VOLUME II

# Les Églises au Service de la Promotion de la Santé

Coordonné par Mwai Makoka

***Manuel pour accompagner les Églises dans le lancement et la gestion d'un ministère de promotion de la santé durable***

VOLUME II

# Les Églises au Service de la Promotion de la Santé

***Manuel pour accompagner les Églises dans le lancement et la gestion d'un ministère de promotion de la santé durable***

Coordonné par Mwai Makoka

Conseil œcuménique des Eglises

LES ÉGLISES AU SERVICE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
Volume II: manuel pour accompagner les Églises dans le lancement et la gestion d'un ministère de promotion de la santé durable
Mwai Makoka

Copyright WCC Publications © 2021. Tous droits réservés. La présente publication peut être reproduite avec pleine reconnaissance de la source. Aucune partie de la présente publication ne peut être traduite sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur. Contact: **publications@wcc-coe.org**.

*WCC Publications est le programme d'édition de livres du Conseil œcuménique des Églises. Fondé en 1948, le COE agit en faveur de l'unité des chrétien-ne-s dans la foi, le témoignage et le service pour un monde juste et pacifique. Communauté fraternelle mondiale, le COE rassemble plus de 350 Églises protestantes, orthodoxes, anglicanes et autres, représentant plus de 580 millions de chrétien-ne-s dans 110 pays; il entretient des relations de coopération active avec l'Église catholique romaine.*

*Les opinions exprimées dans les publications du COE sont celles des auteurs et autrices.*

Les citations de la Bible sont tirées de la Traduction œcuménique de la Bible (TOB) © Copyright 2010 Société biblique française et Éditions du Cerf. Reproduit avec autorisation.

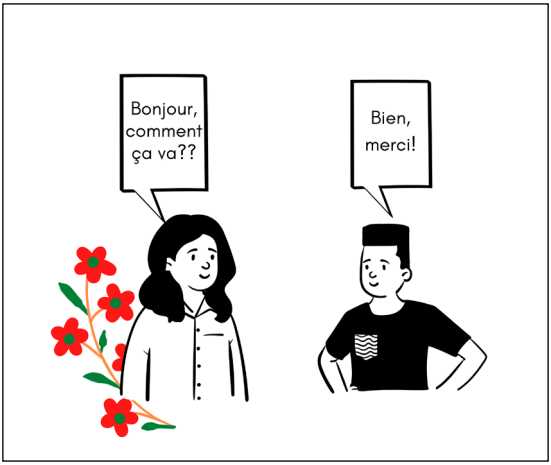
Couverture: Beth Oberholtzer Design
Illustrations: Adaía Alegre et Mwai Makoka
Crédit photos: Mwai Makoka, Qiana Hasberry, Albin Hillert
Conception du livret et mise en page: Beth Oberholtzer Design

ISBN: 978-2-8254-1769-0

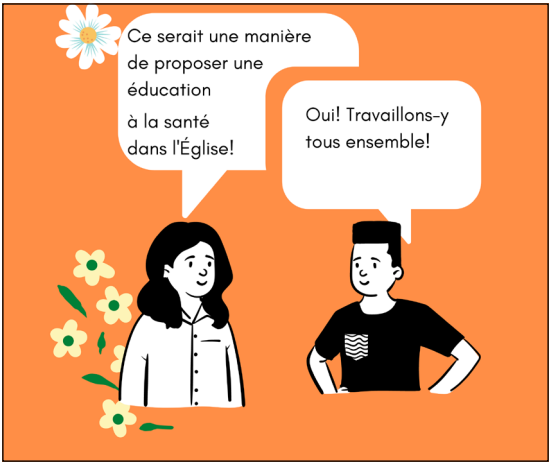
Conseil œcuménique des Églises
150 route de Ferney, BP 2100
1211 Genève 2, Suisse
**http://www.oikoumene.org**

«Partout dans le monde, des personnes décèdent de maladies évitables. Les chrétien-ne-s peuvent montrer la voie en proposant des modèles d'approche globale capables de supprimer le fardeau des morts évitables. La prévention devient alors un outil de guérison.»

Conseil œcuménique des Églises, *Healing and Wholeness: The Churches' Role in Health* (Genève, COE, 1990), 21.


Bonjour, comment ça va??
Bien, merci!

Que pensez-vous de parler des questions de santé à l'Église?
Quelle bonne idée!!!


Ce serait une manière de proposer une éducation à la santé dans l'Église!
Oui! Travaillons-y tous ensemble!

# Table des matières


Avant-propos vii

Introduction ix

Processus d'élaboration du manuel et remerciements xiii

Abréviations et glossaire xvii

Chapitre 1: Introduction 1

Chapitre 2: But et approche du modèle d'Églises au service de la promotion de la santé 13

Chapitre 3: Se lancer 25

Chapitre 4: Vision à long terme 29

Chapitre 5: Comprendre la situation 33

Chapitre 6: Travailler avec les autres 37

Chapitre 7: S'alimenter sainement 41

Chapitre 8: Mener une vie active 45

Chapitre 9: Éviter l'abus d'alcool 49

Chapitre 10: Dire «non» au tabac 53

Chapitre 11: Veiller sur sa santé mentale 57

Chapitre 12: Vaincre la tuberculose 65

Chapitre 13: Suivi et évaluation 71

Chapitre 14: COVID-19 et autres problématiques sanitaires 75

Annexes 83

# Avant-propos

La santé et la guérison ont toujours été au cœur du travail du Conseil œcuménique des Églises (COE). Une étude menée dans toutes les régions du monde entre 1979 et 1987 révèle l'importance du rôle des Églises dans le domaine de la santé, en particulier celui de l'éducation à la santé. La déclaration de mission du COE *Ensemble vers la vie*[1] réaffirme que, de la même manière que la santé et la guérison ont été au cœur du ministère du Christ et de l'appel à ses disciples, elles doivent être au cœur de la mission de l'Église.

Le Conseil œcuménique des Églises s'est fortement engagé dans le mouvement en faveur des Soins de santé primaires, en particulier la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. Depuis 1980, l'Organisation mondiale de la santé a adopté une approche basée sur des environnements sains pour promouvoir la santé, notamment des villes saines, des villages sains et des écoles qui promeuvent la santé. Malheureusement, les lieux de culte n'ont pas été reconnus et inclus dans cette approche. Le programme des Églises au service de la promotion de la santé du COE est donc l'occasion de renforcer les efforts existants déployés par les Églises de manière cohérence et factuelle.

Tant le présent manuel que l'ouvrage *Les Églises au Service de la Promotion de la Santé: réflexions sur la santé et la guérison pour les*

1. Jooseop Keum, ed., *Ensemble vers la vie: mission et évangélisation dans des contextes en évolution* (Genève, WCC Publications, 2013).

*Églises lors des Journées mondiales de la santé* soutiennent la stratégie œcuménique mondiale pour la santé, comme expression du Pèlerinage de justice et de paix du COE en faveur de la santé.

Père prof. Ioan Sauca
Secrétaire général intérimaire
Conseil œcuménique des Églises
Novembre 2020

# Introduction

Le Conseil œcuménique des Églises (COE) définit la santé comme un état dynamique de bien-être de l'individu et de la société. C'est un état de bien-être physique, mental, spirituel, économique, politique et social. C'est aussi un état où les êtres humains sont en harmonie les uns avec les autres, avec le monde matériel et avec Dieu.

En juin 2018, le Comité central du COE a approuvé la stratégie œcuménique mondiale pour la santé, dont le but est de soutenir les Églises en tant que communautés de guérison. Le présent manuel contribue à cet objectif en donnant aux Églises des conseils pratiques sur la manière de lancer et de gérer un ministère de santé au sein des congrégations.

## Quel est l'objectif de ce manuel?

Le présent manuel se propose de soutenir les congrégations chrétiennes locales dans le lancement d'un ministère de santé durable qui garantit que:

- **L'Église soit un lieu d'éducation à la santé.** La connaissance est le pouvoir, et l'Église est un espace sûr et efficace pour offrir une éducation à la santé fondamentale en adoptant un point de vue médical, social et biblique. Les conditions sanitaires et médicales sont souvent en proie à de fausses croyances et à la désinformation, ce qui entrave la guérison, la possibilité d'une réponse pratique holistique et la lutte contre les causes profondes des maladies. Pour remédier à cette situation, le présent manuel formule des

conseils pratiques destinés aux Églises afin de les aider à concevoir et identifier des manières créatives de dispenser une éducation à la santé.

- **L'Église soit un lieu d'action concrète.** Jésus a envoyé ses disciples prêcher, enseigner et guérir. L'information et la sensibilisation peuvent créer une intention, mais l'intention ne se traduit pas toujours en actes. Ce manuel aidera les Églises à gérer un ministère de santé fondé sur l'attention aimante et la responsabilité mutuelle qui permettra aux chrétien-ne-s d'agir concrètement en faveur de modes de vie plus sains en tant qu'individus, familles et communautés. Ainsi l'Église aidera-t-elle à combler le fossé entre la connaissance et l'action.
- **L'Église soit un lieu de défense et de souci de la création.** La théologie de la santé et de la guérison appelle l'Église à agir au-delà des préoccupations sanitaires individuelles et familiales. Nous devons amener le ministère de guérison dans les sphères politique, sociale, environnementale et économique. L'Esprit Saint habilite l'Église à dénoncer prophétiquement les causes profondes de la souffrance et à appeler à la transformation des structures d'injustice et de destruction. Le présent manuel guide les Églises dans l'identification, l'analyse et l'approche à adopter face à ces questions politiques, systémiques et environnementales.
- **L'Église soit un lieu permettant le témoignage public.** Chaque fidèle chrétien est appelé à être le sel et la lumière du monde. L'Église est un lieu où chaque chrétien-ne puise sa capacité à être ce sel et cette lumière dans sa sphère d'influence. De la plus haute fonction à la moins élevée, toute personne sur Terre prend des décisions selon ses valeurs et ses convictions. Et les chrétien-ne-s, en leurs diverses capacités personnelles ou professionnelles, sont appelé-e-s à prendre des décisions qui défendent la vie et témoignent de la communion de toute la création sous le chef du Christ.

## Comment ce manuel est-il organisé?

Le présent manuel s'ouvre sur les concepts de base à la fois théologiques et de santé publique du modèle des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS). Ensuite, il se veut être un guide d'organisation durable du programme ESPS. Des plans de travail sont proposés dans six domaines d'intervention: régime alimentaire, exercice physique, tabac, alcool, santé mentale et tuberculose. Un cadre de suivi et évaluation ainsi que des conseils sur la manière d'aborder les autres questions sanitaires émergentes sont par ailleurs proposés. Des annexes contenant de plus amples informations sont ensuite ajoutées en fin de document, à titre de référence.

## Quel est le rôle du Comité de santé de l'Église?

Le Comité de santé de l'Église (CSE) est la plateforme centrale du programme ESPS en charge du ministère de santé. Il se doit de représenter toute la diversité de l'Église locale. Les principaux critères d'adhésion au Comité sont la passion pour les questions sanitaires, la volonté de travailler en équipe et la capacité d'organisation et de mobilisation. Les membres d'une Église également professionnels de la santé sont encouragés à prendre part au Comité sans pour autant le dominer. Au-delà du CSE, il convient d'encourager tous les membres d'une Église à participer et à contribuer de leurs dons et capacités autant que possible.

Isabel Apawo Phiri
Secrétaire générale adjointe pour
le témoignage public et la diaconie
Conseil œcuménique des Églises

# Processus d'élaboration du manuel et remerciements

Ce manuel est le fruit des efforts déployés par de nombreuses personnes et des consultations entreprises dès 2017. Le 10 mai 2017, j'ai eu la visite surprise d'une personne que je n'avais encore jamais rencontrée, le Dr Pratap Jayavanth. Dr Jay, comme nous aimons le surnommer, s'était entretenu avec son ami Cherian Varghese, coordinateur pour les maladies non transmissibles à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui l'avait orienté vers le Conseil œcuménique des Églises (COE). Dr Jay a dirigé le bureau de l'OMS aux Tonga, une nation insulaire en butte avec les maladies non transmissibles (MNT), jusqu'à sa retraite. Il estimait que les Églises pouvaient être mobilisées et équipées pour rejoindre la lutte contre les MNT. Il a travaillé avec des Églises, gouvernements et responsables politiques pour lancer le Partenariat des Églises au service de la promotion de la santé des Tonga (CPHP, dans ses sigles anglais) en 2009. L'objectif de cette auguste visite au COE était d'identifier comment ce dernier pouvait prêter main-forte à la conduite d'une évaluation d'impact du programme dans les Tonga, ce que j'ai accepté de faire. Dr Varghese était déjà un ami proche du Programme de santé et guérison du COE et lui a apporté une aide précieuse, et depuis sa visite, Dr Jay a rejoint l'aventure et l'équipe de rédaction du présent manuel.

Grâce à l'aide de nombreuses et nombreux ami-e-s et partenaires, nous avons identifié d'autres merveilleux programmes de promotion de la santé au sein d'Églises aux États-Unis, en Jamaïque et en Afrique du Sud. Les étapes suivantes de l'élaboration du présent manuel révèlent les contributions diverses et variées de plusieurs

Églises, Conseils d'Églises, organisations chrétiennes et ministères gouvernementaux:

1. 11-15 septembre 2017: visite de programme du Dr Jay dans les Tonga. Il a procédé à une évaluation du CPHP, discuté avec les responsables d'Églises, le ministère de la Santé et d'autres représentant-e-s du gouvernement, puis formulé des recommandations.
2. 17-20 octobre 2017: visite de programme du Dr Mwai Makoka dans les Tonga. Il a procédé au suivi des recommandations du rapport du Dr Jay, a participé aux activités du programme et s'est entretenu avec les responsables d'Églises et les représentant-e-s du ministère de la Santé.
3. 5–8 février 2018: visite de programme du Dr Mwai Makoka au programme Village HeartBEAT à Charlotte, en Caroline du Nord, aux États-Unis, en collaboration avec Evedith Landrau, membre du Comité central du COE. Il a participé aux activités du programme, tenu des discussions avec le ministère de la Santé publique du comté de Mecklenburg, les responsables d'Églises et d'autres partenaires du programme.
4. 10-16 février 2018: visite de programme du Dr Mwai Makoka au ministère de la personne tout entière de l'Église baptiste Béthel, sous les auspices du Conseil des Églises de Jamaïque. Il a discuté avec des responsables d'Églises, des représentant-e-s du ministère de la Santé et a participé à une activité du programme.
5. 17-19 juillet 2018: réunion de consultation à Charlotte, en Caroline du Nord, aux États-Unis, accueillie par le programme Village HeartBEAT et le ministère de la Santé du comté de Mecklenburg. Les participant-e-s sont venu-e-s des programmes des Tonga, de Jamaïque et de Charlotte, ainsi que du Centre de collaboration pour la promotion de la santé de l'OMS, et ont participé aux activités du programme, à un partage d'expériences

et se sont accordé-e-s sur l'élaboration d'un manuel pour les Églises au service de la promotion de la santé.

6. 18-23 août 2018: visite du Dr Mwai Makoka aux programmes de santé de l'Église méthodiste d'Afrique australe à Durban et à Johannesburg, en Afrique du Sud. Il a procédé à des visites des sites du programme et a rencontré les responsables d'Églises.
7. 8-15 novembre 2018: atelier de rédaction convoqué par l'Église évangélique luthérienne d'Amérique à Chicago, dans l'Illinois. Il a été décidé du style, de la table des matières et des thèmes clés de l'ouvrage.
8. 3-5 décembre 2018: deuxième consultation à Charlotte, en Caroline du Nord, aux États-Unis, accueillie par Village HeartBEAT et le ministère de la Santé du comté de Mecklenburg, pour réviser l'avant-projet, compléter la structure et ajouter du contenu.
9. 1-7 mars 2019: deuxième atelier de rédaction convoqué à Johannesburg, en Afrique du Sud, sur invitation de l'Église méthodiste d'Afrique australe.
10. 3 mars 2019: groupe de discussion avec les Églises membres de l'Église méthodiste à Johannesburg, animé par l'équipe de rédaction.
11. 7 avril 2019: groupe de discussion avec les Églises membres à la paroisse de Wiegrabe de l'Église évangélique presbytérienne d'Accra, au Ghana, chapeauté par le Dr Jay en collaboration avec le pasteur Cyril G.K. Fayose du Conseil chrétien du Ghana et le Dr James Duah de l'Association chrétienne pour la santé du Ghana.
12. 5 mai 2019: groupe de discussion avec les Églises membres de l'Église méthodiste de Sierra Leone à Freetown, convoqué par le Dr Mwai Makoka, en collaboration avec Florence Bull de l'Association chrétienne pour la santé de Sierra Leone.

13. Août et septembre 2020: quatre séances de travail en ligne de l'équipe de rédaction pour réviser le projet de document final.

Les personnes ayant contribué et participé à ces processus sont répertoriées à l'**annexe 11** et sont chaleureusement remerciées pour leurs efforts. Toute contribution et tout soutien apporté ont également été très appréciés, notamment de Cheryl Emmanuel, responsable en chef des questions sanitaires au ministère de la Santé du comté de Mecklenburg et de Susan Jackson, directrice du Centre de collaboration pour la promotion de la santé de l'OMS à l'Université de Toronto, au Canada. Nous remercions chaleureusement Gibbie Harris, directrice de la santé du Comté de Mecklenburg, le pasteur Gary Harriot, ancien secrétaire général du Conseil des Églises de Jamaïque, le pasteur Zipho Siwa, évêque président émérite de l'Église méthodiste d'Afrique australe, la pasteure Elizabeth Eaton, évêque présidente de l'Église évangélique luthérienne d'Amérique, et le pasteur Filifai'esea Lilo, ancien secrétaire général du Forum des responsables d'Églises des Tonga, pour avoir chaleureusement accueilli les activités de programme susmentionnées. Mes collègues du COE, dont Isabel Phiri, la pasteure Nyambura Njoroge et le Dr Manoj Kurian, ont été source de conseils et de soutien tout au long du processus et l'ancien secrétaire général du COE, le pasteur Olav Fykse Tveit, ainsi que le secrétaire général intérimaire du COE, le père prof. Ioan Sauca, ont fourni de précieux conseils. Nous remercions tout particulièrement Lyn van Rooyen, coordinatrice des processus de publication, et surtout Lona Lupai pour toute l'aide administrative et logistique apportée à l'organisation des différents déplacements et réunions.

Dr Mwai Makoka
Directeur du programme
de santé et guérison du COE

# Abréviations et glossaire

| | |
|---|---|
| **Congrégation** | Communauté fraternelle du peuple de Dieu partout où il se manifeste dans la foi, le témoignage et le service;[1] communauté ecclésiale locale, pas nécessairement de dénomination |
| **CSE** | Comité de santé de l'Église |
| **Église(s)** | Cf. congrégation(s) |
| **ESPS** | Programme des Églises au service de la promotion de la santé |
| **MNT** | Maladies non transmissibles |
| **ONG** | Organisation non gouvernementale |
| **PSE** | Politique, systèmes et environnement |
| **S&E** | Suivi et évaluation |

1. *The Healing Church*, Conseil œcuménique des Églises No. 3 (Genève, WCC Publications, 1965), 30, 31.

CHAPITRE 1

# Introduction

Ce chapitre jette les bases théologiques de l'action ecclésiale dans le domaine de la santé et de la guérison.

## La vie est un don de Dieu

Le Seigneur notre Dieu s'est révélé comme guérisseur dès les premiers écrits bibliques, ce qu'a ensuite confirmé Jésus Christ. Au fil des âges, l'Église a cherché à suivre ces pas, quoiqu'à des degrés de compréhension variables et en diverses expressions du ministère de guérison. Le ministère de guérison relève de l'ensemble du corps de l'Église, ancré dans le Créateur vivant, le Dieu trinitaire, qui s'est fait chair en Jésus Christ et a reçu le pouvoir de l'Esprit Saint. La vie est le don de Dieu à toute créature.

## Santé, plénitude et bien-être

La manière de définir la santé et la guérison et d'expliquer la maladie dépend dans une large mesure de conventions et de facteurs culturels tels que les valeurs, les structures, la vision du monde, l'éthique et la religion. Il n'est donc pas aisé de donner une véritable définition de la santé pérenne à la fois dans le temps et dans l'espace. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et donne

de plus amples détails descriptifs.[1] Dans les années 1980, certaines initiatives ont tenté d'inclure le terme «spirituel» dans la définition de la santé de l'OMS, ce que l'Assemblée mondiale de la santé a rejeté.

Le Conseil œcuménique des Églises (COE), quant à lui, a proposé de définir la santé comme un état dynamique de bien-être de l'individu et de la société, à la fois physique, mental, spirituel, économique, politique et social, en harmonie avec les autres, avec le monde matériel et avec Dieu.[2] Cette définition insiste sur le fait que la santé n'est pas un état statique qui opère une claire distinction entre un état sain et malade. Chaque personne évolue sans cesse entre les différents états oscillants entre bonne santé et maladie.

Des études œcuméniques complémentaires donnent une définition plus fonctionnelle/opérationnelle de la santé. La santé n'est pas médicale avant tout. L'industrie de la santé a beau produire des technologies de plus en plus sophistiquées et onéreuses, il n'en demeure pas moins que les solutions à la plupart des problèmes sanitaires dans le monde sont ailleurs.

**La santé est une question de justice:** le principal déterminant des maladies dans le monde est la pauvreté, qui est elle-même le fruit de l'oppression, de l'exploitation, de la marginalisation, des épurations ethniques et de la guerre. Les prophètes et Jésus se sont élevés contre l'oppression et l'exploitation des pauvres, tant au sein qu'entre les nations, et ont appelés à une répartition équitable des ressources.

**La santé est une question de paix:** le climat mondial actuel de militarisme accru et de lutte pour la suprématie, les dizaines de guerres par procuration, ainsi que les interminables conflits à faible intensité dans nombre de pays empêchent des millions de personnes d'accéder à

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. **https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf**

2. Conseil œcuménique des Églises *Healing and Wholeness: The Churches' Role in Health*. Rapport d'étude de la Commission médicale chrétienne (Genève, COE, 1990), 6.

la santé et au bien-être. La surenchère des dépenses militaires empêche une bonne allocation des ressources en faveur d'un développement humain holistique.[3] La vision appelant «la santé et le bien-être pour tous et toutes» ne peut pas devenir réalité dans ces conditions.

**La santé est une question d'intégrité de la création:** un nombre important de maladies dans le monde sont liées directement ou indirectement à la dégradation de l'environnement, à la pollution des eaux et de l'air, ainsi qu'au réchauffement climatique. L'humanité n'a pas réussi à trouver un équilibre entre le développement industriel et le souci de la Terre. La cupidité, la négligence, l'égoïsme et l'ignorance mènent la Terre et l'ensemble de ses habitant-e-s, l'*oikoumene*, vers l'autodestruction. Les maladies et les catastrophes ne feront qu'empirer, à moins qu'une profonde réparation de la Terre mère n'ait lieu.

**La santé est une question spirituelle:** la dimension spirituelle de la santé est très importante. La prière de l'apôtre Jean «que tu te portes bien à tous égards, et que ta santé soit bonne; qu'il en aille comme pour ton âme qui, elle, se porte bien» (3 Jean 2) saisit cet équilibre entre une bonne santé et le bien-être spirituel. Une étude menée auprès de 74 534 infirmières sur une vingtaine d'années a révélé que celles qui assistent aux cultes religieux plus régulièrement ont plus de chance de vivre plus longtemps.[4]

**La santé est une question personnelle:** une part importante des maladies sont auto-infligées par certaines habitudes de vie et valeurs. De la même manière, des habitudes de vie saines répondent à l'injonction de prendre soin de nos corps, car ils sont les temples de l'Esprit Saint.

---

3. SIPRI Yearbook 2019: Armaments, Disarmament and International Security (Annuaire SIPRI 2019, Armements, désarmement et sécurité internationale). Résumé. Institut international de recherche sur la paix de Stockholm. 6-11.

4. S. Li, M.J. Stampfer, D.R. Williams, et T.J. VanderWeele, «Association of Religious Service Attendance with Mortality among Women», *JAMA Internal Medicine* 176: 6 (2016), 777–85. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1615

**La santé est une question communautaire:** Jésus a toujours associé la santé et la guérison à la vie communautaire. Il a remis en question les lois, les valeurs culturelles et les pratiques existantes qui n'étaient pas dans l'intérêt des pauvres et ne défendaient pas la vie et le bien-être. Personne ne peut être en bonne santé en étant isolé-e. La quête d'une bonne santé exige des Églises qu'elles dénoncent les politiques, traditions, habitudes, cultures, systèmes et structures qui perpétuent les injustices et s'opposent à la santé et à la plénitude. Des communautés saines font des populations saines.

**La santé est une question systémique:** bien que nous le sachions depuis longtemps, la pandémie de COVID-19 a clairement démontré que la santé est, sans l'ombre d'un doute, étroitement liée à tous les aspects de la vie et tous les secteurs de la société, pour ce qui trait à ses déterminants et effets sous-jacents. La santé n'est plus l'apanage de quelques professions. Tous les professionnels et secteurs confondus doivent activement et visiblement jouer leur rôle et promouvoir la santé et le bien-être de tous et toutes.

## Guérison

**La guérison est un processus:** la guérison est un «processus vers la santé et la plénitude. Il englobe ce que Dieu a réalisé pour les êtres humains par l'incarnation de Jésus Christ. Les dons divins de guérison sont parfois utilisés de manière instantanée ou rapide, bien que le plus souvent la guérison soit un processus progressif qui prend du temps pour permettre un rétablissement profond de la santé à plus d'un niveau.»[5] La guérison revêt quatre dimensions: physique, mentale,

5. *A Time to Heal*. Un rapport de la chambre des évêques du synode général de l'Église d'Angleterre sur le ministère de guérison (Londres, Church House Publishing, 2000).

sociale et spirituelle. Aucune maladie n'est confinée à une seule de ces dimensions tant dans ses causes que dans ses effets, c'est pourquoi la guérison se doit d'être holistique.[6]

**Guérison, rétablissement et salut:** «Dieu est source de toute guérison. Dans l'Ancien Testament, la guérison et le salut sont étroitement liés et, en bien des occurrences, veulent dire la même chose: «Guéris-moi, Seigneur, et je serai guéri; sauve-moi, et je serai sauvé» (Jr 17, 14). Le Nouveau Testament, par contre, ne présente pas le fait de se rétablir d'un mal et celui d'être sauvé-e comme équivalents. Le Nouveau Testament opère une distinction entre le rétablissement et la guérison. Certaines personnes peuvent être rétablies, mais pas guéries (Luc 17, 15-19), alors que d'autres ne sont pas rétablies, mais sont guéries (2 Co 12, 7-9). Se rétablir veut dire retrouver la santé perdue. La guérison renvoie à la réalité eschatologique de la vie en abondance qui prends corps en l'avènement de Jésus Christ, le guérisseur blessé, qui a vécu la souffrance humaine sous toutes ses formes, est mort et a vécu, a vaincu les violations, les souffrances et la mort par sa résurrection. En ce sens, la guérison et le salut pointent vers la même réalité eschatologique.»[7]

**Pratiques de guérison:** de nombreuses pratiques peuvent favoriser la guérison. Elles peuvent également être utilisées à de sombres fins, intentionnellement ou non. Des tors sont causés intentionnellement lorsque ces pratiques sont utilisées pour porter

---

6. *The Healing Church*, Conseil œcuménique des Églises No. 3 (Genève, COE, 1965), 30.

7. Jack Messenger, ed., *Mission in Context: Transformation, Reconciliation, Empowerment*, Genève, Fédération luthérienne mondiale, 2004), 39–40. **https://www.lutheranworld.org/content/resource-mission-context-transformation-reconciliation-empowerment**

préjudice à, ou exploiter autrui. D'autre part, des torts sont causés non intentionnellement lorsque, par exemple, des ressources limitées sont utilisées pour fournir un traitement sophistiqué à une poignée de personnes, laissant les autres privées d'accès aux soins de santé fondamentaux.[8] Les pratiques de guérison concernent les sciences et technologies médicales modernes,[9] les pratiques traditionnelles de guérison[10], les actes liturgiques,[11] la guérison par la foi,[12] la

8. *Healing and Wholeness* 10, 11.

9. Les sciences et technologies modernes sont une réalité. Par contre, nous remarquons sous l'éclairage des Écritures que i) les hôpitaux bien équipés sont bien souvent uniquement au service de celles et ceux qui peuvent se permettre d'en payer les frais élevés, et ii) la spécialisation fragmente les soins de santé et en accroît les coûts, les plaçant hors de portée des pauvres. Les professionnel-le-s de la santé ont des difficultés à trouver un équilibre entre les services curatifs d'une part, et les services préventifs/de promotion de la santé d'autre part. Le point d'achoppement est celui du rôle que les hôpitaux se donnent au sein de la communauté et ce qui détermine leurs priorités. La promotion de la santé – par des mesures communautaires concrètes et efficaces visant à fixer les priorités, prendre des décisions, planifier des stratégies et les mettre en œuvre pour une meilleure santé – doit être une priorité des programmes de participation communautaire de tous les hôpitaux. *Healing and Wholeness*, 10.

10. Celles-ci relèvent normalement de deux volets: médicinal et rituel. Le volet médicinal englobe les préparations à partir de plantes médicinales, d'animaux et de substances inorganiques. Le volet rituel peut concerner les pratiques de divination, de transe, de bains, d'offrandes aux esprits ou d'incisions corporelles. À l'instar de la médecine occidentale, la médecine traditionnelle peut être source de maltraitance, sans pour autant compromettre le fait qu'elle peut être utilisée par Dieu. *Healing and Wholeness*, 12, 13.

11. Notamment les prières, l'imposition des mains, l'onction des malades, la visite des malades, etc. Ces pratiques ne nous déchargent pas pour autant de la responsabilité d'utiliser les ressources de la science médicale ou de la participation politique pour le simple fait que nous prions pour les malades. *Healing and Wholeness*, 13, 14.

12. Les actes/prières de guérison qui demandent à la personne malade d'arrêter son traitement ou de ne prendre aucun médicament en signe de foi ne sont pas conformes à la compréhension holistique biblique de la santé et de la guérison.

prévention[13] et le développement communautaire.[14]

## Les enjeux et les lacunes du contexte sanitaire mondial

Les informations contenues dans cette section émanent du Rapport sur la charge mondiale de morbidité de l'OMS de 2018.[15] En 2016, 56,9 millions de personnes ont perdu la vie, dont plus de la moitié (54%) sont imputables aux dix premières maladies illustrées dans la Figure 1 ci-dessous. Plus précisément, les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de 71% des décès.

L'analyse des MNT en fonction des revenus nationaux révèle que ces maladies sont plus importantes en pourcentage dans les pays à revenus élevés. Les MNT sont responsables de 37% des décès dans les pays à faibles revenus et jusqu'à 88% des décès dans les pays à revenus

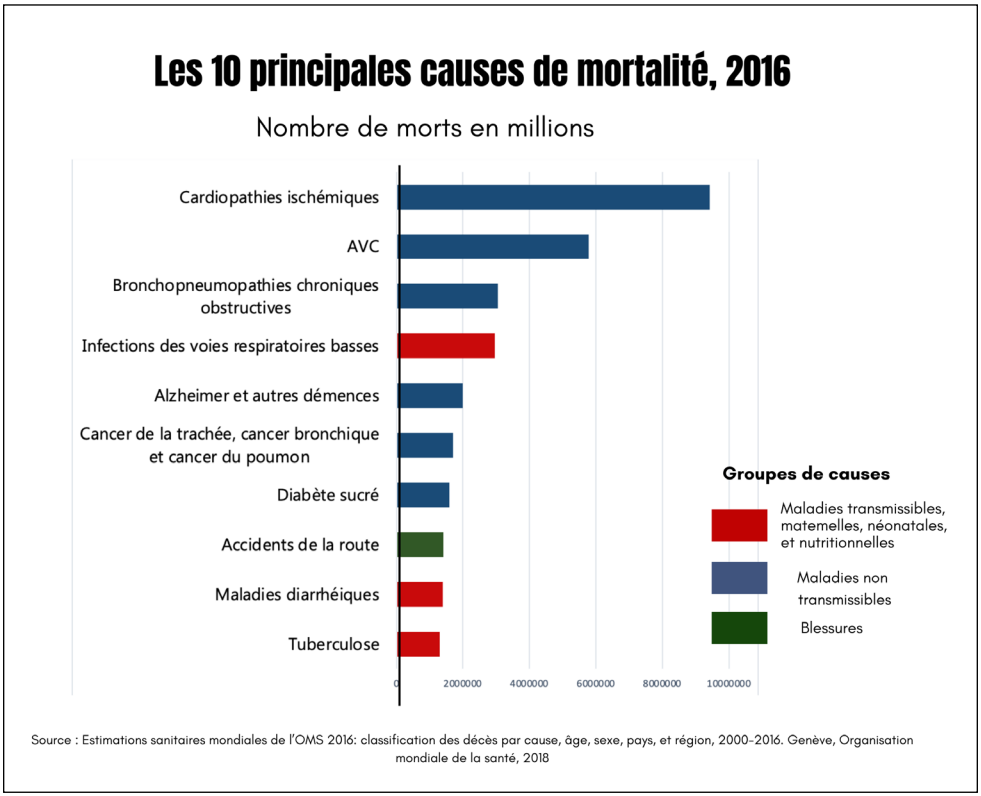
13. «Les congrégations sont appelées à s'impliquer et à promouvoir les soins de santé primaires [SSP] comme moyens de corriger l'injuste répartition actuelle des ressources de la santé. Grâce aux SSP, il est possible d'alléger la forte dépendance aux services de santé professionnels et institutionnels, leur permettant ainsi de fournir davantage de soins experts pour des cas de maladies complexes pour lesquelles ils sont formés et équipés», p. 33. «Partout dans le monde, des personnes décèdent de maladies évitables. Les chrétien-ne-s peuvent montrer la voie en proposant des modèles d'approche globale capables de supprimer le fardeau des morts évitables. La prévention devient alors un outil de guérison», p. 21 *Healing and Wholeness*.

14. «La congrégation est mise au défi de reconnaître, soutenir et coopérer avec les partenaires de guérison tels que la famille, les professionnel-le-s de la santé, les guérisseurs et guérisseuses traditionnel-le-s et alternatifs/-ves, d'autres organismes et communautés ainsi que d'autres groupes confessionnels», *Healing and Wholeness*, 33.

15. Cette section est tirée du document «Les 10 principales causes de mortalité» de l'Organisation mondiale de la santé (24 mai 2018). **https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death**.

élevés. Pourtant, en chiffres absolus, 78% des décès imputables aux MNT surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires.

**Les maladies non transmissibles** sont notamment les cardiopathies ischémiques, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, le diabète, et les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Elles sont collectivement responsables de près de 70% des décès dans le monde, dont la majorité survient dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Les MNT ont augmenté dans le monde, surtout à cause de quatre facteurs de risque: le tabagisme, la sédentarité, la consommation abusive d'alcool et les régimes alimentaires malsains.




Source : Estimations sanitaires mondiales de l'OMS 2016: classification des décès par cause, âge, sexe, pays, et région, 2000-2016. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2018

**Les troubles mentaux** ont augmenté de près de 13% au cours des dix dernières années. Près de 20% des enfants et adolescent-e-s dans le monde souffrent de troubles mentaux, et le suicide est la deuxième cause de mortalité des 15-29 ans. Sans nécessairement mener au décès, les troubles mentaux sont responsables de 20% des incapacités, le plus souvent parmi les personnes vivant dans des situations de conflit. Il est estimé que deux des troubles de la santé mentale les plus répandus, à savoir la dépression et l'anxiété, coûtent chaque année mille milliards de dollars américains à l'échelle planétaire. Malheureusement, moins de 2% des dépenses publiques dans la santé sont allouées à la santé mentale.

## L'Église est une communauté porteuse de guérison

Au cœur de la douleur et de la souffrance, l'Église est appelée à être un véhicule de paix et d'espérance, de guérison et de réconciliation. «Partout dans le monde, des personnes décèdent de maladies évitables. Les chrétien-ne-s peuvent montrer la voie en proposant des modèles d'approche globale capables de supprimer le fardeau des morts évitables. La prévention devient alors un outil de guérison.»[16]

Un colloque du COE en 1964[17] a affirmé que «le ministère chrétien de guérison revient avant tout à la congrégation dans son ensemble, et dans ce contexte, aux personnes correctement formées.»[18] La congrégation locale est le premier agent de guérison, et chacun-e de ses membres a un don unique pouvant contribuer

16. *Healing and Wholeness*, 21.

17. Deux colloques du COE ont eu lieu en 1964 et en 1967 à l'Institut allemand de la mission médicale (Difäem) à Tübingen, en Allemagne. Le thème du colloque de 1964 était «L'Église de guérison» et celui du colloque de 1967 était «Santé: perspectives médico-théologiques».

18. *The Healing Church*, 35.

au ministère de guérison. En reconnaissant toute la nécessité et la légitimité des institutions chrétiennes spécialisées en santé, la congrégation locale en tant que telle – en tant que corps du Christ – a son importance et sa pertinence en matière de guérison. La manière dont les personnes sont reçues, accueillies et traitées a un profond impact sur leur fonction de guérison. Quand il est nourri et entretenu au sein d'une congrégation locale, le réseau d'entraide, d'écoute, d'attention mutuelle et d'actions concrètes est une expression du pouvoir de guérison de l'Église.

La santé et la guérison peuvent être amputées par les croyantes, les valeurs et les idées, mais aussi les pratiques et les politiques. Les gouvernements et les acteurs du développement agissent plus facilement au niveau des politiques et des pratiques et ne sont pas les plus à même de s'impliquer au niveau des croyances, des valeurs et des idées. Or, ce niveau plus profond est des plus importants pour

***Les ressources religieuses et le rôle qu'elles peuvent jouer dans le domaine de la santé et de la guérison***

**Les idées religieuses** peuvent insuffler la conviction, la légitimité et la volonté de s'impliquer dans une transformation personnelle et communautaire.

**Les pratiques et expériences religieuses** peuvent inspirer les personnes à prendre soin les un-e-s des autres, à participer activement et à devenir des agentes de changement dans leurs communautés et au-delà.

**Les organisations religieuses** peuvent servir de nourricières des mouvements sociaux en les dotant de structures dirigeantes et de prise de décision, de ressources financières, d'une identité collective et d'un but.

qu'un changement véritable et durable ait lieu.[19] Fort heureusement, les Églises disposent de ressources religieuses qui leur permettent d'agir aux trois niveaux et d'être ainsi des agentes de guérison et de changement durable auprès des membres de la congrégation et des communautés avoisinantes (encadré page 10).[20]

En tant que membre de la création gémissante de douleur et aspirant à sa libération, la communauté chrétienne est appelée à être porteuse d'espérance, une expression du royaume de Dieu, une communauté de « guérisseurs guérisseuses blessé-e-s » – qui a besoin d'aide tout en étant capable de venir en aide, dans la réciprocité de l'acte de donner et de recevoir, d'aider et d'être aidé-e –, dans un partage mutuel des douleurs issues des souffrances d'aujourd'hui et dans l'espérance de notre guérison et de notre salut à venir.[21]

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

20. Berge, 2016.

21. *Healing and Wholeness*, 21.

CHAPITRE 2

# But et approche du modèle des Églises au service de la promotion de la santé

Ce chapitre propose un modèle d'élaboration de programmes efficaces destiné aux ministères de santé ecclésiaux.

## But

Le but du Programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) du Conseil œcuménique des Églises (COE) est de soutenir les Églises en tant que communautés de guérison. Ce manuel est surtout conçu pour accompagner les Églises dans la création et la gestion fructueuse de leur ministère de guérison. La plateforme centrale de ce ministère est le Comité de santé de l'Église (CSE) qui doit être correctement constitué, équipé et passionné par la bonne mise en œuvre d'initiatives sanitaires au sein de la congrégation.

## Processus d'Élaboration

Nous avons évité d'adopter une approche descendante du processus d'élaboration de l'ESPS. Au contraire, nous avons étudié les programmes ecclésiaux de promotion de la santé existants dans

les Tonga, en Jamaïque, en Caroline du Nord (États-Unis) et en Afrique du Sud.[1] Grâce à des visites et des ateliers organisés dans le cadre du programme,[2] nous avons analysé ces programmes et en avons tiré des enseignements et un certain nombre de bonnes pratiques. Nous avons surtout identifié les éléments clés desdits programmes ainsi que leurs facteurs de réussite.

En rédigeant le présent manuel, nous nous sommes dit que les Églises préfèreraient pouvoir jouir d'une certaine flexibilité dans le choix et la priorité à donner aux défis sanitaires, aux interventions à mener et à la conception des outils et ressources à utiliser. Ainsi, le programme pourrait s'adapter pleinement au contexte local. Toutefois, une telle approche supposerait de grandes variations d'un programme et d'une activité à l'autre, empêchant par là même toute cohérence du programme. Ce dernier pourrait facilement être confronté à des problèmes de priorités divergentes. En outre, certaines Églises pourraient ne pas avoir l'expertise interne pour créer de toute pièce leurs propres programmes de manière organique.

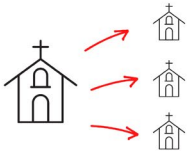
Nous avons donc adopté une approche hybride en élaborant un programme générique dont les activités et leur contenu s'adaptent au contexte local. Nous avons également fourni en annexe des outils permettant aux Églises d'adapter l'ESPS à leur contexte local.

---

1. Les programmes aux Tonga, en Jamaïque et en Caroline du Nord (États-Unis) ont été décrits dans le document «Health Promoting Churches: A Case for Congregation-Based Health Promotion Programmes», *Contact*, Special Series No. 5 (octobre 2018). **https://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/Contact2018Final.pdf**

2. De plus amples informations sur les visites et les ateliers organisés dans le cadre du programme sont fournies aux pages xiii-xvi.

# AVANTAGES DE LA STANDARISATION



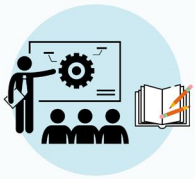
## Le programme

... peut être facilement étendu à d'autres branches de l'Église, à d'autres Églises, à d'autres pays, etc.

## Les ressources et l'expertise

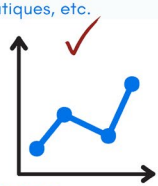
... peuvent être quantifiées, mises en commun ou partagées, par ex. différentes Églises d'une région peuvent réaliser certaines activités ensemble.

## Les outils et ressources



... peuvent être élaborés de manière centralisée et partagés, par exemple du matériel de formation, des formulaires de rapport d'activité ou des solutions informatiques, etc.

## Le progrès



... peuvent aisément être suivis dans le temps pour déterminer le succès du programme.

## Mondial et œcuménique

... le programme a le potentiel de franchir les frontières géographiques et confessionnelles pour créer un élan œcuménique et mondial.

## Témoignage et mission au service de la promotion de la santé

L'ensemble du peuple de Dieu a besoin d'aide tout en étant capable de venir en aide, dans la réciprocité de l'acte de donner et de recevoir, d'aider et d'être aidé-e. La plénitude veut donc dire que ce n'est qu'ensemble, malades et bien-portant-e-s réuni-e-s, que nous pouvons former un tout. L'ESPS mobilise ce ministère de guérison autour de quatre interventions: éducation, action, plaidoyer et

**En haut à gauche:** séance d'éducation à la santé dans une église, Tonga; **En haut à droite:** un responsable d'Église admirant son jardin de fruits et de légumes, Tonga; **En bas à gauche:** des responsables d'Église soulevant des questions de santé de leur communauté auprès de leur parlement local, NC, USA; **En bas à droite:** renforcement dans la solidarité pour le ministère de la santé.

témoignage public. Ces derniers sont étroitement liés et se renforcent mutuellement. L'éducation à la santé est un bon point de départ. Il est prévu qu'au fur et à mesure que le ministère de guérison prend de l'ampleur, l'Église participante est en mesure de déployer des interventions plus complexes.

**L'Église comme lieu d'éducation à la santé:** la connaissance est le pouvoir, et l'Église est un espace sûr et efficace pour dispenser une éducation à la santé fondamentale. L'éducation à la santé doit porter sur les causes des maladies non transmissibles (MNT) et les manières de les éviter et de les contrôler. Par ailleurs, cette éducation doit stimuler une prise de conscience critique permettant une analyse à la fois sociale et historique de la maladie dans le but de forger une vision du monde holistique qui ouvre la voie à une intervention pluridimensionnelle, qui lutte notamment contre les causes profondes des maladies.

L'Église se doit d'imaginer et d'analyser différentes manières d'éduquer à la santé. Ainsi, une discussion d'une dizaine de minutes tous les mois pendant la célébration religieuse est une manière idéale de toucher toute une congrégation et de donner une place prépondérante au ministère de guérison. Parmi les méthodes possibles, figurent des séances interactives d'éducation à la santé avec animation de débats approfondis, des supports pédagogiques et la possibilité pour les participant-e-s de poser leurs questions, voire encore des modules en ligne et des bulletins d'information. Les débats sur des questions de santé peuvent être animés par des personnes qualifiées dans le secteur de la santé et de sa promotion, qu'elles soient membres de l'Église ou viennent de la région. Les personnes malades doivent également se voir donner la possibilité de partager leurs expériences de vie. Les débats sur des questions de santé doivent être à la fois structurés et bien planifiés. Les discours de motivation des membres clergé jouent un rôle important pour diffuser les croyances, valeurs et idées de promotion de la santé.

**L'Église comme lieu d'action concrète:** Jésus a envoyé ses disciples prêcher, enseigner et guérir. La plupart des Églises d'aujourd'hui prêchent et enseignent, mais ont abdiqué devant les professionnel-le-s de la santé pour ce qui trait à la guérison. Pourtant, les Églises auxquelles nous avons rendu visite organisent différentes activités de promotion de la santé, surtout autour des MNT, avec notamment des ateliers de cuisine, l'entretien de potagers, des activités sportives en groupe, des dépistages biomédicaux, etc.

Les sciences comportementales nous apprennent que bien souvent l'être humain n'opte pas pour des comportements sains, même s'il en connait les bienfaits. L'information et la sensibilisation peuvent créer une intention, mais celle-ci ne se traduit pas toujours en actes. L'Église est une communauté puissante qui permet de jeter des ponts entre la connaissance et l'action. L'attention aimante et la responsabilité mutuelle aident les communautés chrétiennes à prendre des mesures concrètes en faveur de modes de vie plus sains au niveau individuel, familial et communautaire.

**L'Église comme lieu qui se soucie de la création (plaidoyer):** la théologie de la santé et de la guérison appelle l'Église à agir au-delà des préoccupations sanitaires individuelles et familiales et à amener le ministère de guérison dans les sphères politique, sociale, environnementale et économique. L'Esprit Saint habilite l'Église à dénoncer prophétiquement les causes profondes de la souffrance et à appeler à la transformation des structures d'injustice et de destruction.[3]

L'Église participe aux activités de plaidoyer à différents niveaux, selon son degré d'engagement. Ainsi, une congrégation peut aisément se saisir de questions propres à sa communauté locale, alors que le siège national d'une Église est mieux placé pour faire converger les

3. Jooseop Keum, ed., *Ensemble vers la vie: mission et évangélisation dans des contextes en évolution* (Genève, WCC Publications, 2013), 19.

préoccupations de ses structures inférieures et les traiter au niveau national. Les Églises peuvent mieux se faire entendre en agissant ensemble, œcuméniquement et d'une seule voix sur les questions sanitaires à l'échelle locale, provinciale, nationale, régionale ou internationale. Les activités de plaidoyer peuvent prendre la forme de rencontres avec les élu-e-s, les prestataires de services publics ou les acteurs du secteur privé; de publication de notes de synthèses, etc.

**L'Église comme lieu permettant le témoignage public:** chaque fidèle chrétien est appelé à être le sel et la lumière du monde. Le ministère de guérison doit être un lieu où chaque chrétien-ne puise sa capacité à être ce sel et cette lumière dans sa sphère d'influence. De la plus haute fonction à la moins élevée, toute personne sur Terre prend des décisions selon ses valeurs et ses convictions, et les chrétien-ne-s, en leurs diverses capacités personnelles ou professionnelles, sont appelé-e-s à prendre des décisions qui défendent la vie et témoignent de la communion de toute la création sous le chef du Christ.

Le ministère de guérison de Jésus a été marqué par sa défense des personnes faibles, pauvres et en souffrance, son refus de reporter le soulagement de leur souffrance, et sa remise en question des lois, traditions et systèmes qui perpétuent l'injustice et les inégalités. Il nous appelle par sa parole à le suivre et nous renforce par son Esprit.

## Structure de ce manuel

Les chapitres suivants du manuel sont généralement divisés en quatre parties: argument, étapes à suivre, ressources et critères de réussite. Les annexes sont consultables en fin de document.

**Argument:** cette partie donne la principale justification du chapitre.

**Étapes à suivre:** cette partie précise les étapes clés à entreprendre pour que le sujet abordé soit couronné de succès. Dans certains cas, ces étapes doivent être franchies l'une après l'autre. Dans d'autres,

## CHAMP D'APPLICATION

| | ÉGLISE | ÉGLISE et COMMUNAUTÉ | ÉGLISE, COMMUNAUTÉ et AU-DELÀ |
|---|---|---|---|
| **Général** | • Compte un-e pasteur-e encourageant-e, un Comité de santé de l'Église (CSE) motivé et un-e champion-ne<br>• L'Église a une ligne budgétaire établie dédiée au ministère de promotion de la santé<br>• Congrégation de petite taille<br>• ESPS de niveau **basique/débutant**<br>• Lancement d'un éventail d'activités élémentaires et entièrement basées sur la portée et les ressources internes<br>• Les activités ESPS sont déployées dans un seul groupe | • Compte un-e pasteur-e encourageant-e, un CSE motivé et plusieurs champion-ne-s<br>• L'Église a une ligne budgétaire établie dédiée au ministère de promotion de la santé<br>• Congrégation de taille moyenne<br>• ESPS de niveau **intermédiaire/en expansion**<br>• Élaboration de politiques sanitaires pour l'Église<br>• Influence exercée sur les politiques et pratiques publiques à l'échelle communautaire<br>• Formation de coalitions avec d'autres Églises et conclusion de partenariats avec d'autres organisations communautaires en matière de promotion de la santé<br>• Les activités ESPS peuvent être déployées dans plus d'un contexte, p. ex. associations de femmes, groupes de jeunes, chorales, sous la supervision d'un coordonnateur ou d'une coordinatrice global-e | • Compte un-e pasteur-e encourageant-e, un CSE motivé et plusieurs champion-ne-s<br>• L'Église a une ligne budgétaire établie dédiée au ministère de promotion de la santé<br>• Congrégation de grande taille<br>• ESPS de niveau **avancé/mentor**<br>• Élaboration des politiques sanitaires pour l'Église à différents niveaux<br>• Influence exercée sur les politiques et pratiques publiques jusqu'à l'échelle nationale<br>• Formation de coalitions avec d'autres Églises et conclusion de partenariats avec diverses organisations en matière de promotion de la santé<br>• Jouer un rôle de mentor auprès d'autres Églises désirant lancer leur propre ESPS<br>• Faire fonction de plateforme d'activités ESPS pour diverses Églises de la région<br>• Déploiement d'activités ESPS dans plus d'un contexte, p. ex. associations de femmes, groupes de jeunes, chorales, sous la supervision d'un coordonnateur ou d'une coordinatrice global-e |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Éducation à la santé** | • Organiser des séances d'éducation à la santé (ES) formelles pour les membres de l'Église sur la base de l'évaluation de leurs besoins en santé<br>• Élaborer des plans de travail semestriels autour de certains sujets et avec des facilitateurs ou facilitatrices, les adapter en fonction des processus de révision formels (rétroactions, suivi et évaluation [S&E])<br>• Intégrer l'ES dans les sermons, la liturgie, les bulletins, les rapports, etc.<br>• Faire appel à des expert-e-s en interne et externes selon les besoins | • Organiser des séances d'ES formelles pour les membres de l'Église sur la base de l'évaluation de leurs besoins en santé<br>• Élaborer des plans de travail semestriels autour de certains sujets et avec des facilitateurs ou facilitatrices, et les adapter en fonction des processus S&E formels<br>• Intégrer l'ES dans les sermons, la liturgie, les bulletins, les rapports, etc.<br>• Faire appel à des expert-e-s en interne et externes selon un programme régulier | • Organiser des séances d'ES formelles pour les membres de l'Église, la communauté et au-delà<br>• Participer à la planification des activités d'ES au-delà de l'Église et de la communauté<br>• Intégrer l'ES dans les sermons, la liturgie, les bulletins, les rapports et d'autres structures/programmes ecclésiaux (publications, médias de masse, etc.)<br>• Faire amplement appel à des expert-e-s en interne et conclure des protocoles d'accord avec des expert-e-s externes et les autorités sanitaires publiques<br>• Élaborer des plans de travail annuels autour de certains sujets et avec des facilitateurs ou facilitatrices sur la base de processus S&E formels |
| **Actions concrètes** | • Proposer des activités de promotion de la santé aux membres de l'Église<br>• Mener des activités simples à organiser et à gérer | • Proposer des activités de promotion de la santé aux membres de l'Église et à la communauté<br>• Mener des activités plus exigeantes en termes de ressources, de planification et d'exécution, p. ex. des compétitions, des marathons, etc.<br>• Les activités peuvent être déployées conjointement avec d'autres CSE de la région (de dénomination identique ou différente) | • Proposer des activités de promotion de la santé aux membres de l'Église et à la communauté<br>• Mener des activités complexes en termes de ressources, de planification et d'exécution, p. ex. des compétitions, des marathons, etc.<br>• Diriger des activités organisées conjointement avec d'autres CSE de la région (de dénomination identique ou différente)<br>• Travailler avec les cliniques et hôpitaux locaux pour accueillir des services cliniques comme le dépistage de la tuberculose ou du diabète, la collecte d'échantillons, la distribution de médicaments, des formations en réanimation cardiorespiratoire, le sevrage tabagique, les services communautaires de traitement de la tuberculose, etc. |

(suite)

| CHAMP D'APPLICATION (suite) | | | |
|---|---|---|---|
| | ÉGLISE | ÉGLISE et COMMUNAUTÉ | ÉGLISE, COMMUNAUTÉ et AU-DELÀ |
| **Plaidoyer** | • Lancer des activités de plaidoyer sur des questions internes à l'Église<br>• Utiliser ses propres données | • Plaider pour un changement politique, systémique et environnemental (PSE) au sein de l'Église locale dans un premier temps, puis plus haut dans la hiérarchie de l'Église et dans la communauté (p. ex. au niveau du service législatif, de la circonscription, du district et du maire local, des conseils, etc.)<br>• Utiliser ses propres données ainsi que celles d'autres ESPS de la région, les rapports des autorités sanitaires locales, etc., pour mener des activités de plaidoyer basées sur des faits probants | • Plaider pour un changement PSE à tous les niveaux de la structure/hiérarchie de l'Église<br>• Plaider pour un changement PSE à l'échelle régionale, provinciale, nationale et internationale en mobilisant les responsables du domaine politique, de la santé, de la société civile et du développement, à tous les niveaux<br>• Utiliser ses propres données ainsi que celles d'autres ESPS de la région et d'autres niveaux de l'Église, les rapports des autorités sanitaires locales, nationales ou internationales, etc., pour mener des activités de plaidoyer basées sur des faits probants |
| **Témoignage public** | • Donner les moyens aux chrétien-ne-s d'être le sel et la lumière du monde dans leur sphère d'influence | • Donner les moyens aux chrétien-ne-s d'être le sel et la lumière du monde dans leur sphère d'influence | • Donner les moyens aux chrétien-ne-s d'être le sel et la lumière du monde dans leur sphère d'influence |
| **Suivi et évaluation** | • Collecter les données de suivi de la mise en œuvre du programme<br>• Procéder à une évaluation annuelle de l'impact du programme<br>• Utiliser ses données pour prendre des décisions éclairées, notamment pour ajuster les activités du programme, le plaidoyer et la mobilisation des ressources<br>• Partager les rapports d'évaluation avec la congrégation, la hiérarchie de l'Église et d'autres parties prenantes | • Collecter les données de suivi de la mise en œuvre du programme<br>• Procéder à une évaluation annuelle de l'impact du programme<br>• Utiliser ses données pour prendre des décisions éclairées, notamment pour ajuster les activités du programme, le plaidoyer et la mobilisation des ressources<br>• Partager les rapports d'évaluation avec la congrégation, d'autres structures de l'Église et d'autres parties prenantes<br>• Les rapports d'évaluation font figurer les changements survenus après la collecte et l'analyse des données individuelles et programmatiques | • Utiliser les normes internationales pour suivre et évaluer les programmes de promotion de la santé ainsi que leurs résultats<br>• Communiquer les conclusions pertinentes de l'évaluation dans les kiosks et médias locaux, régionaux, nationaux et internationaux |

deux ou plusieurs étapes peuvent avoir lieu simultanément, voire être planifiées différemment. Certaines étapes doivent être franchies à court terme et d'autres à plus long terme. Il revient au CSE de s'assurer que le programme ne se retrouve pas bloqué à l'une ou l'autre étape.

**Ressources:** cette partie recense toutes les ressources utiles pour le chapitre concerné. Elles peuvent faire référence aux annexes, aux outils disponibles sur le site internet de l'ESPS ainsi qu'à d'autres ressources. Seules les ressources pertinentes y figurent. Les publications du COE listées sont téléchargeables gratuitement sur la page Programme de santé et guérison du site internet du COE.

**Critères de réussite:** il s'agit de propositions d'indicateurs pour mesurer la bonne compréhension ou exécution des questions abordées dans le chapitre à l'étude. Le nombre d'indicateurs est volontairement réduit et diversifié pour mesurer l'état d'avancement et l'impact. Rappelons que ces mesures ne pourront pas être réalisées en une seule fois et que le CSE pourra progresser vers les chapitres suivants, en veillant toutefois à ce que les critères finissent par être atteints.

**Annexes:** les annexes proposent des outils et supports de référence plus détaillés, sans nuire à la lecture du manuel.

## Champ d'application pour les Églises participantes

Il est attendu de l'ensemble des Églises participantes qu'elles déploient des interventions dans chacune des catégories susmentionnées, à savoir: éducation à la santé, actions concrètes, plaidoyer et témoignage public. Les Églises ne sont toutefois pas tenues de tout faire dans chaque catégorie. Certaines Églises pourront décider de frapper fort au départ, alors que d'autres commenceront par des activités plus basiques puis évolueront petit à petit vers des activités plus élaborées. D'autres encore pourraient être limitées du fait de leur nombre

restreint de membres ou de leur emplacement géographique.

Ce manuel détaille le champ d'application en fonction de trois niveaux: basique/débutant, intermédiaire/en expansion, et avancé/mentor. Une Église de moindre envergure ou dans une zone reculée pourrait décider d'opter pour le niveau basique, alors qu'une Église plus importante pourrait décider de se lancer avec le niveau basique avant de passer au niveau intermédiaire au fur et à mesure que son ministère de guérison s'étoffe.

Le tableau suivant donne de plus amples détails sur le champ d'application à choisir par les Églises pour lancer de leur ESPS. Elles pourront ensuite s'y référer pour identifier les domaines où leur ministère gagnerait à être approfondi.

CHAPITRE 3

# Se lancer

Ce chapitre a pour postulat que votre Église commence de zéro. Il propose des étapes pour sensibiliser et s'arroger un soutien grâce à un dialogue suffisant entre les différentes fonctions et parties de la congrégation.

## Argument

Comment une Église lance-t-elle et porte-t-elle création d'un ministère de santé et bien-être ? Les Églises que nous avons étudiées ont démarré leur ministère de santé et bien-être de diverses manières et les ont organisés à différents échelons de leur hiérarchie ecclésiale. Ainsi, en Jamaïque, ce ministère a été créé dans le cadre de l'Église baptiste Béthel et y a été rattaché pendant des années, jusqu'à ce que d'autres Églises ne finissent par l'adopter, bien plus tard. Aux Tonga, il relève du Forum national des responsables religieux et touche ainsi quasiment toutes les Églises dès le départ. Aux États-Unis, le programme Village HeartBEAT est un partenariat entre le ministère de la Santé et les Églises de Charlotte, en Caroline du Nord. Quant à l'Afrique du Sud, il est rattaché au siège de l'Église méthodiste d'Afrique australe avec à sa tête, une personne responsable nommée à temps plein. De toute évidence, il existe de nombreuses autres configurations possibles.

***Les avantages de documenter les activités ESPS***

- Cela garantit que le programme ne dévie pas des termes convenus.
- Garantit une continuité et une transition douce en cas de départ ou d'adhésion de personnes clés de l'Église/la direction.
- Permet à la direction de constater si certains pans de l'Église ne participent pas aux activités ESPS et d'y remédier.
- Permet à l'Église de suivre l'état d'avancement du programme – en d'autres termes, de voir dans quelle mesure les activités du programme sont correctement exécutées – et d'introduire des mesures correctives, le cas échéant (suivi).
- Permet à l'Église d'évaluer le succès du programme au fil de ans et de constater si les objectifs escomptés sont en voie d'être atteints.
- Améliore la communication et la visibilité du programme. La documentation permet à l'Église de communiquer en des termes concrets, par exemple: «35% de nos membres surveillent leur pression artérielle», et non pas en des termes vagues tels que: «nous faisons du bon travail».
- Renforce la confiance des partenaires dans le programme, ce qui permet d'attirer des ressources permettant son expansion. À titre d'exemple, une Église qui mène avec brio un programme ESPS pourrait être amenée à agir comme mentor auprès d'autres Églises, voire pourrait être consultée ou contactée par le gouvernement pour étendre son programme à toute la communauté.
- Permet un partage de témoignages grâce aux publications, etc.

## Étapes à suivre

**La direction de l'Église:** la direction de l'Église doit s'engager à comprendre que le ministère ecclésial doit concerner la personne tout entière, dont la santé et la guérison font pleinement partie. Elle doit par ailleurs identifier les personnes douées de talents et passionnées par le ministère de santé, et les pourvoir d'un soutien spirituel, moral et logistique.

**Fondement théologique:** le Programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) est ancré dans, et étayé par un solide fondement théologique. Ce dernier doit néanmoins faire l'objet d'une réflexion et intériorisation par chacune des Églises participantes. Les membres de l'Église doivent comprendre les raisons de leur implication dans le programme ESPS et en quoi il est une expression valable de leur foi. Ce processus ne cesse d'évoluer et permettra de s'assurer que le programme ESPS se retrouve intégré à l'ensemble des activités et enseignements de l'Église.

**Champion-ne-s:** en sus de la direction formelle de l'Église (p. ex. les comités), toute personne ayant un intérêt particulier ou une passion pour la santé, ou exerçant une influence dans la communauté, doit être identifiée et se voir habilitée à promouvoir l'ESPS. Il est évident que le pasteur ou la pasteure local-e doit être la première personne championne!

**Impliquer tout le monde:** la congrégation est la première bénéficiaire et la première exécutante de l'ESPS. Le ministère de guérison appartient à la congrégation dans son ensemble et pas uniquement aux personnes formées dans le domaine de la santé. Les membres de l'Église ayant suivi une formation médicale, tels que les médecins, infirmiers, infirmières et dentistes se doivent de mettre leur expertise à disposition autant que faire se peut, tout en se prémunissant de toute personnalisation ou médicalisation de l'ESPS (ou de repousser les autres). Il convient d'impliquer de manière significative et adéquate l'ensemble de l'Église, à toutes des étapes.

Le programme ne doit en aucun cas être personnalisé par une poignée d'individus ou une catégorie de personnes.

**Documentation:** il s'agit d'un facteur clé de réussite. Or, de nombreuses Églises n'ont malheureusement pas l'habitude de consigner par écrit – ou de documenter – leurs activités. Les programmes ayant que peu de documents rédigés sont réputés faibles, mis en œuvre de manière incohérente et utilisant des méthodes de calcul de la réussite vagues. Dans le cadre de l'ESPS, l'Église doit commencer à documenter l'ensemble des procédures, processus, résultats, défis, etc. Ainsi, la pérennité et la réussite globale du programme seront garanties (encadré page 26).

## Ressources

1. Conseil œcuménique des Églises, *Healing and Wholeness: The Churches' Role in Health*. Rapport d'étude de la Commission médicale chrétienne (Genève, COE, 1990).
2. Mwai Makoka, «Health Promoting Churches: A Case for Congregation-Based Health Promotion Programmes», *Contact*, Special Series No. 5 (octobre 2018). **https://www.oikoumene.org/en/what-we-do/health-and-healing/Contact2018Final.pdf**
3. *The Healing Mission of the Church*. Document préliminaire No. 11, 60 (Genève, COE, 2005). Non publié.
4. Village HeartBEAT: **www.villagehb.org**

## Critères de réussite

1. Un message de sensibilisation au programme ESPS est délivré pendant les messes/célébrations religieuses; tous les membres de l'Église sont invités à participer aux activités et à la direction du programme.
2. La personne responsable/ministre de l'Église aborde les thèmes de la santé et du bien-être et véhicule des messages en ce sens dans la liturgie et les sermons.

## CHAPITRE 4

# Vision à long terme

Ce chapitre aide l'Église à lancer un ministère de santé durable.

## Argument

L'Église est dotée de systèmes et de structures qui lui ont permis de pérenniser son existence au fil des ans, de relever les défis, d'affronter les obstacles, et de résister aux périodes de changement. Pour qu'un programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) soit durable, il doit faire partie intégrante de la vie et du témoignage de l'Église à tous les niveaux. Il doit être intégré aux systèmes et structures de l'Église et ne pas être traité comme un simple projet. En ce sens, la continuité et la pérennité seront préservées: certaines personnes ou certain-e-s responsables auront beau aller et venir, l'Église poursuivra sa quête au service de la santé et de la guérison de tous et toutes.

L'étendue selon laquelle chaque Église est capable de reconnaître le mandat du ministère de guérison dépend de sa propre tradition et structure. En règle générale, le ou la pasteur-e a la charge d'encourager, de former et de donner des conseils spirituels et pastoraux en faveur du ministère de guérison. Le ministère de guérison reçoit ainsi une reconnaissance et un soutien visibles de l'Église dans son ensemble, et ne se retrouve pas relégué dans un recoin de l'Église.[1]

1. *The Healing Mission of the Church*. Document préliminaire No. 11, 60 (Genève, COE, 2005). Non publié.

## Étapes à suivre

**Comité de santé de l'Église:** un Comité de santé de l'Église (CSE) doit être institué pour chapeauter l'ESPS et prendre les rênes de l'exécution de ses activités. Les membres du Comité doivent être sélectionnés dans le respect d'un bon équilibre entre les femmes et les hommes, les différentes tranches d'âge, les compétences, l'origine ethnique, etc. Le rôle principal du CSE est de planifier l'ESPS, de le mettre en œuvre et de faire rapport de l'état d'avancement de son déploiement à la direction de l'Église et à l'ensemble de la congrégation. Une description plus détaillée du Comité est proposée en **annexe 1**.

**Séance d'information du Comité de santé de l'Église:** le CSE doit être introduit à l'ensemble des aspects du programme ESPS en suivant les instructions du manuel d'information fournies. Un-e professionnel-le de la santé fiable, engagé-e dans la prévention sanitaire, peut être appelé-e à faciliter la séance d'introduction. La personne facilitatrice doit toutefois veiller à ne pas dévier du cadre prévu par l'ESPS. Les nouveaux membres du Comité doivent également suivre une séance d'information et une séance de rappel peut être proposée tous les ans ou tous les deux ans, notamment lors des retraites de planification ou d'évaluation. Les éléments clés de la séance d'information sont proposés en **annexe 2**.

**Planification:** le CSE doit rédiger des plans généraux à court, moyen et long terme qui illustrent sa vision de l'ESPS à six mois, dans un an ou deux ans, et dans deux à cinq ans.

**Dotation budgétaire:** la plupart des activités de promotion de la santé peuvent être réalisées en puisant dans les ressources financières, matérielles et techniques de l'Église. Il est recommandé aux Églises de commencer avec ce qu'elles ont et de partir de là où elles se trouvent. Le récit de Moïse peut être une source d'encouragement, lorsque Dieu lui demande d'utiliser tout ce qui est à portée de main – un bâton de berger – et non ce qu'il n'a pas. De même, la veuve de Sarepta a utilisé

tout ce qu'elle avait pour servir Dieu et ce n'est qu'après qu'elle reçut de la farine et de l'huile en abondance. L'ESPS n'a pas l'intention d'imposer un fardeau financier aux Églises, mais plutôt de les stimuler et de les accompagner pour mettre leur intendance et créativité au service de l'identification des problèmes sanitaires et de leur résolution dans la mesure de leurs capacités.

**Organigramme et ordre du jour:** la place de l'ESPS doit être garantie par l'ajout du CSE comme comité permanent dans l'organigramme de l'Église, à tous les niveaux. En outre, la santé doit figurer en permanence à l'ordre du jour de l'assemblée générale et des autres rassemblements où des rapports sont remis par différents comités ecclésiaux.

**Intégration de la formation pastorale:** en dernier lieu, la dénomination doit ajouter la santé et la guérison au programme de son séminaire et partout où les pasteur-e-s sont formé-e-s. Cela garantit que les pasteur-e-s qualifié-e-s soient bien outillé-e-s pour un ministère de la personne tout entière, qui englobe la santé et la guérison.

## Ressources

1. Rôles et responsabilités du CES: **annexe 1**.

## Critères de réussite

1. Le CES est constitué et informé.
2. Des plans à court, moyen et long terme sont rédigés.
3. L'ESPS fait l'objet d'une ligne budgétaire annuelle dédiée établie par l'Église.
4. La santé est comprise dans l'organigramme ou la structure de l'Église.
5. Un rapport de santé est présenté et débattu aux assemblées générales de l'Église.
6. L'ESPS est intégré dans le programme des formations des ministres et pasteur-e-s.

CHAPITRE 5

# Comprendre la situation

Ce chapitre aide l'Église à comprendre les besoins en santé et bien-être et ses capacités à mener un ministère de santé efficace.

## Argument

La Bible nous donne de nombreux exemples de responsables qui procèdent à une analyse de la situation avant de lancer un projet. Néhémie a évalué l'étendue des dégâts infligés à la muraille de Jérusalem ainsi que les ressources disponibles pour son équipe. Il est intéressant de constater qu'il a ajouté la bienveillance dont il bénéficiait du roi comme atout ou ressource. Personne ni aucune communauté ne peut se targuer de tout avoir, et personne ni aucune communauté ne peut se dire entièrement démunie. L'expertise, la bienveillance, les liens et les connaissances autochtones sont d'importants atouts intangibles qui doivent être utilisés avec créativité.

Avant de demander de l'aide à son siège, aux partenaires œcuméniques, au gouvernement ou à d'autres partenaires, une Église doit pouvoir démontrer qu'elle mobilise déjà toutes ses ressources pour identifier et résoudre ses problèmes. Il est important de pouvoir compter sur des ressources supplémentaires pour renforcer et donner de l'ampleur aux engagements locaux.

Une évaluation doit être menée pour s'assurer que les plans et actions du programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) sont bien étayés par des faits probants. Cela permet également de mettre à profit toutes les ressources d'une communauté de prière au service d'une Église en bonne santé. Une évaluation correctement menée permettra à l'Église de savoir exactement où elle se trouve et ce qu'elle possède.

## Étapes à suivre

**Collecte d'informations communautaires:** rassembler les données ou statistiques existantes relatives aux maladies non transmissibles (MNT) et facteurs de risque dans votre région (au niveau national, régional et local, lorsque disponible, le cas échéant). Ces informations peuvent être collectées auprès des autorités sanitaires publiques locales, dans les rapports nationaux, les rapports consacrés à des pays spécifiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les rapports des médias locaux, etc.

**Collecte d'informations personnelles:** procéder, si possible, à un sondage anonyme auprès des membres de l'Église sur les problèmes de santé courants, les facteurs de risque et l'accès aux services de santé.

**Implication des membres:** le Comité de santé de l'Église (CSE) doit utiliser les informations rassemblées jusque là pour animer les discussions et mobiliser l'ensemble de la communauté ecclésiale. L'analyse SWOT (analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces) est un moyen simple, mais efficace de structurer une discussion de groupe et d'en tirer le meilleur parti. Un guide pour une analyse SWOT réussie est proposé en **annexe 3**. L'analyse SWOT évalue à la fois l'environnement interne et externe. Si besoin, et si possible, une analyse plus approfondie de l'environnement externe de l'Église peut être menée en utilisant la méthode PESTEL (**p**olitique, **é**conomique, **s**ocial, **t**echnologique, **e**nvironnemental et **l**égal), détaillée en **annexe 4**.

**Cartographie des atouts:** cette étape prévoit de recenser les ressources et les atouts existants au sein de l'Église, mais aussi à l'extérieur et à sa portée. Sont concernées les ressources tangibles et intangibles telles que les structures physiques, le matériel, les programmes, les réunions, les réseaux, les liens, les ressources humaines et l'expertise.

**Mini-enquête STEPS:** STEPS est l'outil de collecte des données et de calcul des facteurs de risques des MNT de l'OMS. Il couvre trois niveaux, ou «steps» d'évaluation des facteurs de risque: «Step 1» (questionnaire), «Step 2» (mesures physiques) et «Step 3» (mesures biochimiques). Cet outil générique est adapté à chaque pays. Nous avons adapté l'outil d'évaluation de référence de l'ESPS sous la forme d'une mini-enquête STEPS, cf. **annexe 5**.

**Rapport de référence:** rédiger un rapport sur la situation des MNT au sein de l'Église et y inclure des données collectives et individuelles ainsi que qualitatives et quantitatives. Le rapport doit également faire mention des ressources disponibles.

**Niveau de lancement:** sur la base de cette évaluation, le CSE doit statuer sur le champ d'application du lancement de son ESPS. Au fur et à mesure que le ministère de santé de l'Église croît, celui-ci évoluera vers des niveaux plus avancés. Il pourrait mener des activités plus complexes, devenir mentor d'autres Églises ou assumer la fonction de plateforme pour les activités d'ESPS plus poussées dans la région.

## Ressources

1. Guide pour mener une analyse SWOT: **annexe 3**.
2. Guide pour mener une analyse PESTEL: **annexe 4**.
3. Mini-enquête STEPS: **annexe 5**.
4. Évaluation de la santé mentale au sein de la communauté ecclésiale: **annexe 7**.

## Critères de réussite

1. Les membres de l'Église sont impliqués.
2. Une mini-enquête STEPS et une cartographie des atouts ont été réalisées.
3. Un rapport de référence est rédigé.

CHAPITRE 6

# Travailler avec les autres

Ce chapitre aide l'Église à venir en aide et à se faire aider pour une croissance mutuelle du ministère de santé.

## Argument

La santé est pluridimensionnelle, car elle concerne quasiment tous les aspects de la vie: personnel, domestique, communautaire, national et mondial. Une approche holistique de la santé nous demande d'intervenir simultanément dans plus d'un domaine et d'éviter toute vision simpliste ou étriquée. Dès lors, une promotion de la santé holistique demande que les parties prenantes collaborent entre elles pour tirer parti de leurs forces mutuelles et remédier à leurs faiblesses.

Les forces des Églises sont nombreuses, au titre desquelles figurent la confiance et les liens étroits tissés auprès des communautés et leur capacité à toucher des personnes isolées et marginalisées. Les Églises ont pourtant d'importantes faiblesses dans d'autres domaines tels que celui du financement et de la documentation. Les Églises doivent donc nouer des partenariats stratégiques qui apportent une valeur ajoutée à leur ministère de santé.

Les premiers disciples de Jésus ont cru, à tort, que le ministère leur revenait exclusivement et qu'ils devaient œuvrer de manière isolée. Un jour, après avoir vu une personne qui n'était pas de leur équipe

chasser les démons, ils s'en sont plaints à Jésus. À leur grande surprise, Jésus leur dit: «Ne l'empêchez pas, car il n'y a personne qui fasse un miracle en mon nom et puisse, aussitôt après, mal parler de moi» (Marc 9, 38-39).

Les partenariats et la collaboration permettent à l'Église d'obtenir les ressources techniques, matérielles et financières dont elle manquerait autrement. Plus important encore, cela permet à d'autres de prendre part au ministère, et par là même, de connaitre la joie et la bénédiction de se mettre au service du Seigneur.

## Étapes à suivre

**Liste des parties prenantes:** une partie prenante est une partie qui a un intérêt dans, et exerce une influence sur le programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS). Elle peut à la fois influencer ledit programme et être influencée par lui, tant positivement que négativement. Une partie peut être une personne (en sa capacité personnelle ou professionnelle) ou un groupe de personnes, comme une chorale, une entreprise ou un organisme. Ici, se référer au **chapitre 5** et générer une liste des parties prenantes internes et externes.

**Cartographie des parties prenantes:** évaluer chaque partie prenante au regard de son influence sur, et de son intérêt pour le programme. *L'influence*, ou le pouvoir, font référence à la capacité à faire avancer ou à entraver votre programme, alors que l'*intérêt* est la volonté ou l'envie de faire usage de cette influence. Créer un tableau 2x2 avec les entrées suivantes: *influence forte/faible* d'un côté et *intérêt fort/faible* de l'autre. Se référer à l'exemple de cartographie des parties prenantes en **annexe 6**.

**Délimitations:** établir des limites claires identifiant auprès de qui il convient de demander ou d'accepter de l'aide. En règle générale, les programmes de santé n'acceptent aucun don des industries qui

produisent, fabriquent ou commercialisent des produits connus pour nuire à la santé tels que le tabac, les boissons alcoolisées, les aliments fortement transformés, les substituts du lait maternel et les armes. De même, aucune aide ne doit être acceptée des parties impliquées dans des violations des droits humains, le travail des enfants, la dégradation de l'environnement, l'évasion fiscale, etc.

**Communication:** établir une communication avec les parties prenantes prioritaires, identifiées dans la cartographie des parties prenantes, pour étudier les possibilités de collaboration.

**Collaboration:** il existe divers degrés de collaboration. En premier lieu, le Comité de santé de l'Église (CSE) peut établir un partenariat avec d'autres parties de manière ponctuelle, uniquement lorsque le besoin s'en fait sentir ou l'occasion se présente. Si le partenariat devait gagner en importance, un protocole d'accord pourrait être signé pour le formaliser. Voici quelques exemples de partenariats possibles:

- avec les cliniques ou hôpitaux (publics ou privés) dont le personnel peut animer des discussions sur des questions de santé ou procéder à des dépistages;
- avec les écoles de formation des agent-e-s de santé, dont les étudiant-e-s de dernière année peuvent seconder la conduite des activités du programme;
- avec les médias pour aider à faire de la publicité aux activités du programme;
- avec les entreprises ou groupes du secteur privé pouvant apporter une aide pécuniaire ou en nature (p. ex. en fournissant du matériel tel que des tensiomètres, des kits de tests de glucose);
- avec les institutions du milieu universitaire ou de la recherche pouvant épauler la gestion, le suivi et l'évaluation des données;
- avec les ONG du secteur de la santé en mesure de partager des connaissances et leur expertise;

- avec les autorités sanitaires locales ou nationales capables d'apporter une aide politique globale, de formuler des recommandations aux donateurs potentiels, voire de proposer une aide technique et financière.

**Mise à jour:** réviser la cartographie des parties prenantes et la mettre à jour tous les ans, puisque l'intérêt dans, et l'influence sur le programme des partenaires peut évoluer au fil du temps. Certaines de ces évolutions peuvent être le résultat de l'action délibérée du CES et des responsables de l'Église.

## Ressources

1. Exemple de cartographie des parties prenantes: **annexe 6**.
2. Liste des organismes travaillant dans le secteur de la santé dans votre région ou pays.

## Critères de réussite

1. La cartographie des parties prenantes est dressée.
2. Un certain nombre de parties prenantes collaborent activement avec vous.
3. Vous avez ratifié un certain nombre de protocoles d'accord avec d'autres partenaires.

CHAPITRE 7

# S'alimenter sainement

Ce chapitre aide l'Église à élaborer des plans de travail pour la promotion d'une alimentation saine.

## Argument

Jésus a confirmé l'enseignement de l'Ancien Testament selon lequel l'homme ne vivra pas seulement de pain, mais de la parole de Dieu. Il a également démontré que l'alimentation a une place centrale dans nos vies et dans notre obéissance au Christ par ses enseignements et miracles. Il nous a appris à demander «notre pain quotidien» lorsque nous prions, de rendre grâces pour la nourriture, de manger en conscience et de partager.

La nourriture est sacrée. En route vers Emmaüs (Luc 24, 28-31), les disciples ont été éclairés par l'explication donnée par Jésus du sens spirituel de la crucifixion et de la résurrection. Mais ce n'est que lorsqu'ils invitèrent Jésus (l'étranger) à rester et lorsqu'il rompit le pain qu'ils le reconnurent comme leur Seigneur. Jésus continue à se révéler à nous lorsque nous partageons notre nourriture avec les autres. D'autres passages des Écritures révèlent également la profonde pertinence spirituelle de l'alimentation.

La nourriture est le premier des médicaments. De nombreuses maladies peuvent être évitées ou soignées lorsque nous mangeons les bons aliments et en bonne quantité dans le cadre d'un régime

alimentaire équilibré. Une nutrition insuffisante (malnutrition) accroît la sensibilité aux maladies, entrave le développement physique et mental, et réduit la productivité. Le fardeau de la malnutrition est désormais double puisque la dénutrition coexiste avec l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation au niveau des individus, des ménages et des populations.

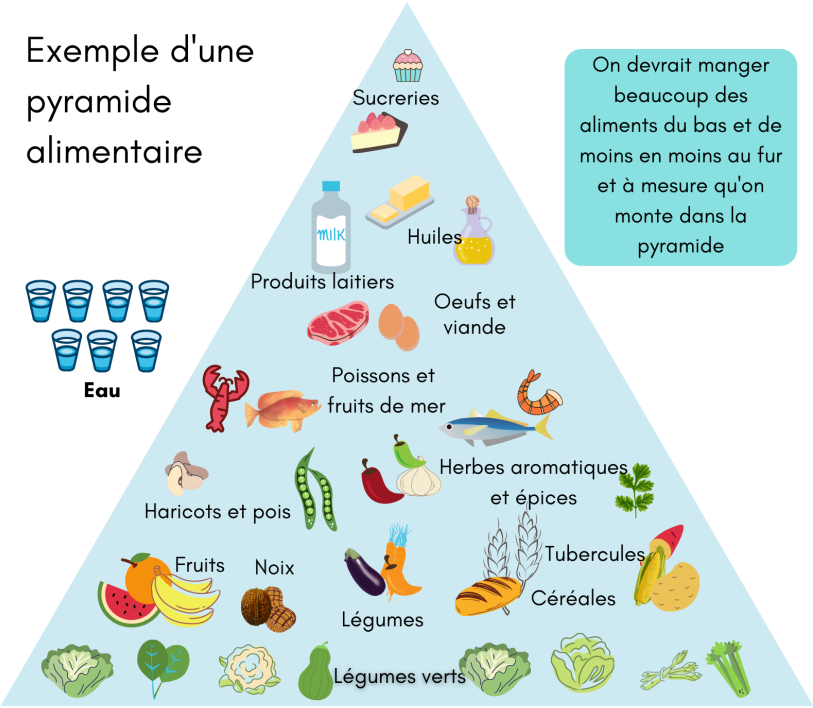
## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église doit maintenant réviser l'analyse de la situation et préparer un plan de travail conforme au champ d'application choisi. Le plan de travail doit permettre aux participant-e-s d'adapter les problématiques internationales ou nationales au contexte local et de soutenir des solutions locales.

**Éducation:** l'éducation pour une alimentation saine doit notamment couvrir les domaines suivants: les différents groupes d'aliments; un régime alimentaire équilibré; la pyramide alimentaire; les étiquettes des aliments; la valeur nutritive; les rations alimentaires recommandées, surtout pour les aliments gras et sucrés; la production alimentaire (terres, pratiques agricoles); l'importation et l'exportation; l'accès; l'accessibilité financière; la disponibilité; le stockage; la qualité; la fiscalité; etc. En outre, seront abordées les restrictions alimentaires imposées aux personnes souffrant de diabète ou d'hypertension. Des supports informatifs, pédagogiques et de communication peuvent également être conçus et utilisés.

**Action:** voici quelques exemples de mesures concrètes que les Églises peuvent prendre: proposer des ateliers de cuisine, élaborer des recettes de cuisine saines, organiser des compétitions amicales, créer des marchés paysans, servir des aliments sains aux réceptions de l'Église, concevoir une pyramide alimentaire, planter des potagers (sur le terrain de l'Église ou chez soi).

**Plaidoyer:** mener des activités de plaidoyer sur les goulots d'étranglement politiques, systémiques et environnementaux qui




pèsent sur la chaîne alimentaire – production, accès, accessibilité financière, stockage, qualité, fiscalité, commercialisation, aliments enrichis, aliments malsains dans les écoles, aliments sucrés et salés, sodas, restauration rapide, etc.

**Témoignage public:** toute personne membre de l'Église ayant de influence dans l'un des domaines visés par les activités de plaidoyer et qui agit.

## Ressources

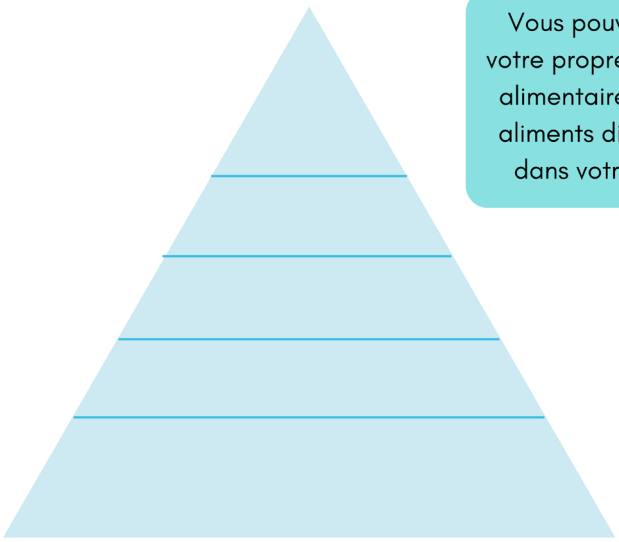
1. Conseil œcuménique des Églises, Les dix commandements de la nourriture. https://www.oikoumene.org/fr/resources/documents/ten-commandments-of-food

2. Pour de plus amples informations sur l'élaboration et l'utilisation de la pyramide alimentaire, consulter la Pyramide de l'alimentation équilibrée. **https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-pyramid**

## Critères de réussite

1. Des discussions sur des questions de santé ont été proposées (par participant-e, personne-ressource, sujet).
2. Une pyramide alimentaire est élaborée.
3. Les problèmes politiques, systémiques et environnementaux sont identifiés.
4. Des témoignages ou des comptes rendus d'activités de plaidoyer et/ou de témoignage public sont fournis.

Ma pyramide alimentaire



Vous pouvez créer votre propre pyramide alimentaire avec les aliments disponibles dans votre région

CHAPITRE 8

# Mener une vie active

Ce chapitre aide l'Église à élaborer des plans de travail pour la promotion de modes de vie actifs.

## Argument

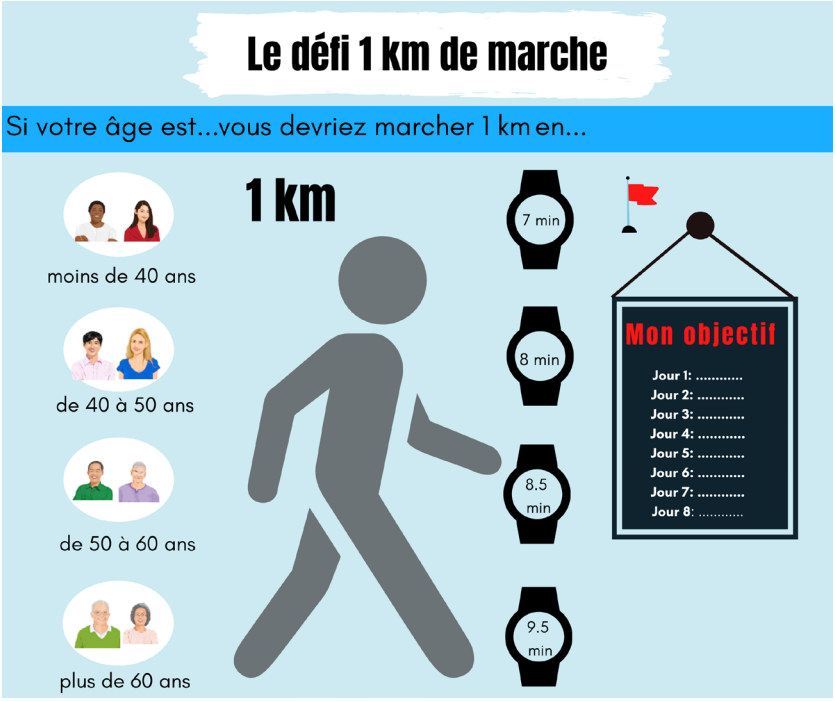
Les raisons bibliques et sanitaires de faire de l'exercice sont nombreuses. En bien des passages, la Bible utilise l'image de l'exercice physique, des marathons et d'autres activités intenses pour illustrer les disciplines spirituelles que sont l'endurance, la discipline, le travail acharné, la maîtrise de soi et la sainteté (He 12, 1; 1 Co 9, 24-27). La Bible confirme que l'exercice physique est précieux (1 Tm 4, 8), bien que dans une moindre mesure que la piété. L'exercice physique perd de sa valeur lorsqu'il mène à une obsession vaine de l'apparence physique, ne relie pas à une réalité spirituelle ni n'apporte de bienfaits spirituels.

Des modes de vie actifs, et l'exercice physique en particulier, nous aident à prendre soin de notre corps et donc à honorer Dieu, à observer une discipline personnelle (en gardant l'excès de gourmandise à distance) et à lutter contre le vice de la paresse. Nos corps imparfaits seront ressuscités un jour, mais entre temps, en bonne-s intendant-e-s, nous nous devons de les maintenir en bonne santé et prêts pour ce à quoi Dieu nous appelle. Au moment le plus difficile d'un exercice physique, nous passons de ce qui est confortable à ce qui est nécessaire, nous transcendons de l'effort vers la grâce et déclarons avec Saint-Paul: «Je peux tout en celui qui me rend fort» (Ph 4, 13).

Une activité physique régulière et adaptée améliore la santé cardiovasculaire, pulmonaire, musculaire, osseuse et articulaire, réduit les risques de maladies non transmissibles et de dépression, et favorise un équilibre calorique et un contrôle du poids. Mener une vie active demande de déployer des efforts personnels et collectifs, mais aussi de mener des interventions efficaces et culturellement acceptables.

## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église doit maintenant réviser l'analyse de la situation et préparer un plan de travail conforme au champ d'application choisi. Le plan de travail doit permettre aux participant-e-s d'adapter les problématiques internationales ou



| | Points clés de l'éducation à la santé | Exemples de mesures concrètes* | Exemples de thématiques de plaidoyer | Exemples de témoignage public |
|---|---|---|---|---|
| **Veines** | • Comment le sang circule-t-il dans les veines, thrombose et embolie | • Marcher toutes les heures en cas de posture statique | • Promouvoir la santé au travail | Dans votre sphère d'influence, que pouvez-vous faire pour le promouvoir? p. ex.<br>• les enseignant-e-s peuvent promouvoir des goûters sains<br>• les professeur-e-s d'université peuvent mener des études sur l'activité physique<br>• les entrepreneurs et entrepreneuses peuvent favoriser une alimentation saine<br>• les personnalités des médias peuvent introduire des programmes sur la santé<br>• différents groupes peuvent parrainer des compétitions amicales<br>• les personnalités politiques peuvent introduire une législation adaptée<br>• des groupes peuvent créer des outils et rédiger des messages sur les médias sociaux |
| **Muscles, os et articulations** | • Les facteurs ayant une incidence sur la force musculaire et osseuse, p. ex. l'âge, les hormones, les micronutriments | • Faire de l'exercice modéré, p. ex. cyclisme, course à pied, aérobique, jeux, marche, étirements<br>• Renforcer les principaux groupes musculaires, p. ex. squats, pompes<br>• L'intensité varie selon l'âge<br>• Chemins de randonnée autour de l'église | • Proposer des installations pour y faire de l'exercice physique régulièrement<br>• Fournir des routes sûres et praticables à pied<br>• Concevoir des bâtiments qui promeuvent (et non décourageant) l'exercice physique, p. ex. des escaliers visibles, un stationnement à l'arrière du bâtiment<br>• Mettre à disposition des services de dépistage des maladies cardiovasculaires et pulmonaires<br>• Lever les taxes sur le matériel et les équipements qui favorisent un mode de vie actif | |
| **Cœur et poumons** | • Santé cardiovasculaire<br>• Santé pulmonaire | • Exercices vigoureux, p. ex. cyclisme, natation, course à pied, corde à sauter, aérobique, danse<br>• Surveiller la pression artérielle | | |
| **Équilibre calorique et contrôle du poids** | • Besoins énergétiques quotidiens, stockage calorique<br>• Dépense calorique par activité | | | |
| **Musculation** | • Ne fait pas partie du programme des Églises au service de la promotion de la santé | | | |

nationales au contexte local et de concevoir des solutions locales. Par ailleurs, les exigences particulières des personnes ayant des capacités physiques limitées du fait de leur âge, d'un handicap ou d'une maladie doivent être respectées.

L'intensité, à savoir le nombre de minutes par semaine pour chaque type d'activité, dépend de l'âge et de la condition physique des participant-e-s. Les personnes ayant des capacités limitées doivent s'en tenir à ce qu'elles peuvent faire. Par exemple, l'aérobique en fauteuil roulant permet aux personnes à mobilité réduite de faire de l'exercice de manière adaptée en restant assises sur leur fauteuil. L'exemple de la campagne «1 km Walking Challenge» (Challenge 1 km de marche) révèle dans quelle mesure un programme peut être adapté aux capacités de chacun-e.

## Ressources

1. Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030: des personnes plus actives pour un monde en meilleure santé. **http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf**
2. National Health Service (Service des soins de santé britannique). Physical activity guidelines for children, young people, adults, and older adults. **https://www.nhs.uk/live-well/exercise/?tabname=how-much-exercise**

## Critères de réussite

1. Des moniteurs sportifs et monitrices sportives sont identifié-e-s et formé-e-s.
2. Un programme d'activités physiques en groupe a été mis en place (en fonction de l'âge et du sexe des participant-e-s ainsi que du type d'activité proposé).
3. Les problèmes politiques, systémiques et environnementaux sont identifiés.
4. Des rapports et des témoignages personnels prouvant une amélioration de la condition physique sont proposés.

CHAPITRE 9

# Éviter l'abus d'alcool

Ce chapitre aide l'Église à élaborer des plans de travail qui permettent à ses membres de réduire leur consommation d'alcool.

## Argument

L'alcool est une substance intoxicante qui agit sur différents processus et structures du système nerveux central, accroît le risque de blessures intentionnelles ou non intentionnelles et a des effets délétères sur la vie sociale. L'alcool a des effets toxiques importants sur les systèmes cardiovasculaire et digestif. L'éthanol, la forme chimique la plus élémentaire de l'alcool, est désormais classé comme substance cancérigène. La consommation d'alcool contribue à trois millions de décès par an dans le monde, ainsi qu'à des handicaps et à une dégradation de la santé de millions de personnes. Toute consommation d'alcool est associée à certains risques sanitaires à court et à long terme, il est dès lors difficile de définir un seuil universel applicable à tous et à toutes déterminant ce qu'est une consommation à faible risque. L'alcool est présent dans différentes boissons, à l'instar du vin, de la bière, du whisky et du rhum, qui sont fabriquées de différentes manières et dans diverses régions du monde, à une échelle industrielle ou locale.

L'alcool est mentionné dans les deux testaments de la Bible, comme traitement (contre les maux courants tels que les blessures, les ulcères d'estomac et l'indigestion), comme inhibiteur mental pour

les personnes visées par la peine capitale ou encore comme boisson accompagnant les célébrations et les réjouissances. Le vin est utilisé dans la sainte communion pour symboliser le sang sacrificiel de Jésus Christ et la joie éternelle du royaume de Dieu.

Toutefois, la Bible réprouve la folie et la souffrance causées par l'abus d'alcool. Les Églises doivent donc aider à lutter contre les conséquences médicales, sociales et économiques de la consommation abusive d'alcool par ses membres et dans la société. De l'aide doit être apportée tant aux individus qu'à leurs proches touchés par l'abus d'alcool.

## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église doit maintenant réviser l'analyse de la situation et préparer un plan de travail conforme au champ d'application choisi. Le plan de travail doit permettre aux participant-e-s d'adapter les problématiques internationales ou nationales au contexte local et de soutenir des solutions locales.

**Éducation:** les discussions sur des questions de santé doivent notamment porter sur les conséquences médicales, sociales et économiques de l'alcool, les sources locales d'alcool (importé ou brassé localement), la teneur en alcool des différentes boissons, ainsi que la législation et les politiques locales qui en réglementent la production, la vente et la consommation.

**Action:** parmi les mesures concrètes que peuvent prendre les Églises figurent la mise en place de services de conseil, de groupes de soutien tels que les Alcooliques anonymes et d'un accompagnement pastoral.[1]

**Plaidoyer:** mener des activités de plaidoyer sur les facteurs politiques, systémiques et légaux favorisant et faisant la promotion de la consommation et de l'abus d'alcool: fabrication locale, importation, publicité, parrainage, limite d'âge, etc.

**Témoignage public:** toute personne membre de l'Église ayant une influence dans l'un des domaines visés par les activités de plaidoyer et qui agit.

## Ressources

1. Rapport de situation mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

1. L'accompagnement implique de cheminer ensemble, aux côtés de quelqu'un ou avec les autres, en solidarité, pour que leur cheminement devienne le nôtre, à l'image des deux disciples et de Jésus en route vers Emmaüs.

## Critères de réussite

1. Les problématiques PSE sont identifiées.
2. Des mesures concrètes sont prises au sein de l'Église.
3. Des rapports et des témoignages personnels sont proposés.

CHAPITRE 10

# Dire «non» au tabac

Ce chapitre aide l'Église à mettre en place des plans de travail pour éliminer le tabagisme.

## Argument

Le tabac et sa consommation ne sont pas mentionnés dans la Bible. Il est estimé que plus d'un milliard de personnes fument dans le monde, et que plus de six mille milliards de cigarettes sont fumées tous les ans, en sus d'autres méthodes de consommation telles que le tabac à priser, à mâcher et à tremper.

Il n'existe aucun bienfait connu du tabagisme. Au contraire, le tabac contient des centaines de produits chimiques qui développent une accoutumance et provoquent des maladies mortelles, en particulier le cancer. Plus de six millions de personnes meurent chaque année du tabagisme et près d'un million de décès sont causés par le tabagisme passif. Le tabac présente également des dangers sociaux, économiques et environnementaux, car il est responsable du remplacement de cultures vivrières sur des terres arables, de l'utilisation excessive de pesticides chimiques, de la déforestation, de la pollution des réserves en eau, du recours au travail des enfants, de la réduction des revenus des ménages, etc. Près de 730 milliards de dollars des 770 milliards de dollars que pesait l'industrie mondiale du tabac en 2017 étaient aux mains de cinq entreprises uniquement, alors

que les agriculteurs, agricultrices et les travailleurs et travailleuses des usines en bas de la chaîne d'approvisionnement sont laissé-e-s dans la pauvreté.

Les gouvernements font preuve d'autorité pour contrôler la consommation de tabac, notamment en appliquant des taxes plus élevées, en limitant la publicité et imposant des restrictions sur les emballages. Les Églises, quant à elles, disposent d'autres outils. Nos corps sont des temples de l'Esprit Saint et nous sommes appelé-e-s à en prendre soin. Nous sommes également appelé-e-s à être des intendant-e-s responsables du monde – de l'environnement naturel comme de ses systèmes socioéconomiques.

## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église doit maintenant réviser l'analyse de la situation du tabagisme et préparer un plan de travail conforme au champ d'application choisi. Le plan de travail doit permettre aux participant-e-s d'adapter les problématiques internationales ou nationales au contexte local et de soutenir des solutions locales.

**Éducation:** les discussions sur la santé doivent porter notamment sur les conséquences médicales, sociales et économiques du tabagisme, les sources de tabac (importé, fabriqué ou local), le tabagisme passif, les différentes manières de consommer du tabac (p. ex. tabac à fumer, à priser, à mâcher), la législation et les politiques locales réglementant sa production, transformation et consommation, ainsi que les moteurs économiques du tabagisme.

**Action:** parmi les mesures concrètes que peuvent prendre les Églises figurent l'accompagnement pastoral, des services de conseil pour un sevrage tabagique, des groupes de soutien et une assistance téléphonique pour arrêter de fumer.

**Plaidoyer:** mener des activités de plaidoyer sur les facteurs politiques, systémiques et légaux qui promeuvent la production et la consommation de tabac: les pratiques foncières, la production locale et l'importation, la publicité, le parrainage, les limites d'âge, les mesures incitatives, ou encore par les aides versées aux agriculteurs et agricultrices pour tourner le dos à la culture du tabac vers des cultures alternatives, ainsi que les législations et règlements relatifs aux zones non-fumeur.

**Témoignage public:** toute personne membre de l'Église ayant une influence dans l'un des domaines visés par les activités de plaidoyer et qui agit.

## Ressources

1. Mwai Makoka, «Journée mondiale sans tabac», dans *Les Églises au Service de la Promotion de la Santé: réflexions sur la santé et la guérison pour les Églises lors des Journées mondiales de la santé* (Genève, WCC Publications, 2020), 27–30. **https://www.oikoumene.org/fr/resources/publications/health-promoting-churches**

## Critères de réussite

1. Des mesures concrètes sont prises au sein de l'Église.
2. Des témoignages personnels des membres de l'Église ayant arrêté de fumer sont fournis.
3. Des activités de plaidoyer PSE sont menées à bien.

CHAPITRE 11

# Veiller sur sa santé mentale

## Argument

La santé mentale est un élément vital du bien-être d'une personne, et ce, tout au long de sa vie: elle concerne la conscience de soi, la capacité à gérer ses émotions et à affronter les problèmes. Contrairement à d'autres maladies, les troubles mentaux ne se manifestent pas par les symptômes habituels que sont la douleur, les gonflements ou la fièvre, mais se révèlent principalement par des anomalies observées au niveau des pensées, des émotions, du comportement ou par un changement dans le rapport aux autres. Les troubles mentaux touchent une personne sur dix à tout moment et 25% de la population mondiale souffre à un moment donné de troubles mentaux. Les troubles mentaux les plus répandus sont notamment:

- La dépression, qui plonge les personnes qui en souffrent dans un état de perpétuelle tristesse et de perte d'intérêt pour les activités du quotidien et touche plus de 300 millions de personnes dans le monde.
- Le suicide, qui emporte près d'un million de vies tous les ans, surtout chez les jeunes, et est associé à la dépression, l'abus d'alcool et divers problèmes socioéconomiques.

- La démence, surtout parmi les plus âgé-e-s, qui englobe les maladies affectant la mémoire, les capacités cognitives et le comportement à un degré suffisant pour perturber la capacité des personnes touchées à pouvoir vivre normalement.
- Les troubles de l'humeur, qui se manifestent par de profonds bouleversements de l'humeur entravant les activités du quotidien, dont relèvent les troubles maniacodépressifs et bipolaires.
- Les troubles neurologiques, dont l'épilepsie, les migraines chroniques, la maladie de Parkinson, les complications d'un AVC et autres.

Alors que les troubles mentaux manifestes sont facilement reconnaissables, la plupart de ces troubles sont habituellement plus discrets et par là même, largement incompris et éclipsés par la stigmatisation, les idées fausses, les préjugés et les superstitions. La bonne nouvelle est que la plupart des troubles mentaux peuvent être évités et traités, ou du moins contrôlés pour améliorer la qualité de vie des personnes touchées et de leurs proches.

Les Églises ont un grand rôle à jouer dans la promotion de la santé mentale – en premier lieu, auprès de leurs membres, puis au sein de la communauté. De fait, les études révèlent que la foi est associée à une plus grande espérance, elle donne un sens à la vive, améliore l'estime de soi, nourrit l'optimisme et la satisfaction dans la vie, diminue les taux de suicide, de consommation d'alcool et de drogues, et réduit la délinquance.[1] Les Églises sont appelées à faire resplendir la lumière de l'Évangile d'espérance et de paix sur les ténèbres peuplées de honte, de peur, d'incompréhension, de stigmatisation, de criminalisation et de

1. S. Dein, «Against the Stream: Religion and Mental Health—The Case for the Inclusion of Religion and Spirituality into Psychiatric Care», *BJPsych Bulletin* 42: 3 (2018), 127–29. doi:10.1192/bjb.2017.13.

### *Contexte de la santé mentale dans le monde*

Avant l'arrivée du COVID-19, les statistiques sur les maladies mentales (notamment les troubles dus à la consommation de substances psychotropes, les risques de suicide et les handicaps psychosociaux et intellectuels y afférents) étaient déjà alarmantes.

- La dépression et l'anxiété font perdre chaque année plus de mille milliards de dollars américains à l'économie mondiale.
- La dépression touche 264 millions de personnes dans le monde.
- Près de la moitié des troubles mentaux se manifestent dès l'âge de 14 ans, et le suicide est la deuxième cause de mortalité des jeunes âgés de 15 à 29 ans.
- Plus d'une personne sur cinq vivant dans des contextes de conflits souffre de troubles mentaux.
- Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères décèdent 10 à 20 ans plus tôt que la population globale.
- Moins de la moitié des pays sont dotés de politiques en matière de santé mentale conforment aux conventions relatives aux droits humains.
- Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, entre 76% et 85% des personnes souffrant de troubles mentaux ne reçoivent aucun traitement, alors que les faits prouvent que des interventions efficaces sont possibles, quel que soit le revenu national.
- Dans le monde, moins d'un-e professionnel-le de la santé mentale est en exercice pour 10 000 habitant-e-s.
- Les violations des droits humains des personnes souffrant de troubles mentaux sévères sont légion dans tous les pays du monde.

Source: note de synthèse des Nations Unies: la santé mentale dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, 13 mai 2020, p5

superstition qui entourent les maladies mentales. Les Églises doivent déployer des efforts délibérés pour faire vivre un Évangile guérisseur et non pas nuisible.

## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église (CSE) doit procéder à une évaluation de référence de la santé mentale au sein de sa communauté. L'**annexe 7** propose un outil simple d'évaluation de la perception qu'ont les membres d'une Église des questions de santé mentale, de leurs causes et des services éventuellement disponibles. Le CSE doit inclure les questions de santé mentale dans les activités du programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS).

**Éducation:** l'objectif ici est d'aider les Églises à développer leurs connaissances en santé mentale, c'est-à-dire à avoir des connaissances de base et des croyances adaptées à la prévention, reconnaissance et gestion des troubles mentaux. L'ESPS doit prévoir ce qui suit:

1. savoir comment maintenir et promouvoir une bonne santé mentale;
2. comprendre les fondamentaux des troubles mentaux et de leurs traitements;
3. éliminer toute stigmatisation des maladies mentales;
4. adopter une attitude qui favorise l'appel à l'aide en cas de difficultés liées à la santé mentale au sein de la congrégation;
5. avoir des connaissances sur les caractéristiques clés de la santé mentale.

Il est recommandé au CES de s'appuyer sur les professionnel-le-s de la santé mentale au sein de la congrégation ou de la communauté pour animer les discussions prévues sur des questions de santé. De

surcroît, le CES peut puiser dans la puissance des témoignages des membres de l'Église ayant connu des troubles mentaux et prêts à partager leurs expériences pour mieux les comprendre. Notons surtout que l'attitude et la perception des pasteur-e-s et des responsables d'Églises vis-à-vis de la santé mentale pèseront sur la réussite des efforts déployés.

**Action:** toute la beauté de la santé mentale est que de nombreuses activités destinées à améliorer d'autres aspects de la vie humaine sont également positives pour la santé mentale, comme la pratique d'une activité physique régulière, une alimentation saine, un sommeil régulier et la non-consommation de drogue et d'alcool. Le CES doit par conséquent comprendre que d'autres domaines de l'ESPS contribuent également à la santé mentale.

D'autres mesures sont envisageables, comme créer une équipe d'intervenant-e-s en santé mentale et les former aux premiers secours dans ce domaine, au conseil et au soutien des personnes touchées par des troubles mentaux et de leurs proches. «Le patient ou la patiente avec un problème émotionnel est souvent seul-e et isolé-e, avec un besoin vital de se sentir appartenir à la communauté. La congrégation a, dans sa structure même, la capacité de guérir l'isolement de cette personne.»[2]

**Plaidoyer:** l'Église peut prêter sa voix aux campagnes de défense des droits humains et de la dignité des personnes en butte avec des difficultés de santé mentale, p. ex. adoption de lois qui dépénalisent les tentatives de suicide, augmentation des budgets alloués à des services de qualité et équitables de prévention, traitement et soin des maladies mentales et en améliorer l'accès, promotion de la formation, du recrutement et de la rétention de professionnel-le-s de la santé

2. J. Knight. «Introduction», dans H.J. Clinebell Jr, *Mental Health Through Christian Community* (Nashville: Abingdon, 1972). **https://www.religion-online.org/book/the-mental-health-ministry-of-the-local-church**

mentale. La gestion inadaptée de crises relevant de la santé mentale, surtout de la part des forces de police, doit être dénoncée.

**Témoignage public:** tout membre de l'Église qui a connu des difficultés de santé mentale et qui est prêt à partager ouvertement son expérience doit être encouragé à le faire auprès de l'ensemble de la congrégation, des groupes de jeunes et des groupes d'hommes et de femmes. Cela permet de démythifier le sujet et donc de réduire la stigmatisation à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux. Une nouvelle rhétorique devient possible permettant à l'Église d'inclure tout le monde et toutes les déchirures, qu'elles soient physiques, mentales ou spirituelles.

## Ressources


1. Mwai Makoka, *Les Églises au Service de la Promotion de la Santé: réflexions sur la santé et la guérison pour les Églises lors des Journées mondiales de la santé.* (Genève, WCC Publications, 2020), 38–41. **https://www.oikoumene.org/fr/resources/publications/health-promoting-churches**
2. Ensemble d'outils à l'occasion de la Journée internationale de la jeunesse œcuménique 2020: les jeunes et la santé mentale (Genève, WCC Publications, 2020). **https://www.oikoumene.org/resources/documents/iyd-2020-toolkit**
3. Webinaire célébrant la Journée internationale de la jeunesse œcuménique, 12 août 2020. Consulté le 30 novembre 2020. **https://youtu.be/_oBp8ToiGh0**
4. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 (Genève, OMS, 2013).
5. Mental Health First Response. **https://www.mhfirstresponse.org**
6. H. J. Clinebell, Jr, *The Mental Health Ministry of the Local Church*. Religion Online. **https://www.religion-online.org/book/the-mental-health-ministry-of-the-local-church**

## Critères de réussite

1. Des discussions sur la santé mentale ont lieu.
2. Les premières personnes intervenantes en santé mentale et une équipe de conseil ont été désignées, formées et sont en activité.
3. Les problèmes politiques, systémiques et environnementaux (PSE) sont identifiés et ont la priorité.
4. Des activités de plaidoyer sont déployées en matière de PSE.
5. La connaissance des problématiques locales de santé mentale s'élargit.

CHAPITRE 12

# Vaincre la tuberculose

## Argument

La tuberculose est l'une des dix premières causes de décès dans le monde. Elle peut toucher toutes les parties du corps, et plus particulièrement les poumons. Près d'un tiers de la population mondiale est touchée par la tuberculose latente, c'est-à-dire infectée par la bactérie responsable de la tuberculose sans être (encore) malade et sans capacité de la transmettre. Lorsqu'une personne développe une forme active de la tuberculose, les symptômes (tels que le fait de tousser ou de cracher du sang, de la fièvre, des sueurs nocturnes ou une perte de poids) peuvent être légers pendant de nombreux mois. Aussi les délais peuvent-ils être prolongés avant que les services de santé ne soient contactés, avec pour résultat une période transmission de la maladie prolongée au sein du foyer, dans le voisinage et sur le lieu de travail.

Les principaux facteurs de risque de la tuberculose sont les infections au VIH, le diabète, la malnutrition, la consommation d'alcool et le tabagisme. La malnutrition accroît les risques de tuberculose, mais la tuberculose est également une cause de malnutrition. En outre, certaines populations sont plus vulnérables à la tuberculose, comme les personnes vivant dans des environnements surpeuplés (notamment les prisons, les maisons de retraite, les camps de réfugié-e-s et les bidonvilles), les sans-abris, les mineur-e-s et les

personnes exposées à la silice, ainsi que les professionnel-le-s de la santé qui prennent en charge les patient-e-s atteint-e-s de tuberculose. Sont également à haut risque les personnes ayant un système immunitaire déficitaire, notamment celles souffrant de graves maladies rénales, de cancer et ayant subi une greffe d'organe, les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées, chez qui la tuberculose latente peut devenir active. De manière générale, la pauvreté est le principal facteur sous-jacent de la tuberculose. Une approche intégrée est dès lors requise pour contrôler la charge de la tuberculose et ses facteurs de risque, ainsi que ses causes.

La tuberculose peut se soigner, mais la réussite du traitement dépend de son identification précoce et d'un traitement adapté. D'autre part, il est essentiel que les services de santé, y compris les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, veillent à la continuité des services de prise en charge de la tuberculose pendant la riposte au COVID-19. La stigmatisation et la discrimination sont des obstacles majeurs à un bon contrôle de la tuberculose. Les Églises sont bien placées pour déployer des activités communautaires viables permettant une identification précoce et un traitement efficace de la tuberculose, mais aussi pour aider à combattre les différents facteurs de risque socioéconomiques.

Trois millions de cas de tuberculose dans le monde sont «ratés» sur les 10 millions de nouveaux cas estimés chaque année. Le programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) pourrait être un outil rentable de renforcement des stratégies d'identification des cas actifs de tuberculose grâce à la recherche de contacts, l'envoi de patient-e-s présumé-e-s vers les centres de santé les plus proches pour se faire diagnostiquer, l'accompagnement de l'observance du traitement pour éviter toute résistance aux médicaments, et l'offre de soins communautaires pour améliorer l'accessibilité aux services de traitement de la tuberculose. Une bonne alimentation, l'exercice physique et l'abstinence en matière d'alcool et de tabac contribueront

à la prévention et au contrôle de la tuberculose. De même, l'éducation à la santé, les mesures concrètes, les activités de plaidoyer et le témoignage public sont autant d'interventions communautaires efficaces utiles non seulement pour prévenir la tuberculose, mais aussi pour en réduire la stigmatisation et la discrimination.

## Étapes à suivre

**Planification:** le Comité de santé de l'Église (CSE) doit accéder aux données relatives à la tuberculose auprès des programmes nationaux contre la tuberculose et les examiner pour comprendre les principaux enjeux liés à la maladie. Une analyse de la situation permet d'avoir accès aux dernières informations sur les enjeux de la tuberculose dans la région ou communauté concernée et les principaux défis et obstacles que connaissent les services de prise en charge de la tuberculose. Une fois la décision prise d'inclure la tuberculose dans l'ESPS, il revient au CSE de déterminer les domaines d'intervention en fonction des besoins identifiés et des capacités de l'Église. Les interventions peuvent se faire dans divers domaines, notamment la promotion du diagnostic précoce par la recherche de contacts, la collecte et le transport d'échantillons de crachats vers le centre de diagnostic le plus proche, l'accompagnement de l'observance du traitement pour les patient-e-s atteint-e-s de tuberculose grâce à une prise en charge à domicile et communautaire, une assistance dans le domaine de l'enregistrement et de la communication pour accroître la qualité et la fiabilité des données.

**Éducation:** les thèmes suivants doivent être enseignés: quelles sont les causes de la tuberculose, comment est-elle transmise, diagnostiquée et traitée, quels sont les types de tuberculose, la recherche de contacts, les facteurs qui augmentent les risques, les questions de stigmatisation et de discrimination, la résistance aux médicaments, l'observance du traitement, etc.

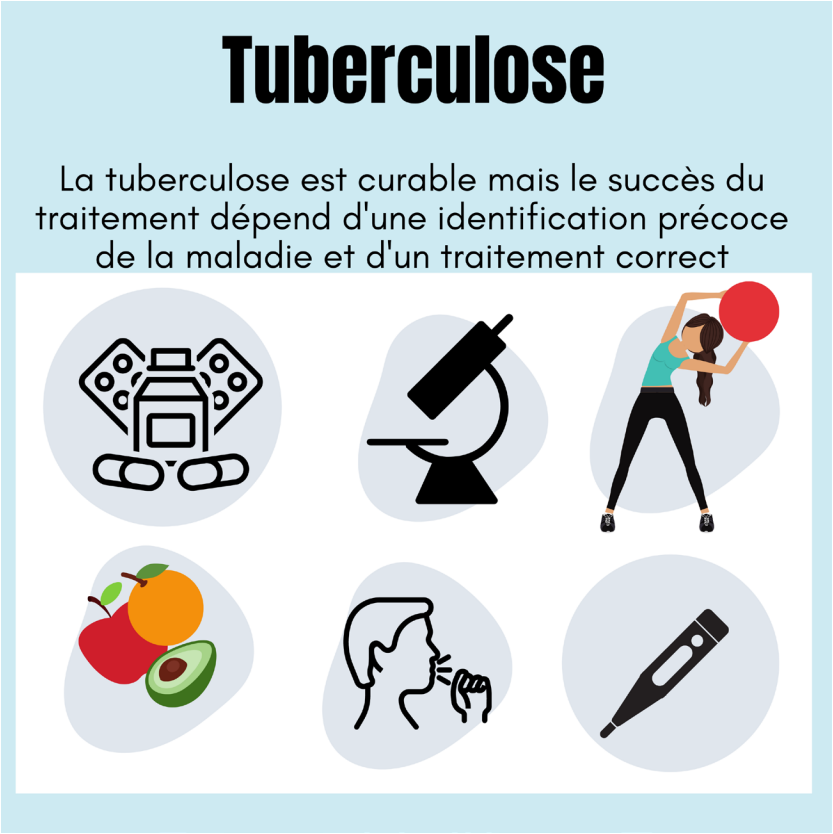
**Action:** les actions en matière de tuberculose doivent être menées en consultation avec les autorités sanitaires locales. Parmi les actions concrètes pouvant être déployées figurent la recherche de contacts au sein de l'Église et de la communauté; l'envoi de cas présumés vers les centres de santé; le fait de faire ou de faciliter la collecte et le transport d'échantillons de crachats; l'accompagnement de l'observance du traitement; la création de points de collecte des médicaments; et la création de programmes socioéconomiques de soutien aux personnes et familles touchées par la tuberculose.

**Plaidoyer:** le CES peut mener des activités de plaidoyer pour sensibiliser les décideurs et parties prenantes au besoin de lutter contre facteurs socioéconomiques aggravants de la tuberculose, y compris les obstacles auxquels les patient-e-s et leurs proches sont confronté-e-s dans la lutte contre la maladie. Dans certains pays, les gouvernements et les partenaires de développement ont mis sur pied des fonds d'équité et/ou des couvertures d'assurance maladie pour réduire le fardeau financier de la tuberculose subi par les familles et les personnes touchées. Le CES peut prêter main-forte à ces initiatives. La participation à la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose est également une manière de rappeler les enjeux et les réussites de cette lutte.

**Témoignage public:** le CES peut offrir une plateforme aux personnes guéries de la tuberculose afin qu'elles puissent partager publiquement leurs expériences dans le but de lever la peur, la stigmatisation et la discrimination liées à cette maladie. Les membres de l'Église doivent également pouvoir rejoindre la lutte contre la tuberculose par tous les moyens à leur disposition.

## Ressources

1. Mwai Makoka, «Journée mondiale de lutte contre la tuberculose» dans *Les Églises au Service de la Promotion de la Santé: réflexions sur la santé et*




*la guérison pour les Églises lors des Journées mondiales de la santé.* (Genève, WCC Publications, 2020), 13-15. **https://www.oikoumene.org/fr/resources/publications/health-promoting-churches**

2. Organisation mondiale de la santé, «Tuberculose: comorbidités et facteurs de risque». **https://www.who.int/activities/addressing-tb-comorbidities-and-health-related-risk-factors**
3. Treatment Action Group, «Know Your Rights: Tuberculosis Prevention, Diagnosis, and Treatment Guide» (août 2019), 1–6. **https://www.treatmentactiongroup.org/publication/know-your-rights-tuberculosis-prevention-diagnosis-and-treatment-guide/**

## Critères de réussite

1. Une analyse de la situation de tuberculose est menée.
2. Des interventions relatives à la tuberculose sont prévues dans le cadre de l'ESPS.
3. Des personnes sont touchées par les campagnes de sensibilisation communautaires.
4. Les cas suspectés de tuberculose sont envoyés vers les hôpitaux pour poser un diagnostic et trouver un traitement.

CHAPITRE 13

# Suivi et évaluation

Ce chapitre aide l'Église à créer, améliorer et soutenir l'Église en tant que communauté porteuse de guérison au moyen d'activités et de prises de décision factuelles.

## Argument

**Le suivi** fait référence à un processus organisé de vérification et de supervision du bon déroulement des activités de sorte à atteindre les résultats escomptés. **L'évaluation**, quant à elle, est un processus de confirmation que les résultats ont bien été atteints ou sont en voie de l'être. La plupart des résultats d'un programme ne sont visibles qu'au bout de plusieurs mois. Entre temps, nous nous fions donc au suivi des données pour vérifier si nous faisons ce qu'il faut et de la manière indiquée. Nous avons recours à des **indicateurs** pour mesurer systématiquement les activités et les résultats (encadré page 72).

Si les résultats escomptés sont la destination, les activités du programme en sont le parcours et les indicateurs, les panneaux de signalisation. Ces derniers nous indiquent si nous sommes sur la bonne voie, si nous avançons à la bonne vitesse et si nous sommes arrivé-e-s à la destination prévue. L'importance du processus de suivi et évaluation est expliquée au paragraphe «Documentation» du chapitre 3.

***Caractéristiques d'un bon indicateur***

**Valable:** mesure précisément un comportement, une pratique ou une tâche attendu-e comme produit ou résultat d'une intervention.

**Fiable:** toujours mesurable, en tout temps et selon la même méthode, par toute personne observatrice.

**Précis:** est défini sur le plan opérationnel en des termes clairs.

**Mesurable:** est quantifiable à l'aide des outils et méthodes disponibles.

**Opportun:** fournit une mesure pertinente et appropriée à intervalles réguliers des objectifs et activités du programme.

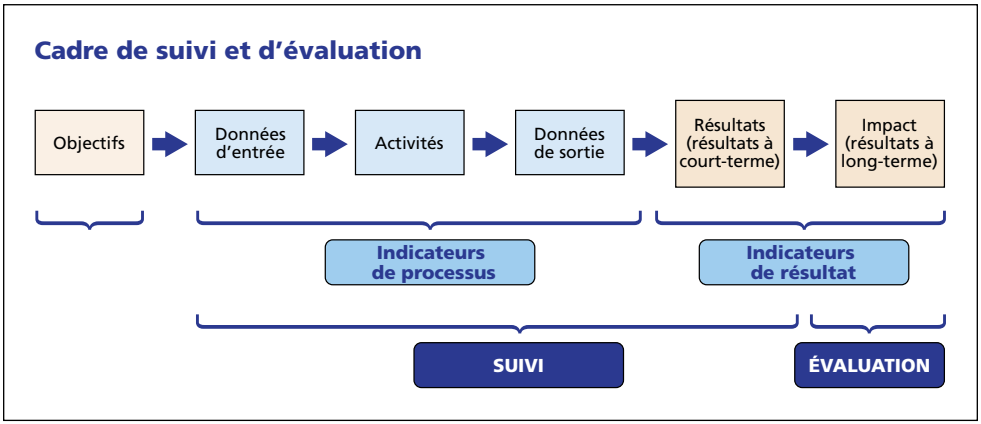
**Pertinent:** est lié au programme ou à l'atteinte des objectifs du programme.

## Étapes à suivre

**Sélection:** sélectionner un ensemble d'indicateurs à suivre: ces derniers doivent être un mélange d'indicateurs de processus (indicateurs d'entrée et de produit) et d'indicateurs de résultats (indicateurs de réalisation et d'impact) qui répondent aux critères énoncés dans l'encadré ci-dessus et les autres descriptions en **annexe 8**.

**Définition:** élaborer et convenir d'un registre d'indicateurs qui détaille les indicateurs à calculer, leur définition, les personnes chargées de les collecter, le moment de la collecte et où les saisir (**annexe 9**). Des indicateurs clés sont proposés dans la section «Critères de réussite» de chaque chapitre.

**Calendrier:** convenir du calendrier selon lequel le Comité de santé de l'Église reçoit et analyse les rapports trimestriels et annuels puis renvoie les commentaires y afférents.




**Collecte des données:** rédiger les formulaires à utiliser dans le cadre de la collecte et communication des données: formulaire de rapport d'activités à utiliser pour chaque activité, formulaire de compte rendu mensuel, etc. Un exemple de formulaire de compte rendu mensuel est proposé en **annexe 10**.

## Ressources

1. Description des indicateurs: **annexe 8**.
2. Exemple de registre d'indicateurs: **annexe 9**.
3. Exemple de formulaire de compte rendu mensuel: **annexe 10**.

## Critères de réussite

1. Registre d'indicateurs en place.
2. Rapports mensuels, trimestriels et annuels rédigés.
3. Les rapports du programme des Églises au service de la promotion de la santé sont soumis et débattus lors des réunions de gouvernance ou les assemblées de l'Église.
4. Les données de suivi sont utilisées dans les processus de prise de décision.

CHAPITRE 14

# COVID-19 et autres problématiques de santé

## Argument

Le programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) en général, et ce manuel en particulier, n'apporte pas de réponse prédéfinie à chacun des enjeux sanitaires qui se présenteraient ni ne prétend aborder l'ensemble des problématiques de santé. Comme mentionné dans l'avant-propos et au **chapitre 2**, l'objectif du présent manuel est de brosser les contours d'un ministère ecclésial de santé dynamique et de proposer des outils ainsi qu'un accompagnement en ce sens. Il est prévu qu'au gré de l'exécution des activités proposées dans le présent manuel, l'Église gagnera en expérience et pourra s'aventurer à couvrir de nouvelles questions sanitaires tout aussi importantes.

Il convient néanmoins de faire attention à deux éléments:

- En premier lieu, le Comité de santé de l'Église (CSE) ne doit pas se précipiter et se saisir trop rapidement d'autres questions sanitaires avant de s'assurer que le programme soit bien implanté. Cela pourrait se solder par un terrible échec qui minerait la confiance et éroderait l'enthousiasme des membres envers le ministère de santé. Le CES doit s'armer de patience et veiller sur

le programme jusqu'à sa phase de croissance avant d'envisager d'en élargir le champ d'application.

- En second lieu, le CES doit veiller à conserver l'équilibre fragile entre l'adhésion aux procédures et outils proposés dans ce manuel et l'adoption de solutions locales. Il lui revient de faire preuve de flexibilité et d'adapter aux contextes locaux les méthodologies et les outils du présent manuel, dont l'objectif n'est pas d'être immuable pour toutes les Églises. Néanmoins, comme mentionné à la **page 15**, s'éloigner radicalement des méthodologies et outils proposés ne fera que rendre la tâche impossible aux différentes Églises utilisatrices d'accorder leurs violons.

Toute question ou problématique de santé peut être abordée avec la même approche: de l'analyse de la situation à la conception d'interventions (éducation, actions concrètes, plaidoyer et témoignage public), l'élaboration d'outils de suivi et évaluation, la création de plans de travail, etc.

## Cadre d'action œcuménique de santé mondiale contre le COVID-19 (reproduction)

Le COVID-19 est un exemple de problématique de santé à laquelle l'ESPS peut considérablement contribuer. Une ressource récemment élaborée par le COE et pouvant être utile est le Cadre d'action œcuménique de santé mondiale contre le COVID-19.[1]

1. Présenté sous la forme d'un feuillet A4, le cadre d'action identifie les principaux défis et les stratégies pour une réponse œcuménique mondiale à la pandémie de COVID-19, tout en recommandant des actions spécifiques. Cet outil fournit des orientations pratiques et simples d'action qui permettent aux communautés religieuses d'avoir un impact sur leurs membres et de toucher un public plus large en cette période difficile. À télécharger (en anglais) ici: **https://www.oikoumene.org/resources/publications/ecumenical-global-health-covid-19-response-framework**

Le cadre indique les principaux défis et les stratégies en vue d'une réponse œcuménique mondiale à la pandémie de COVID-19, en recommandant des actions spécifiques. Il fournit des directives d'action pratiques et simples grâce auxquelles les communautés religieuses peuvent avoir un impact sur leurs membres, et au-delà, en ces temps difficiles. En voici le texte :

> L'Église prend exemple sur le ministère de Jésus en promouvant la santé et la guérison, en trouvant la force dans la faiblesse, en donnant l'exemple d'un leadership serviteur et en témoignant de la puissance et de l'amour du royaume de Dieu. Les églises, lieux de soins physiques, sociaux, émotionnels et spirituels, mettent les gens en contact avec des intervenants de santé et des responsables religieux.
>
> La pandémie COVID-19 a tué beaucoup de gens et a perturbé la vie de beaucoup d'autres. Les effets ne se font pas seulement sentir sur la santé et les soins de santé, mais aussi sur la capacité des familles et des communautés à survivre et à s'épanouir dans un contexte d'incertitude économique croissante. La COVID-19 a en outre créé de nouveaux motifs de stigmatisation. Cela complique les efforts visant à rétablir la santé et la dignité humaine, en particulier pour les personnes victimes de discrimination. Cette pandémie met en évidence la nécessité de la voix et de l'action prophétiques de l'église et son potentiel inégalé pour faire preuve d'amour et de compassion.
>
> Dans ce contexte, des responsables d'églises et de soins de santé de nombreux pays, réunis par le Conseil œcuménique des églises, après y avoir réfléchi, ont élaboré ce cadre pour résumer leur implication face à la pandémie.

## DÉFIS LIÉS À LA PANDÉMIE COVID 19

| Problème | Description succincte et effet locaux | Effet et impact | Populations affectées | Stratégies de résolution | Vision |
|---|---|---|---|---|---|
| « Infodémie » | • Surcharge d'informations et désinformation<br>• L'information est répétée par les réseaux sociaux<br>• Les églises et autres entités de référence manquent d'informations précises<br>• Les théories du complot et les interprétations trompeuses de la théologie qui ont un attrait particulier en ces temps désespérés | • Le flux constant de messages submerge l'esprit des gens, qui risquent de passer à côté d'informations vitales et pertinentes<br>• Le faux détourne du vrai<br>• Les gens sont réticents à suivre les mesures de santé et à prendre des responsabilités personnelles<br>• Les gens prennent des médicaments inadéquats ou ne sont pas vaccinés | • Populations communautaires<br>• Dirigeants d'organisations religieuses et de la société civile<br>• Populations très âgées, incapables de lire, de voir ou d'entendre | • Repérer 2 ou 3 centres de ressources de confiance qui disposent d'informations précises<br>• Veiller à ce que des informations exactes et des messages clairs soient traduits, imprimés, partagés et diffusés dans des contextes de faible niveau d'alphabétisation | • Les gens ont accès à des informations pertinentes et précises |
| Moyens de subsistance menacés pour les travailleurs journaliers ou économiquement marginalisés | • Perturbation des économies locales, des chaînes d'approvisionnement y compris alimentaires, limitant la capacité des individus à gagner de l'argent et à se procurer les biens et services nécessaires<br>• Perturbation des services sociaux, en particulier ceux qui ne peuvent pas être déplacés en ligne, par exemple cantines scolaires ou formation professionnelle | • La faim, car les gens n'ont pas accès à la nourriture<br>• Possibilité de manifestations de masse, d'émeutes ou de déplacements de population<br>• Mauvaise santé et impossibilité d'accéder aux soins de santé ou de les payer | • Les personnes qui n'ont pas de revenus réguliers<br>• Les personnes qui vivent au jour le jour<br>• Les personnes qui perdent leur emploi<br>• La population générale en raison de la réduction des recettes publiques | • Faciliter l'activité économique à petite échelle, par exemple la production d'équipements de protection individuelle et d'autres fournitures en cas de pandémie<br>• Élaborer des guides et des initiatives pour aider les microentreprises et la microfinance via l'église | • Les communautés sont résilientes, indépendantes et disposent des ressources nécessaires pour gérer de manière adéquate la santé de leurs populations |
| Pénurie de compétences et de fournitures dans les établissements de soins de santé confessionnels | • Les structures confessionnelles qui traitent les cas de COVID ne disposent pas des compétences et des fournitures adéquates<br>• Lacunes en prévention des infections, eau/assainissement/hygiène (EAH), fournitures et médicaments<br>• Mauvaise qualité des informations en temps réel entrave la planification | • Pénurie de fournitures<br>• Risques accrus et baisse du moral des agents et du personnel de santé<br>• Augmentation de l'anxiété et des traumatismes chez les travailleurs de la santé | • Populations desservies par les établissements confessionnels<br>• Travailleurs de santé | • Renforcer le leadership et le plaidoyer dans le secteur de la santé<br>• Évaluer les priorités en matière d'eau/assainissement/hygiène (EAH), en particulier dans les établissements qui prennent en charge des patients COVID<br>• Équiper les agents de santé pour qu'ils prennent soin des autres et d'eux-mêmes | • Les prestataires de soins de santé confessionnels gagnent en visibilité en tant qu'acteurs essentiels des systèmes de santé locaux |
| Implication insuffisante des églises | • La population générale souffre d'anxiété et de traumatisme liés à la COVID, ce qui favorise la stigmatisation<br>• Les pasteurs et les dirigeants laïcs ne sont pas pleinement engagés dans la promotion de comportements sains et ont du mal à s'occuper de leurs congrégations. | • La peur et la stigmatisation, qui entravent les comportements sains<br>• Confusion sur la manière de prendre soin des personnes affectées<br>• Actions insuffisantes pour promouvoir la santé, l'hygiène et les comportements de recherche de soins | • Congrégations<br>• Dirigeants d'institutions confessionnelles<br>• Travailleurs de santé | • Soutenir les responsables d'église pour qu'ils proposent des services de santé mentale, des soins à domicile et d'autres formes de soutien<br>• Promouvoir l'œcuménisme et les dialogues interreligieux sur la prévention et les soins | • Les églises et les agents sanitaires confessionnels agissent ensemble au sein des régions pour évaluer les besoins de santé et y répondre |

## STRATÉGIES D'INFORMATION POUR LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES

| Problème | Stratégies | Médias locaux et nationaux | Réseaux nationaux de santé des églises | Dirigeants des églises locales et nationales | Personnes définissant les politiques au niveau national | Décideurs politiques et donateurs |
|---|---|---|---|---|---|---|
| « Infodémie » | • Repérer 2 ou 3 centres de ressources de confiance qui disposent d'informations précises | • Partager les informations de l'OMS et du CDC (Center for Disease Control) avec les médias<br>• Créer des messages et les diffuser sur les réseaux sociaux | • Diffuser des liens et des messages dans les réseaux<br>• Signaler les messages et les sources de problèmes aux régulateurs nationaux | • Élaborer, partager et utiliser les sources d'information approuvées<br>• Partager des expériences, façonner des normes via les médias sociaux | • Les régulateurs de la communication du gouvernement national limitent la diffusion des « fake news » | • Chercher les directives de l'OMS sur la communication de masse<br>• Accréditer des sources d'information et des programmes de formation indépendants |
| | • Veiller à ce que des informations exactes et des messages clairs soient traduits, imprimés, partagés et diffusés dans les groupes peu alphabétisés | • Produire des messages de 3 à 5 minutes dans les langues locales / avec des dessins animés sans paroles | • Produire et utiliser des informations correctes<br>• Communiquer des informations aux centres de santé | • Demander aux dirigeants de discuter et de diffuser des informations correctes<br>• Utiliser les églises et leurs structures pour diffuser des informations crédibles | • Soutenir les réseaux d'impression et de distribution | • Rechercher un soutien au niveau mondial pour la production et la traduction de documents ciblant les personnes peu alphabétisées |
| Moyens de subsistance menacés pour les travailleurs journaliers ou économique-ment margi-nalisés | • Favoriser l'activité économique à petite échelle, comme la production d'équipements de protection individuelle et autres fournitures en cas de pandémie | • Parler de l'expérience de microentreprises | • Acheter et distribuer des produits locaux | • Inviter des unités de développement économique à participer | • Soutenir la formation et le partage des meilleures pratiques<br>• Proposer des prix d'innovation | • Tirer parti des plans de microentreprises |
| | • Élaborer des guides pour aider les microentreprises et la microfinance via l'église | • Partager des histoires sur la microentreprise et la microfinance basées sur la foi | • Créer des histoires et les diffuser par le biais de réseaux | • Promouvoir l'innovation et l'esprit d'entreprise<br>• Créer des comités de soutien dans les églises<br>• Promouvoir l'application à plus grande échelle des stratégies qui marchent | • Faciliter et soutenir les programmes de microfinancement et de microentreprise | • Créer des ententes de partage des coûts et des partenariats public-privé |

(suite)

## STRATÉGIES D'INFORMATION POUR LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES (suite)

| Problème | Stratégies | Médias locaux et nationaux | Réseaux nationaux de santé des églises | Dirigeants des églises locales et nationales | Personnes définissant les politiques au niveau national | Décideurs politiques et donateurs |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pénurie de compétences et de fournitures dans les établissements de soins de santé confessionnels | • Renforcer le leadership et le plaidoyer dans le secteur de la santé | • Souligner le rôle des services de santé confessionnels dans les études de cas sur l'accès, la qualité et la rentabilité | • Faire preuve de leadership auprès du gouvernement et des partenaires<br>• Faciliter les achats groupés<br>• Fournir une formation en matière de plaidoyer | • Positionner les établissements sanitaires confessionnels comme partenaires du système de santé publique | • Planifier les besoins de l'ensemble du système de santé<br>• Soutenir les prestataires confessionnels en matière de formation et de ressources<br>• Impliquer les organisations confessionnelles dans des groupes de travail | • Soutenir les études de cas et l'apprentissage |
| | • Évaluer les besoins en matière de soins intensifs et d'eau/assainissement/hygiène (EAH), en particulier dans les établissements qui prennent en charge des patients COVID | • Partager les données sur les besoins | • Documenter et partager les besoins | • Mobiliser des ressources pour des besoins spécifiques | • Planifier en fonction de la capacité et des besoins de l'ensemble du système de santé | • Sensibiliser par des études de cas |
| | • Équiper les agents de santé pour qu'ils prennent soin des autres et d'eux-mêmes | • Soutenir les agents de santé et partager des messages d'encouragement | • Former des agents de santé<br>• Féliciter les intervenants | • Assurer l'existence d'aumôneries<br>• Encourager les aumôniers à servir les agents de santé | • Veiller à ce que les agents de santé aient un accès équitable à l'information et au soutien | • Soutenir les initiatives de formation et de soin de soi |
| Implication insuffisante des églises | • Soutenir les responsables d'église pour qu'ils proposent des services de santé mentale, des soins à domicile et d'autres formes de soutien | • Partager des histoires de ministères efficaces | • Fournir des contributions et un soutien techniques aux églises | • Soutenir l'éducation à la santé<br>• Intégrer des modules sur la santé et la guérison dans les séminaires<br>• Introduire une formation aux premiers secours psychologiques | • Promouvoir et soutenir les initiatives de soins de santé à but non lucratif | • Soutien aux organisations confessionnelles |
| | • Promouvoir des actions œcuméniques et interconfessionnelles sur la santé holistique | • Organiser et participer à des programmes TV de discussion (talk-shows) | • Créer et mettre en œuvre un module de formation mondial sur le point de vue chrétien concernant la guérison et la santé | | • Susciter et soutenir des discussions avec les organisations confessionnelles sur les effets de la COVID | • Financer des initiatives au niveau national |

Le cadre comporte deux déclarations de positionnement:

- Premièrement, la pandémie nécessite des réponses à court et moyen terme (dans les 18 prochains mois) pour protéger et préserver les vies et les moyens de subsistance
- Deuxièmement, les besoins urgents créent un contexte qui stimule l'avancée vers des objectifs à plus long terme en matière de résilience, de subsistance et de développement.

## Résumé du cadre d'intervention

Notre vision est que les églises adoptent une approche holistique de la santé par le biais de mécanismes qui fournissent:

- des personnes disposant d'informations pertinentes et précises
- des communautés disposant de ressources pour promouvoir la résilience et l'indépendance dans la gestion de leur santé
- les prestataires de soins de santé confessionnels ont la possibilité d'évaluer les besoins en matière de santé et d'y répondre de manière intégrée
- une plus grande visibilité du rôle vital des soignants confessionnels dans leurs systèmes de santé locaux.

Selon cette vision, ces tableaux identifient les principaux défis et les stratégies de réponse. Ils recommandent des actions spécifiques aux défenseurs, aux praticiens, aux chercheurs et aux autres acteurs clés. Ces recommandations doivent être adaptées aux contextes locaux et régionaux.

«Nous sommes appelés à vivre l'amour du Christ en montrant son visage au monde. Nous aimons parce qu'il nous a aimés le premier. L'amour vécu révèle le vrai visage du christianisme . . . Notre foi est

rendue vivante par des œuvres qui vivifient l'amour du Christ. De multiples manières, le travail commun en vue d'un monde meilleur construit par conséquent le Royaume divin de justice, de paix et de joie.»[2]

2. *La solidarité interreligieuse au service d'un monde blessé: Un appel à la réflexion et à l'action des chrétiens et des chrétiennes pendant la pandémie de COVID-19 et au delà.* Conseil pontifical pour le dialogue interreligieux et le Conseil œcuménique des églises. 2020. Page 20. **https://www.oikoumene.org/fr/resources/publications/serving-a-wounded-world-in-interreligious-solidarity**

# Annexes

## Annexe 1: Rôles et responsabilités du Comité de santé de l'Église

Le Comité de santé de l'Église (CSE) agit en tant que plateforme du programme des Églises au service de la promotion de la santé (ESPS) et a la charge de guider ledit programme. Il doit être composé de cinq à dix personnes représentant toute la diversité de l'Église en termes de genre, d'origine ethnique, d'âge, de statut socioéconomique, de compétences, etc.

**Composition:** un comité représentatif qui ne compte pas plus de dix membres reflétant une diversité de compétences, d'aptitudes, d'âges et de genres.

**Principales caractéristiques:** les membres dudit comité doivent avoir les compétences et aptitudes pour mener, défendre, organiser et planifier les activités. Il doivent faire montre d'un bon esprit d'équipe, être capables de motiver et de mobiliser leurs frères et sœurs chrétien-ne-s, être passionnés par les questions de santé et être en mesure d'adapter leurs différents dons (professionnels et non professionnels) au sein de l'Église. Le CSE doit également avoir un-e président-e et un coordinateur ou une coordinatrice.

**Président-e:** le CSE est dirigé par un-e président-e qui doit être un-e responsable d'Église respecté-e capable d'inscrire les questions de santé au programme de l'Église. L'Église peut soit nommer un-e responsable existant-e (p. ex. aîné-e de la congrégation, membre du

# RÔLE ET RESPONSABILITÉS DU COMITÉ DE LA SANTÉ DE L'ÉGLISE

Le comité de la santé de l'Église

**1.** Dirige tout le programme "Les Églises au Service de la Promotion de la Santé". Il devrait représenter la diversité de l'Église en termes de genre, d'ethnicité, d'âge, de statut socioéconomique, de compétences, de handicap, etc.

**2.** Passionnés par les questions de santé, ont l'esprit d'équipe; capables de planifier et d'organiser des activités, motivent et mobilisent les autres chrétiens; accueillent les différents dons des membres de l'Église, et construisent des partenariats.

**3.**

Est un responsable d'Église capable de se faire le défenseur des questions de santé et de les mettre à l'ordre du jour de l'Église.

**4.**

Dirige le programme de manière plus concrète; si une partie ou la totalité des activités du programme doivent être menées au niveau d'une sous-unité, par exemple un groupe de jeunes, une guilde de femmes, etc., alors chaque groupe peut avoir son propre coordinateur. Les jeunes doivent être encouragés et encadrés pour assumer de tels rôles.

**5.** Le Comité de la santé de l'Église dirige la documentation, le suivi, les rapports et l'évaluation du programme.

conseil de l'Église) au poste de président-e soit désigner quelqu'un qui accèdera à cette fonction.

**Coordinateur/coordinatrice:** le coordinateur ou la coordinatrice exerce un rôle moteur plus concret en s'assurant que les différentes activités de l'ESPS et les parties prenantes vont dans la même direction. Pour les Églises de grande envergure, dont tout ou partie des activités doivent être exécutées au niveau des sous-entités (p. ex. groupes de jeunes, associations de femmes), chaque groupe peut disposer d'une personne coordinatrice qui sera alors membre du CSE. Les jeunes doivent être particulièrement encouragés à exercer cette fonction et être encadrés.

## Rôles et responsabilités du Comité de santé de l'Église:

1. évaluer la situation initiale de la santé au sein de l'Église (cf. **chapitre 5**);
2. être introduit à l'ensemble des aspects de l'ESPS grâce aux outils et ressources du présent manuel;
3. rédiger un plan de travail et définir un budget annuel pour les activités;
4. presser la direction de l'Église à prouver son engagement en allouant un budget annuel à l'ESPS;
5. mobiliser de nouvelles ressources: financières, techniques, etc.;
6. nouer et entretenir des relations avec les partenaires externes tels que les autorités gouvernementales/de santé publique, le secteur privé, les ONG, les associations de patients, etc. (cf. **chapitre 6**);
7. comprendre les activités du programme et les adapter au contexte local (à nouveau, en utilisant les outils fournis);
8. documenter l'ensemble des activités du programme, rédiger des rapports (en utilisant les outils fournis);

9. remettre des rapports réguliers (au moins une à deux fois par an) à la direction de l'Église et à toute la congrégation sur l'état d'avancement de l'exécution du programme, réceptionner les commentaires et adapter les stratégies de mise en œuvre en fonction;
10. garantir que le programme est évalué régulièrement (tous les ans ou tous les deux ans) pour s'assurer d'atteindre les objectifs escomptés. L'Église peut tisser des liens mutuellement bénéfiques avec les institutions universitaires (p. ex. écoles d'infirmières, facultés de médecine ou de santé publique). Ainsi, l'institution se chargerait de mener des évaluations externes/indépendantes du programme et l'ESPS donnerait un cadre de progression académique et d'apprentissage.

## Rapports hiérarchiques:

Les rapports hiérarchiques dépendent de la complexité des structures de gouvernance, dont relève l'Église exécutante. D'une manière générale, les critères minimums suivants sont à respecter:

- rédaction de rapports mensuels au niveau de l'Église;
- remise de rapports trimestriels aux structures administratives supérieures, le cas échéant, p. ex. au coordinateur ou à la coordinatrice du diocèse/synode/connexionnel-le pour les questions sanitaires;
- remise de rapports annuels à la structure de gouvernance, p. ex. l'assemblée générale.

Remarque: le bon usage veut que le rapport soit préparé dans les temps, même s'il ne sera pas encore soumis ou débattu. Ainsi, si l'assemblée générale n'a lieu que tous les deux ans, il convient de rédiger le rapport sur une base annuelle pour s'assurer que le CES ait bien à l'esprit les dernières expériences, et ne pas opter pour un rapport couvrant deux années d'activités.

## Annexe 2: Sujets clés de la séance d'information du CES

La séance d'information du CES doit aborder les sujets suivants:

1. objectifs du programme ESPS: comment et en quoi est-il pertinent pour l'Église;
2. rôles et responsabilités du CES;
3. aperçu du manuel et des éléments clés de chaque chapitre;
4. aperçu des systèmes de santé locaux et nationaux;
5. sélection du président ou de la présidente, du coordinateur ou de la coordinatrice;
6. documentation, suivi, émission de rapport et évaluation.

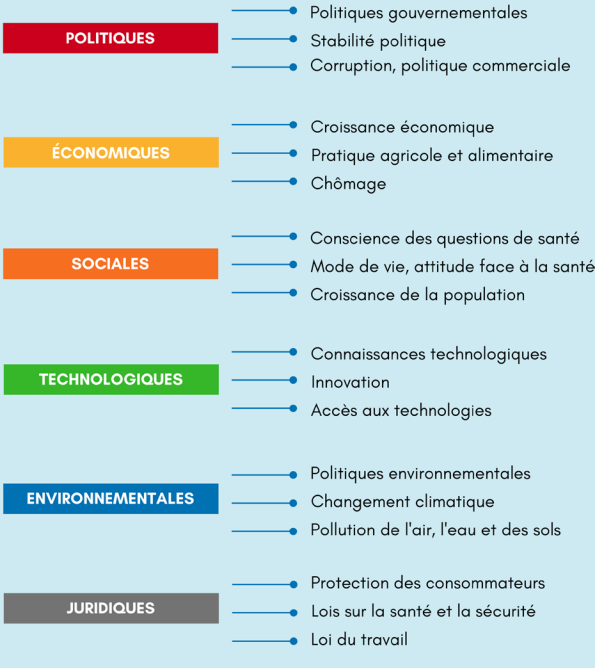
## Annexe 3: Analyse SWOT

| | | |
|---|---|---|
| **Facteurs internes à l'Église: systèmes, structures, pratiques, membres** | **Forces** – éléments au service de la promotion du ministère de santé, ou pouvant être utilisés à cette fin<br>• Ressources physiques: biens immobiliers et infrastructures (locaux et matériel pour l'organisation de discussions sur des questions de santé, de séances de sport, etc.)<br>• Ressources financières<br>• Enseignements<br>• Pratiques, rassemblements, rituels<br>• Compétences disponibles parmi les membres (ressources humaines)<br>• Autres institutions détenues par, ou affiliées à l'Église, p. ex. écoles, hôpitaux<br>• . . . | **Faiblesses** – éléments qui pourraient nuire au ministère de santé ou qui doivent être traités ou résolus pour en garantir le succès<br>• Enseignements et pratiques qui desservent la promotion de la santé<br>• Habitudes ou pratiques qui érodent l'implication des membres, p. ex. participation minimale aux activités proposées<br>• Mauvais accès aux services de santé, p. ex. programmes médicaux, centres de santé trop éloignés<br>• . . . |
| **Facteurs externes à l'Église** | **Opportunités** – éléments extérieurs à l'Église dont pourrait bénéficier le ministère de santé<br>• Présence d'un programme de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) robuste dans le pays<br>• Présence d'un plan d'action national de lutte contre les MNT<br>• Associations de professionnel-le-s et/ou patient-e-s dédiées aux MNT, p. ex. associations pour le diabète<br>• Taux de pénétration de l'Internet/accès aux smartphones pouvant faciliter le déploiement du programme<br>• . . . | **Menaces** – éléments extérieurs à l'Église qui pourraient nuire au ministère de santé et doivent être évités ou manœuvrés de manière judicieuse<br>• Pratiques traditionnelles/ culturelles qui alimentent les risques, p. ex. habitudes alimentaires<br>• Prédominance d'autres facteurs de risques des MNT, p. ex. pollution de l'air<br>• Peu d'espace politique permettant aux Églises de mener leurs activités<br>• . . . |

## Annexe 4: ANALYSE PESTEL

### Exemples de questions à considérer pour analyser l'environnement opérationnel externe

Une analyse PESTEL est une analyse approfondie de l'environnement dans lequel le programme va opérer, et comprend une analyse des facteurs politiques, économiques, sociaux, technologiques, environnementaux et juridiques. PESTEL diffère de SWOT en ce sens que SWOT traite à la fois des questions internes (SW) et externes (OT), tandis que PESTEL traite entièrement des facteurs externes. Il s'agit donc d'une expansion de l'OT.



# Annexe 5: Évaluation de référence

## Questionnaire STEPS
## pour des Églises au service de la promotion de la santé

**Introduction**

Voici l'instrument générique STEPS développé par l'OMS et utilisé dans le monde entier. Il a été simplifié: plusieurs questions ont été supprimées pour l'adapter aux Églises au service de la promotion de la santé. Les codes ont été conservés afin que les résultats puissent être comparés aux enquêtes nationales. L'enquête peut être utilisée au début du programme pour fournir des informations de base, puis annuellement pour évaluer l'impact du programme.

### Information sur l'enquête

| **Lieu et Date** | **Réponse** | **Code** |
|---|---|---|
| Nom du groupe/centre/village **(Nom de l'Église/la congrégation)** | | I2 |
| Identifiant de l'enquêteur **(Coordinateur pour la santé de l'Église)** | ⌊_⌊_⌊_⌋ | I3 |
| Date de l'enquête | ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ jj mm année | I4 |

| **Consentement, langue de l'entretien et nom** | **Réponse** | **Code** |
|---|---|---|
| Le consentement a été lu et obtenu | Oui 1<br>Non 2 **Si non, arrêter l'entretien** | I5 |
| Langue de l'entretien *[Insérer la langue]* | | I6 |
| Nom de famille (optionnel) | | I8 |
| Prénom (optionnel) | | I9 |
| **Information additionnelle qui pourrait être utile** | | |
| Numéro de téléphone de contact si possible | | I10 |

**Guide pour les colonnes** Le tableau ci-dessous est un bref guide d'explications des colonnes de l'instrument.

| **Colonne** | **Description** | **Adaptation par pays** |
|---|---|---|
| **Question** | Chaque question doit être lue aux participants | |
| **Réponse** | Cette colonne liste les réponses disponibles, que l'enquêteur entourera, ou laisse de l'espace pour que l'enquêteur écrive les réponses de la personne interviewée. | |
| **Code** | La colonne est conçue pour faire correspondre les données de l'instrument à l'outil de saisie des données, à la syntaxe d'analyse des données, au livre de données et à la fiche d'information. | **Ceci ne doit jamais être modifié ou supprimé. Le code est utilisé comme un identifiant général pour la saisie et l'analyse des données.** |

## Étape 1 Information démographique

| MODULE DE BASE: Information démographique | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Sexe (*Enregistrer Homme/Femme selon observation)* | Homme 1<br>Femme 2 | C1 |
| Quelle est votre date de naissance?<br><br>*Si inconnue 77 77 7777* | ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋<br>jj mm année | C2 |
| Quel âge avez-vous? | Ans ⌊_⌋⌊_⌋ | C3 |
| Au total, combien d'années avez-vous passé à l'école et en études à plein temps (sans compter le préscolaire)? | Années ⌊_⌋⌊_⌋ | C4 |

| MODULE ÉLARGI: Information démographique | | |
|---|---|---|
| Qu'est-ce qui décrit le mieux votre **statut professionnel principal** ces 12 derniers mois? | Fonctionnaire 1<br>Employé dans le privé 2<br>Indépendant 3<br>Sans salaire 4<br>Étudiant 5<br>Au foyer 6<br>Retraité 7<br>Sans emploi (peut travailler) 8<br>Sans emploi (incapacité de 9<br>Refuse de répondre 88 | C8 |
| Combien de personnes de plus de 18 ans, y compris vous-même, vivent dans votre ménage? | Nombre de personnes ⌊_⌋⌊_⌋ | C9 |

## Étape 1 Mesures de comportements

| MODULE DE BASE: Consommation de tabac | | |
|---|---|---|
| Je vais maintenant vous poser des questions à propos de votre consommation de tabac. | | |
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Fumez-vous **actuellement** des produits du **tabac:** cigarettes, cigares ou pipe? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à T12* | T1 |
| Fumez-vous actuellement des produits du tabac **quotidiennement**? | Oui 1<br>Non 2<br>Ne sait pas 77 | T2 |
| Ces 12 derniers mois, avez-vous essayé d'**arrêter de fumer**? | Oui 1<br>Non 2 | T6 |

| MODULE ÉLARGI: Consommation de tabac | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Consommez-vous actuellement des produits du tabac sans fumer *[tabac à priser, à mâcher, noix de betel]*? | Oui 1<br>Non 2 | T12 |
| Ces 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé **dans votre maison**? | Oui 1<br>Non 2 | T17 |

| MODULE DE BASE: Consommation d'alcool | | |
|---|---|---|
| La prochaine question concerne la consommation d'alcool. | | |
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Avez-vous consommé de l'alcool ces **12 derniers mois**? | Oui 1<br>Non 2 | A2 |

| MODULE DE BASE: Consommation d'alcool, suite | | |
|---|---|---|
| Les prochaines questions se réfèrent à la consommation d'alcool fait maison, d'alcool qui a passé la frontière/est venu d'un autre pays, tout alcool non destiné à être bu ou tout autre alcool non taxé. Veuillez ne penser qu'à ces types d'alcool en répondant aux questions suivantes. | | |
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Ces **7 derniers jours**, avez-vous consommé de l'alcool **fait maison,** de l'alcool **qui a passé la frontière/est venu d'un autre pays,** de l'alcool **non destiné à être bu** ou tout autre alcool **non taxé**?<br>*[ADAPTER AU CONTEXTE LOCAL]*<br>*(UTILISER LES FICHES)* | Oui 1<br>Non 2 | A11 |

| MODULE DE BASE: Régime alimentaire | | | |
|---|---|---|---|
| Les questions suivantes portent sur les fruits et les légumes que vous mangez en général. J'ai une fiche nutritionnelle ici qui donne des exemples de fruits et légumes locaux. Chaque image représente la taille d'une portion. En répondant aux questions, pensez à une semaine normale de l'année écoulée. | | | |
| **Question** | **Réponse** | | **Code** |
| Dans une semaine normale, combien de jours **mangez-vous des fruits**? | Nombre de jours ⌊_⌊_⌋ Ne sait pas 77 | *Si zéro jour, aller à D3* | D1 |
| Combien de **portions** de fruit mangez-vous pendant **un** de ces jours? | Nombre de portions ⌊_⌊_⌋ Ne sait pas 77 | | D2 |
| Dans une semaine normale, combien de jours **mangez-vous des légumes**? | Nombre de jours ⌊_⌊_⌋ Ne sait pas 77 | *Si zéro jour, aller à D5* | D3 |
| Combien de **portions** de légume mangez-vous pendant **un** de ces jours? | Nombre de portions ⌊_⌊_⌋ Ne sait pas 77 | | D4 |

| **Sel dans l'alimentation** | | |
|---|---|---|
| Avec les questions suivantes, nous aimerions en savoir plus sur le sel dans votre alimentation. Le sel alimentaire comprend le sel de table ordinaire, le sel non raffiné tel que le sel marin, le sel iodé, les cubes et poudres de bouillon salés, et les sauces salées telles que la sauce de soja ou la sauce de poisson (voir les fiches). Les questions suivantes portent sur l'ajout de sel aux aliments juste avant de les consommer, sur le mode de préparation des aliments à votre domicile, sur la consommation d'aliments transformés à forte teneur en sel tels que *[insérer des exemples spécifiques au pays]*, ainsi que des questions sur le contrôle de votre consommation de sel. Veuillez répondre aux questions même si vous considérez que votre régime alimentaire est pauvre en sel. | | |
| À quelle fréquence **ajoutez-vous du sel ou une sauce salée comme la sauce de soja** à votre nourriture juste avant de la manger ou pendant que vous la mangez?<br>*(Choisir une seule réponse)*<br>*(UTILISER LA FICHE)* | Toujours 1<br>Souvent 2<br>Parfois 3<br>Rarement 4<br>Jamais 5<br>Ne sait pas 77 | D5 |
| À quelle fréquence **du sel, un assaisonnement salé ou une sauce salée sont-ils ajoutés** dans la cuisson ou la préparation des aliments dans votre foyer? | Toujours 1<br>Souvent 2<br>Parfois 3<br>Rarement 4<br>Jamais 5<br>Ne sait pas 77 | D6 |
| À quelle fréquence consommez-vous **des aliments transformés riches en sel**? Par aliments transformés riches en sel, j'entends les aliments qui ont été modifiés par rapport à leur état naturel, comme les snacks salés emballés, les aliments salés en conserve, y compris les cornichons et les conserves, les aliments salés préparés dans un fast-food, le fromage, le bacon et la viande transformée *[ajouter des exemples spécifiques au pays]*. | Toujours 1<br>Souvent 2<br>Parfois 3<br>Rarement 4<br>Jamais 5<br>Ne sait pas 77 | D7 |
| | Trop 2<br>Juste la bonne quantité 3<br>Trop peu 4 | |

| **MODULE ÉLARGI: Régime alimentaire** | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Est-ce important pour vous de **réduire la quantité de** sel dans votre alimentation? | Très important 1<br>Un peu important 2<br>Pas important du tout 3<br>Ne sait pas 77 | D9 |
| Pensez-vous que trop de sel ou de sauce salée dans votre alimentation pourrait causer un **problème de santé?** | Oui 1<br>Non 2<br>Ne sait pas 77 | D10 |
| Faites-vous régulièrement une des choses suivantes pour **contrôler votre consommation de sel**? | | |
| Limiter la consommation d'aliments transformés | Oui 1<br>Non 2 | D11a |
| Vérifier la contenance en sel ou sodium sur les étiquettes des aliments | Oui 1<br>Non 2 | D11b |
| Acheter des aliments différents limités en sel/sodium | Oui 1<br>Non 2 | D11c |
| Utiliser des épices autres que le sel pour cuisiner | Oui 1<br>Non 2 | D11d |
| Éviter de manger des aliments préparés ailleurs que chez vous | Oui 1<br>Non 2 | D11e |
| Faire d'autres choses spécifiquement pour contrôler votre consommation de sel | Oui 1 *Si oui, aller à D11autre*<br>Non 2 | D11f |
| Autre (préciser) | _____ | D11autre |

**MODULE DE BASE: Activité physique**

Ensuite, je vais vous demander le temps que vous passez à pratiquer différents types d'activité physique au cours d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active. Pensez d'abord au temps que vous passez à travailler. Par travail, on entend les choses que vous devez faire, comme le travail rémunéré ou non rémunéré, les études/la formation, les tâches ménagères, la récolte des aliments/cultures, la pêche ou la chasse pour la nourriture, la recherche d'un emploi *[insérer d'autres exemples si nécessaire]*. Pour répondre aux questions suivantes, les «activités d'intensité vigoureuse» sont des activités qui exigent un effort physique intense et provoquent une forte augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque, tandis que les «activités d'intensité modérée» sont des activités qui exigent un effort physique modéré et provoquent une faible augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

| Question | Réponse | Code |
|---|---|---|
| **Travail** | | |
| Votre travail implique-t-il une activité d'intensité vigoureuse qui provoque une forte augmentation de la respiration ou de la fréquence cardiaque, comme *[porter ou soulever de lourdes charges, creuser ou faire des travaux de construction]* pendant au moins 10 minutes sans interruption? *[INSÉRER DES EXEMPLES] (UTILISER LES FICHES)* | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à P4* | P1 |
| Dans une semaine typique, combien de jours faites-vous des activités d'intensité vigoureuse dans le cadre de votre travail? | Nombre de jours ⌊__⌋ | P2 |
| Combien de temps passez-vous à faire des activités d'intensité vigoureuse au travail dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋<br>h mn | P3 (a-b) |
| Votre travail implique-t-il de l'activité d'intensité modérée qui provoque une faible augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque, comme de la marche rapide *[ou porter des charges légères]* pendant au moins 10 minutes d'affilée? *[INSÉRER DES EXEMPLES] (UTILISER LES FICHES)* | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à P7* | P4 |
| Dans une semaine typique, combien de jours faites-vous des activités d'intensité modérée dans votre travail? | Nombre de jours ⌊__⌋ | P5 |
| Combien de temps passez-vous à faire des activités d'intensité modérée au travail dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋<br>h mn | P6 (a-b) |
| **Déplacements** | | |
| Les questions suivantes n'incluent pas les activités physiques au travail déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais vous demander quel moyen de transport vous utilisez en général pour vous déplacer. Par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, au lieu de culte *[insérer d'autres exemples si nécessaire]*. | | |
| Est-ce que vous marchez ou allez à vélo pendant au moins 10 minutes d'affilée pour vous déplacer? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à P10* | P7 |
| Dans une semaine typique, combien de jours marchez-vous ou allez-vous à vélo pendant au moins 10 minutes d'affilée pour vous déplacer? | Nombre de jours ⌊__⌋ | P8 |
| Combien de temps passez-vous à marcher ou faire du vélo dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊__⌋⌊__⌋ : ⌊__⌋⌊__⌋<br>h mn | P9 (a-b) |

| **Activités récréatives** | | |
|---|---|---|
| Les questions suivantes n'incluent pas les activités de travail ou de transport déjà mentionnées. Maintenant, j'aimerais vous poser des questions à propos du sport, du fitness et des activités récréatives (loisirs) *[insérer les termes appropriés]*. | | |
| Faites-vous du sport, du fitness ou des activités récréatives (*loisirs)* d'intensité vigoureuse qui provoquent une forte augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque *[course ou football]* pendant au moins 10 minutes d'affilée? *[INSÉRER DES EXEMPLES] (UTILISER LES FICHES)* | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à P 13* | P10 |
| Dans une semaine typique, combien de jours faites-vous du sport, du fitness ou des activités récréatives (*loisirs)* d'intensité vigoureuse? | Nombre de jours ⌊_⌋ | P11 |
| Combien de temps passez-vous à faire du sport, du fitness ou des activité récréatives d'intensité vigoureuse dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋<br>h mn | P12 (a-b) |
| Faites-vous du sport, du fitness ou des activités récréatives (*loisirs)* d'intensité modérée qui provoquent une faible augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque *[vélo, natation, volleyball]* pendant au moins 10 minutes d'affilée? *[INSÉRER DES EXEMPLES] (UTILISER LES FICHES)* | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à P16* | P13 |
| Dans une semaine typique, combien de jours faites-vous du sport, du fitness ou des activités récréatives (*loisirs*) d'intensité modérée? | Nombre de jours ⌊_⌋ | P14 |
| Combien de temps passez-vous à faire du sport, du fitness ou des activité récréatives d'intensité modérée dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋<br>h mn | P15 (a-b) |

| **MODULE ÉLARGI: Activité physique** | | |
|---|---|---|
| **Comportement sédentaire** | | |
| La question suivante concerne le temps passé assis ou allongé, au travail, à la maison, pour se déplacer, ou avec des amis, y compris le temps passé assis à un bureau, avec des amis, à voyager en voiture, en bus ou en train, à lire, à jouer aux cartes ou à regarder la télévision, mais ne comprend pas le temps passé à dormir. | | |
| Combien de temps passez-vous normalement assis ou allongé dans une journée typique? | Heure : minutes ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋<br>h mn | P16 (a-b) |

| **MODULE DE BASE: Antécédents d'hypertension artérielle** | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Votre tension artérielle a-t-elle déjà été mesurée par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H6* | H1 |
| Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'hypertension artérielle? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H6* | H2a |
| Vous l'a-t-on dit pour la première fois au cours des 12 derniers mois? | Oui 1<br>Non 2 | H2b |
| Ces deux dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hypertension artérielle prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | H3 |

| MODULE DE BASE: Antécédents de diabète | | |
|---|---|---|
| Votre taux de sucre dans le sang a-t-il déjà été mesuré par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H12* | H6 |
| Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez un taux élevé de sucre ou du diabète? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H12* | H7a |
| Vous l'a-t-on dit pour la première fois au cours des 12 derniers mois? | Oui 1<br>Non 2 | H7b |
| Ces deux dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre le diabète prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | H8 |
| Prenez-vous actuellement de l'insuline pour le diabète prescrite par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | H9 |

| MODULE DE BASE: Antécédents de cholestérol total élevé | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Votre cholestérol (niveau de graisse dans le sang) a-t-il déjà été mesuré par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H17* | H12 |
| Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous aviez un cholestérol élevé? | Oui 1<br>Non 2 *Si non, aller à H17* | H13a |
| Vous l'a-t-on dit pour la première fois au cours des 12 derniers mois? | Oui 1<br>Non 2 | H13b |
| Ces deux dernières semaines, avez-vous pris un traitement par voie orale contre un niveau élevé de cholestérol total, prescrit par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | H14 |

| MODULE DE BASE: Antécédents de maladies cardiovasculaires | | |
|---|---|---|
| Avez-vous déjà eu une crise cardiaque ou une douleur thoracique due à une maladie cardiaque (angine de poitrine) ou une attaque (accident ou incident vasculaire cérébral)? | Oui 1<br>Non 2 | H17 |
| Prenez-vous actuellement de l'aspirine régulièrement pour prévenir ou traiter une maladie cardiaque? | Oui 1<br>Non 2 | H18 |

| MODULE DE BASE (seulement pour les femmes): Dépistage du cancer du col de l'utérus | | |
|---|---|---|
| La question suivante porte sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Les tests de dépistage pour la prévention du cancer du col de l'utérus peuvent être effectués de différentes manières, notamment l'inspection visuelle à l'acide acétique/vinaigre (IVA), le frottis et le test du papillomavirus humain (VPH). L'IVA est une inspection de la surface du col de l'utérus après que de l'acide acétique (ou du vinaigre) y a été appliqué. Pour le frottis et le test VPH, un médecin ou une infirmière utilise un écouvillon pour frotter l'intérieur de votre vagin, prélever un échantillon et l'envoyer à un laboratoire. Il est même possible qu'on vous ait donné l'écouvillon vous-même et qu'on vous ait demandé de frotter l'intérieur de votre vagin. Le laboratoire recherche des changements cellulaires anormaux si un frottis est effectué, et le virus HP si un test HPV est effectué. | | |
| Avez-vous déjà passé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, en utilisant l'une des méthodes décrites ci-dessus? | Oui 1<br>Non 2<br>Ne sait pas 77 | CX1 |

## Étape 2 Mesures physiques

| MODULE DE BASE: Tension artérielle | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Identifiant de l'enquêteur | ⌊_⌊_⌊_⌋ | M1 |
| Identifiant de l'instrument de mesure de la tension artérielle | ⌊_⌊_⌋ | M2 |
| Taille du brassard utilisé | Petit 1<br>Moyen 2<br>Grand 3 | M3 |
| Mesure 1 | Systolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M4a |
| | Diastolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M4b |
| Mesure 2 | Systolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M5a |
| | Diastolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M5b |
| Mesure 3 | Systolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M6a |
| | Diastolique (mmHg) ⌊_⌊_⌊_⌋ | M6b |
| Ces deux dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre l'hypertension artérielle prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | M7 |
| **MODULE DE BASE: Taille et poids** | | |
| **Pour les femmes:** Êtes-vous enceinte? | Oui 1 *Si oui, aller à M 16*<br>Non 2 | M8 |
| Identifiant de l'enquêteur | ⌊_⌊_⌊_⌋ | M9 |
| Identifiant des instruments de mesure de la taille et du poids | Taille ⌊_⌊_⌋ | M10a |
| | Poids ⌊_⌊_⌋ | M10b |
| Taille | en centimètres (cm) ⌊_⌊_⌊_⌋.⌊_⌋ | M11 |
| Poids<br>*Si trop élevé pour la balance 666.6* | en kilos (kg) ⌊_⌊_⌊_⌋.⌊_⌋ | M12 |
| **MODULE DE BASE: Tour de taille** | | |
| Identifiant de l'instrument de mesure du tour de taille | ⌊_⌊_⌋ | M13 |
| Tour de taille | en centimètres (cm) ⌊_⌊_⌊_⌋.⌊_⌋ | M14 |

## Étape 3 Mesures biochimiques

| MODULE DE BASE: Glucose sanguine | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Au cours des 12 dernières heures, avez-vous mangé ou bu autre chose que de l'eau? | Oui 1<br>Non 2 | B1 |
| Identifiant du technicien | ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ | B2 |
| Identifiant de l'instrument | ⌊_⌋⌊_⌋ | B3 |
| Heure de la prise de sang (format 24 heures) | Heure : minutes ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (h mn) | B4 |
| Glycémie à jeun<br>*[Choisir MMOL/L ou MG/DL]* | mmol/l ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋<br>ou mg/dl ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ . ⌊_⌋ | B5 |
| Aujourd'hui, avez-vous pris de l'insuline ou d'autres médicaments contre l'augmentation de la glycémie prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | B6 |
| **MODULE DE BASE: Lipides sanguins** | | |
| Identifiant de l'instrument | ⌊_⌋⌊_⌋ | B7 |
| Cholestérol total<br>*[Choisir MMOL/L ou MG/DL]* | mmol/l ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋<br>mg/dl ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ . ⌊_⌋ | B8 |
| Ces deux dernières semaines, avez-vous pris des médicaments contre un niveau élevé de cholestérol prescrits par un médecin ou un autre professionnel de la santé? | Oui 1<br>Non 2 | B9 |
| **MODULE DE BASE: Sodium et créatinine urinaires** | | |
| Étiez-vous à jeun avant le prélèvement d'urine? | Oui 1<br>Non 2 | B10 |
| Identifiant du technicien | ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ | B11 |
| Identifiant de l'instrument | ⌊_⌋⌊_⌋ | B12 |
| Heure de la prise d'urine (format 24 heures) | Heure : minutes ⌊_⌋⌊_⌋ : ⌊_⌋⌊_⌋ (h mn) | B13 |
| Sodium urinaire | mmol/l ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋ | B14 |
| Créatinine urinaire | mmol/l ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ | B15 |

| MODULE ÉLARGI: Triglycérides et Cholestérol DL | | |
|---|---|---|
| **Question** | **Réponse** | **Code** |
| Triglycérides<br>*[Choisir MMOL/L ou MG/DL]* | mmol/l ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋<br>ou mg/dl ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ . ⌊_⌋ | B16 |
| Cholestérol HDL<br>*[Choisir MMOL/L ou MG/DL]* | mmol/l ⌊_⌋ . ⌊_⌋⌊_⌋<br>ou mg/dl ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ . ⌊_⌋ | B17 |

## Annexe 6: Exemple de cartographie des parties prenantes

Une cartographie des parties prenantes consiste en une analyse de tout ce qui exerce une influence sur, ou a un intérêt pour le programme des Églises au service de la promotion de la santé, que ce soit positif ou négatif. Le fait de qualifier l'influence exercée et l'intérêt porté de FAIBLE ou ÉLEVÉ-E permet de répartir les parties prenantes dans quatre groupes distincts. Une approche plus détaillée permet d'utiliser un critère supplémentaire: FAIBLE, INTERMÉDIAIRE et ÉLEVÉ-E, pour une répartition des parties prenantes en neuf groupes. Des stratégies génériques existent pour chaque groupe, comme indiqué ci-après.

## Annexe 7: Évaluation de la santé mentale au sein de la communauté ecclésiale

1. Selon vous, et sans nécessairement recourir à des termes médicaux, quels sont les principaux problèmes de santé mentale que connaissent les différentes tranches d'âge dans votre région?

| | Hommes | Femmes |
|---|---|---|
| Enfants | | |
| Adolescent-e-s | | |
| Jeunes | | |
| Adultes | | |
| Personnes âgées | | |

2. Selon les membres de l'Église, quelles seraient les causes de ces problèmes de santé mentale?
3. Selon les membres de la communauté au sens large, quelles seraient les causes de ces problèmes de santé mentale?
4. Quels sont les services de santé mentale disponibles au sein de votre Église, dans les autres Églises de votre région, dans la communauté en général et dans votre pays?

| | Dans votre Église | Dans les autres Églises de votre région | Dans la communauté en général | Dans votre pays |
|---|---|---|---|---|
| **Services de sensibilisation et de prévention** | | | | |
| **Services d'urgence** | | | | |
| **Services de traitement** | | | | |
| **Services de prise en charge et de soutien** | | | | |
| **Formation** | | | | |

## Annexe 8: Description des indicateurs

### Indicateurs

- Les indicateurs sont les panneaux de signalisation de l'état d'avancement – ils sont utilisés pour déterminer si un programme ou une intervention est en bonne voie pour atteindre ses objectifs et son but.
- Un indicateur est une caractéristique spécifique, observable et mesurable pouvant être utilisée pour illustrer l'avancement d'un programme vers l'atteinte d'un résultat donné.
- L'indicateur doit être précis, clair et spécifique. L'évolution mesurée par l'indicateur doit illustrer l'avancement escompté par le programme.
- Un indicateur doit être défini de manière précise et en des termes non équivoques qui décrivent clairement et exactement ce qui est mesuré. Lorsque pratique, l'indicateur doit permettre de se faire une idée relativement juste des données requises et de la population au sein de laquelle l'indicateur est mesuré.
- Les indicateurs n'évaluent en aucun cas un degré de réussite. Ainsi, les mots «amélioration», «augmentation» ou «diminution» n'ont pas leur place dans un indicateur.

### Caractéristiques d'un bon indicateur

Voir **page 72**.

## Indicateurs de processus et de résultats

- **Les indicateurs de processus** sont utilisés pour suivre les processus du programme qui devraient mener aux résultats anticipés et se déclinent entre indicateurs d'entrée et indicateurs de produit.
  - **Les indicateurs d'entrée** permettent un suivi des ressources et processus investis dans le bon déroulement des activités du programme, p. ex. réunion de sensibilisation.
  - **Les indicateurs de produit** illustrent les évolutions directement liées aux activités entreprises dans le cadre du programme, p. ex. «pourcentage de membres adultes de l'Église participant régulièrement aux activités physiques».
  - Les produits peuvent à leur tour devenir des entrées à une étape ultérieure de mise en œuvre du programme, p. ex. la création d'un comité de santé de l'Église peut être le produit d'une consultation initiale, puis devenir une entrée pour les activités ultérieures du programme.
- **Les indicateurs de résultats** sont utilisés pour évaluer si l'activité a produit les résultats escomptés.
  - **Les indicateurs de réalisation** font référence à un changement dont il est prouvé qu'il est le résultat des interventions à court ou à moyen terme du programme, p. ex. «nombre de personnes envoyées vers les services dédiés aux maladies non transmissibles (MNT)» (court terme), «connaissances en matière de prévention des maladies» (moyen terme), «suivi de régimes alimentaires sains» (moyen terme).
  - **Les indicateurs d'impact** mesurent les effets à long terme des interventions du programme, p. ex. «prévalence des facteurs de risque des MNT».

## Combien faut-il d'indicateurs?

- Compter au moins un ou deux indicateur-s par résultat (idéalement de sources différentes).
- Compter au moins un indicateur pour chaque activité clé (p. ex. séances d'éducation à la santé sur les bonnes habitudes alimentaires, séances d'activité physique).
- Ne pas avoir plus de huit ou dix indicateurs au total par domaine d'intervention (habitudes alimentaires saines, mode de vie actif, etc.).
- Utiliser différentes stratégies de collecte et de sources de données (p. ex. autodéclarations, observations directes, mesures biomédicales, etc.).

# Annexe 9: Exemple de registre d'indicateurs

| Domaine du prog. | # | Indicateur | Définition | Qui collecte | Quand collecter | Où saisir | Critères de réussite |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vision à long terme | 1 | | i) | | | | |
| | 2 | | ii) | | | | |
| | 3 | | iii) | | | | |
| S'alimenter sainement | 4 | Éducation à la santé menée à bien | iv) Séance d'éducation à la santé menée à bien dans un laps de temps donné, ou<br>v) Messages sur des questions de santé véhiculés dans les sermons | Coordinateur de santé, organisateur de la séance | Peu de temps après l'activité | Formulaire de rapport d'activité | |
| | 5 | | | | | | |
| | 6 | | | | | | |
| | 7 | | | | | | |
| | 8 | | | | | | |
| | 9 | | | | | | |
| Mener une vie active | 10 | | | | | | |
| | 11 | | | | | | |
| | 12 | | | | | | |
| | 13 | | | | | | |
| | 14 | | | | | | |
| | 15 | | | | | | |
| | 16 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# Annexe 10: Exemple de Formulaire de Compte Rendu Mensuel

**FORMULAIRE DE RAPPORT MENSUEL/TRIMESTRIEL**

ÉGLISE/ CONGRÉGATION: _____

PÉRIODE DU RAPPORT MOIS ANNÉE

| **1. TENSION ARTÉRIELLE** | Participation Groupe d'âge | H | F | Total | Résultats | H | F | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 10 | | | | 120 – 129/ 80 – 85 | | | |
| Réalisé par: | 10 – 19 | | | | | | | |
| - | 20 – 39 | | | | 130 – 139/ 85 – 89 | | | |
| - | 40 – 59 | | | | | | | |
| | > 60 | | | | > 139 / 89 | | | |
| | Totaux | | | | Totaux | | | |

| **2. POIDS ET TAILLE** | Participation Groupe d'âge | H | F | Total | Résultats IMC | H | F | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | < 10 | | | | < 25 | | | |
| Réalisé par: | 10 – 19 | | | | 25 – 29 | | | |
| - | 20 – 39 | | | | 30 – 35 | | | |
| - | 40 – 59 | | | | 35 – 40 | | | |
| | > 60 | | | | > 40 | | | |
| | Totaux | | | | Totaux | | | |

| **3. FITNESS** | Groupe d'âge | H | F | Total |
|---|---|---|---|---|
| Dirigé par: | < 10 | | | |
| - | | | | |
| - | 10 – 19 | | | |
| | 20 – 39 | | | |
| | 40 – 59 | | | |
| | > 60 | | | |
| | Totaux | | | |

| **4. COURSE ET SPORT** | Groupe d'âge | H | F | Total |
|---|---|---|---|---|
| | < 10 | | | |
| | 10 – 19 | | | |
| | 20 – 39 | | | |
| | 40 – 59 | | | |
| | > 60 | | | |
| | Totaux | | | |

| **5. OUTILS ET ÉQUIPEMENTS** | | | |
|---|---|---|---|
| Pèse-personnes | | Podomètres | |
| Rubans/toises | | Équipements sportifs | |
| Tensiomètres | | | |

| **6. LÉGUMES** | Nb de groupes | |
|---|---|---|
| | Foyers de plusieurs personnes | a |
| | Foyers d'une seule personne | b |
| | Total | a + b |

| **7. MARCHE** Groupe d'âge | H | F | Total |
|---|---|---|---|
| 20 – 39 | | | |
| 40 – 59 | | | |
| > 60 | | | |
| Totaux | | | |

| **8. ÉDUCATION ET SOUTIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ** | | |
|---|---|---|
| Les sermons parlent de la santé | | a |
| Discussion sur la santé pendant le service religieux | | b |
| Intervention dans une session spéciale, par exemple, le soir | | c |
| Totaux | | a+b+c |
| Entretiens réalisés par: | Leaders de l'Église | |
| | Coordinateur | |
| | Personnel du ministère de la santé | |
| | | |
| Réunions de groupes de soutien: | Alcool | |
| | Tabac | |
| | Alimentation | |
| | Adhésion au traitement | |

Compilé par: _____ jour/mois/année

Vérifié (1) par: _____ jour/mois/année

Vérifié (2) par: _____ jour/mois/année

## Annexe 11: Participant-e-s aux consultations du programme des Églises au services de la promotion du COE

1. Pasteur Cornelius Atkinson
2. Dr Chiwoza Bandawe*
3. Évêque George E. Battle, Jr
4. Everett Blackmon
5. Dr Diane Bowles
6. Pasteur Jordan Boyd
7. Aumônier Harry Burns
8. Pasteur Gregory Busby
9. Manwell Bynum
10. Dr Helen Caldwell
11. Dr Lori Carter-Edwards
12. Denise Cathey
13. Dr David Cook
14. Jamar Davis
15. Gwendolyn Devins
16. Barbara Edwards*
17. Thereasea Clark Elder
18. Cheryl Silver-Emanuel
19. Évêque Wade Ferguson, III
20. Marques Fitch
21. Pasteure Sandra Gripper
22. Qiana Hansberry
23. Pasteur Gary Harriott
24. Gibbie Harris
25. Albin Hillert

26. Gazzell Howard
27. Suzanne Jackson
28. Dr Pratap Jayavanth*
29. Pasteure Judith Johnson-Grant
30. Dr Renier Koegelenberg*
31. Pasteure Evedith Landrau
32. Vilma Leake
33. Pasteure Filifai'esea Lilo
34. Jodene Louw*
35. 'Eva Mafi
36. Bongani Makhaya
37. Dr Mwai Makoka*
38. Pasteur Clifford Matthews
39. Dr Nomonde Mqhayi Mbambo*
40. Janet McConnel
41. Pearl Moroasui
42. Megan Neubauer
43. Anjeline Okola
44. Frank Parker*
45. Vennie Patterson
46. Sarah Phepeng
47. Jeanette Price
48. Pasteure Donna Reed*
49. Pasteur Sheldon Shippman
50. Mitchell Smith
51. Royland Smith
52. Pasteur Gerome Stinson
53. Dr James Thomas

54. James Walker
55. Père Maurico West
56. Dr Melicia Whitt-Glover
57. Pasteur Ricky Woods
58. Dr Benita Yaw-Alfred
59. Joe Young

* membre de l'équipe de rédaction

«L'OMS soutient pleinement le COE dans cette entreprise de promotion de la santé et de prévention des maladies par l'intermédiaire des églises du monde entier.»

*Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus*
*Directeur général, Organisation mondiale de la santé*

«Ce précieux manuel témoigne d'une compréhension holistique de la guérison et de la santé, et fournit aux Églises un outil puissant pour s'unir afin d'offrir au monde un ministère de guérison commun efficace.»

*Patriarche œcuménique Bartholomée*

«Je soutiens fermement cette ressource excellente, innovante et très pratique qui fournit une feuille de route pour permettre aux églises de devenir des communautés de guérison et de santé efficaces et transformatrices, dans les réalités du 21e siècle.»

*Professeur John Wyatt, Président, Christian Medical Fellowship, Royaume-Uni ; Professeur émérite de pédiatrie néonatale, University College, Londres*

«La santé était au cœur du ministère de notre Seigneur, et le ministère de guérison de l'Église est comme un baume pour nos blessures profondes. Lisez-le et laissez-vous guérir par le voyage que le Dr Makoka nous demande d'entreprendre.»

*Thabo Makgoba, archevêque du Cap*

**Mwai Makoka** est directeur de programme pour la Santé et la Guérison au Conseil œcuménique des églises. Il a reçu une formation médicale à l'université du Malawi et une formation post-doctorale en microbiologie médicale et de santé publique à l'université de Caroline du Nord à Chapel Hill, aux États-Unis. Outre son activité clinique, il a travaillé en milieu universitaire et dans des programmes de santé, tant dans le secteur public que dans les cercles œcuméniques.

Conseil œcuménique des Eglises

www.oikoumene.org

worldcouncilofchurches
@worldcouncilofchurches
@oikoumene
wccworld

Religion / Santé

9 782825 417690