires peut contribuer à la couverture sanitaire universelle. Lorsque les communautés sont impliquées dans la gouvernance des services de santé locaux, elles garantissent économiquement et socialement l'existence d'un accès et veillent à ce que les services dispensés soient constructifs et adaptés aux valeurs culturelles.

13 H. Shoman, E. Karafillakis et S. Rawaf, «The Link between the West African Ebola Outbreak and Health Systems in Guinea, Liberia and Sierra Leone: A Systematic Review», *Global Health*, vol. 13:1, 2017, p. 1.

Les Églises peuvent jouer un rôle actif dans le renforcement de soins de santé primaires complets dans le cadre de leur ministère de guérison. Elles ont une responsabilité particulière envers les personnes vulnérables et marginalisées, mais doivent aussi veiller à prendre des mesures pour renforcer le système national de santé. C'est ainsi qu'elles pourront contribuer à des soins de santé plus justes.

Les Églises doivent aussi être une voix prophétique qui défend l'accès universel à la santé et demande des comptes aux gouvernements. Il y a des milliers d'années, le prophète Michée a formulé «ce que le SEIGNEUR exige de toi: rien d'autre que respecter le droit, aimer la fidélité et t'appliquer à marcher avec ton Dieu» (Michée 6,8).

La justice des soins de santé est un des domaines dans lesquels les chrétiens peuvent travailler au sein de leur communauté locale ou dans le cadre de leurs soins de santé locaux, témoignant de l'amour et contribuant à améliorer la santé des individus, des communautés et des nations de manière très concrète.

*La Dre Gisela Schneider dirige l'Institut allemand pour la mission médicale de Tübingen, en Allemagne.*

## 5. Les cinq défis des Églises en matière d'action sanitaire sont-ils encore pertinents?

### ***Bimal Charles***

Dans son article «**Five Challenges to the Churches in Health Work**» (Les cinq défis des Églises en matière d'action sanitaire), le Dr John H. Bryant dresse le contexte des soins de santé dans les années 1970, en particulier dans les pays en

développement, et explore les principaux défis que les Églises doivent relever dans le domaine de l'action sanitaire. Les quarante dernières années ont été le théâtre de changements profonds de la démographie, de la situation socioéconomique et des comportements qui ont entraîné des transitions épidémiologiques et sanitaires.

Les systèmes de santé du monde entier ont connu de grands bouleversements liés notamment à leur organisation, à la hausse des coûts, aux mécanismes de financement et d'assurance, à la mise au point de technologies médicales très onéreuses, etc. Pourtant, la majorité de la population des pays en développement ne dispose toujours pas d'un accès raisonnable à des services de santé acceptables et de qualité<sup>1,2</sup>.

Bryant avait remarqué que les Églises ignoraient souvent les principaux problèmes qu'il fallait résoudre ainsi que la pertinence et la force de leurs propres ressources pour les résoudre. Quarante ans après, les Églises n'ont encore appréhendé ni l'ampleur du problème ni le rôle et les possibilités qu'elles ont de faire évoluer la santé des populations.

Bryant a mis en avant cinq défis principaux des Églises en matière d'action sanitaire: le travail auprès des pauvres, la redéfinition du développement, la promotion de la justice sociale, la distribution équitable des services de santé et la conception de programmes pédagogiques destinés au personnel de santé en vue de lui apporter des compétences et la volonté de travailler auprès des pauvres.

À la réflexion, ces défis sont encore vrais aujourd'hui.

L'engagement et la responsabilité de travailler auprès des pauvres constituent le premier défi identifié par Bryant. Cet impératif biblique est exprimé dans l'Évangile selon Luc: «À quiconque te demande, donne, et à qui te prend ton bien, ne le réclame pas. Et comme vous voulez que les hommes agissent envers

vous, agissez de même envers eux» (Luc 6,30-31). L'action sanitaire chrétienne doit donc être fondée sur l'amour de Jésus Christ, l'amour des autres (Jean 13,34), l'équité et la justice (Michée 6,8). S'occuper «des pauvres» était le principe fondamental des premiers hôpitaux missionnaires<sup>3</sup>. Les Églises ont accompli un travail considérable dans les pays en développement et les pays sous-développés pour améliorer la santé des personnes les plus vulnérables et les plus pauvres. Selon les estimations, les réseaux de santé chrétiens contribuent aux services de santé en Afrique dans des proportions comprises entre 30% et 55%, essentiellement en direction des pauvres<sup>4</sup>. L'objectif central de l'action sanitaire chrétienne doit ainsi être de répondre aux besoins des populations pauvres et les plus vulnérables en matière de santé.

La tâche peut cependant s'avérer difficile pour les Églises engagées dans l'action sanitaire aujourd'hui. Les systèmes de santé des pays en développement sont souvent compétitifs et tournés vers le profit, ils exploitent souvent les malades et enfreignent les valeurs et les principes du christianisme. Les problèmes et les besoins du secteur religieux en matière de soins de santé exigent une démarche stratégique fine et inclusive qui ne compromette pas la pérennité des institutions. Les ressources existantes doivent être employées avec efficacité et efficience pour assurer l'équité financière et l'accès équitable de tous et toutes. Les Églises doivent en outre se doter de stratégies permettant de mobiliser des ressources supplémentaires par le biais de partenariats appropriés avec des gouvernements, des organisations non gouvernementales et des organisations

---

1 O. O'Donnell, «Access to Health Care in Developing Countries: Breaking Down Demand Side Barriers», *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, 2007, p. 2820-2834.

2 D. Peters, A. Garg, G. Bloom, D. Walker, W. Brieger et M. Hafizur Rahman, «Poverty and Access to Health Care in Developing Countries», *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1136, 2008, p. 161-171.

---

3 G. Ferngren, «The Sick Poor and the Origins of Medical Charity», in *Church Health Reader*, Memphis, Church Health Centre, 2014.

4 R.C. Kagawa, A. Anglemeyer et D. Montagu, «The Scale of Faith-Based Organization Participation in Health Service Delivery in Developing Countries: Systemic Review and Meta-Analysis», *PLOS ONE*, vol 7: e48457, 2012.

bilatérales et multilatérales. Ces partenariats stratégiques sont essentiels pour promouvoir et influencer des politiques et programmes en faveur des pauvres à l'échelle nationale.

Ensuite, Bryant suggère qu'il est nécessaire de redéfinir le développement et ses liens avec la santé, compte tenu de l'impact d'une meilleure santé sur le développement et la réduction de la pauvreté et, inversement, de l'impact du développement sur la réalisation de la santé<sup>5</sup>. Cette nécessité demeure aujourd'hui, en particulier dans les pays en développement. En effet, le développement ne se résume pas à la croissance économique; il intègre également un certain niveau d'instruction, un certain niveau d'égalité et une population productive et en bonne santé qui a le contrôle de sa vie parce qu'elle comprend ses droits. Les preuves abondent du fait que la santé générale de la population ne dépend pas seulement des soins médicaux, mais aussi de facteurs socioéconomiques et culturels<sup>6,7</sup>. Il faut une approche multidimensionnelle et multisectorielle pour s'atteler aux facteurs sociaux, économiques et environnementaux influant sur la santé, et pas seulement aux causes immédiates de la maladie. Pour améliorer la qualité de vie de la population, l'Église doit donc considérer la santé dans le cadre des priorités générales du développement.

---

5 OMS, *Effective Aid, Better Health: Report Prepared for the Accra High-Level Forum on Aid Effectiveness, 2-4 September 2008*, Genève, OMS, 2008.

6 A. Sheiham, «Editorial: Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. A Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) 2008», *Community Dental Health*, vol. 26:1, 2009, p. 2-3.

7 P. Braveman et L. Gottlieb, «The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes», *Public Health Reports*, vol. 129, 2014, p. 19-31.

Le Dr Bryant souligne par ailleurs l'importance de garantir un accès équitable à des services de santé élémentaires et essentiels grâce à un réseau de services de santé primaires. Ce point est encore plus pertinent dans le contexte médico-sanitaire actuel. L'expérience des missionnaires chrétiens dans les pays en développement a exercé une influence majeure sur les soins de santé primaires; le terme même a d'ailleurs probablement vu le jour dans *Contact*<sup>8</sup>. Toutefois, dans nombre de pays en développement, les services médico-sanitaires chrétiens ont cédé devant le marché concurrentiel et sont revenus à un système de santé hospitalier accordant relativement moins de place aux soins de santé primaires. Il est temps pour les Églises de redonner vie à ces derniers et d'offrir une démarche intégrée mêlant services de prévention, de soins et de promotion à visée aussi bien collective qu'individuelle. Non seulement cela comblera l'écart entre la fourniture de services formels et les services communautaires dans les foyers, mais cela garantira également la justice sociale.

Enfin, les Églises exercent un rôle crucial en offrant une éducation médicale et en développant le potentiel des prestataires de soins. Au fil des ans, elles ont joué un rôle décisif dans la formation médicale et infirmière, façonnant la pratique de la médecine. Les Églises chrétiennes ont fondé les premières écoles de médecine et de soins infirmiers, dans les pays en développement comme dans les pays développés, écoles qui ont servi de modèle aux autres. La formation médicale des femmes a été particulièrement encouragée, les Églises étant à l'avant-garde dans ce domaine, et elle a eu d'immenses retombées dans la vie des femmes

---

8 M. Cueto, «The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care», *American Journal of Public Health*, vol. 94, 2004, p. 1864-1874.

marginalisées. Toutefois, les difficultés soulevées par le Dr Bryant sont toujours valables aujourd'hui. Devant l'importance excessive accordée aux formations spécialisées, y compris aux progrès techniques, les étudiantes et étudiants en médecine s'intéressent de plus en plus aux avantages monétaires et à la pratique en milieu urbain. Pour y remédier, la formation médicale technique doit être redéfinie pour répondre aux besoins des personnes et communautés pauvres et mal desservies, des catégories qui sont particulièrement touchées par les disparités dans le domaine médico-sanitaire. Les formations techniques capables de renforcer la capacité des prestataires de soins à offrir des services communautaires dans les domaines des soins palliatifs, de la gériatrie et des troubles mentaux devraient être une priorité pour les services de santé chrétiens.

Le Dr Bryant, qui fut l'un des pionniers des soins de santé primaires et un membre actif de la Commission médicale chrétienne, fort d'une grande expérience des pays en développement, a proposé une orientation stratégique permettant aux Églises d'élaborer des politiques et programmes décisifs en faveur des pauvres. Il ne fait aucun doute que, même au bout de quarante ans, ses directives précises et ses stratégies sont encore pertinentes pour les services chrétiens d'action sanitaire qui souhaitent contribuer à la réalisation de la justice sociale et de services de santé équitables.

*Le Dr Bimal Charles est secrétaire général de la Christian Medical Association of India (Association des médecins chrétiens en Inde) à New Delhi.*

## 6. Retour sur «Primary Health Care and the Village Health Worker»

### *Dan Irvine*

Lorsque *Contact* a publié «**Primary Health Care and the Village Health Worker**<sup>1</sup>» (Les soins de santé primaires et les agents de santé des villages) en 1975, le niveau mondial de mortalité des enfants de moins de 5 ans s'élevait à 15,6 millions par an<sup>2</sup>. De nos jours, ce chiffre est descendu à 5,6 millions, alors même que la population a presque doublé dans l'intervalle. On pourrait considérer cela comme un miracle moderne – et il y a certainement de quoi se réjouir. Une grande part de cette réussite est attribuable à l'augmentation des taux de vaccination, qui a évité aux enfants le fléau de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, du tétanos et de la polio<sup>3</sup>.

Il serait donc négligent de sous-estimer les progrès des soins de santé primaires. Il s'est toutefois révélé difficile d'évaluer dans quelle mesure le renforcement des systèmes communautaires, notamment le déploiement d'agents de santé des villages, a contribué à ce progrès; il continue pourtant d'occuper une grande place dans la stratégie de couverture sanitaire universelle.

La révolution des soins de santé flottait dans l'air à la fin des années 1960, plaçant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Commission médicale chrétienne (CMC), un organisme semi-autonome dépendant du Conseil œcuménique des Églises (COE), sur une trajectoire de

---

1 *Contact* n° 25, 1975.

2 M. Roser, «Child Mortality», 2018, <https://ourworldindata.org/child-mortality>.

3 E. Zuehlke, «Child Mortality Decreases Globally

---

and Immunization Increases, Despite Unequal Access», Washington», Washington, Bureau d'information démographique, 2009, <https://www.prb.org/childmortality>.

collision qui allait radicalement transformer l'orientation de la politique mondiale de santé publique<sup>4</sup>.

En 1967, Kenneth N. Newell fut le premier à diriger une division qui venait d'être créée à l'OMS: Recherche en épidémiologie et sciences de la communication. Cette nouvelle division avait notamment pour objectif de mettre au point une approche «rationnelle» de la stratégie en matière de santé, ce qui supposait «l'intégration de perspectives épidémiologiques, écologiques et comportementales dans le processus de planification des services de santé».

Un an plus tard, la CMC était créée pour aider le COE à évaluer les résultats des programmes médicaux d'origine ecclésiastique dans les pays en développement, et ce à partir des évaluations de terrains qui avaient commencé en 1963. Trois de ces évaluations (qui étudiaient d'autres méthodes communautaires de gestion des soins de santé en Indonésie, en Inde et au Guatemala, notamment le recours à des agents de santé des villages) furent intégrées au texte que Newell publia en 1975, *Participation et santé*<sup>5</sup>.

L'analyse commune de l'OMS et de la CMC déboucha sur la résolution WHA27.44 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1974, qui préconisait des mesures pour «aider les gouvernements à orienter leurs programmes de services de santé vers leurs objectifs sanitaires majeurs, la priorité étant accordée au développement rapide et efficace du système de prestations sanitaires<sup>6</sup>».

«Primary Health Care and the Village Health Worker» résume les délibérations de l'OMS qui conduisirent le Conseil exécutif,

lors de sa session de 1975, à réagir à la résolution WHA27.44 en s'intéressant au développement des soins de santé primaires comme moyen de renforcer les services de santé nationaux. Les mesures recommandées à l'époque par l'OMS étaient extraordinaires: appelant à la création d'une «nouvelle catégorie de soins de santé», elles faisaient implicitement référence à une population largement défavorisée, marginalisée et vulnérable, qui était privée d'un accès équitable à des services de santé primaires, mais aussi à un manque criant de fonds et de ressources pour atteindre cette population. Dans sa conclusion, le Conseil exécutif notait que, pour résoudre ses difficultés, il fallait cultiver l'appropriation des résultats sanitaires à l'échelle locale, insister sur la prévention et la promotion de la santé, faire évoluer les comportements et relier l'action de la collectivité au système de santé formel. L'approche contextuelle de la conception exigeait une série de «structures périphériques». La rentabilité de ces activités semble implicite.

Ayant défini l'objectif de renforcer les systèmes communautaires pour instaurer des soins de santé primaires, les recommandations poursuivent avec la description d'un système possible d'agents de santé des villages. Selon les principes directeurs proposés, «toutes les interventions sanitaires devaient être menées au niveau de services le plus périphérique possible, par l'agent ayant reçu la formation la plus simple pour cette activité». Suit une partie prémonitoire, qui décrit les fonctionnalités des agents de santé des villages: leur profil (un homme ou une femme sachant lire et écrire), leur supervision (les autorités sanitaires et villageoises), leur formation (avant et pendant l'exercice de leurs fonctions), leur rémunération (en espèces ou en nature) et leur rôle (soins de santé et éducation, animation des collectivités, hygiène, orientation). Le manuel de formation en

---

4 S. Litsios, «The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach», *American Journal of Public Health*, vol. 94:11, 2004, p. 1884-1893.

5 K. N. Newell, *Participation et santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.

6 S. Litsios, *op.cit.*

langue locale qui était envisagé devait les préparer à traiter «une trentaine de problèmes d'actualité urgents».

Au lieu de servir d'intermédiaire entre les services de santé et les individus, le concept des agents de santé des villages soulignait la responsabilité de la collectivité concernant les résultats sanitaires:

Les activités d'animation des collectivités des agents de santé des villages doivent servir à encourager les autorités et la population du village à faire preuve d'initiative et à s'intéresser à toutes les activités susceptibles d'améliorer les conditions de vie du village. Les agents doivent avant tout étudier ce qui peut être fait à l'échelle locale avec les propres ressources du village et au moindre coût possible.

Les agents de santé des villages étaient censés travailler sous la direction des autorités villageoises. L'un des objectifs suggérés était de catalyser l'action communautaire. En retour, la rémunération devait être assurée par la collectivité, qui fournissait également «une hutte ou une pièce réservée aux seules activités médico-sanitaires».

Ces recommandations audacieuses de l'OMS sont antérieures de trois ans à la Déclaration d'Alma-Ata. Mais, lors de la conférence, le mouvement s'est inscrit dans la définition durable des soins de santé primaires que voici:

des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement

dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination<sup>7</sup>.

Dans la Déclaration, l'appropriation par la communauté transcende la santé en tant que droit pour devenir un devoir individuel, familial et communautaire.

Les soins de santé primaires

«exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer».

Le mouvement en faveur des soins de santé primaires s'est érigé en réaction aux limitations d'un système de services sanitaires purement cliniques. La proposition de «rationaliser» le système de bout en bout a adopté un point de vue large quant à l'obtention de résultats en matière de santé, en tenant compte des moyens des uns et des autres, des facteurs influant sur la santé ainsi que de la logistique et du coût d'une couverture concrète de la population. Les droits de la personne sont devenus le fondement du nouveau système, imposant équité et autodétermination. Les prestataires de services de santé s'attendaient, en retour, à une meilleure rentabilité grâce aux activités de promotion et de prévention dans les communautés et à un service financé par la collectivité en partie au moyen de cadres comme les agents de santé des villages.

Bien que l'appui aux soins de santé primaires ait connu des hauts et des bas entre 1975 et aujourd'hui, on peut dire en toute justice qu'il a atteint un

---

7 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978, [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

nouveau sommet avec l'avènement des objectifs de développement durable (ODD). La terminologie des soins de santé primaires perdure. Le projet de Treizième programme général de travail de l'OMS pour 2019-2023 précise ainsi que «les soins de santé primaires sont indispensables pour progresser sur la voie de la [couverture sanitaire universelle] et restent incontournables pour les programmes encore inachevés en matière de maladies transmissibles et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent<sup>8</sup>». Ce programme de travail multiplie les références à la promotion et à la prévention, à des démarches multisectorielles, à des politiques «pansociétales», à des systèmes de santé «centrés sur la personne», à l'équité et à la «participation des communautés». Et il présente en couverture une citation du nouveau directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus: «La santé est un droit humain. Personne ne devrait contracter une maladie ou en mourir du simple fait qu'il/elle est pauvre ou ne peut avoir accès aux services dont il/elle a besoin.» Une évaluation des retombées des soins de santé primaires datée de 2009 relève une augmentation régulière du nombre de nouveaux articles publiés chaque année dans *PubMed* qui comportent «soins de santé primaires» dans leur titre ou leur résumé: on passe d'une vingtaine d'articles en 1975 à plus de 500 en 2005<sup>9</sup>.

Toutefois, c'est l'inscription de la couverture sanitaire universelle (CSU) dans les objectifs de développement durable (cible 3.8) qui permet la concrétisation la plus spectaculaire de l'idéal de 1975 aujourd'hui. Selon l'OMS, la CSU consiste à «veiller

à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers<sup>10</sup>». La principale différence entre les soins de santé primaires et la CSU réside peut-être dans l'insistance, pour les premiers, sur le rôle de l'individu et de la collectivité. La CSU évoque également une politique gouvernementale sophistiquée impliquant mécanismes de financement, assurance et protection sociale. De fait, un récapitulatif des événements ayant abouti aux recommandations du Conseil exécutif de l'OMS en 1975, puis à la Déclaration d'Alma-Ata, doit intégrer les origines des politiques publiques visant à instaurer une couverture sanitaire universelle, notamment la création d'un système d'assurance sociale en Allemagne en 1883 ou celle du Service national de santé britannique en 1948<sup>11</sup>. Autrement, l'éthos de la fourniture de services de santé essentiels, en tant que droit de l'être humain réalisé au moyen d'une politique tenant compte du coût, demeure intact.

Dans la préface de leur rapport mondial de suivi de la CSU en 2017, l'OMS et la Banque mondiale notent: «Jamais encore, un tel intérêt politique pour la couverture maladie universelle ne s'était manifesté. Et jamais le besoin de s'attacher à faire de la santé un droit fondamental pour tous, plutôt qu'un privilège pour les nantis, n'avait été aussi pressant<sup>12</sup>.» Le rapport

8 OMS, *Projet de treizième programme général de travail: 2019-2023*, Genève, OMS, 2018.

9 J. Macinko, B. Starfield, and E. Temitope, "The Impact of Primary Health Care on Population Health in Low- and Middle-income Countries," *The Journal of Ambulatory Care Management* 32:2 (2009), 150–71.

10 OMS, *Couverture universelle sanitaire*, Genève, OMS, 2018, [http://www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/fr/).

11 J.B. Bump, «The Long Road to Universal Health Coverage: Historical Analysis of Early Decisions in Germany, the United Kingdom, and the United States», *Health Systems & Reform*, vol. 1:1 (2015), p. 28–38, doi: 10.4161/23288604.2014.991211.

12 Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, *Rapport mondial*

fait état de preuves encourageantes de l'avancée de la CSU; ainsi, «la couverture moyenne pour un sous-ensemble de neuf indicateurs de référence utilisés dans l'indice, associés à des séries chronologiques connues, s'est accrue de 1,3% par an, soit une augmentation de 20% environ pour 2000 à 2015». Les indicateurs pour lesquels l'augmentation a été la plus rapide sont ceux de la couverture des antirétroviraux pour le VIH (de 2% à 53%) et de l'utilisation de moustiquaires imprégnées de pesticides pour la prévention du paludisme (de 1% à 54%).

Malheureusement, il est aussi observé dans ce rapport «qu'au moins la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de l'ensemble des services essentiels» et que «plus de 200 millions de femmes ne bénéficient pas d'une couverture adéquate en matière de planification familiale, que près de 20 millions de nourrissons ne reçoivent pas en totalité, voire pas du tout, la première série de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, et que d'autres vaccins recommandés ne sont pas administrés à un nombre d'enfants plus élevé encore». Un problème tel que la malnutrition pourrait constituer un meilleur indicateur intermédiaire pour les soins de santé primaires et la CSU, étant donné qu'il aborde non seulement la couverture des services, mais aussi les facteurs multidimensionnels des résultats en matière de santé et des pratiques de prévention comme l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Le Rapport sur la nutrition mondiale 2017 suggère qu'en dépit des progrès enregistrés dans de nombreux pays concernant les objectifs relatifs aux retards de croissance, au gaspillage et à la surcharge pondérale, le monde n'est pas en bonne voie pour atteindre ses objectifs nutritionnels<sup>13</sup>.

---

*de suivi 2017: la couverture-santé universelle*, Genève, 2017.

13 Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, *Global Nutrition Report 2016*:

Environ 2 milliards de personnes souffrent de malnutrition due à des carences en micronutriments; 800 millions sont atteintes de carences caloriques et 159 millions d'enfants connaissent des retards de croissance.

Selon une évaluation de 2009 portant sur 36 études examinées par des pairs relatives aux retombées des soins de santé primaires, «les baisses de la mortalité infantile (le résultat le plus fréquemment étudié) attribuées aux mesures liées aux soins de santé primaires s'élèvent à 40% en moyenne, et varient de 0% à 71%, pour des périodes d'intervention allant de 2 à 10 ans, voire plus<sup>14</sup>». Cette conclusion est un argument convaincant en faveur des soins de santé primaires, mais elle donne aussi à réfléchir quant à l'uniformité de son efficacité. Il est observé dans cette analyse que l'interprétation des retombées est freinée par une mauvaise conceptualisation opérationnelle et par une évaluation par les pairs inadaptée. Il est également insisté sur l'importance de «mesurer avec précision les variations de la qualité technique des soins primaires fournis». La plupart des études de cas positives évaluées indiquent que des agents de santé des villages ont été mis en place, leur succès étant lié à leur supervision par un agent de santé professionnel. En revanche, les études de cas négatives citent notamment les effets de la singularité des priorités d'intervention (comme la santé sexuelle et reproductive) par rapport à des approches «globales» et à un «personnel surmené et/ou ayant reçu une formation insuffisante».

En 2008, l'Organisation internationale du Travail a défini ainsi les «agents de santé communautaire»:

Les agents de santé communautaire apportent une éducation à la santé et

---

*From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*, Washington, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires, 2016.

14 J. Macinko, B. Starfield et E. Temitope, *op. cit.*

une orientation vers une large palette de services; ils viennent en aide aux communautés, aux familles et aux individus par des mesures de santé préventives et par l'accès qu'ils procurent aux services médicaux et sociaux requis. Ils jettent des ponts entre les prestataires de santé, les services sociaux et communautaires et les collectivités qui peuvent avoir de la peine à accéder à ces services.

L'effarante taxonomie contemporaine des agents de santé communautaire a été présentée comme un obstacle à l'harmonisation, au soutien et à l'évaluation efficaces des programmes d'agents de santé communautaire<sup>15</sup>. Les agents de santé des villages proposés en 1975 seraient une interprétation approximative de ce qui est devenu un concept beaucoup plus complexe au sein des cadres d'agents de santé de première ligne. En 2015, dans un recensement de son programme d'aide à plus de 220 000 agents de santé communautaire, une ONG internationale, World Vision, a constaté que dans les 48 pays étudiés, 80% des ministères de la Santé s'étaient dotés de politiques d'appui aux agents de santé communautaire et que ces derniers traitaient au total au moins 25 questions de santé et de nutrition distinctes, avec des tâches aussi diverses que la gestion communautaire des cas de maladie infantile, la gestion communautaire de la malnutrition aiguë, la gestion communautaire de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'évolution intégrée des comportements en matière de santé de la mère, de l'enfant et de la reproduction<sup>16</sup>.

Un document d'étude de 2007 commandé par l'OMS pour examiner les données

actuelles relatives aux programmes d'agents de santé communautaire fait écho aux conclusions de l'évaluation des soins de santé primaires:

Les agents de santé communautaire peuvent apporter une contribution précieuse au développement communautaire et, plus précisément, améliorer l'accès aux services de santé élémentaires et la couverture des collectivités. Il existe des preuves solides que les agents de santé communautaire peuvent prendre des mesures qui aboutissent à de meilleurs résultats pour la santé, en particulier (mais pas exclusivement) dans le domaine de la santé de l'enfant. Cependant, bien qu'ils puissent mettre en œuvre des interventions efficaces, ils ne fournissent pas toujours des services susceptibles d'avoir des retombées importantes pour la santé, et la qualité des services qu'ils fournissent est parfois médiocre<sup>17</sup>.

L'évaluation fait état de faiblesses (dans la formation, l'attribution des tâches et la supervision) qui doivent être corrigées. Dans son article «A Brief History of Community Health Worker Programmes» (Une brève histoire des programmes d'agents de santé communautaire), en 2013, le Dr Henry Perry cite également ces problèmes et y ajoute les questions de la rémunération et de la motivation des agents de santé communautaire, de leur formation continue, de leur intégration dans le système de santé, du soutien logistique concernant les fournitures et les médicaments et de leur acceptation par les prestataires de soins de santé de niveau supérieur<sup>18</sup>.

15 Frontline Health Workers Coalition, *A Commitment to Community Health Workers: Improving Data for Decision Making*, 2014

16 M. Cisney, *Expanding World Vision's Impact through Community Health Workers: A Global Census of Progress to Scale*, World Vision International, 2015.

17 U. Lehmann et D. Sanders, *Community Health Workers: What Do We Know about Them? The State of the Evidence on Programmes, Activities, Costs and Impact on Health Outcomes of Using Community Health Workers*, Genève, OMS, 2007.

18 H. Perry, «A Brief History of Community Health Worker Programs», in *Developing and Strengthening*

En 2013, le projet d'amélioration des soins de santé financé par l'USAID a mis au point un outil permettant d'évaluer le fonctionnement des programmes d'agents de santé communautaire en examinant systématiquement les facteurs indispensables à la réussite des programmes<sup>19</sup>. Le cadre qui en a résulté correspond bien aux difficultés énoncées ci-dessus. Il en est ressorti 15 domaines de fonctionnalité: recrutement, fonctions, formation initiale, formation continue, équipement et fournitures, supervision, évaluation des résultats individuels, motivations, participation communautaire, système d'orientation, possibilités d'avancement, gestion de la documentation et de l'information, liaison avec le système de santé, évaluation de l'exécution du programme et appropriation nationale. Il est étonnant de voir à quel point les recommandations de 1975 ont prédit et conseillé ce champ de fonctions. Néanmoins, comme les évaluations n'ont cessé de le démontrer, il s'est révélé impossible de traiter ces facteurs dans leur totalité. Par exemple, dans une évaluation du fonctionnement des agents de santé communautaire, réalisée par l'ONG World Vision dans le cadre d'un des programmes qu'elle finance au Mozambique, sur une échelle à quatre niveaux allant de «Non opérationnel» à «Parfaitement opérationnel», le programme s'est classé entre «Partiellement opérationnel» et «Opérationnel»<sup>20</sup>. En d'autres termes, le fonctionnement des agents de santé communautaire était sous-optimal dans la

majorité des domaines évalués. Il s'agit d'un schéma répandu.

Ce fonctionnement sous-optimal, conjugué à la diversité des programmes, rend difficile l'évaluation de l'impact des agents de santé communautaire. Ces effets ont été notés dans une analyse systématique des coûts et du rapport coût-efficacité des programmes d'agents de santé communautaire en 2015<sup>21</sup>. Tout en précisant les limites de l'exercice, cette analyse a révélé que les programmes d'agents de santé communautaire étaient rentables et permettaient en outre de réduire le coût de la couverture pour les domaines de la santé reproductive, maternelle, néonatale et juvénile, de la tuberculose et du paludisme, parmi d'autres domaines sanitaires prioritaires. L'importance de cette analyse ne doit pas être surestimée, à la lumière du déficit annuel des financements de la santé mondiale qui s'élève actuellement à 33 milliards de dollars<sup>22</sup> et d'un besoin estimé à 40 millions de nouveaux emplois dans le domaine de la santé et des services sociaux à l'horizon 2030 pour parvenir à l'accès universel<sup>23</sup>.

Les auteurs de l'article de *Contact* en 1975 auraient été alarmés par les conclusions de l'étude de l'OMS de 2007, selon lesquelles

le concept d'appropriation et de participation communautaires est souvent mal présenté et mal compris, le transformant en sous-produit de programmes centralisés. Les faits suggèrent que les programmes d'agents de santé communautaire font florès dans les communautés mobilisées, mais qu'ils

---

*Community Health Worker Programmes at Scale: A Reference Guide for Programme Managers and Policy Makers*, USAID-MCHIP, 2013.

19 L. Crigler, K. Hill, R. Furth et D. Bjerregaard, *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving Community Health Worker Programs and Services*, rev. version, Bethesda, University Research Co., 2013.

20 M. Ernesto, *Mozambique Readiness for CHW/ ttc Programming*, Mozambique, World Vision, 2012.

21 K. Vaughan, M. Kok, S. Witter et M. Dieleman, «Costs and Cost-effectiveness of Community Health Workers: Evidence from a Literature Review», *Human Resources for Health*, vol. 13:71, 2015, doi: 10.1186/s12960-015-0070-y.

22 Mécanisme de financement mondial, 2018, <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/introduction>

23 OMS, *Ressources humaines pour la santé: stratégie mondiale à l'horizon 2030*, Genève, OMS, 2016.

peinent à se développer là où on leur confie la responsabilité de motiver et de mobiliser les communautés<sup>24</sup>.

Trois facteurs peuvent pallier ces difficultés:

- 1) l'institutionnalisation et l'intégration de la participation communautaire,
- 2) le soutien du bénévolat pendant de longues périodes,
- 3) et le financement communautaire.

De 1975 à nos jours, la mise en œuvre des programmes de soins de santé primaires et d'agents de santé communautaire/ agents de santé des villages a manqué de cohérence. Cela étant, ils se sont révélés rentables lorsqu'ils étaient correctement mis en œuvre. En cette ère de réalisation de la couverture sanitaire universelle, il est impératif de dépasser la théorie et l'expérimentation des soins de santé

primaires pour les intensifier de façon systématique et scientifique, en respectant une cohérence conceptuelle et en veillant à la qualité de la mise en œuvre. Pour les populations les plus vulnérables au monde, dans les contextes les plus fragiles, la CSU pourrait mettre un siècle ou plus à se réaliser. Cette conclusion qui donne à réfléchir fait écho à une urgence similaire, ressentie par nos prédécesseurs en 1975, et pourrait aboutir à la même recommandation de généraliser les soins de santé primaires en priorité.

*Dan Irvine est directeur principal de la division Engagement extérieur, santé et nutrition chez World Vision International.*

---

24 U. Lehmann et D. Sanders, *op. cit.*

## 7. Les Églises auxiliaires de santé: arguments en faveur de programmes paroissiaux de promotion de la santé

### **Mwai Makoka**

Dans ce numéro de *Contact*, le contexte et l'historique des soins de santé primaires font l'objet de discussions approfondies. Un grand nombre d'articles ont fait référence au rôle des agents de santé communautaire et aux programmes de soins de santé primaires plus ou moins «professionnels» offerts par les organisations d'inspiration religieuse. Le rôle du monde médical chrétien a été mis en avant.

Il existe cependant un atout spécifique des communautés de foi qui n'a pas encore été abordé: la paroisse ou église locale. La paroisse locale est peu employée; pourtant, elle est une alliée efficace et pertinente pour les programmes de santé.

Trois exemples particuliers de programmes paroissiaux sont étudiés pour mener une réflexion sur les questions suivantes: les Églises peuvent-elles être mobilisées pour s'engager à la base sur des sujets de santé, pour le bénéfice direct de leurs membres? En quoi cela serait-il différent de la gestion d'un dispensaire ou d'un hôpital chrétien? La réalisation d'un programme de promotion de la santé au niveau paroissial présente-t-elle des avantages particuliers?

Pour aborder ces questions parmi d'autres, tournons-nous vers les Tonga, la Caroline du Nord (États-Unis) et la Jamaïque afin de découvrir trois Églises auxiliaires de santé très différentes et courageusement novatrices.

## **1. Le partenariat des Églises auxiliaires de santé (Tonga)**

Le Royaume des Tonga est un État insulaire situé dans l'océan Pacifique Sud. Il se compose de 52 îles habitées pour une superficie totale de 748 km<sup>2</sup>; 70% de sa population de 109 000 âmes vit sur Tongatapu, l'île principale. Les origines démographiques du peuple des Tonga sont polynésiennes et mélanésiennes, avec une tradition et des liens de parenté forts et un héritage chrétien. Une grande partie de la population s'est éparpillée dans la diaspora, surtout en Nouvelle-Zélande, en Australie et aux États-Unis.

Sur le plan économique, les Tonga dépendent des transferts de fonds de la diaspora et des exportations agricoles. Situé dans la Ceinture de feu, l'archipel est la proie des catastrophes naturelles, notamment des cyclones. Les changements climatiques ont des effets réels et effrayants, provoquant l'élévation du niveau de la mer et le dérèglement des conditions météorologiques.

### **Reconnaître le problème**

L'approche STEPwise pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques (STEPS), mise au point par l'OMS, constitue l'outil de surveillance recommandé pour les principales maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque communs qui peuvent être modifiés: une alimentation déséquilibrée, l'absence d'activité physique, le tabagisme et l'abus d'alcool. Ces facteurs de risque entraînent à leur tour quatre changements métaboliques essentiels, qui augmentent le risque de MNT: l'hypertension, l'obésité, la présence de sucre dans le sang et des niveaux élevés de graisses dans le sang.

L'étude STEPS menée aux Tonga en 2004 a révélé que presque toute la population âgée de 25 à 64 ans (99,9%) présentait un risque modéré à élevé de contracter des

maladies. Six adultes sur 10 (60,7%) étaient considérés comme présentant un risque élevé, en ce sens qu'ils ou elles cumulaient au moins trois facteurs de risque. Les MNT étaient la cause de 74% des décès dans le pays.

Le gouvernement a lancé plusieurs initiatives pour résoudre ce problème (l'Engagement des Tonga en 2003, la Stratégie de prévention et de contrôle des MNT aux Tonga en 2004, la Trajectoire de santé des Tonga), sans grand succès. Compte tenu de l'urgence du problème, une collaboration a été proposée aux milieux ecclésiaux, puisque la majorité de la population est chrétienne.

### **Le partenariat des Églises auxiliaires de santé, *Haofaki Mo'ui* (Sauver des vies)**

En septembre 2008, l'Église wesleyenne indépendante de Tonga a créé une Commission sanitaire ecclésiale pour répondre aux besoins de l'Église en matière de santé. Lors de sa première réunion, la commission a invité l'OMS à apporter un soutien technique, et il a été décidé de créer un groupe de travail qui réunirait toutes les confessions pour planifier un programme de lutte contre les MNT dans toutes les Églises. Ce groupe de travail, auquel participaient également le ministère de la Santé et l'OMS, était responsable de toutes les consultations préparatoires et propositions de structures de gouvernance et de coordination. Le programme a été déployé à l'essai dans un village pendant six mois avant son lancement officiel en août 2009.

Le programme est rattaché au Forum national des responsables d'Églises et travaille en étroite collaboration avec le service de promotion de la santé du ministère de la Santé. Coprésidé par le directeur général du ministère de la Santé et le président du Forum, il a pour marraine Son Altesse Royale la princesse Mele Siu'ilikutapu. Au niveau opérationnel, un comité

de travail est présidé par le secrétaire général du Forum.

### Composantes du programme

Le programme se divise en quatre grandes composantes, rattachées aux paroisses ou aux Églises locales:

- **L'éducation pour la santé:** les festins sont une coutume notable aux Tonga; des quantités excessives de nourriture sont consommées lors de tous les rassemblements sociaux et religieux. Pour y remédier, des discussions sur la santé abordent de nombreux thèmes (nourriture équilibrée, cuisine saine, les bonnes habitudes alimentaires, comment cultiver des fruits et légumes chez soi, etc.). Des séances de cours du soir organisées dans les salles paroissiales sont l'occasion de discussions approfondies. Des démonstrations culinaires sont également organisées. Une pyramide alimentaire a récemment été introduite pour proposer des conseils plus pratiques.

- **Des jardins potagers:** les Églises distribuent des semences pour que leurs membres puissent cultiver leur jardin afin de réduire la consommation de viande et de poisson. Elles forment également des groupes plus restreints afin de partager et échanger leurs récoltes et de les mettre en commun avec d'autres fidèles. Certains jardiniers pratiquent également la culture intercalaire de façon créative, mélangeant des cultures comestibles avec des fleurs pour embellir leur jardin.

- **L'aérobic:** des hommes, des femmes et même des enfants participent le soir, après les heures de travail, à des exercices d'aérobic, pratiqués sur une musique entraînante et sous la conduite d'instructeurs et instructrices. Ces séances se déroulent dans les églises et les centres communautaires. L'instructeur ou instructrice et le système audio sont fournis par le ministère de la Santé.

- **Dépistage des MNT:** un dépistage périodique est organisé par le ministère de la Santé dans différentes Églises. Il consiste à mesurer la tension artérielle, le poids, la taille, la glycémie et le cholestérol. Le tabagisme et la consommation d'alcool sont également notés, et des discussions et des conseils en matière de santé sont offerts.

### Succès et difficultés

Le *Haofaki Mo'ui* a été progressivement déployé sur Tongatapu. En 2017, le programme était mené dans 20 paroisses. Il a également été étendu à trois autres îles plus petites: Vava'u et Ha'apai en 2012 et 'Eua en 2013.

La deuxième étude STEPS, en 2012, a révélé une légère amélioration: ainsi, 98,7% de la population présentait un risque modéré ou élevé de MNT, contre 99,9% en 2004.

Les difficultés sont liées à la mise en œuvre des activités du programme, qui n'a pas été uniformisée entre les Églises participantes. De même, les systèmes de suivi et d'évaluation laissent à désirer, ce qui ne permet pas de suivre les progrès individuels et collectifs. Le départ prématuré du Dr Pratap Jayavanth, responsable pays de l'OMS à l'époque, qui jouait un rôle de défenseur du programme, a laissé un vide au niveau de la direction. Le manque de ressources financières et techniques empêche également d'exploiter pleinement le potentiel du programme.

### Conclusion

*Haofaki Mo'ui* a prospéré pendant plus de huit ans, démontrant la puissance d'un mouvement œcuménique à la base qui s'engage à faire face aux réalités qu'il vit. Le partenariat étroit avec le ministère de la Santé a été d'une valeur inestimable. En plus d'asseoir le programme sur des bases bibliques, le fait de renforcer les systèmes et les capacités consolidera encore le programme.

## 2. Village Heart Beat (Caroline du Nord, États-Unis)

Plus d'un million de personnes vivent dans le comté de Mecklenburg, en Caroline du Nord. Environ 48% d'entre elles sont blanches, 31% sont afro-américaines, 13% hispaniques et 9% d'autres races. En matière de santé, il existe des disparités claires et importantes selon la race, et les principaux indicateurs de santé sont mauvais dans les localités ou quartiers où la population blanche est minoritaire.

### Village Heart BEAT

L'objectif de Village Heart BEAT est de prévenir les maladies cardiovasculaires par l'adoption de comportements favorisant la santé dans les populations à risque et dans la région. L'acronyme BEAT décrit la démarche de ce programme d'engagement communautaire: renforcer (**B**uild, en anglais) les capacités communautaires, **É**duquer pour sensibiliser et faire connaître la prévention des maladies cardiovasculaires, responsabiliser (**A**ccountability, en anglais) pour réussir, notamment en s'assurant du respect des objectifs du programme (le nôtre et celui de nos partenaires), et **T**ravailler ensemble en demandant l'opinion des personnes participantes sur tous les aspects du programme.

### Composantes du programme

- **La santé, une valeur commune:** le programme identifie, recrute et forme les paroisses. Celles-ci peuvent déjà mener des actions indépendantes sur des questions de santé, mais pas nécessairement. Les responsables reçoivent une formation d'ambassadeurs et d'ambassadrices de la santé.
- **Influencer les politiques, les systèmes et l'environnement:** les églises institutionnalisent au niveau local des changements fondés sur des données probantes, en instaurant par exemple un règlement intérieur interdisant de fumer sur le terrain de l'église ou définissant la qualité

et la quantité de nourriture servie pendant les réunions paroissiales.

- **École de leadership en santé communautaire:** les ambassadeurs et ambassadrices de santé communautaire venant des paroisses locales y reçoivent des informations, des ressources ou des outils concernant les questions de santé élémentaires et les maladies chroniques. Des renseignements sur les services sanitaires et humains sont inclus pour réduire les inégalités en matière de santé entre les communautés locales. Les modules sont divisés en deux semestres: un sur les services de santé, l'autre sur la santé publique et la prévention des maladies chroniques.

- **Compétition:** les membres d'une paroisse présentant des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires forment des équipes de dix personnes qui se lancent dans une compétition amicale de 16 semaines pour i) améliorer l'équilibre de leur régime alimentaire, ii) pratiquer davantage d'activité physique, iii) encourager leur perte de poids et iv) enrichir leurs connaissances sur les maladies cardiovasculaires. L'équipe gagnante est celle qui cumule le plus de points en réduisant les facteurs de risque recensés, par exemple en arrêtant de fumer. Ce programme gratuit de remise en forme est une compétition entre paroisses amusante et favorable à la santé qui veut atténuer les facteurs de risque de maladie cardiaque chez les personnes participantes et au sein de la communauté locale tout entière.

- **Évaluations:** des évaluations uniformisées rigoureuses sont réalisées avant, pendant et après la compétition, mesurant notamment la tension artérielle, le poids, la taille, la glycémie et le cholestérol.

### Succès et difficultés

La participation au programme Village Heart BEAT est passée de sept églises (70 personnes) en 2013 à 28 églises (280 personnes) en 2018. Surtout, le taux de

maintien avoisine les 100%, avec une augmentation progressive du nombre de personnes participantes: après leur inscription, les fidèles reconduisent le programme année après année. Et 96% des personnes ayant participé au défi 2017 ont fait état d'améliorations dans au moins un de leurs facteurs de risque.

Ce programme est un partenariat entre le département de la santé du comté et les responsables ecclésiastiques. Il bénéficie pour l'informatique, le suivi et l'évaluation de l'aide de l'Université de Caroline du Nord; les organes de presse locaux lui font de la publicité; l'American Heart Association (association américaine des maladies cardiaques) lui apporte un soutien matériel et technique; les services de laboratoire et de renfort clinique sont assurés par des hôpitaux locaux; et les articles divers sont fournis par l'UCJG/YMCA et la commission du comté.

Grâce à ces résultats, le programme s'est déjà assuré une certaine renommée nationale pour son efficacité à insuffler des changements de style de vie durables et porteurs de résultats significatifs sur le plan clinique.

Il connaît une croissance remarquable, ce qui ne va pas sans difficulté. Il est également confronté au défi de l'inclusivité: comment Village Heart BEAT peut-il aller à la rencontre d'autres groupes ethniques du comté, en particulier dans une collectivité où les frontières raciales restent très marquées?

### **Résumé**

Village Heart BEAT est une démonstration remarquable de ce que l'on peut accomplir lorsque les paroisses se mobilisent à la base en faveur de mesures concrètes sur les questions de santé. Le partenariat entre le service de la santé du comté et les églises afro-américaines, fondé sur le respect et la compréhension réciproques, a joué un rôle considérable dans le succès du programme. La collaboration avec d'autres secteurs

a permis d'élargir l'implication dans le programme et d'apporter une expertise et un soutien plus que nécessaires.

Village Heart BEAT contribue aux objectifs de développement durable de manière efficace et remarquablement innovante.

### **3. Ministère de la personne dans sa globalité (Jamaïque)**

Le n° 113 de *Contact*, paru en février 1990, était consacré à l'expérience de l'Église baptiste Bethel de Kingston, en Jamaïque. Sous le titre «A Whole-Person Healing Ministry» (Un ministère de guérison de la personne dans sa globalité), il présentait l'expérience menée à Bethel comme un moyen d'impliquer une paroisse dans les soins de santé.

En 1972, l'Église baptiste Bethel s'est lancée dans une série de réflexions théologiques sur le rôle de l'Église en matière de guérison. Certains membres étaient déçus par le dualisme corps/esprit et esprit/matière qui avait limité l'efficacité de la médecine scientifique occidentale et celle de la mission de l'Église, en Jamaïque comme ailleurs. Un ministère de la personne dans sa globalité a été créé en 1974, fournissant des services médicaux, spirituels et psychosociaux dans une démarche intégrée.

Aujourd'hui, à l'occasion des 70 ans du COE et du 40<sup>e</sup> anniversaire des soins de santé primaires, retournons à Kingston pour comprendre comment ce ministère a fait valoir le rôle de l'Église en matière de santé et contribué à la mise en œuvre du modèle des soins de santé primaires.

### **La Jamaïque**

La Jamaïque est un État insulaire des Caraïbes de 230 km de long sur 80 km de large (soit 10 911 km<sup>2</sup>). Trois millions de personnes y habitent, descendantes pour la plupart des esclaves amenés d'Afrique pour travailler dans les champs de canne à sucre des propriétaires anglais. L'esclavage a été aboli en 1838, et le pays a proclamé son indépendance de la Grande-Bretagne

en 1962. Cependant, l'héritage de l'esclavage et du colonialisme est toujours là. Fragilité du tissu familial, marginalisation économique (surtout chez les jeunes, majoritaires), émigration de la population active d'âge moyen aux États-Unis et au Canada, violence armée, migration vers la capitale, insuffisance des systèmes d'entraide communautaire... Telles sont les lourdes conséquences de l'histoire de la Jamaïque.

L'article publié en 1990 indiquait que la Jamaïque offrait des services médico-sanitaires «gratuits» à toute la population, mais que ces services étaient inadaptés: les gens faisaient la queue pendant des heures pour une consultation médicale, et les listes d'attente pour les opérations chirurgicales et les interventions non urgentes étaient longues. Malheureusement, la situation s'est peu ou pas améliorée dans ce domaine. Les médecins, les hôpitaux et les pharmacies privés se sont multipliés, mais la majorité pauvre demeure mal desservie.

### **Création d'un ministère de la personne dans sa globalité**

Après deux ans de réflexions théologiques, l'Église baptiste Bethel a créé un ministère de la personne dans sa globalité doté d'un centre de guérison installé dans ses locaux qui organisait des services de conseil et des célébrations de prière en soirée. Un médecin est arrivé pour travailler à mi-temps en 1975, et en 1985 le centre a commencé à proposer sept jours sur sept les services de professionnels travaillant à temps plein dans un bâtiment prévu à cet effet.

Le ministère de la personne dans sa globalité est un programme paroissial qui réunit des soins médicaux, des services de conseil, un soutien socioéconomique et un accompagnement spirituel. Il repose sur des prestataires professionnels, semi-professionnels et non professionnels qui travaillent en grande partie bénévolement.

Chaque année est organisée une foire sur la santé: pendant une semaine sont proposés des dépistages de maladies non transmissibles, des débats sur divers sujets médico-sanitaires, des services chirurgicaux et cliniques, le point culminant étant une célébration liturgique dominicale offrant des prières de guérison. Ces foires sur la santé ont essaimé au-delà de Bethel: à ce jour, plus d'une dizaine de confessions organisent des foires annuelles sur la santé dans toute la Jamaïque.

Les services cliniques proposés à l'Église baptiste Bethel comportent des soins ambulatoires de jour, des services de conseil et une pharmacie vendant des médicaments avec ou sans ordonnance. Les partenaires spécialisés apportent leur aide et leurs services: accompagnement du deuil, santé des femmes, soutien face au cancer, prières, visites, soins aux personnes âgées, santé mentale, aide aux sans-abri...

La paroisse est organisée en groupes selon le mois de naissance: les personnes nées le même mois forment un groupe dont les membres s'entraident et s'occupent les uns des autres. Les groupes sont devenus un facteur de grande cohésion, encourageant le dialogue entre les générations et sans distinction de classe socioéconomique. L'Église dirige également une école pour les enfants défavorisés, propose des formations et un accompagnement professionnels (notamment un centre d'affaires où les personnes au chômage peuvent apprendre à se servir d'un ordinateur, préparer leur CV et rédiger des lettres de candidature). Un programme de stages a également été mis en place pour les jeunes.

Ce ministère a été entièrement financé par l'Église, grâce à un poste budgétaire dédié. Une fondation a également été créée pour promouvoir la mobilisation de ressources extérieures à l'Église.

## Succès et difficultés

Ce ministère de la personne dans sa globalité a prouvé sa résilience, puisqu'il est en place depuis plus de 40 ans. Il s'est inscrit dans la collectivité au sens large: environ 90% des personnes qui recourent à ses services ne sont pas membres de l'Église. Celle-ci a continué de financer cette action, quoique modestement, pour garantir des services subventionnés.

La collaboration entre les différentes Églises et paroisses est limitée, de même que celle des Églises avec le ministère de la Santé. Les premiers documents directeurs élaborés par le Dr Anthony Allen et d'autres pionniers de ce ministère n'ont pas tous été employés et améliorés. Le programme du ministère ne s'est donc pas développé de manière systématique ou uniforme, et il existe encore peu de protocoles de suivi et d'évaluation.

## Résumé

Le ministère de la personne dans sa globalité instauré par l'Église baptiste Bethel prospère depuis 44 ans, et a servi de modèle à d'autres Églises en Jamaïque. Cela prouve la résilience et la viabilité d'un programme médico-sanitaire paroissial fondé sur des principes théologiques. Les Églises pourraient apporter une contribution à plus grande échelle, passant par des soins de santé aussi bien dans les communautés que dans des établissements, pour que la Jamaïque parvienne à la couverture sanitaire universelle.

## ***Quelques réflexions en guise de conclusion: les Églises auxiliaires de santé ont-elles un rôle à jouer dans le domaine des soins de santé primaires?***

Forts de ces connaissances sur des programmes de santé paroissiaux ou ecclésiaux, revenons aux questions posées au début de cet article.

## **Les Églises peuvent-elles être mobilisées pour s'engager à la base sur des sujets de santé, pour le bénéfice direct de leurs membres?**

Les exemples donnés montrent clairement que les paroisses locales peuvent être mobilisées, et qu'elles se sont d'ailleurs mobilisées. La longévité de certains programmes prouve la viabilité de ce modèle. En dépit des difficultés mentionnées dans chaque étude de cas, ces exemples illustrent clairement le rôle majeur que peuvent jouer les programmes d'origine ecclésiale dans la santé des fidèles de l'Église en question, ainsi que dans celle de la communauté locale.

## **En quoi cela serait-il différent de la gestion d'un dispensaire ou d'un hôpital chrétien?**

La différence réside visiblement dans le fait que ces services sont intégrés dans la vie de la communauté de foi et de la communauté locale. Les Églises auxiliaires de santé s'attachent en particulier à la prévention et au développement du potentiel des individus et des communautés pour qu'ils puissent assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être. Ces programmes sont d'autant plus efficaces lorsqu'ils réussissent à forger des partenariats solides avec des parties prenantes variées.

## **La réalisation d'un programme de promotion de la santé au niveau paroissial présente-t-elle des avantages particuliers?**

Si la volonté et les recommandations en faveur de l'engagement sanitaire dans les paroisses proviennent principalement de professionnels de la santé chrétiens, elles ne constituent qu'un aspect du tableau. Les programmes fondés sur des communautés de foi locales peuvent bénéficier de la cohésion sociale au sein de la communauté, la renforcer et offrir des avantages particuliers grâce à l'apprentissage par les pairs. À ce titre, ils sont importants pour la santé et le développement de

la communauté de foi comme de la communauté tout entière.

Dans notre réflexion sur les 40 ans de la Déclaration d'Alma-Ata, il serait sage

d'inclure des programmes paroissiaux dans nos stratégies de santé confessionnelles.

*Le Dr Mwai Makoka est responsable du programme Santé et guérison au Conseil œcuménique des Églises à Genève.*

## 8. Historique de la participation de la Commission médicale chrétienne et des Églises dans les politiques en matière d'allaitement maternel

### **Erlinda N. Senturias et Mwai Makoka**

L'un des thèmes récurrents pendant la préparation de la Déclaration d'Alma-Ata était celui de la justice. Comme d'autres organisations d'inspiration religieuse, le Conseil œcuménique des Églises (COE), par l'intermédiaire de la Commission médicale chrétienne (CMC), insistait sur ce point. Pour remédier à des systèmes et politiques injustes, la défense de causes à l'échelle locale et internationale s'est vite révélée cruciale.

La politique en matière d'allaitement maternel a été l'une des premières questions de justice soulevées.

Pendant des siècles, l'allaitement a été la principale forme d'alimentation des bébés, que ce soit par la mère ou par une nourrice. Des laits artificiels ont été lentement mis au point pour faire face aux situations d'indisponibilité du lait maternel. Au fil du temps, le recours à des substituts du lait maternel s'est généralisé, conséquence d'un marketing agressif. Dans les pays en développement en particulier, cela s'est révélé catastrophique. De toute évidence, il était impossible de respecter les principes fixés pour la substitution du lait maternel (acceptabilité, faisabilité, accessibilité financière, durabilité et sécurité), mais, surtout, le profit a primé sur la santé des nourrissons.

Dans les années 1990, la docteure Erlinda N. Senturias, secrétaire exécutive du COE pour la CMC-Action des Églises pour la santé, a retracé la mobilisation de la CMC et des Églises sur cette question dans un article détaillé resté inédit. Il est important de revenir sur les points principaux de cette histoire.

### **Début des années 1970: mise en garde contre les dangers de l'allaitement au biberon**

Les dangers de l'allaitement au biberon dans le tiers-monde ont été connus dès le début des années 1970. Dans les congrès médicaux et les revues professionnelles, quelques voix s'élevèrent pour mettre en garde contre la manière dont les sociétés laitières assuraient la promotion des préparations pour nourrissons. Dans un article très médiatisé, «Commerciogenic Malnutrition» (Malnutrition commerciogène), Derrick B. Jelliffe dénonça les activités promotionnelles des sociétés qui vendaient ces produits. Le 18 juillet 1972, le Groupe consultatif du système des Nations Unies sur les protéines et les calories publia une déclaration soulignant l'importance de l'allaitement maternel et, en mars 1974, l'organisation War on Want sortit «The Baby Killer» (Le tueur de bébés), un article condamnant les méthodes publicitaires employées pour promouvoir les produits laitiers en poudre.

## La marée montante de l'opinion publique

En juin 1974, Nestlé entama une action en justice contre le Groupe de travail Tiers-monde de Berne (Suisse) pour diffamation. Cette décision attira l'attention du public, transformant la question en mouvement populaire.

En novembre 1974, l'action en justice avait suscité l'intérêt des médias dans de nombreux pays du monde. En novembre 1975, alors que la justice n'avait toujours pas tranché, le Groupe de travail Tiers-monde organisa une conférence de presse internationale aux Nations Unies à Genève, sous la présidence de Ruth Nita Barrow, directrice associée de la CMC.

Le COE suivait cette affaire de près. Très impliqué, le directeur de la CMC, James McGilvray, surveillait l'évolution de la situation au sein des Églises membres du COE et des organisations œcuméniques régionales, et il organisait des rencontres avec les dirigeants de Nestlé. La CMC affirmait qu'elle avait tout intérêt à encourager l'industrie de l'alimentation infantile à réexaminer sérieusement les points essentiels au lieu de procéder simplement à quelques ajustements mineurs de ses pratiques.

À l'hiver 1974, un mouvement lancé par le Conseil national des Églises du Christ aux États-Unis, le Centre interconfessionnel sur la responsabilité des entreprises (ICCR), commença sa propre enquête sur les abus liés aux préparations pour nourrissons commis par des entreprises américaines dans le tiers-monde. Les groupes membres de l'ICCR déposèrent des résolutions d'actionnaires auprès des sociétés laitières américaines, demandant des informations précises sur les ventes et les pratiques promotionnelles. En janvier 1975, ils rencontrèrent la direction de Bristol-Myers pour la première fois.

La veille du verdict dans l'affaire de diffamation de Nestlé, en juin 1976, la société abandonna trois des quatre charges: que les activités de Nestlé et d'autres sociétés étaient contraires à l'éthique et à la morale; que Nestlé était responsable, par ses pratiques commerciales, de la mort ou de dommages psychologiques ou physiques permanents chez des milliers de nourrissons; et que la société avait fait passer le personnel des ventes de préparations pour bébé pour des infirmiers et infirmières dans les pays en développement. Nestlé obtint cependant gain de cause concernant l'accusation liée au titre de la brochure «*Nestlé Totet Babys*» (Nestlé tue les bébés). Le juge Jurg Sollberger condamna le Groupe de travail Tiers-Monde à une amende symbolique et précisa que «si la partie plaignante [Nestlé] souhaitait s'éviter à l'avenir des accusations de conduite contraire à la morale et à l'éthique, elle devait revoir ses pratiques publicitaires<sup>1</sup>».

## Boycott de Nestlé aux États-Unis

En 1975, Nestlé promit d'adopter un moratoire sur les publicités de préparations pour nourrissons. Pour autant, une association américaine de consommateurs, la Coalition de lutte contre les préparations pour nourrissons (INFACT), continua de recevoir des rapports faisant état de vastes campagnes publicitaires de Nestlé dans de nombreux pays du monde. En juillet 1977, avec le concours de Church Women United (Chrétiennes unies), l'INFACT lança un boycott des produits Nestlé aux États-Unis pour que cesse toute promotion des préparations pour nourrissons. Deux Églises membres du COE, l'Église presbytérienne des États-Unis et l'Église évangélique luthérienne d'Amérique, se joignirent à cette initiative.

---

1 Cité dans A. Chetley, *The Politics of Baby Foods: Successful Challenges to an International Marketing Strategy*, Londres, Francis Pinter, 1986, p. 45.

Le 3 novembre 1978, le Conseil national des Églises du Christ aux États-Unis approuva le boycott. Le Comité directeur du Conseil demanda à Nestlé de mettre fin à la promotion malhonnête de ses préparations pour nourrissons; il adhéra au boycott international et invita toutes ses organisations à le suivre; il appela ses Églises membres à étudier la question avec soin; il appela tous les chrétiens et toutes les personnes de bonne volonté à participer au boycott; et il demanda au gouvernement des États-Unis de refuser de soutenir la promotion des préparations pour nourrissons sur son territoire et à l'étranger.

### **Défense des causes dans le monde et à l'échelle locale**

À l'occasion de l'Année internationale de l'enfant, la CMC publia dans *Contact* un article préparé par D. B. et E. F. P. Jelliffe: «*Improving the Nutrition of Mothers and Young Children – Recommendations for the International Year of the Child from the International Union of Nutritional Sciences (IUNS)*<sup>2</sup>» (Améliorer l'alimentation des mères et des jeunes enfants – Recommandations de l'Union internationale des sciences de la nutrition à l'occasion de l'Année internationale de l'enfant). Cet article soulignait la supériorité du lait maternel, dans la mesure où il fournit la meilleure alimentation pour le bébé et une protection contre les infections, où il permet d'espacer naturellement les naissances et où il favorise la création de liens affectifs entre la mère et l'enfant. Cette publication servit de référence lors d'une réunion de l'OMS consacrée à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, du 9 au 12 octobre 1979.

C'était la première fois que les ONG se retrouvaient participantes à part entière d'une telle rencontre. Elles exhortèrent l'OMS à élaborer un code international rigoureux sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Cette rencontre aboutit également à la création du Réseau

international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN), qui fut chargé de coordonner plus étroitement l'action des groupes membres pour maintenir la pression populaire.

La CMC servit de ressources à de nombreux groupes d'action comme l'ICCR, INFACT, l'IBFAN ou GIFA (l'association genevoise pour l'alimentation infantile), et elle aida des individus originaires de pays en développement à participer à ces activités.

### **Étude des activités des multinationales**

L'intérêt pour la commercialisation et la promotion des préparations pour nourrissons dans le tiers-monde entraînait nécessairement un intérêt pour les activités des multinationales. Dans le but de comprendre les multinationales vendant des préparations pour nourrissons (leurs pratiques, les répercussions de leurs activités, leurs structures politiques et économiques) et de trouver des moyens de limiter ou d'influencer leurs activités, le COE engagea un consultant à temps plein et créa un Groupe de travail sur les multinationales qui se voulait représentatif.

Ce Groupe de travail assurait la liaison entre le COE et l'UNIAPAC, une union internationale chrétienne de chefs d'entreprise. Stuart Kingma participa à des débats sur la question de l'alimentation infantile avec des cadres de multinationales lors des conférences de l'UNIAPAC à Fontainebleau et à Wolfsberg en 1976 et 1979.

En 1980, le Conseil général de l'Église méthodiste unie des États-Unis autorisa son Conseil général sur les ministères à créer un groupe de travail chargé d'étudier la controverse sur les préparations pour nourrissons.

### **Collaboration avec l'OMS pour l'élaboration du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**

La CMC participa à plusieurs des réunions de l'OMS au cours desquelles le code

---

2 *Contact* n° 50, 1979.

fut élaboré, débattu et corrigé. En mai 1980, elle fut la seule ONG présente à l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) autorisée à s'exprimer au sujet du code. L'exposé de la CMC fut présenté par le directeur adjoint Stuart Kingma, qui insista pour que l'on confie au directeur général de l'OMS la tâche de préparer un code définitif sur la commercialisation des substituts du lait maternel, en concertation avec toutes les parties concernées, code qui serait présenté à l'Assemblée mondiale de la santé de 1981.

De même, lors de l'Assemblée de mai 1981, la CMC présenta un nouvel exposé soulignant que, pour la majorité des pays en développement, le lait artificiel n'était durable ni sur un plan économique ni sur un plan sanitaire et qu'il avait de lourdes répercussions sur la morbidité et la mortalité infantiles. Pendant cette période, la CMC était chargée de coordonner le Groupe des ONG sur les soins de santé primaires. Le 21 mai 1981, la 34<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé adopta à 118 voix contre 1 un code de conduite visant à restreindre la promotion des préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel et à encourager l'allaitement maternel. Les États-Unis furent les seuls à voter contre.

### **Surveillance de l'application du code**

Après l'adoption du code en 1981, Nestlé prit peu de mesures pour revoir ses pratiques commerciales. La multinationale continua de faire l'objet d'un boycott international, organisé par l'ONG Action for Corporate Accountability (Action pour la responsabilité des entreprises), l'IBFAN et le réseau de négociateurs internationaux pour le respect du code sur l'alimentation du nourrisson. En 1982, la multinationale créa un organisme de contrôle, la NIFAC (Commission Nestlé de vérification des formules pour nourrissons), chargée d'étudier les infractions au code. Robert Campbell, secrétaire général des Églises

baptistes américaines et membre du Comité central du COE, ainsi que Dean Philip Wogaman du Séminaire Wesley de Washington siégèrent à la NIFAC.

Le boycott prit fin en 1984 sur un accord en quatre points conclu entre Nestlé et les organisateurs du boycott. L'Association internationale des fabricants d'aliments infantiles (IFM), créée en 1984, devint une ONG reconnue, représentant les industries de l'alimentation infantile auprès de l'OMS. Les dirigeants de Nestlé rencontrèrent le secrétaire général du COE Emilio Castro le 16 juillet 1987, annonçant que l'IFM avait mis au point des directives conformes au code de l'OMS qui remplaceraient la NIFAC en ce qui concernait la surveillance du code. Helmut Maucher, cadre supérieur de Nestlé, confirma que cela s'appliquait également à la résolution de l'AMS de mai 1986, avant de réaffirmer à la délégation du COE que Nestlé ne gagnerait pas d'argent par des moyens contraire à l'éthique. Ladite résolution concernait l'interdiction des dons de lait pour nourrissons aux maternités, adoptée par 92 voix pour, une voix contre (les États-Unis) et 6 abstentions (des pays producteurs de lait pour nourrissons). Un mois plus tôt, le 16 avril 1986, le Parlement européen adoptait le code.

La surveillance de l'application du code continua, menée principalement par des groupes d'action de différents pays, en particulier ceux affiliés à l'IBFAN. Les agences chrétiennes de coordination sanitaire instituées par la CMC en Afrique, en Asie et dans le Pacifique reçurent des exemplaires du code pour le mettre en œuvre dans les hôpitaux et les programmes de santé chrétiens et pour contrôler les violations des sociétés laitières.

### **Lutte pour la santé des nourrissons et des enfants**

Le 14 février 1989, Birgitta Rubenson, secrétaire de programme à la CMC, rappela aux divers membres de la Commission que «notre lutte pour la santé des nourrissons

et des enfants du monde continue», du fait que divers substituts du lait maternel étaient encore en circulation.

Constatant le recul de l'allaitement maternel et l'augmentation constante de la mortalité infantile dans les pays en développement et dans les pays industrialisés, la CMC publia «Breastfeeding for Life<sup>3</sup>» (L'allaitement maternel pour la vie). Cet article attirait l'attention du lectorat sur les documents publiés à ce sujet par l'OMS/UNICEF et des groupes d'action tels que l'IBFAN et GIFA. Il prenait également acte des groupes citoyens qui s'étaient joints au boycott de Nestlé en Irlande, en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, en Suède et aux États-Unis. Bien qu'il ne fût pas le seul à ignorer le code, Nestlé était pris pour cible en raison de son poids sur le marché.

En octobre 1989, pendant le 10<sup>e</sup> anniversaire de l'IBFAN organisé à Manille, un nouveau boycott international de Nestlé fut lancé devant les bureaux de la multinationale à Makati, aux Philippines. Les groupes d'action commencèrent à demander des signatures aux personnes désirant approuver le boycott.

Erlinda N. Senturias, secrétaire de programme à la CMC, qui participait à la célébration des 10 ans de l'IBFAN, rapporta du service de la Protection maternelle et infantile, rattaché au ministère philippin de la Santé, d'inquiétantes informations : les industries de préparations pour nourrissons avaient adopté des pratiques pour contourner le code, et le ministère rencontrait des difficultés dans les processus légaux lui permettant de poursuivre les auteurs d'infractions au code national aux Philippines.

## **Compte rendu de la surveillance du statut du code auprès de l'AMS**

La Dre Senturias porta également ce point à l'attention de la 43<sup>e</sup> session de l'AMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur le statut de la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui se déroula le 11 mai 1990. Elle déclara exactement que «de grandes quantités de préparations pour nourrissons continuent d'affluer dans les institutions médicales grâce à un soi-disant "système de réservation" qui contrevient directement au code». Ces «réservations» permettaient au personnel commercial des sociétés de facturer les fournitures livrées aux hôpitaux comme des achats à crédit, étant entendu que le paiement ne serait pas réclamé. Les «ventes réservées» étaient ensuite annulées à titre de créances non recouvrables. Non seulement le fabricant évitait ainsi d'être poursuivi pour la fourniture de produits gratuits, mais il bénéficiait de surcroît d'une réduction d'impôt en raison de ces créances prétendument non recouvrables. La Dre Senturias demandait à l'OMS de veiller au strict respect du code afin de mettre fin au «statu quo».

## **Création d'alliances avec les ONG et l'OMS/UNICEF**

La CMC accueillit plusieurs réunions avec l'IBFAN à Genève et reçut des agents de terrain pour s'informer du statut de la mise en œuvre du code et pour délibérer sur des questions d'intérêt commun comme la place de l'allaitement maternel au travail.

La CMC participa également à la formation de l'Alliance mondiale pour l'allaitement maternel (WABA) en février 1991, ainsi qu'aux rencontres et initiatives qui suivirent. La revue *Contact* publia un article sur l'amélioration de la santé des mères actives et de leurs bébés<sup>4</sup> et annonça la

---

3 *Contact* n° 111, octobre 1989.

---

4 *Contact* n° 120, juin 1991.

création de la WABA. La CMC participa à la réunion d'information sur l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), lancée par l'OMS/UNICEF aux Pays-Bas en septembre 1991, et approuva cette initiative, tout en demandant des législations qui permettraient aux mères d'allaiter sur leur lieu de travail et de bénéficier de congés de maternité plus longs. Une autre réunion concernant l'initiative se déroula au siège de l'OMS en mai 1992. À cette occasion, la CMC demanda ce qui empêchait les industries de préparations pour nourrissons de supprimer purement et simplement les fournitures gratuites. Elle n'obtint aucune réponse de la part des représentants de l'industrie.

### **Maintenir la pression**

En juillet 1991, le Synode de l'Église d'Angleterre appela à un boycott de Nescafé jusqu'à ce que Nestlé mette un terme aux fournitures gratuites. L'Alliance réformée mondiale cessa d'investir dans des actions Nestlé début 1993. Ces initiatives constituèrent des étapes importantes dans la pression exercée sur les industries de préparations pour nourrissons, notamment Nestlé, pour qu'elles modifient réellement leurs pratiques commerciales dans l'immédiat et pour les générations à naître.

Malheureusement, il existe encore de nombreux cas de fabrication, de vente et de promotion malhonnêtes de lait artificiel. En voici quelques exemples:

- Durant le scandale du lait chinois en 2008, des préparations pour nourrissons ont été contaminées à la mélamine, provoquant au moins six morts et des maladies chez 300 000 bébés<sup>5</sup>.
- Lactalis, une société française, a reconnu que ses préparations de lait pour

nourrissons avaient potentiellement été contaminées aux salmonelles pendant 13 ans, avant que le produit ne soit retiré en février 2018<sup>6</sup>.

- En juillet 2018 encore, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2018, les États-Unis ont voté contre une résolution visant à encourager l'allaitement maternel.

On nous demande souvent si le boycott doit se poursuivre. Dame Nita Barrow de la CMC (qui deviendra par la suite la première femme gouverneure générale de la Barbade) nous a rappelé qu'il ne suffit pas d'insister sur la promotion de l'allaitement maternel. Nous devons nous intéresser aux facteurs qui ont conduit à l'évolution des pratiques initiales en matière d'alimentation infantile et prendre les mesures qui s'imposent.

Il est clair que les communautés de foi doivent continuer de défendre leur cause dans les politiques d'allaitement maternel. Nous devons continuer à défendre la santé des nourrissons et des enfants et à nous inscrire dans cette vision biblique: «Il n'y aura plus là de nourrisson emporté en quelques jours» (Isaïe 65,20). Et le Magnificat apporte cette promesse, source d'espérance pour toutes les personnes qui continuent de lutter: «les affamés, il les a comblés de biens et les riches, il les a renvoyés les mains vides» (Luc 1,53).

*Article original inédit rédigé dans les années 1990 par Erlinda N. Senturias, secrétaire exécutive du COE pour la CMC-Action des Églises pour la santé.*

*Abrégé et édité par Mwai Makoka, responsable du programme Santé et guérison du COE à Genève.*

5 Y. Huang, «The 2008 Milk Scandal Revisited», *Forbes Asia*, 16 juin 2014, <https://www.forbes.com/sites/yanzhonghuang/2014/07/16/the-2008-milk-scandal-revisited/#19ab0bc84105>.

6 E. McKirdy, «Baby milk powder could have been infected with salmonella for 13 years», 2 février 2018, <https://edition.cnn.com/2018/02/02/health/lactalis-baby-milk-powder-salmonella-intl/index.html>.

## 9. Du handicap à de nouvelles aptitudes: études de cas sur la prise en charge des personnes handicapées

Lorsque la Conférence internationale sur les soins de santé primaires a élaboré la Déclaration d'Alma-Ata en 1978<sup>1</sup>, plusieurs points importants ont été pris en considération. L'un des plus importants était peut-être qu'elle affirmait avec force que la santé était un droit fondamental de l'être humain et que la santé «est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité<sup>2</sup>».

La Commission médicale chrétienne (CMC), comme les milieux d'inspiration religieuse en général, a interprété cette définition en considérant la santé comme une question de justice. Une place importante a été

1 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaire réunie à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978, [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

2 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, *op.cit.*

accordée au besoin de soins de santé de qualité pour les personnes les plus marginalisées.

S'il y a un segment de la population pour lequel ce point s'est révélé particulièrement délicat, ce sont probablement les personnes handicapées. Elles font souvent partie des plus marginalisées de la société, et l'accès aux soins de santé leur est extrêmement difficile. La nature de leur pathologie limite également les chances d'un «complet bien-être physique, mental et social».

Dès lors, comment les organisations chrétiennes d'action sociale peuvent-elles offrir des soins optimaux à ce groupe vulnérable?

Penchons-nous sur deux projets très différents menés en Inde: le programme de l'hôpital baptiste de Bangalore et le service de médecine physique et de réadaptation du CMC de Vellore.

### **«Vous m'avez remis debout!»: étude de cas de l'hôpital baptiste de Bangalore (Inde)**

*Gift Norman*

Pour une personne pauvre, il est très difficile de bénéficier de soins médicaux abordables au moment où elle en a besoin. Lorsqu'il faut choisir entre mettre à manger sur la table et payer une consultation médicale, elle choisit naturellement de manger, à moins qu'il ne s'agisse d'une question de vie ou de mort.

#### **Surmonter le handicap et devenir porte-parole**

La vie de Shaifullah, 44 ans, a été bouleversée non pas une, mais trois fois. L'histoire de cet homme originaire d'un

petit village de Devanahalli Taluk, dans le district rural de Bangalore, révèle la lutte et la misère que connaissent les personnes pauvres lorsqu'elles tombent malades et requièrent des soins médicaux:

Quand je travaillais comme ouvrier agricole, je me suis légèrement coupé au pied droit. Je ne m'en suis pas beaucoup préoccupé et la blessure s'est infectée. Je suis allé me faire soigner dans un dispensaire des environs. Comme ça ne s'améliorait pas et que ma jambe commençait à noircir, je me suis précipité dans un hôpital plus important. Il était trop tard. Le docteur m'a dit que la

gangrène s'était installée, et on m'a amputé de la jambe.

J'ai alors commencé à travailler en m'aidant de béquilles, mais je suis retombé en essayant de trouver l'équilibre. Je me suis blessé à l'autre jambe, et ça s'est passé de la même manière: négligence, difficulté d'accéder à un bon hôpital... Mes pires craintes se sont réalisées: lorsque j'ai fini par aller à l'hôpital, on a dû m'amputer de l'autre jambe. Il n'a plus été possible de me déplacer et j'ai commencé à rouler des *bidis* (cigarettes) chez moi pour gagner ma vie. La malchance a frappé encore une fois: j'ai attrapé une infection à mes deux mains. Il a fallu amputer ma main gauche et deux doigts de ma main droite. La situation était désespérée.

Le hasard a alors joué en sa faveur: Shaifullah a assisté à un camp pour personnes handicapées organisé par l'équipe soignante communautaire de l'hôpital baptiste de Bangalore. L'équipe Empower (Autonomie) organise tous les mardis des camps pour personnes handicapées dans le district rural de Bangalore.

Shaifullah est cependant convaincu que ce «hasard» relève de la providence divine. Cela a changé sa vie. L'équipe Empower a conseillé Shaifullah et sa femme, les convainquant qu'il y avait encore de la vie et de l'espoir après tout ce qu'ils avaient enduré. Elle l'a aidé à ouvrir une épicerie de quartier et lui a donné un tricycle pour qu'il puisse se déplacer.

Si vous rencontriez Shaifullah aujourd'hui, vous auriez du mal à croire tout ce qu'il a enduré. Il respire la joie et l'assurance. Son magasin marche bien et son fils est retourné à l'école. Les années de lutte et de persévérance ont fait de lui un porte-parole des autres personnes handicapées de son village. «Tout dépend de la manière dont

vous choisissez de vivre: soit vous invitez le malheur et l'échec dans votre vie, soit vous repoussez la négativité et vous affrontez les difficultés avec le sourire. Vous m'avez remis debout!», a déclaré Shaifullah lorsque nous l'avons rencontré avec sa famille.

### **Notre rôle dans l'autonomisation des personnes handicapées**

La division Santé communautaire (CHD) de la Bangalore Baptist Hospital Society (Société de l'hôpital baptiste de Bangalore) fournit des services complets de réadaptation aux personnes handicapées dans 1051 villages du district rural de Bangalore, où vivent environ 1 million de personnes. La Direction de l'action sociale auprès des personnes handicapées et des personnes âgées, qui dépend du gouvernement de l'État indien du Karnataka, a proposé à la CHD d'être son partenaire d'exécution dans la création d'un Centre de réadaptation du district (DDRC) pour le district rural de Bangalore. La possibilité de venir en aide à près de 40 000 personnes handicapées du district était une occasion que nous ne pouvions pas manquer.

Nos principales activités consistent entre autres à développer le potentiel local, à améliorer l'accès aux informations et aux services de réadaptation, à proposer des thérapies de réadaptation à domicile, à faciliter l'accès aux prestations sociales, à mener des activités de sensibilisation et de défense des droits des personnes handicapées et à fournir des aides techniques à bas prix grâce à l'atelier de prothétique et d'orthétique. Grâce à des plateformes d'apprentissage, les enfants atteints de troubles du développement peuvent accéder aux thérapies dont ils ont grand besoin. Une petite équipe polyvalente se déplace dans les villages pour offrir des services de proximité aux personnes handicapées.

## **Tableau des progrès accomplis jusqu'à présent**

Entre 2014 et 2018, 8800 cartes nationales d'invalidité ont été distribuées et plus de 1441 aides techniques ont été fournies. En mars 2018, 180 enfants atteints de retard du développement et de déficience intellectuelle étaient inscrits en thérapie, 40 toilettes modifiées avaient été construites, 22 projets de développement des moyens de subsistance avaient été lancés et 172 camps d'identification initiale et d'évaluation des besoins avaient eu lieu.

Les statistiques ne sont cependant pas l'élément le plus important de l'histoire. Notre activité consiste à toucher des vies et à aider des êtres humains à relever la tête. Nous opérons dans 1051 villages. Quelle joie de voir des femmes et des hommes surmonter l'adversité comme Shaifullah! Munikrishnamma (qui se servait d'une planche en bois pour se déplacer dans son

village) croit désormais aux miracles: elle se déplace joyeusement sur le tricycle qu'elle a reçu. Yashwanth, un enfant d'un an qui était cloué au lit dans un état végétatif, a appris à s'asseoir, à se lever et à marcher; Krishnappa et sa sœur Bagamma, tous deux aveugles, vivent aujourd'hui dans la dignité, avec des toilettes chez eux.

Nous sommes appelés à aider les gens et à toucher des vies. Nous avons en effet le privilège d'être choisis par Dieu pour être ses instruments. Notre motivation? Partager l'amour de Dieu en cheminant chaque jour avec les plus vulnérables. Venir en aide à des personnes qui n'ont rien à donner en retour est la plus grande des joies au service de Dieu.

*Le Dr Gift Norman est directeur adjoint et responsable de la division Santé communautaire à l'hôpital baptiste de Bangalore (Inde).*

## **De l'isolement à l'espérance et à la guérison: étude de cas au service de médecine physique et de réadaptation du CMC de Vellore (Inde)**

*Raji Thomas*

Le service de médecine physique et de réadaptation (MPR) du CMC (Centre médical universitaire chrétien) de Vellore (Inde) a connu des débuts très modestes. Il est l'héritage durable des rêves intrépides d'une femme, inspirés par une situation d'isolement apparent.

La Dre Mary Verghese, fondatrice du service, est entrée au CMC en tant qu'étudiante en médecine en 1946. Un accident survint pendant un pique-nique avec d'autres internes, lésant sa moelle épinière et la laissant paraplégique. Puisqu'il n'existait pas de service de réadaptation en Inde, elle suivit sa rééducation à l'hôpital royal de Perth, en Australie, où elle apprit à se passer d'un fauteuil roulant. Son désir ardent de proposer des services de réadaptation dans son pays la conduisit

à poursuivre des études supérieures en médecine de réadaptation à New York.

À son retour, titulaire du diplôme de troisième cycle le plus élevé dans sa spécialité, elle ouvrit le service de MPR et l'institut de réadaptation le 26 novembre 1966 – le premier du pays pour les patients atteints de handicaps sévères.

Patientes et patients ne tardèrent pas à affluer de tout le pays pour leur réadaptation: infirmité motrice cérébrale, lésions de la moelle épinière, lésions cérébrales acquises, amputations, AVC, hémophilie, douleurs chroniques...

La route de Mary s'est achevée le 17 décembre 1986, mais sa vision se perpétue. Plus de 30 ans après, nous lui rendons hommage pour sa vision et sa foi. Elle nous donne de l'espérance et une raison de croire.

## **Notre rôle dans l'autonomisation des personnes handicapées**

Les services offerts au service de MPR et à l'Institut de réadaptation étant nombreux et variés, il n'est pas possible de tous les aborder en détail dans une publication de cette nature.

Les bénéficiaires des soins traversent plusieurs étapes de réadaptation pour devenir autonomes, ce qui englobe de nombreux aspects différents, notamment des soins physiques, un accompagnement spirituel, une prise en charge sociale et des soins professionnels. Cette démarche est rendue possible par une équipe pluridisciplinaire. Les bénéficiaires des soins et leur famille participent activement aux prises de décisions et font partie intégrante de l'équipe de réadaptation.

Le programme met l'accent sur le développement de l'assurance des personnes soignées et sur l'enseignement d'aptitudes leur permettant de mener une vie dépassant les handicaps. Les personnes atteintes d'un handicap sévère irréversible sont aidées pour qu'elles puissent tirer le meilleur parti de leurs capacités résiduelles et mener une vie aussi épanouissante et productive que possible.

Chaque semaine, des réunions d'équipe avec les bénéficiaires des soins et leur famille offrent l'occasion d'élargir les objectifs et de réaliser des interventions intégrées. Tous les membres de l'équipe travaillent en collaboration; cette cohésion permet d'offrir des soins complets et de produire de meilleurs résultats fonctionnels.

Font partie des membres et des activités de l'équipe:

- l'équipe médicale, composée de physiatres (spécialistes de la médecine physique et de réadaptation), qui traite les problèmes médicaux liés aux complications du handicap;

- le laboratoire d'analyse de la démarche, qui cherche à comprendre la dynamique du mouvement;
- le personnel infirmier, qui présente aux bénéficiaires des soins un mode de vie différent, mais digne d'intérêt, qui leur enseigne les soins, mais qui les aide aussi à comprendre le diagnostic et à trouver des moyens de l'accepter;
- les physiothérapeutes, qui s'emploient à renforcer les muscles et appliquent des stratégies de compensation pour améliorer la mobilité à l'aide d'appareils adaptés;
- les ergothérapeutes, qui s'attachent à améliorer les fonctions par un entraînement à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, une réadaptation cognitive et l'utilisation d'aides techniques;
- les orthophonistes, qui travaillent à améliorer l'élocution et la communication, qui introduisent des méthodes de suppléance à la communication et qui veillent à une déglutition sans risque;
- les psychologues, qui évaluent les problèmes neuro-comportementaux et cognitifs et qui prodiguent des conseils pendant la période de deuil, avec la participation de l'équipe de psychiatrie;
- les ingénieurs, prothésistes et orthésistes, qui fabriquent des orthèses et des prothèses modulables, légères et peu coûteuses pour suppléer les muscles faibles et remplacer les membres perdus;
- les travailleuses et travailleurs sociaux, qui sont un lien vital entre les bénéficiaires des soins, la famille, l'équipe de réadaptation et la communauté: leurs attributions comprennent l'évaluation du contexte socioéconomique et professionnel et de l'accessibilité de l'environnement par des visites à domicile afin que l'on puisse fixer des objectifs adaptés; la fourniture de conseils professionnels et d'informations sur les droits, les responsabilités et les prestations sociales.

En plus des services habituels aux personnes hospitalisées:

- Une unité de réadaptation pédiatrique spécialisée traite les jeunes enfants de manière holistique, mais amicale, et fournit des conseils sur les possibilités de scolarisation et la formation aux compétences de la vie courante.
- La réadaptation professionnelle ouvre de nouveaux débouchés économiques tels que la couture, la réparation de bicyclettes, la vannerie ou le cannage, ce qui permet aux bénéficiaires des soins de mener une vie épanouissante et productive.
- D'autres sources de soutien psychosocial sont proposées: l'aumônerie et la chapelle, au cœur de la réadaptation, des séances de thérapie de groupe, les partages d'expérience de personnes ayant bénéficié des soins, la célébration des fêtes nationales et des festivals, des pique-niques ou encore l'art-thérapie.
- Le sport est un moyen de se remettre en forme, d'améliorer son estime de soi et de retrouver sa dignité.
- Les services communautaires (visites à domicile, groupes de soutien et fêtes annuelles de la réadaptation) répondent au besoin de suivi à long terme des personnes soignées et aident l'équipe à connaître leurs commentaires et ceux de leur famille, à offrir des activités sociales et récréatives aux personnes déprimées et seules et à assurer un suivi efficace à moindre coût.
  - Le Centre de réadaptation communautaire de Vellore, situé dans les bidonvilles de Vellore et financé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), sensibilise la communauté aux problèmes et aux capacités des personnes handicapées avec l'aide de bénévoles qui utilisent les ressources locales disponibles. Les activités comprennent la foire annuelle du Centre,

des programmes de prévention des blessures et de préparation à la vie active dans les établissements, des projets de sécurité routière pour les jeunes et divers programmes de sensibilisation.

- Le service de MPR est reconnu comme Centre collaborateur de l'OMS pour le développement des technologies de réadaptation, le renforcement des capacités et la prévention des handicaps. Des directives ont été élaborées pour la prise en charge de personnes handicapées bénéficiant de soins au sein de la communauté, et les titulaires de bourses de l'OMS reçoivent une formation dans diverses disciplines.
- Le service propose un cours de médecine générale en MPR, des cours de licence en ergothérapie, physiothérapie et prothétique et orthétique, un diplôme en prothétique et orthétique et une maîtrise en physiothérapie.
- Les résultats de la recherche sont renforcés par une base clinique solide, des études en collaboration et des programmes communautaires.
- La recherche d'un remède contre les lésions de la moelle épinière et les comptes rendus de transplantations cellulaires ont abouti à la création d'un laboratoire de régénération des lésions de la moelle épinière au sein de l'Institut de réadaptation.

### **Notre rôle dans l'autonomisation des personnes handicapées**

Pour fêter les accomplissements de l'Institut de réadaptation, un jubilé d'or a été organisé le 26 novembre 2016.

Neuf cents personnes originaires de tout le pays sont admises chaque année pour une durée moyenne de 2 à 3 mois, et 21 000 personnes bénéficiant de soins ambulatoires viennent consulter chaque année.

Malgré ces résultats remarquables, la demande reste forte, et le service compte une liste d'attente de six mois à un an.

Des travaux d'agrandissement sont en cours pour augmenter le nombre de lits et l'espace disponible pour les différentes thérapies. Ils devraient s'achever en octobre 2018.

Le service de MPR et l'Institut de réadaptation continuent de s'appliquer à répondre à l'appel de Dieu au ministère de guérison.

*Le Dr Raji Thomas est professeur et responsable du service de médecine physique et de réadaptation au Centre médical universitaire chrétien de Vellore (Inde).*

## **Conclusion**

Les besoins des personnes handicapées, qui sont souvent marginalisées, privées de leurs droits fondamentaux et victimes des comportements les plus injustes, sont remarquablement pris en charge par ces deux programmes très différents. Leur exemple peut inciter les organisations d'inspiration religieuse à s'engager dans leur propre pèlerinage de justice et de paix en trouvant des moyens de s'occuper des personnes handicapées. Bien qu'ils exigent beaucoup de ressources et de main-d'œuvre, les programmes répondant aux besoins de ces personnes peuvent véritablement apporter de la justice, de l'espérance et une nouvelle vie aux individus et aux communautés.

# **10. Pourquoi la religion compte-t-elle encore dans le domaine de la santé?**

**Gillian Paterson**

## **Ne pas s'écarter du but**

La publication de la Déclaration d'Alma-Ata en 1978<sup>1</sup> marqua un tournant pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), décrivant ses plans pour la fin du siècle et au-delà et consolidant ses relations déjà étroites avec le Conseil œcuménique des Églises (COE). Pour l'OMS, cette déclaration constituait une percée prophétique dans la réflexion en matière de santé publique; pour le COE, il s'agissait d'une initiative particulièrement joyeuse, puisqu'elle résultait de liens étroits entre les responsables de l'OMS et la Commission médicale chrétienne (CMC), ancêtre du bureau de la santé actuel. Les deux organisations avaient travaillé en tandem, l'OMS explorant les fondements

philosophiques et politiques de sa future implication dans la santé mondiale et la CMC forgeant un cadre théologiquement cohérent pour sa propre mobilisation. Cette démarche a été résumée dans le double numéro spécial de *Contact* (n° 161/162) marquant les 20 ans de la Déclaration d'Alma-Ata.

Les deux organisations étaient sur la même longueur d'onde. Toutes deux avaient remarqué avec inquiétude la tendance mondiale des systèmes de santé, qui privilégiaient des soins hospitaliers de haute technologie ciblant une seule maladie pour un petit nombre de personnes. Toutes deux convenaient qu'il fallait, en pratique, basculer vers des systèmes communautaires centrés sur la personne et peu technologiques qui toucheraient une majorité d'individus. L'OMS réagit en proposant un changement radical, énoncé à Alma-Ata: abandonner les systèmes verticaux descendants pour se concentrer

---

1 Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978, [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).

sur les soins primaires. Pendant ce temps, le COE, après un processus structuré de réflexion théologique sur son propre rôle historique en matière d'action sanitaire, s'engagea avec énergie dans la promotion du passage des soins hospitaliers urbains à des soins de santé primaires dispensés aussi bien en milieu rural qu'urbain.

Le COE et ses partenaires avaient en outre le sentiment que la contribution de la religion aux systèmes de santé avait enfin été reconnue, et que la voix des Églises membres était entendue en matière de planification et d'élaboration des politiques. De nombreuses organisations religieuses ont effectivement joué un rôle prophétique dans la conception de modèles de soins de santé communautaires jouissant de la confiance de la population et opérant naturellement parmi les relations et les réseaux qui lui sont familiers ou qui existent à deux pas de chez elle. Il n'était donc pas surprenant que la COE estime que le moyen le plus évident de réaliser «la santé pour tous» passait par une forme de soins de santé primaires.

Il ressort clairement des récits de l'époque qu'Alma-Ata représentait une sorte de nouvelle ère: pour l'OMS, parce que le monde semblait avoir soudain compris qu'il fallait réorienter les soins de santé; pour le COE, parce que le rôle joué par la religion était enfin reconnu.

Mais, en dépit de cet enthousiasme, tout le monde ne partageait pas ce rêve. Les services de santé étaient encore régis par des forces économiques, technologiques et politiques. Les nouvelles initiatives épidémiologiques recevaient plus facilement un appui pour des programmes descendants, axés sur une seule maladie, que pour des projets communautaires portés par la population. Les soins de santé primaires ont malheureusement fini par se révéler être, dans la pratique, un mouvement obstinément laïque:

non seulement à cause de la méfiance politique envers les religions organisées, mais aussi parce que beaucoup de leurs partisans n'avaient pas pris en compte le lien de motivation entre la santé, la guérison et la spiritualité populaire des communautés et des familles.

Avançons jusqu'en 2008. L'OMS fête le 30<sup>e</sup> anniversaire d'Alma-Ata en publiant le rapport *Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*, avec une allocution de l'archevêque Desmond Tutu pour son lancement. L'archevêque raconte à son auditoire une bande dessinée de Mel Calman dans laquelle on voit Dieu en train de chercher avec anxiété quelque chose qu'il a perdu. «Je me fais vieux, remarque Dieu. On dirait que j'ai perdu mon exemplaire du plan divin.»

Aujourd'hui, nous nous trouvons une fois encore à un croisement. Quel est donc le récit, le «plan divin», qui pourrait servir de base à notre réflexion, nos plans et nos activités pour les années à venir? Quels sont les signes des temps qui créent le contexte de nos réflexions sur ces questions?

Compte tenu de nos réseaux mondiaux et de notre rôle historique en matière de soins de santé, que peuvent apporter le COE et ses membres?

### **Mettre les choses au clair**

En 1998, l'organisation britannique Christian Aid m'a demandé de mener des recherches sous un titre assez maladroit, *La contribution des Églises à la santé et à l'éducation élémentaires dans cinq pays d'Afrique subsaharienne*. Les pays en question étaient le Ghana, le Malawi, le Kenya, la Tanzanie et le Zimbabwe. Aujourd'hui, cela serait considéré comme une forme de cartographie.

Dans les années 1980 et 1990, le paradigme dominant du développement était laïque. Les changements souhaitables, s'ils se produisaient, se produisaient malgré la religion organisée, et non grâce

à elle. Les données officielles omettaient régulièrement de rapporter la contribution des religions. La responsabilité des services de santé élémentaires était censée incomber aux gouvernements. Les ONG devenaient une menace si elles essayaient de mettre en place d'autres systèmes. À la fin des années 1980, la contribution de la religion était si suspecte que l'on annonçait que certaines associations caritatives établies d'origine religieuse projetaient de retirer de leur nom les mots faisant allusion au christianisme (par exemple).

Ma première démarche a consisté à me procurer les rapports par pays les plus récents qu'avait publiés le ministère britannique du Développement international. Dans les rapports tanzanien et zimbabwéen, il n'y avait pas la moindre référence à la religion, ni même à des apports d'origine religieuse. Les trois autres rapports contenaient chacun une mention de la mission chrétienne, décrite comme une caractéristique d'un lointain passé, avant que le pays ne passe à autre chose. Pourtant, en me rendant au Malawi ou au Ghana, par exemple, je devais découvrir que jusqu'à la moitié de toutes les interfaces de services sanitaires ou éducatifs étaient situées dans des hôpitaux, des dispensaires ou des établissements scolaires confessionnels.

Le rapport de Christian Aid a donc été publié, et je suis allée au ministère avec notre directeur adjoint. Nous leur avons remis un exemplaire du rapport en signalant les différences spectaculaires observées entre les faits sur le terrain et les rapports par pays qu'ils publiaient. Ils en sont restés bouche bée. «Si c'était vrai, dirent-ils, nous le saurions.»

Nous nous y attendions. Car le fait est que ce discours (créé par l'absence des apports de la religion dans les données officielles) était largement accepté, voire parfois encouragé, au niveau des décideurs. Les gouvernements nationaux n'avaient aucune raison de le remettre en cause: ils

manquaient souvent de ressources pour diriger leurs propres services. Les apports de la religion étaient facilement ignorés lorsqu'elle opérait dans des zones rurales pauvres et démunies.

Pour autant, il ne s'agissait pas de fausses déclarations délibérées. Cela faisait plutôt partie de l'état d'esprit culturel et idéologique de l'époque, renforcé par l'embarras que suscitait l'alliance de longue date entre le colonialisme et la mission chrétienne. On s'inquiétait également de possibles motivations cachées comme la conversion, le fait de privilégier certains groupes ou la dilution du professionnalisme dans la superstition. Pour les gouvernements qui s'efforçaient d'édifier les infrastructures nationales, il était pratique que les organisations d'origine religieuse se fassent oublier. En outre, la résistance à la religion était monnaie courante dans les organisations internationales. À la fin des années 1990, j'ai rencontré au Kenya l'un des directeurs régionaux de l'OMS. «C'est un cauchemar de travailler avec les Églises, m'a-t-il déclaré, parce qu'elles ont tellement de priorités qui n'ont rien à voir avec la santé!»

### **La cartographie comme défense des causes**

En fin de compte, ce fut le Programme africain pour les apports de la religion en matière de santé qui commença, avec ses partenaires, à présenter des chiffres vérifiables concernant ce que nous avions affirmé dans les années 1990. Dieu a retrouvé droit de cité, et les agences de l'ONU et autres cherchèrent des moyens de se rapprocher des organisations d'inspiration religieuse.

Avaient-elles soudain vu la lumière? J'en doute. Elles avaient plutôt un besoin urgent de capacités supplémentaires pour que la communauté internationale puisse atteindre ses objectifs de développement. «Et il se trouve que ces capacités existent, expliquèrent les décideurs, elles sont juste sous notre nez, dans les réseaux d'apports

de la religion à la santé que nous avons longtemps ignorés.» En 2007, Kevin de Cock (alors directeur du département VIH/sida de l'OMS) déclara: «Les organisations d'inspiration religieuse sont un élément vital de la société civile, et doivent être reconnues comme des *contributrices essentielles* aux efforts pour parvenir à l'accès universel.»

Pour autant, sa déclaration soulève d'autres questions. Est-ce la quantité de soins prodigués qui fait d'elles des «contributrices essentielles»? Ou est-ce le fait que les organisations laïques s'y prenaient mal à un certain niveau? De nos jours, l'opinion s'est répandue que les soins de santé prodigués ne peuvent pas être efficaces sans une compréhension de la place qu'occupe la santé dans les convictions les plus intimes des personnes, de ce que signifie pour elles être un être humain et des significations implicites des «mondes de santé<sup>2</sup>» dans lesquels elles habitent. Et si le moment était venu de revendiquer le concept de spiritualité? Ou de s'opposer à celles et ceux qui considèrent la religion comme un problème?

Car le fait est que la majorité des femmes et des hommes de cette planète ont la foi. Leurs croyances et leurs pratiques font parfois obstacle au changement, mais elles peuvent aussi être de puissantes incitations au bien-être et à la réconciliation des êtres humains. Dès lors, tout mouvement centré sur les significations populaires de la santé doit nécessairement prendre au sérieux la vie religieuse de la population.

Cependant, nous devons résister à la tentation de nous laisser coopter dans des systèmes nationaux et internationaux où nous ferons encore la même chose et où les éléments distinctifs de notre

---

2 Pour en savoir plus sur le concept des mondes de santé (*healthworlds*), voir P. Germond et J. Cochrane, «Healthworlds: Conceptualizing Landscapes of Health and Healing», *Sage Journals*, vol. 44:2, 2010.

contribution seront réduits à ce que le théologien ougandais Emmanuel Katongole appelle «la célébration postmoderne de la différence, qui la prive en même temps de son efficacité ou de ses effets».

La question devient alors: compte tenu du contexte, compte tenu des signes des temps, quelle contribution distinctive pouvons-nous apporter? Cette question devrait être notre première préoccupation à une époque où nous trouvons de plus en plus notre place aux tables où se déroulent les conversations internationales sur la santé.

### **Les signes des temps**

En novembre 2001, le COE a organisé à Nairobi une rencontre de responsables ecclésiastiques africains, les invitant à dresser un plan d'action œcuménique pour faire face au VIH/sida en Afrique. Il inclurait – du moins tel que nous l'imaginions – l'éducation, l'accès aux traitements, la prévention, etc. Cependant, à notre grand étonnement, la centaine de participants décida à l'unanimité que les Églises devraient avoir pour priorité de faire disparaître la stigmatisation. Elle ne recommanda pas que les Églises abandonnent leur rôle historique dans les domaines de la santé et de l'éducation, bien au contraire. Cependant, elle avait le sentiment que les personnalités ecclésiastiques avaient un rôle unique à jouer face à l'épidémie: elles étaient respectées, elles étaient crues et elles étaient écoutées dans leurs paroisses. La mesure la plus efficace qu'elles pouvaient prendre pour faire face au VIH/sida en Afrique, et leurs fidèles avec elles, c'était de s'élever avec honnêteté contre les croyances, les systèmes et les attitudes qui se dressaient sur la route d'une action efficace.

Cela ne les rendrait sans doute pas populaires: la stigmatisation est souvent

renforcée par des liens puissants entre culture et religion, entre éthique chrétienne et coutumes locales. Cela ne serait sans doute pas confortable non plus: il n'est jamais facile d'affronter nos croyances et attitudes les plus fondamentales, ni celles de nos voisins. Mais cet engagement donna lieu à une série d'initiatives influentes: création des Initiatives et plaidoyer œcuméniques pour la lutte contre le VIH et le sida (EHAIA), constitution du réseau INERELA+, collaborations avec d'autres religions, actions continues de l'Alliance œcuménique «agir ensemble», etc.

La décision de s'attaquer à la stigmatisation liée au VIH est importante, parce qu'elle donne l'exemple de personnalités chrétiennes qui acceptent qu'on leur reproche le passé et qui élaborent des interventions uniques et ciblées qui leur sont propres, tout en développant des exercices éloquentes de défense des causes et d'éducation du public.

Dès lors, quels pourraient être aujourd'hui les signes des temps d'envergure mondiale susceptibles d'inciter le bureau de la santé qui vient d'être créé par le COE à apporter une réponse distinctive? Peut-être la transition démographique vers une population plus âgée, qui exerce une pression croissante sur les services de santé? La migration, avec les 70 millions de personnes qui seraient en mouvement? Le handicap? Les changements climatiques et leurs conséquences sur l'humanité? La pénurie mondiale de professionnels de la santé?

Le COE répondra à cette question à sa façon inimitable et consacrée, en concertation avec ses amis. L'élaboration de

sa réponse est d'ailleurs l'un des objectifs de la présente discussion.

En effet, depuis Alma-Ata, des progrès ont été accomplis. En tant qu'Églises, nous comprenons mieux notre position à l'égard des différents systèmes socioéconomiques et politiques, ainsi que l'importance d'un dialogue transcendant les limites de la religion. Le monde laïque respecte davantage la capacité des religions à contribuer aux activités mondiales, tout comme est mieux appréciée la nécessité de faire entendre des voix religieuses dans les couloirs du pouvoir. Il est devenu plus difficile d'ignorer l'importance de la foi dans les mondes de santé que nous habitons. Et ainsi de suite.

Nous devons donc prier pour acquérir le discernement, le don de l'Esprit qu'est la sagesse. Et, ainsi que l'a écrit Gerard Manley Hopkins, poète gallois et prêtre catholique:

Et bien que l'ultime lueur ait  
sombrié à l'Ouest sombre

Au bord brun de l'Orient, oh!  
jaillit le matin –

Parce que le Saint Esprit  
couve le courbe

monde de la chaleur de son sein  
et de la lumière ah!  
de ses ailes<sup>3</sup>.

*La Dre Gillian Paterson est chercheuse au Heythrop College de l'Université de Londres.*

---

3 G. M. Hopkins, «Grandeur de Dieu», 1877, traduit de l'anglais par Jean Mambrino.

# 11. La Stratégie œcuménique mondiale pour la santé, nouvelle dynamique du COE en faveur de la santé

**Lyn van Rooyen**

Le rôle que le Conseil œcuménique des Églises (COE) a joué dans la naissance des soins de santé primaires, notamment par l'intermédiaire de la Commission médicale chrétienne (CMC), a été répété tout au long de cette publication. De nombreux auteurs ont souligné le besoin continu et croissant de soins de santé primaires pour garantir la santé pour tous et toutes ainsi que des systèmes de santé justes.

Soixante-dix ans se sont écoulés depuis la création du COE, 50 depuis celle de la CMC et 40 depuis la conférence d'Alma-Ata. Il était temps pour le COE de réévaluer ses activités dans le domaine de la santé. Ainsi que l'a expliqué Mme Isabel Apawo-Phiri, secrétaire générale adjointe du COE en charge du Témoignage public, «les activités relatives à la stratégie œcuménique pour la santé s'inscriront dans le cadre général du Pèlerinage de justice et de paix mené par le COE».

Il est clair que les idéaux et les rêves d'Alma-Ata ne se sont pas encore totalement concrétisés et qu'il est nécessaire de redoubler d'efforts, dans une démarche concertée, pour renouveler les soins de santé primaires.

L'élaboration de la Stratégie œcuménique mondiale du COE pour la santé a commencé par une réunion au Lesotho en février 2017. À cette occasion, Mwai Makoka, responsable du programme Santé et guérison au COE, a déclaré: «Le COE estime qu'il est temps pour l'Église de réaffirmer le rôle qu'elle a joué pendant des siècles comme chef de file de la santé universelle et de renforcer les efforts pour

favoriser la santé et la guérison pour toutes et tous.»

«Tant de choses ont changé, et en même temps si peu, a déploré Mme Phiri dans son allocution d'ouverture. Les structures mondiales de santé publique ont évolué, pourtant, des inégalités flagrantes existent toujours entre pays développés et pays en développement, entre riches et pauvres. Et l'idéal de soins de santé équitables reste un horizon lointain. La mise en place des soins de santé primaires n'est pas encore terminée.» Elle a toutefois ajouté: «Faisant partie d'une création qui gémit de souffrances, la communauté chrétienne peut être un signe d'espérance et une expression du Royaume de Dieu ici sur la terre. L'Esprit Saint œuvre de multiples manières pour la justice et la guérison, et nous sommes appelés à incarner la mission du Christ ensemble. Nos plans stratégiques doivent traduire cela, et doivent également renforcer notre communauté fraternelle dans ses capacités.»

La Stratégie œcuménique mondiale pour la santé 2018-2021, approuvée par le Comité exécutif du COE à Genève en juin 2018, témoigne de cette difficulté, mais aussi de l'espérance que le COE et ses Églises membres s'emploieront à poursuivre le ministère de guérison du Seigneur.

L'introduction nous rappelle que Dieu a justement déclaré: «C'est moi le Seigneur qui te guéris» (Ex 15,26). Il est précisé ensuite que «le Seigneur notre Dieu s'est révélé comme guérisseur très tôt dans le récit de la Bible, comme le confirmera plus tard Jésus Christ. À travers les siècles, l'Église a cherché à suivre cette voie et ainsi à exprimer ce ministère de guérison,

quoiqu'à des degrés de compréhension divers et de différentes manières.»

La stratégie s'appuie sur l'histoire de la CMC et se fonde sur des points de vue théologiques précis en matière de santé et de guérison.

La vision chrétienne de la santé s'inscrit dans le concept de «*shalom*» (plénitude, paix, santé et prospérité), une réalité vécue par le peuple de Dieu. Diverses traditions théologiques enseignent la perte du *Shalom* dans le jardin d'Éden; la maladie, les problèmes de santé et la mort sont devenus une réalité et un souvenir constants de la déchéance de l'humanité. Ainsi, le salut englobait le rétablissement de la santé et l'allègement des souffrances. Des moments et des actes de *Shalom* se sont manifestés dans les conseils de Dieu pour prévenir et limiter la propagation des maladies (cf. Lv 12ff), les actes de soins des prophètes (cf. 2 R 5,1-14), les agents thérapeutiques tels que les feuillages (cf. Ez 47,12) ou la résurrection des morts (cf. 2 R 4,32-35).

En accomplissant les Écritures, Jésus Christ a proclamé qu'il était venu pour que les êtres humains aient la vie et qu'ils l'aient en abondance (cf. Jn 10,10). Il leur a permis de retrouver la santé et la plénitude (spirituelle, physique et sociale) – et a confié à ses disciples la mission de prêcher, d'enseigner et de guérir (cf. Mt 10,7-8). Cette conception théologique positionne la santé et la guérison non pas comme une question secondaire dans la vie de l'Église, mais comme faisant partie de son existence même. La guérison n'est ni extérieure au mandat de l'Évangile ni un simple moyen d'évangélisation. Elle se trouve au cœur même du mandat de l'Évangile.

La stratégie pour la santé est conforme au mandat du COE et contribue à ses objectifs stratégiques.

L'objectif global du programme Santé et guérison est de promouvoir la santé et la plénitude pour tous et toutes, et son résultat attendu, de renforcer le rôle des Églises en tant qu'auxiliaires de guérison.

La stratégie comporte cinq objectifs spécifiques:

1. Encourager la réflexion scientifique et éthique sur les questions de santé d'un point de vue chrétien: il s'agit d'inviter les personnes informées et expérimentées à fournir des critiques, des analyses et les meilleurs conseils sur les questions de santé mondiale d'un point de vue chrétien, et ce, au bénéfice des Églises, organisations œcuméniques, gouvernements et acteurs du développement, afin de promouvoir la dignité humaine dans les politiques.
2. Encourager la réflexion théologique et biblique sur la santé et la guérison: il s'agit d'encourager et de faciliter la réflexion théologique et biblique sur la santé et la guérison au moyen d'études bibliques contextuelles, de formations et d'autres programmes ecclésiaux.
3. Mettre en avant le concept des Églises contribuant à la promotion de la santé: il s'agit d'encourager les paroisses qui agissent en tant que communautés de guérison à prendre des mesures holistiques dans le domaine sanitaire, en particulier en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, en collaboration avec d'autres acteurs.
4. Améliorer la documentation des travaux œcuméniques sur la santé: il s'agit de renforcer les mécanismes durables de documentation des travaux menés par les partenaires œcuméniques sur la santé et la guérison, afin de pouvoir prendre des décisions fondées sur des données probantes à tous les niveaux.
5. Soutenir les activités de défense des causes, la création de réseaux et le renforcement des capacités en vue d'un

engagement œcuménique en faveur de la santé mondiale: il s'agit de soutenir et de renforcer l'engagement œcuménique durable en faveur de la santé mondiale, et ce, par le biais de réseaux efficaces, d'un travail de défense des causes et d'un renforcement des capacités au niveau régional et mondial. Le travail de défense des causes des Églises membres

du COE doit notamment inclure un suivi, l'affectation de ressources budgétaires et la mise en œuvre des services de santé dans les pays concernés.

Les objectifs du COE et les objectifs spécifiques de la stratégie de santé peuvent être illustrés comme suit:

### Stratégie œcuménique mondiale pour la santé

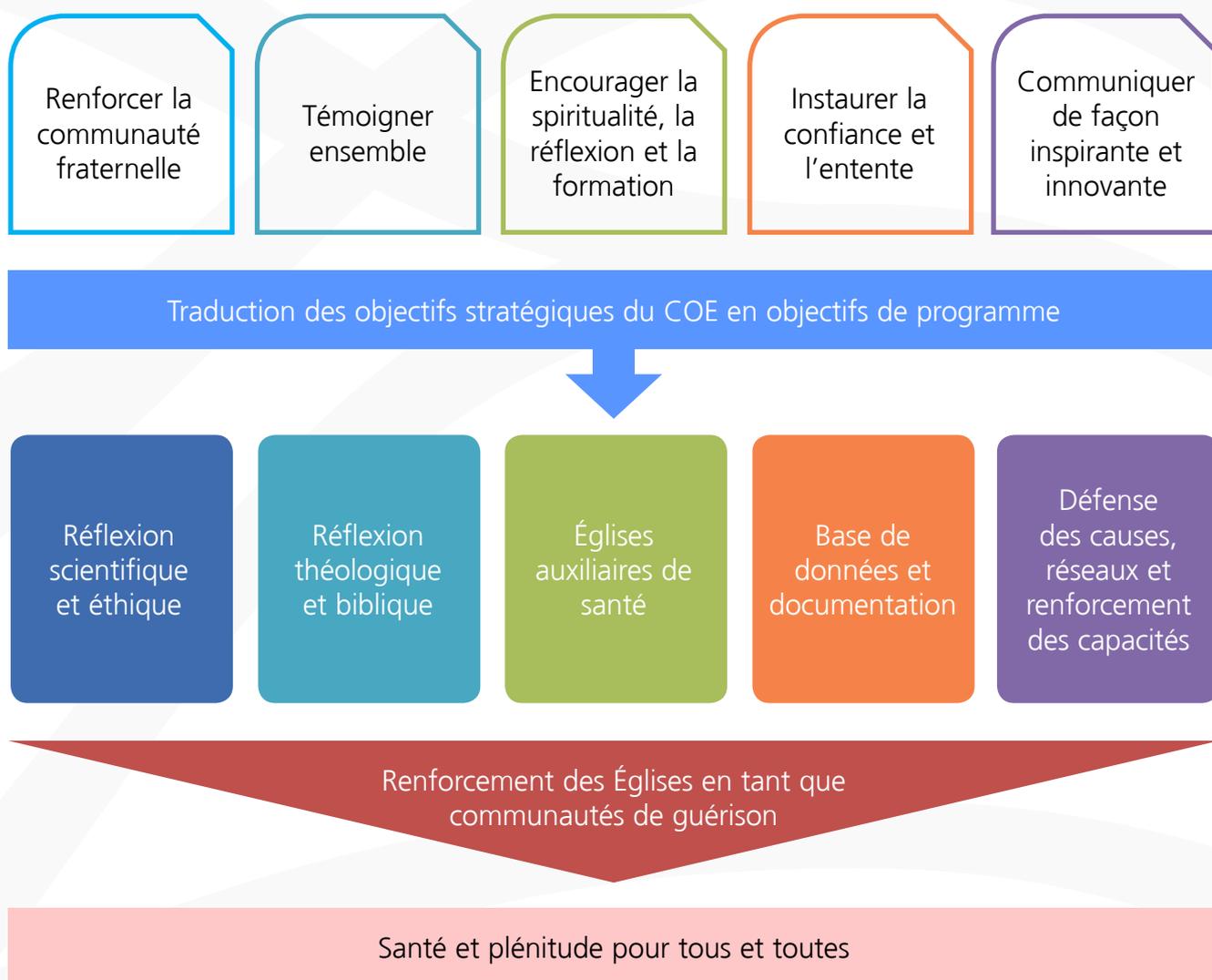


Figure 1: Les objectifs du COE et les objectifs spécifiques de la stratégie pour la santé

Lors de la réunion au Lesotho, le Dr Makoka a déclaré:

L'engagement du COE envers la santé et la guérison pour tous reste inébranlable, et l'organisation a récemment réaffirmé que la santé et la guérison constituaient des éléments essentiels du ministère de Jésus et de l'appel lancé à ses disciples, ainsi que nous l'apprenons dans Ensemble vers la vie. L'Esprit Saint donne à l'Église les moyens d'une mission porteuse de vie, qui inclut, d'une part, la prière, la pastorale et les soins de santé professionnels, mais aussi, d'autre part, la dénonciation prophétique des causes fondamentales de la souffrance, la transformation des structures dispensatrices d'injustice ainsi que la poursuite de la recherche scientifique.

Cette stratégie est une invitation lancée par le Conseil œcuménique des Églises à ses Églises membres et aux communautés de foi pour qu'elles se joignent au pèlerinage qui permettra d'atteindre enfin les objectifs d'Alma-Ata et de promouvoir la santé et la plénitude pour tous et toutes.

*Lyn van Rooyen, consultante indépendante, est membre du Groupe stratégique sur le VIH de l'Alliance œcuménique «agir ensemble» du Conseil œcuménique des Églises.*



Adresse postale:  
C.P. 2100  
CH - 1211 Genève 2  
Suisse

Adresse visiteurs:  
150 Route de Ferney  
Grand-Saconnex (Genève)  
Suisse

Tel: (+41 22) 791 6111  
Fax: (+41 22) 791 0361  
[www.oikoumene.org](http://www.oikoumene.org)

 [worldcouncilofchurches](https://www.facebook.com/worldcouncilofchurches)

 [@oikoumene](https://twitter.com/oikoumene)

 [@worldcouncilofchurches](https://www.instagram.com/worldcouncilofchurches)

 [wccworld](https://www.youtube.com/wccworld)