

Groupe de travail sur la santé dans la confession

Note de synthèse
Mars 2007



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve

Mars 2007

Conférence générale de 2004 conduite par le Conseil général des pensions et des avantages médicaux (Conseil général) afin d'étudier la faisabilité d'un plan de santé unifié pour la confession. Pour mener cette étude, le Conseil général a créé l'Équipe spéciale sur la santé dans la confession (l' « Équipe spéciale »).

Les valeurs et la théologie wesleyennes ont guidé les efforts de l'Équipe spéciale pour se concentrer sur la santé en tant que comportement communautaire nécessitant à la fois compassion et responsabilité.

Comme l'Équipe spéciale, nous avons commencé nos travaux en fixant des objectifs généraux pour guider notre évaluation des progrès de l'Église vers une meilleure santé dans la confession.

Nos résultats, et les conclusions que nous en avons tirées, ont abouti à quatre recommandations qui traitent principalement de la santé des membres du clergé et des employés laïcs qui soutiennent la mission et le ministère de l'Église.

Nous avons étudié différentes approches dans la confession pour soutenir la santé des membres du clergé et des employés laïcs, examiné les systèmes et la culture d'emploi qui affectent leur santé, étudié les manières de garantir l'accès à un plan de santé de groupe pour les membres du clergé et les employés laïcs à plein temps et essayé de favoriser la santé et la plénitude des membres du clergé et des employés laïcs retraités et de leurs épouses.

La présente *note de synthèse* a pour but de vous informer, en termes pratiques, sur le défi de la santé dans la confession, en préparation de la Conférence générale de 2008. La santé deviendra un point fondamental pour nous dans les prochaines années, comme il le sera pour les États-Unis et le monde entier. Pour que l'Église renforce sa mission, la santé est une question que nous devons traiter maintenant parce qu'elle nous concerne tous.

Respectueusement soumis,

L'équipe spéciale sur la santé dans la confession

Sommaire

Vue d'ensemble	1
Réponse à la requête de la Conférence générale de 2004	
Valeurs et Théologie	2
L'esprit qui a conduit l'Équipe spéciale sur la santé dans la confession	
Objectifs	5
Guider le processus vers une meilleure santé dans la confession	
Résultats et conclusions	6
Focus sur la santé dans la confession dans le soutien d'une mission fondamentale	
Recommandations	16
Proposition de quatre considérations importantes	
Résumé	20
Remarques de conclusion	
Remerciements	21
Invitations à la réflexion en préparation de la Conférence générale de 2008	
Annexe	22
• Requête de la Conférence générale de 2004	
• Membres de l'Équipe spéciale	
• Valeurs et Élaboration	
• Sessions d'écoute	
• Enquêtes et rapports commissionnés ; Matériels de référence utilisés	

Vue d'ensemble

La Conférence générale de 2004 a été conduite par le Conseil général afin d'étudier la faisabilité d'un plan de santé unifié pour la confession. Pour mener cette étude, le Conseil général a créé l'Équipe spéciale.

La mission de l'Équipe spéciale

Le travail de l'Équipe spéciale était guidé par la mission de l'Église évangélique méthodiste de former des disciples de Jésus-Christ pour la transformation du monde. La valeur la plus importante est de remplir loyalement la mission de l'Église, en garantissant une direction saine.

L'équipe spéciale a commencé son voyage confessionnel vers une meilleure santé en examinant les *questions plus vastes* liées à la santé des membres du clergé et des employés laïcs de l'Église et aux moyens disponibles pour les traiter.

Processus et conclusion

L'Équipe spéciale a estimé qu'elle ne pouvait pas recommander un plan d'assurance maladie unique pour la confession pour le moment. L'Église évangélique méthodiste a un problème « de santé », pas simplement un problème « d'assurance maladie ». Si un plan unique était approuvé et soutenu par le Conseil judiciaire, les économies de coût prévues (l'augmentation de la prime serait réduite de 3 voire 5 %) seraient atteintes principalement en rassemblant ou en achetant en commun les services administratifs. Le principal facteur qui contribue au coût élevé d'un plan unique est le mauvais état de santé des membres du clergé et des employés laïcs.

Si, d'après l'Équipe spéciale, un plan unique n'est pas faisable, c'est également en raison de l'autonomie de la conférence, des questions politiques concernant l'accès et la délivrance des soins et le souhait d'obtenir les avantages d'un plan unique d'autres manières.

Après deux ans et demi de recherches, de discussions et d'échanges entre l'Équipe spéciale et les groupes dans la confession, quatre recommandations ont été formulées. L'Équipe spéciale a conclu que la confession devait se concentrer sur l'amélioration de la santé des employés afin de garantir la vitalité de la mission de l'Église plutôt que de se focaliser sur les coûts (un symptôme de problèmes plus vastes et sous-jacents). Les quatre recommandations de l'Équipe spéciale se concentrent sur un nouvel effort unifié pour favoriser la santé pour les employés de l'Église afin de renforcer la mission partout dans le monde.

Recommandations

L'Équipe spéciale a présenté ses recommandations et un projet de loi au Conseil d'administration du Conseil général des pensions et des avantages médicaux.

Bien que l'Équipe spéciale ait fourni un cadre pour encourager une meilleure santé, les recommandations doivent être mises en œuvre en conséquence. Les conférences annuelles, le Conseil des Évêques, les agences générales et les églises locales ont chacun un rôle à jouer dans les actions à mener pour améliorer la santé des membres du clergé et des employés laïcs de l'Église.

Note de synthèse

Le présent rapport résume les travaux de l'Équipe spéciale sur la santé dans la confession.

Valeurs et Théologie

Les valeurs et la théologie wesleyennes ont guidé l'Équipe spéciale dans ses efforts pour se concentrer sur la santé en tant que comportement communautaire nécessitant à la fois compassion et responsabilité.

Valeurs

La tradition et les valeurs wesleyennes ont guidé les travaux de l'Équipe spéciale. Ces valeurs sont :

- définir la santé comme une plénitude par et pour la mission de Dieu,
- fournir une intendance pour la santé,
- agir en relation avec autrui,
- équilibrer la compassion et la responsabilité, et
- offrir un témoignage prophétique.

(Voir l'annexe pour davantage d'informations)

Théologie

L'Équipe spéciale a reconnu qu'un aspect de la mission de la Conférence générale était de soutenir la santé des employés de l'Église et, ce faisant, de renforcer la mission fondamentale des membres du clergé et des employés laïcs. Son travail était enraciné dans la théologie wesleyenne – pour appeler l'Église à agir et à prendre part à la réconciliation et à la guérison, comprises comme le rapport de Dieu avec la création.

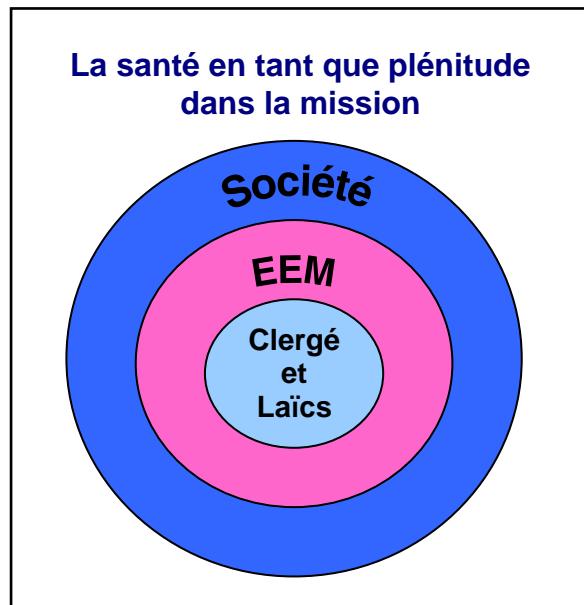
Les idées fortes de John Wesley sur les relations entre la santé et les évangiles, en unissant la foi, la santé et la communauté, étaient des principes sous-jacents de la mission : *Le corps et l'esprit sont faits pour travailler en harmonie et peuvent s'influencer mutuellement. Par conséquent, puisque l'esprit s'ouvre davantage à l'action salvatrice de Dieu, le corps en profite.*

Dans la préface de *Primitive Physic, or An Easy and Natural Method of Curing Most Diseases*, Wesley pose comme postulat qu'un traitement correct d'une maladie ou d'une blessure n'est qu'une partie de la manière dont se manifeste l'intérêt de Dieu pour la santé physique. La manière la plus fondamentale est d'adopter des pratiques saines qui encouragent le bien-être, telles que le régime alimentaire, le style de vie, l'exercice physique et la prière.

La santé en tant que plénitude dans la mission

L'Équipe spéciale a basé ses travaux sur une initiative appelée « La santé en tant que plénitude dans la mission » basée sur l'approche holistique de la santé de Wesley. La santé est définie comme étant *ce qui est nécessaire à l'individu pour être en mission (c'est-à-dire engagé avec nous tous pour réaliser une vie d'objectif en relation avec et tel qu'indiqué par Dieu et en communauté et au service des autres).*

La phrase « La santé en tant que plénitude dans la mission » englobe la vision d'un avenir de prédilection pour tous les Méthodistes Unis et pour chacun, partout – trois cercles concentriques qui illustrent un engagement en relation avec le clergé et les laïcs, l'Église et la société.



1. **Le premier cercle représente le clergé et les laïcs** – Le clergé et les laïcs, via les opportunités d'éducation et d'information, communiqueront une théorie et une pratique d'une direction pastorale saine. Ils découvriront une manière équilibrée de servir leur esprit, leur famille et leurs proches, leurs responsabilités pastorales et leur bien-être physique et mental. La foi et les pratiques spirituelles dynamiseront leurs activités missionnaires et soutiendront leur bien-être personnel.
2. **Le deuxième cercle représente l'Église** – Les politiques de l'Église qui affectent directement les membres du clergé et les laïcs seront revues et modifiées, si nécessaire, afin de servir l'individu dans son ensemble. À la lumière de cet examen, le clergé et les laïcs feront les changements nécessaires pour améliorer leur propre santé. Ils verront les questions de santé comme une composante essentielle de la révélation chrétienne et de la communauté de l'Église.
3. **Le troisième cercle représente l'ensemble de la société** – Puisque des responsables et des communautés méthodistes développent des manières d'intégrer la foi, la communauté et la santé, d'autres vont apprendre à leur contact. Dans une culture américaine, poussée à la fragmentation, l'Équipe spéciale pense que l'intégration de la foi, de la communauté et de la santé sera la bienvenue. Cette intégration découle de la plénitude de la vie de la communauté basée sur la foi.

Santé et communauté

Dans la culture d'aujourd'hui, la santé est perçue comme un épanouissement personnel, une quête de beauté, de force et de capacité. L'Équipe spéciale, quant à elle, a défini la santé comme un épanouissement communautaire. Une bonne santé est autant déterminée par l'interaction des individus dans des communautés que par des individus qui ne connaissent pas la maladie. C'est dans la communauté que chacun participe à la grâce salvatrice de Dieu ; ce qui signifie que, comme l'Église, la confession accomplit la mission de Dieu. En agissant ensemble pour assurer une mission vitale, chaque individu devient un intendant de la pensée, du corps et de l'esprit en pratiquant les disciplines de santé spirituelle.

Support relationnel et responsabilité sont nécessaires, pas seulement pour l'individu ou l'Église mais également afin de participer à l'action salvatrice de Dieu dans le monde. L'équilibre clair entre la Bible et les idées de Wesley vise à évaluer la santé personnelle en tant que plénitude par nos actions, notre exemple et notre témoignage afin d'encourager la réconciliation et la guérison que nous comprenons comme l'action de Dieu dans la création. Les Méthodistes Unis sont appelés à encourager une société saine pour tous – y compris la santé mentale, physique, émotionnelle, spirituelle et communautaire.

« La grâce sera double si vous vous donnez au Grand Physicien afin qu'il puisse guérir ensemble le corps et l'esprit. Et c'est indiscutablement Sa création. Il veut vous donner... une santé intérieure et extérieure ».

—John Wesley
Lettre à Alexander Knox, 26 octobre 1778

Objectifs

Améliorer la santé des employés de l'Église

L'Équipe spéciale sur la santé dans la confession a commencé ses travaux en fixant les objectifs suivants pour réaliser une évaluation des progrès de l'Église vers une meilleure santé dans la confession.

Relations

- Construire des relations plus efficaces dans la foi, la communauté et la santé.
 - Présenter la santé en tant que plénitude dans la mission.
 - Réduire l'incidence des maladies liées au stress.
 - Augmenter les pratiques médicales parmi les employés de l'Église.
 - Augmenter l'enseignement et la pratique de la formation spirituelle associée à la santé à travers les relations.

Partage des informations

- Normaliser le partage d'informations et encourager la divulgation des connaissances à travers l'Église.
 - Identifier les conférences annuelles et les églises qui luttent contre les coûts et fournissent des soins.
 - Augmenter l'accès dans l'Église aux informations relatives aux normes de l'industrie médicale, aux meilleures pratiques, à l'élaboration de plans et aux niveaux de profit.

Les systèmes d'emploi

- Transformer les systèmes et structures d'emploi essentiels de l'Église qui ont un impact sur la santé de ses employés.
 - Augmenter la sensibilisation concernant l'impact qu'ont les systèmes de l'Église sur la santé de ses employés.
 - Réduire l'impact négatif qu'ont les systèmes de l'Église sur la santé de ses employés.

Plan de santé de groupe - Participation

- Assurer la participation pour un clergé et des employés à temps plein actifs dans un plan de santé de groupe.
 - Permettre l'accès à une couverture des soins de santé pour tous les membres du clergé et employés à temps plein de l'Église.
 - Fixer des niveaux minimums de couverture des soins de santé pour tous les membres du clergé et employés à temps plein de l'Église.
 - Augmenter la rentabilité de la couverture des soins de santé de qualité.

Plan de santé de groupe - Accès

- Permettre l'accès aux plans de santé de groupe à tous les employés de l'Église aux États-Unis et concevoir des systèmes de santé et des systèmes d'aide qui incluent tous les employés de l'Église.

Soins médicaux des retraités - Accès

- Respecter les promesses faites aux membres du clergé retraités, aux employés laïcs et à leurs épouses pour des soins de santé appropriés pendant la retraite.
 - Traiter le problème de capacité des retraités à payer les soins de santé.
 - Fournir un accès aux plans de fourniture de soins médicaux et de prescription de médicaments.
 - Planifier et financer les risques médicaux pour les retraités.

Résultats et conclusions

Les cinq résultats et les conclusions que l'Équipe spéciale a tirés de son étude sur la santé des membres du clergé et des employés laïcs qui soutiennent la mission et le ministère de l'Église. Les résultats et les conclusions incluent :

- état actuel de la santé des membres du clergé et des employés laïcs ;
- accès actuel à un plan de santé de groupe,
- couverture des soins de santé pendant la retraite,
- impact des systèmes et structures d'emploi de l'Église sur la santé des membres du clergé et des employés laïcs, et
- accès aux informations pour protéger et promouvoir la santé.

État actuel de la santé des membres du clergé

D'après une étude impliquant 250 professionnels religieux, le clergé protestant, comparé avec d'autres professions, a eu le taux le plus élevé de stress lié au travail et avait un des taux les plus bas en ce qui concerne les ressources personnelles à disposition pour faire face aux tensions liés à l'emploi.¹

Une étude de 2002 a montré que le clergé connaissait une forte incidence de conditions de stress lié au travail, y compris pression artérielle élevée, maladies cardiovasculaires, dépression, maladies gastro-intestinales et dérangements neuromusculaires. Le clergé fait partie des 10 principales professions où l'on meurt de maladies cardiaques.² D'après un *Rapport de requêtes du Conseil général des pensions et avantages médicaux*, les principaux médicaments utilisés par les membres du clergé participant au *HealthFlex* sont ceux utilisés pour réduire le cholestérol et traiter le diabète et autres troubles endocriniens.^{3,4} Le Lipitor, un médicament servant à réduire le cholestérol, est le principal médicament à la fois pour le nombre de demandeurs et le coût total.⁵

¹ *Santé et bien-être dans le ministère, Église évangélique luthérienne aux États-Unis, Gwen Wagstrom Halaas, février 2002, p. 18.*

² *Santé et bien-être dans le ministère, Église évangélique luthérienne aux États-Unis, Gwen Wagstrom Halaas, février 2002, p. 6.*

³ *Remarque : HealthFlex est un plan de soins de santé géré par le Conseil général des pensions et des avantages médicaux et offert aux parrains du plan dans la confession.*

⁴ *Requêtes médicales et de Rx des participants HealthFlex de 2005 du Conseil général des pensions et des avantages médicaux, par le rapport sur les relations, novembre 2006.*

⁵ *Requêtes médicales et de Rx des participants HealthFlex de 2005 du Conseil général des pensions et des avantages médicaux, par le rapport sur les relations, novembre 2006.*

Comparaison de l'état de santé

La prévalence de maladies dans plusieurs catégories importantes (y compris insuffisances cardiaques congestives, maladies coronariennes, pression artérielle élevée et diabètes) était supérieure pour les participants au plan de l'EEM en comparaison avec les références nationales réajustées.^{6,7}

- **La démographie de la population dans le plan de soins de santé affecte le coût et la couverture des soins de santé.** (Voir *A Person's Health Care Costs Increase with Age*, page 8).
 - L'âge moyen des membres du clergé de l'EEM est de 53 ans.
 - L'âge moyen pour des professions similaires varie entre 42 et 47 ans.⁸
 - (Voir *Median Age by Similar Occupations*, page 8).
 - Les dépenses et les avantages des soins de santé payés par demandeur ont tendance à augmenter avec l'âge du demandeur.
 - Le profil des personnes plus âgées présente des défis sérieux en ce qui concerne les coûts futurs.⁹
- **Le risque de syndrome métabolique s'accroît régulièrement avec l'âge, à la fois pour les hommes et les femmes.**
 - L'incidence du syndrome métabolique s'accroît avec l'âge, à la fois pour les hommes et les femmes, passant de moins de 10 % chez les personnes de 20 ans à plus de 40 % chez les plus de 60 ans.¹⁰
 - Lorsque la prévalence du syndrome métabolique augmente, l'incidence des diabètes, des accidents cérébrovasculaires et des acrosyndromes augmente, entraînant des coûts moyens annuels de 5 928 USD.¹¹
 - Cette statistique est très importante du fait que l'âge moyen des membres du clergé de l'EEM est de 53 ans.
- **La santé des membres du clergé et des autres employés de l'Église affecte le coût de l'assurance maladie.** (Voir *Mercer Health Insurance Survey Cost Comparison*, p. 9.)
 - Les employés de l'EEM ont des dépenses liées aux soins médicaux beaucoup plus élevées (16 %) que les groupes comparables du même âge et du même sexe, avec une couverture des soins de santé comparable, tel qu'indiqué dans l'analyse *Health Insurance Survey of United Methodist Conferences*, réalisée par Mercer Health & Benefits Consulting.¹²
 - Cette moyenne de 16 % de dépenses supplémentaires est principalement due à un plus grand nombre de maladies.
 - Le différentiel de 16 % existe après avoir pris en compte les éléments suivants : élaboration du plan, nombre de participants au plan, caractéristiques d'âge et de sexe.
 - Cette différence pose des questions sérieuses concernant l'engagement de durée de vie, le profil démographique de la population actuelle du clergé de l'EEM et les récentes tendances « d'entrée dans le clergé ».¹³
- **Sans une gestion active des plans de l'EEM et une meilleure santé des membres de l'EEM, cette différence de coûts devrait augmenter.**¹⁴

⁶ Remarque : Les participants au plan de l'EEM sont dans le plan HealthFlex, un plan de soins de santé de l'EEM géré par le Conseil général des pensions et des avantages médicaux et offert aux parrains de plans dans la confession.

⁷ Enquête de Mercer Health Insurance, janvier 2006, p. 2.

⁸ Tiré de la présentation de Richard Day, décembre 2005, p. 30.

⁹ Enquête de Mercer Health Insurance, janvier 2006, p. 2.

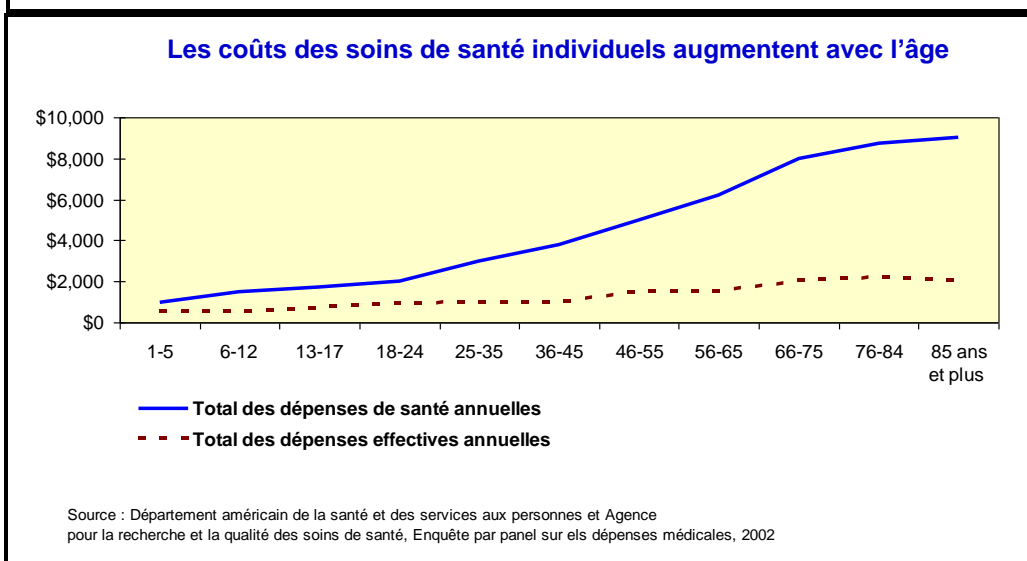
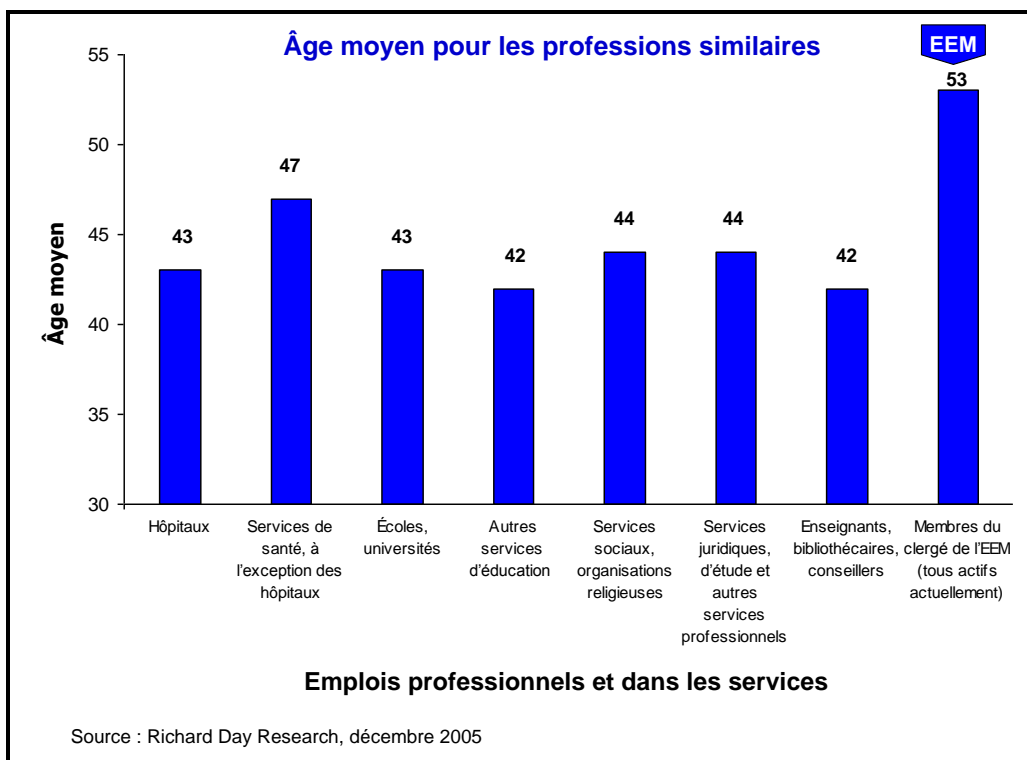
¹⁰ Tiré de la présentation de Judy Johnston, décembre 2005, p. 11 ; Ford ES, et al. JAMA 2002; 287: 356-9. D'après l'American Heart Association, le syndrome métabolique est un groupe de facteurs de risques métaboliques qui inclut l'obésité androïde, les dérangements de lipides sanguins, la pression artérielle élevée, l'insulino-résistance ou l'intolérance au glucose et l'état prothrombotique et proinflammatoire. La présence de trois de ces composantes ou plus augmente les risques de maladie coronarienne et d'autres maladies liées à la formation de plaque dans les parois artérielles (par ex. accidents cérébrovasculaires et acrosyndrome) et les diabètes de type 2.

¹¹ Tiré de la présentation de Judy Johnston, décembre 2005, p. 15.

¹² L'Équipe spéciale sur la santé dans la confession a engagé la société pour qu'elle lui fournisse une évaluation actualisée des plans de santé parrainés par les conférences de l'Église évangélique méthodiste. UN questionnaire a été distribué à toutes les conférences américaines pour obtenir des informations détaillées concernant ces différents plans. Il demandait des informations concernant un certain nombre de sujets relatifs, mais sans s'y limiter, aux plans offerts, à l'élaboration des plans, aux requêtes (nombre total de requêtes, requêtes dépassant les 50 000 USD et requêtes par catégories principales de diagnostic), à la gestion des plans, à l'inscription, à la démographie, aux contributions des participants et à l'approche de financement.

¹³ Enquête de Mercer Health Insurance, janvier 2006, p. 25 (voir également Mercer Health Insurance Survey Cost Comparison, p. 9).

¹⁴ Enquête de Mercer Health Insurance, janvier 2006, p. 1.

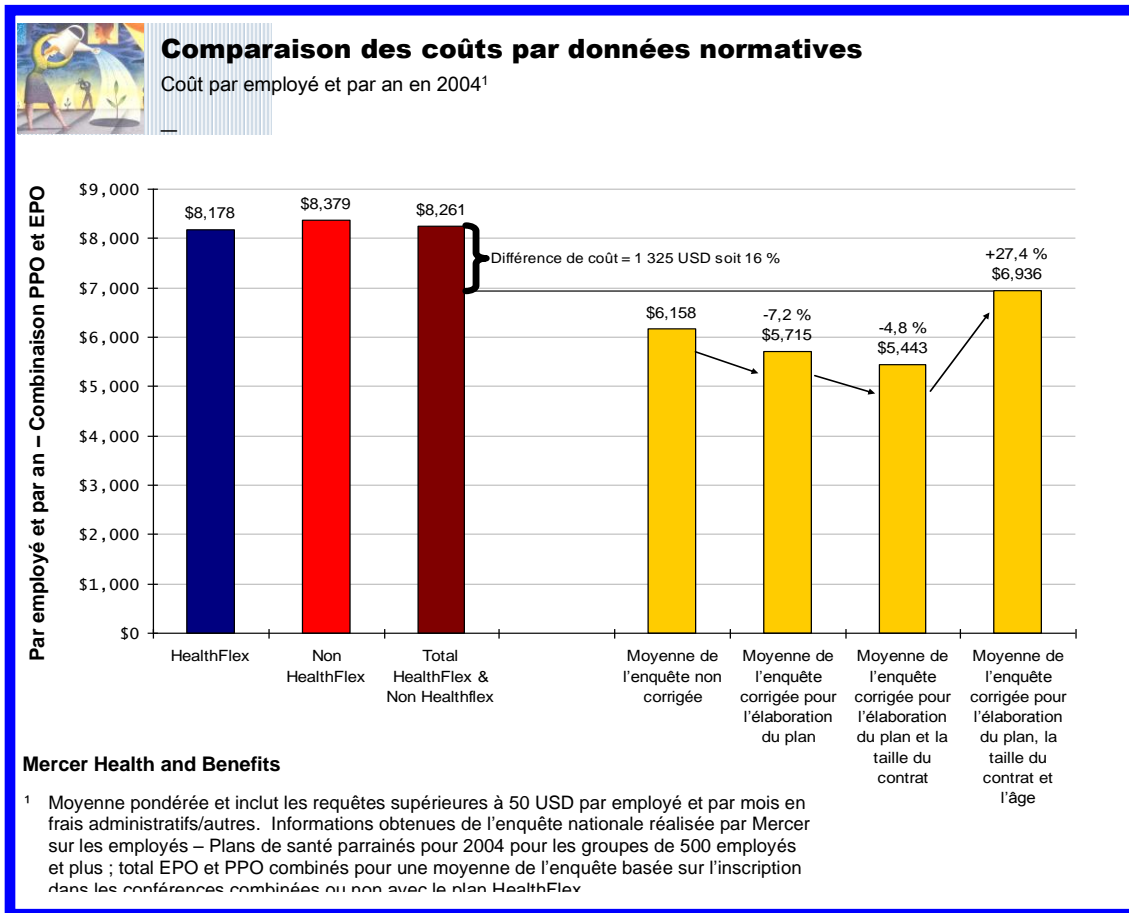


Les dépenses liées aux soins de santé sont relativement faibles au cours de l'enfance. En fait, seul un cinquième des dépenses liées aux soins de santé sont réalisées au cours de la première partie de la vie. Avec les années, toutefois, nos besoins en soins de santé augmentent, en particulier entre 65 et 85 ans.¹⁵

- La moitié environ des dépenses liées aux soins de santé dans la vie d'une personne sont réalisées après 65 ans.
- Les bénéficiaires des soins médicaux âgés de 65 ans et plus sont plus de deux fois plus nombreux à être susceptibles d'utiliser les services hospitaliers que les adultes plus jeunes.
- Le coût moyen annuel pour les soins d'adultes âgés entre 76 et 84 ans est de 8 000 USD – presque huit fois le coût moyen des soins médicaux pour les enfants âgés de 1 à 5 ans.
- Chaque année, pour 100 personnes âgées (65 ans et plus), il y a plus de 650 visites chez le médecin, environ 40 visites dans les services de consultation externe à l'hôpital et à peu près 50 visites aux urgences.
- En plus de recevoir des soins médicaux dans les cabinets des médecins et les hôpitaux, une personne sur sept âgée de 65 ans et plus et une personne sur deux âgée de 85 ans et plus nécessite des soins de longue durée.

¹⁵ Le rapport sur la santé au peuple américain, Groupe de travail sur la santé des citoyens, 14 octobre 2005, pages 13-15.

Comparaison des coûts de l'enquête de Mercer Health Insurance



Les trois premières barres montrent le coût annuel pour 2004 par ménage pour les plans de l'EEM (respectivement HealthFlex, Non HealthFlex et total EEM). Les quatre barres sur la droite montrent les coûts de référence de Mercer (plus de 500 employés) modifiés pour être comparables aux coûts d'EEM. Progressivement, le graphique rectifie :

- élaboration du plan (7,2 % de réduction de la référence pour refléter les plans de l'EEM moins riches),
- taille de contrat moyenne (4,8 % de réduction supplémentaire de la référence pour refléter le nombre moyen de personnes à charge par ménage de l'EEM inférieur) et
- caractéristiques d'âge et de sexe des membres de l'EEM (27,4 % d'augmentation des rectifications 1 et 2 de la référence pour refléter la charge démographique supérieure des membres de l'EEM).

Après les rectifications indiquées ci-dessus, une différence de coûts pour 2004 d'environ 16 % ou 1 325 USD demeure. Cette différence de coût est principalement due à des frais liés à la maladie supérieurs, au-delà de ce qui est généralement reflété par les facteurs de rectification traditionnels détaillés ci-dessus. Cette différence de coût est similaire à l'expérience de Mercer dans son travail avec les plans confessionnels et n'est pas spécifique aux plans de l'EEM.

Toutefois, étant donnée la nature persistante des tendances historiques des coûts médicaux (200 % à 400 % d'inflation de base telle que mesurée par CPI), c'est une différence gênante. Elle pose des questions sérieuses concernant l'engagement de durée de vie, le profil démographique de la population actuelle de l'EEM et les récentes tendances concernant les nouveaux entrants dans le clergé. Une étude de Richard Day Research a montré une augmentation constante et continue de l'âge moyen des nouveaux entrants dans le clergé de l'EEM.

Accès actuel aux plans de santé de groupe

L'Équipe spéciale estime que tous les employeurs dans l'Église devraient essayer de faciliter l'accès aux plans de santé de groupe pour tous les employés.

Nous sommes d'accord avec l'actuel *Livre de discipline*, qui déclare que chaque comité d'église local sur les relations pasteur-paroissiens ou sur les relations personnel-paroissiens « doit davantage recommander au conseil d'église de prendre des dispositions pour que chaque employé laïc dispose d'une assurance maladie et vie appropriée et d'indemnités de cessation d'emploi. » L'Équipe spéciale reconnaît toutefois la relation qui existe entre les avantages médicaux et la compensation.

- **Les avantages médicaux font partie de l'ensemble des compensations de l'unité locale chargée de la paie des salaires.**
 - Le contrôle des plans et programmes de soins médicaux est confié plus efficacement aux niveaux de l'église locale et de la conférence annuelle.
 - Les conférences annuelles prennent des décisions concernant la couverture et l'éligibilité pour leurs membres du clergé.
 - L'unité chargée de la paie des salaires prend les décisions relatives à la couverture et à l'éligibilité pour les laïcs.
- **Les conférences annuelles ont besoin de flexibilité et d'autonomie pour traiter les questions financières auxquelles pourraient faire face les églises locales dans les prochaines années.**
 - Les conférences annuelles acceptent la responsabilité des requêtes pour le clergé ; elles doivent déterminer comment financer les plans de santé pour le clergé de la conférence.
 - Il existe une perception selon laquelle un système de santé pour l'ensemble de la confession pourrait ou ne pourrait pas reconnaître les différences locales.
- **Les programmes de santé deviennent plus abordables lorsque les participants au plan sont en meilleure santé et les risques sont partagés.**
- **Plans et programmes de santé efficaces :**
 - fournir aux participants les ressources dont ils ont besoin pour des soins préventifs et préserver et améliorer leur santé ;
 - réduire les coûts liés aux soins médicaux et
 - améliorer l'efficacité des membres du clergé et des employés laïcs dans le soutien de la mission et le ministère de l'Église.
- **D'après l'enquête de Mercer Health Insurance, l'Église devrait anticiper une réduction actuelle de 3 voire 5 % de l'augmentation des primes en résultat d'un plan de santé à risques partagés.**
 - Les conférences annuelles et les églises locales devraient réaliser la réduction des coûts via des augmentations de primes réduites.
- **Les coûts des soins médicaux augmentent plus rapidement que le taux d'inflation.**

En 2005, une étude de la *Henry J. Kaiser Family Foundation* a montré que les primes d'assurance maladie des employeurs ont augmenté de 9,2 % - plus de deux fois le taux d'inflation et plus de trois fois plus rapidement que les salaires des employés. (Voir *l'Indice des prix à la consommation médicale comparé avec les autres catégories*, page 11.)

« Alors que le taux d'augmentation a été nivelé au cours des deux dernières années, les primes pour une couverture familiale ont grimpé de 73 % depuis 2000... Alors que le pourcentage des primes que la moyenne des employés couverts paie reste la même ou est légèrement inférieure, il est clair que les taux d'assurance maladie augmentent plus rapidement que les salaires des employés ; davantage de sociétés demandent aux employés de payer eux-mêmes des sommes plus importantes pour les coûts réels liés aux soins médicaux et de moins en moins d'entreprises offrent une assurance maladie. »¹⁶

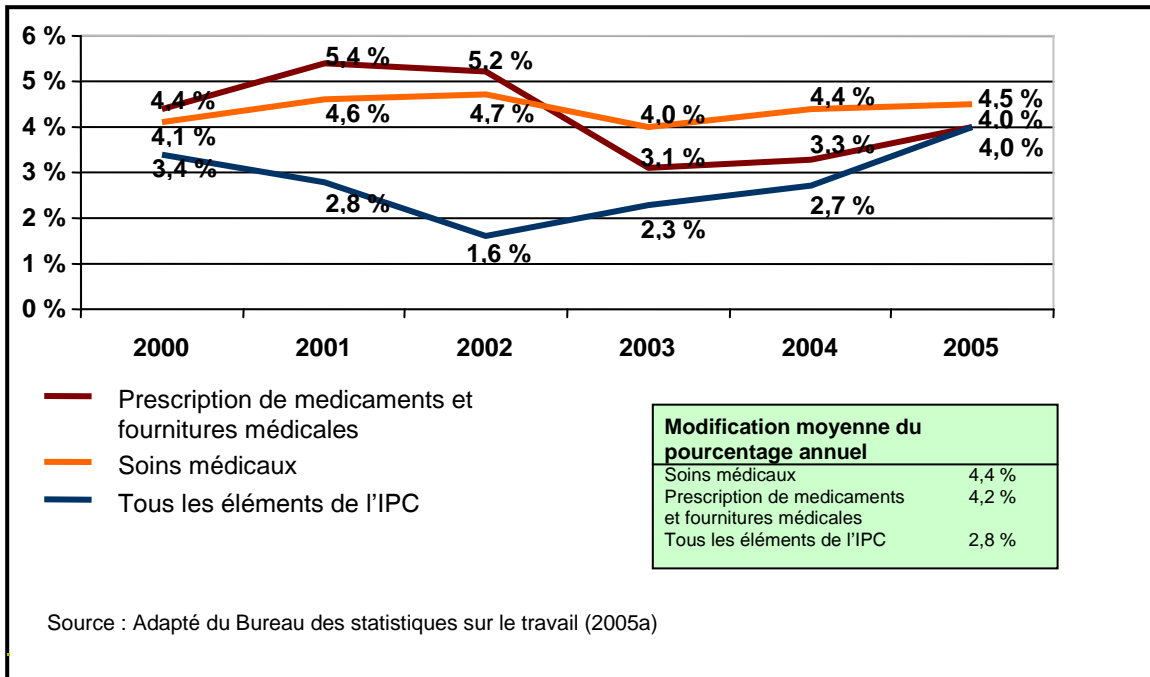
¹⁶ *Rester en bonne santé, FaithLink*, 22 janvier 2006.

Même si les tendances des coûts médicaux étaient plates, la stabilité et le vieillissement de la population de l'EEM entraineraient des coûts de soins médicaux plus élevés.

- **L'augmentation du coût des soins médicaux partagés par le clergé et les retraités continuera.** Dans la mesure où les églises locales luttent pour payer davantage pour les soins médicaux, au lieu d'utiliser ces mêmes fonds pour des programmes de mission et de ministère directs, elles recherchent des options de soins médicaux moins coûteuses.

Indice des prix à la consommation médicale comparé avec les autres catégories, 2000-2005

Les prix des soins médicaux ont augmenté plus rapidement que l'Indice des prix à la consommation (IPC). Toutefois, la différence s'est réduite depuis 2002.



- **Le coût des avantages est une question majeure dans un contexte de nominations accrues.** La question des coûts conduit à une augmentation des nominations des pasteurs à la retraite et des pasteurs locaux à temps partiel ; ces nominations ne comportent généralement aucun avantage. En conséquence, certaines églises locales se sentent contraintes de modifier le statut de leur clergé pour répondre aux besoins et à la volonté de payer pour des avantages. Le coût des avantages influence déjà les systèmes de nomination de l'Église.
- **Généralement, les parrains des plans s'assurent eux-mêmes lorsqu'ils atteignent 1 000 employés ou plus (ménages).** Les résultats de l'enquête de Mercer Health Insurance sur les conférences annuelles ont révélé que 13 conférences annuelles sont auto-assurées, bien qu'elles soient largement en-dessous du seuil de 1 000 ménages. Bien que l'auto-assurance soit une forme moins coûteuse de financement (en particulier pour les grands groupes), c'est une approche plus volatile et risquée pour les parrains de plus petite taille (de 500 à 1 000 ménages). Même si une réassurance en excédent de perte peut aider à gérer cette volatilité, elle est devenue plus onéreuse ces dernières années. En raison des pressions sur les coûts, certains parrains de plans liés aux Méthodistes Unis prennent davantage de risques via l'auto-assurance que ce qu'ils pourraient trouver communément sur le marché,¹⁷ remettant ainsi en question la durabilité de leurs plans.

¹⁷ Enquête de Mercer Health Insurance, janvier 2006, p. 20.

- **L'étude de l'Équipe spéciale a identifié des questions financières fondamentales pour ouvrir l'accès aux employés laïcs.**
 - L'accès aux soins médicaux pour les employés laïcs peut créer une antisélection. Sur la base des données de l'année complète 2005 du plan HealthFlex, les avantages moyens pour le clergé payés par demandeur s'élevaient à 3 986 USD alors que la moyenne pour les avantages des membres laïcs payés par demandeur s'élevaient à 2 928 USD. Toutefois, les requêtes des *épouses laïques* étaient les plus élevées, 4 618 USD, comparé avec les requêtes des *épouses des membres du clergé* qui s'élevaient à 2 910 USD.¹⁸
 - Alors que l'âge moyen des employés laïcs dans le plan HealthFlex est inférieur à la moyenne d'âge du clergé, les employés laïcs ne sont pas nécessairement un groupe actuariel statistiquement moins onéreux. Les employés laïcs peuvent avoir accès aux plans via leurs épouses. Toutefois, s'ils ne sont pas couverts par ailleurs, ils recherchent une couverture par l'intermédiaire des plans de la conférence annuelle ou de l'église locale s'ils y ont droit.
 - Fournir un plan de santé de dernier recours pour l'épouse d'un employé laïc crée une antisélection. Les conférences et les églises locales devraient travailler sur leurs choix autour de cette question en réfléchissant à leur propre mission et au sens de la justice.
- **En tant qu'église confessionnelle, il y a un besoin à continuer à explorer les manières d'atteindre les objectifs suivants, autrement que par un plan confessionnel mandaté :**
 - améliorer l'accès aux programmes de soutien des conditions,
 - investir dans des approches pour le bien-être à l'échelle de la confession via des initiatives, des services et des programmes,
 - construire les meilleures pratiques dans la couverture des plans de santé et
 - niveler le pouvoir d'achat collectif pour la confession.

L'achat en collaboration et les opportunités stratégiques dans les conférences annuelles pourraient réduire les coûts et partager les risques. Les groupes de risques à l'échelle de la confession (par ex. la réassurance en excédent de perte, l'achat de médicaments, les programmes de support d'état, etc.) devront prouver les économies et l'efficacité administrative. Des preuves existent selon lesquelles les groupes de risques à l'échelle de la confession, créés pour les conférences annuelles ou autres groupes d'employeurs, peuvent réduire les coûts.

¹⁸ *Demands médicales et de Rx des participants au HealthFlex du Conseil général des pensions et des avantages médicaux par rapport de relations, novembre 2006.*

Couverture maladie et santé durable pendant la retraite

Certains pensent que prendre soin des retraités fait partie des promesses de l'Église et que c'est une partie du témoignage de la confession dans le monde. L'Équipe spéciale pense qu'il n'y a pas de stabilité pendant la retraite sans couverture des soins de santé ; par conséquent, l'Église doit faire tout ce qui est nécessaire pour respecter chacune de ses promesses concernant cette couverture.

- **Les entreprises stoppent les programmes et augmentent la participation aux frais pour les avantages pour les retraités.**
 - Une enquête de la Kaiser Family Foundation, menée en 2005, a montré que seulement un tiers des entreprises de 200 salariés ou plus offraient des avantages médicaux à leurs retraités – en baisse par rapport aux 66 % de 1988. Les petites entreprises, qui emploient environ la moitié de la main d'œuvre, n'ont jamais offert d'avantages médicaux très généreux pendant la retraite. Les entreprises qui offrent encore des assurances maladie pour les retraités ont réduit les plans de plusieurs manières.¹⁹
 - Le respect de la promesse de l'Église à ses employés à la retraite est de mettre des pressions supplémentaires sur certaines conférences annuelles. L'Église doit s'assurer que les conférences annuelles ont pris les mesures appropriées pour respecter les promesses qu'elles ont faites.
- **L'Équipe spéciale a identifié des problèmes liés au transfert d'une conférence annuelle à une autre de membres du clergé ou d'employés laïcs proches de la retraite.**
 - Les exigences d'éligibilité changent d'une conférence à une autre et, par conséquent, les personnes qui se sont déplacées dans plusieurs conférences peuvent devoir faire face à des pertes d'avantages inattendues.
 - La question de la « portabilité » et de la « crédibilité » des avantages des retraités dans les conférences, dans la mesure où les membres du clergé et les employés laïcs approchent de la retraite, est réelle, ainsi que toutes les responsabilités associées.

Impact des systèmes et structures d'emploi de l'Église sur la santé des membres du clergé et des laïcs

En 2004, le Conseil général avait réuni plus de 50 personnes de toute la confession pour discuter de la santé au sein du clergé. A la suite de ce dialogue, une carte du réseau a été élaborée qui décrit les problèmes complexes et interconnectés de la vie dans le clergé aujourd'hui.

L'Équipe spéciale a discuté des raisons du stress des membres du clergé et examiné le *Livre de Discipline* concernant les aspects de la structure et de la culture d'emploi de l'Église qui ont un impact négatif sur la santé des membres du clergé et des laïcs. Bien que ces questions ne soient pas spécifiées dans la mission initiale par la conférence générale, leur traitement a été essentiel pour soutenir une éthique d'auto soins correcte et permettre aux membres du clergé et aux laïcs d'avoir des pratiques saines dans leur vie quotidienne.

L'Équipe spéciale a identifié les facteurs de stress suivants dans les vies des membres du clergé :

- L'itinéraire traditionnel dans l'Église est remis en cause par des pressions sociales et économiques. Par conséquent, les offres ou ensembles d'emplois sont modifiés ; se déplacer provoque du stress et la liberté de se déplacer est souvent souhaitée. Les nominations à long terme sont souvent perçues comme une récompense pour des succès.
- Il y a un manque de soutien dans le « système d'appel » pour ceux qui transitent dans le clergé ordonné.

¹⁹ *Moins d'avantages pendant la retraite, The New York Times, 9 février, 2006. « Une étude sur de grandes entreprises réalisée par Kaiser and Hewitt Associates, société de conseil, a montré que seulement 12 pour cent des grands employeurs ont attribué à tous les retraités des avantages médicaux l'année dernière, 71 pour cent demandaient des contributions plus élevées aux retraités, 34 pour cent ont augmenté les quotes-parts ou règles proportionnelles et 24 pour cent ont augmenté les franchises. »*

- La formation professionnelle dans les séminaires est inadaptée.
- Le système de nomination garantie n'aide pas à sélectionner et à retenir les membres du clergé qui font des efforts en direction de la santé et de la guérison. Le système n'arrive pas à supporter la responsabilité pour la santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle.
- Le clergé fait face à des attentes de disponibilité 24 heures sur 24.
- L'Église n'a pas une bonne « stratégie de sortie » du ministère. Les membres du clergé qui ne sont pas équipés restent dans le système, leur santé se détériore et la santé et la vitalité de leur congrégation peut en souffrir.
- Le statut sociétal du clergé a décliné et les attentes des églises ont changé. Que l'église soit grande et en croissance ou petite et en déclin, les pressions sur les membres du clergé sont nombreuses, de même que les attentes concernant les rôles que doivent jouer les membres du clergé (par ex. prédicateur, PDG, conseiller, éducateur, conseiller financier, entraîneur, collecteur de fonds, etc.).
- L'Église ne s'est pas adaptée au changement dans l'état et les attentes des membres du clergé. Ces derniers sont souvent mis à l'écart dans leurs communautés.
- Les membres du clergé qui ont connu des problèmes de santé émotionnels ou physiques n'osent pas en discuter avec leurs amis ou les membres de l'église parce qu'ils craignent qu'en le faisant, ils compromettent leur prochaine nomination. En ne traitant pas les problèmes de manière appropriée, les problèmes de santé s'aggravent.
- Se loger au presbytère améliore la sécurité économique mais les maisons sont souvent en mauvais état et manquent d'intimité. L'hébergement dans le presbytère pose des problèmes et peut être difficile à gérer dans les grandes communautés.

Il s'agit de questions complexes qui nécessitent une grande attention afin de traiter les systèmes et structures d'emploi de la confession.

Accès actuel aux informations pour protéger et promouvoir la santé

Les résultats de l'enquête sur les informations financières, commanditée par l'Équipe spéciale et menée par le Conseil général, ont montré que les coûts actuels, l'impact et l'efficacité des plans et des programmes de santé varient en fonction des conférences annuelles. En fait, les variations sont difficiles à comparer parce que les conférences annuelles ne collectent pas de données comparables. Actuellement, il n'existe aucune norme partagée permettant de mesurer les plans et programmes de santé et il n'existe aucune norme concernant la collecte de données financières et autres.

Dans l'enquête de l'Équipe spéciale sur les initiatives pour la santé et le bien-être, un certain nombre de conférences annuelles ont exprimé leur intérêt de savoir ce que les autres conférences faisaient, pour une collaboration interconfessionnelle et pour le partage des expériences positives. Plusieurs conférences annuelles collectent davantage d'informations et de statistiques afin de déterminer les meilleures actions permettant de traiter les problèmes de santé et les styles de vie sains des membres du clergé et des laïcs. Beaucoup ont demandé des aides et des données pour utiliser des incitations visant à encourager les participants à tirer profit des améliorations des soins préventifs et de la santé.

- Aucune donnée comparable n'existe parmi les conférences annuelles permettant de comprendre la santé des membres du clergé dans leur ensemble.
- Aucun dépôt de liaison n'existe pour ce type d'informations. Bien que les plans de santé actuels ne soient pas identiques, l'Église a besoin de trouver des manières de collecter des données comparables et des connaissances spécifiques pour évaluer l'état de santé dans la confession.
- Il appartient à chaque conférence annuelle d'adhérer à certains mécanismes normalisés d'établissement des rapports, d'enseignement et de partage.

L'Équipe spéciale a menée une enquête sur les informations financières parmi les conférences annuelles afin de comprendre la santé financière des plans de santé respectifs. Sur les 63 conférences annuelles interviewées, 40 ont répondu. Parmi celles qui ont répondu, beaucoup n'avaient pas de données complètes ou avaient des données qui n'étaient pas comparables. Par conséquent, l'Équipe spéciale n'a pas été en mesure de tirer de conclusions sur la solidité financière des plans de santé de nombreuses conférences annuelles.

Il existe des variations importantes dans les méthodes utilisées pour rapporter les données financières concernant les plans de santé. Les variations les plus significatives sont liées à un manque de normes comptables communes parmi les conférences annuelles (par ex. méthode de la comptabilité d'exercice contre méthode de la comptabilité de caisse, inclusion ou non des obligations liées aux avantages complémentaires de retraite, etc.) et à la détermination du passif total, de l'actif net et de l'adéquation des recettes du plan de santé pour couvrir les coûts totaux du plan pour les conférences qui n'avaient fourni aucune donnée.

En tant que confession, nous avons identifié que les actions suivantes étaient nécessaires pour améliorer l'accès à l'information :

- discussion active concernant les meilleures pratiques dans le domaine de la santé (c'est-à-dire ce qui marche et ce qui ne marche pas),
- les conférences annuelles apprennent ce que font les autres en collectant et en publiant des données qui :
 - aident les conférences annuelles qui sont vulnérables et essaient de mettre en place des interventions et des initiatives toutes seules et
 - partagent les meilleures pratiques pour renforcer l'enseignement collectif et les liaisons dans la confession.

Recommandations

L'Équipe spéciale a étudié différentes approches dans la confession pour soutenir la santé des membres du clergé et des employés laïcs, examiné les systèmes et la culture d'emploi qui affectent leur santé, étudié les manières de garantir l'accès au plan de santé de groupe pour les membres du clergé et les employés laïcs à plein temps et essayé de favoriser la santé et la plénitude des retraités du clergé, laïcs et de leurs épouses.

L'Équipe spéciale a formulé les quatre recommandations suivantes :

Recommandation n° 1

Améliorer la santé des membres du clergé et des employés laïcs pour soutenir la mission et le ministère de l'Église évangélique méthodiste.

- Le Conseil général doit soutenir la santé en tant que plénitude dans la confession avec des informations sur la santé et en partageant les données dans un effort unitaire pour :
 - collecter et analyser les données sur la santé de la conférence annuelle, du conseil des Évêques et de l'agence générale ;
 - établir des données de référence ;
 - identifier les meilleures pratiques et
 - recommander des stratégies et des orientations.
- Le Conseil général doit chercher à modifier le Plan de protection global, si nécessaire, pour permettre la mise en œuvre des recommandations.
- Les conférences annuelles, le Conseil des Évêques et les agences générales doivent :
 - développer et conserver des programmes de santé et de bien-être et
 - soumettre des données du plan de santé tous les ans au Conseil général.

Élaboration par l'équipe spéciale

La confession a besoin d'une norme pour la collecte et le partage des informations concernant notre santé dans la communauté, dans le cadre de notre large définition de ce qui constitue la santé. En se focalisant sur les meilleures pratiques appliquées dans la confession, nous pouvons apprendre des personnes avec lesquelles nous avons des liens. Le Conseil général sera le point central pour la collecte, l'analyse et la divulgation des informations concernant la santé des employés de l'Église.

- Le processus d'établissement des rapports annuels inclura :
 - un format de rapport déterminé par le Conseil général en accord avec le(s) groupe(s) consultatif(s),
 - des données brutes disponibles par voie électronique (par ex. données indicatives par conférence, âge moyen, salaire moyen, etc.) tel que déterminé par le Conseil général en accord avec le(s) groupe(s) consultatif(s),
 - les données disponibles auprès de la conférence annuelle, du conseil des Évêques et de l'agence générale ; et
 - une base de données élaborée par le Conseil général en accord avec le(s) groupe(s) consultatif(s).
- Le(s) groupe(s) consultatif(s), reflétant les réalités ethniques/raçiales, travaille-ent avec le Conseil général. L'EEM, le monde médical, les avantages médicaux, la santé publique et les intérêts financiers seront représentés dans les groupes consultatifs. Les responsabilités incluront :
 - développement d'une base de données d'orientation,
 - analyse des données et identification des tendances,
 - détermination des données de référence confessionnelles et industrielles,
 - identification des initiatives de style de vie sain et
 - garantie de la conformité.

- Le travail du Conseil général consistera à :
 - évaluer l’existence et le développement des programmes étendus et des initiatives visant à améliorer la santé des employés de l’Église,
 - établir des données de référence confessionnelles appropriées relatives à la santé,
 - identifier les meilleures pratiques confessionnelles et industrielles associées à des styles de vie sains et à la gestion des coûts de santé,
 - collaborer avec les autres agences générales pour coordonner un réseau élémentaire sur l’ensemble de l’Église dédié à la santé et à la plénitude et
 - consulter les conférences annuelles, le Conseil des Évêques et autres agences générales sur l’élaboration de plans de santé, la couverture, les coûts, la viabilité financière et la durabilité et les initiatives de santé et de plénitude, en accord avec les plans de santé et les activités de la conférence et de l’église.
- L’Équipe spéciale a indiqué que l’actif du Plan de protection global sera utilisé pour financer les coûts administratifs associés. Avec le temps, ces efforts devraient entraîner des réductions dans les diagnostics médicaux à long terme et les handicaps.
- Les responsabilités des conférences annuelles, du Conseil des Évêques et des agences générales incluent :
 - le développement ou la modification des initiatives des programmes de santé et de bien-être en consultation avec le Conseil général pour influencer l’information sur les meilleures pratiques,
 - la fourniture de spécifications sur les données du plan de santé et les initiatives de santé et de bien-être au Conseil général et
 - le partage des résultats et des tendances des rapports chaque année.

Recommandation n° 2

Identifier et évaluer les opportunités pour améliorer les systèmes et la culture d’emploi qui affectent la santé des employés de l’Église.

- Créer une Équipe spéciale conjointe du Conseil général des pensions et des avantages médicaux et du Conseil général de l’éducation supérieure et de la mission avec une représentation juridictionnelle du Conseil des Évêques afin de :
 - examiner les systèmes d’itinéraires et de nomination et les améliorations recommandées qui soutiennent la santé des membres du clergé,
 - examiner et recommander des améliorations dans les systèmes de surveillance.
 - traiter les processus pour l’entrée et la sortie des pasteurs ordonnés et licenciés et
 - fournir des lignes directrices pour soutenir un équilibre de vie/travail sain.

Élaboration par l’équipe spéciale

L’examen des systèmes de surveillance inclut les fonctions et les formations nécessaires pour soutenir la santé parmi les membres du clergé et les laïcs. Nous recommandons que le Conseil général des pensions et des avantages médicaux et le Conseil général de l’éducation supérieure et de la mission constituent une Équipe spéciale unique avec une représentation juridictionnelle du Conseil des Évêques afin d’examiner les systèmes d’itinéraire, de nomination et de surveillance, traiter les processus d’entrée et de sortie des pasteurs ordonnés et licenciés et fournir des lignes directrices pour soutenir un équilibre de vie/travail sain. Ces systèmes sont le cœur des questions de santé.

- L’évaluation devrait inclure :
 - les relations entre le système de nomination garantie et le système d’itinéraire,
 - les ramifications des transferts de membres du clergé entre conférences,
 - les processus pour les transitions de vocation en dehors d’un ministère ordonné, y compris l’assistance étendue aux employés par l’identification, le soutien et la nouvelle formation, et
 - le transfert de membres du clergé dans un ministère (processus d’adaptation).

- Le Conseil général des pensions et des soins médicaux et le Conseil général de l'éducation supérieure et de la mission seront chargés de créer une Équipe spéciale.
- L'Équipe spéciale sera sous la direction de la Table relationnelle, du Conseil des Évêques et des Secrétaires généraux et présentera ses résultats/recommandations avant 2011.
- L'Équipe spéciale élaborera des recommandations qui devront être soumises à la Conférence générale de 2012.

Recommandation n° 3

Parrainer ou participer à un plan de santé de groupe pour en garantir l'accès

- Chaque conférence annuelle, le Conseil des Évêques et chaque agence générale doit parrainer ou participer à un plan de santé de groupe,²⁰ garantissant ainsi l'accès pour leur membres du clergé à plein temps et leurs employés laïcs à plein temps aux États-Unis.²¹
- L'éligibilité des participants supplémentaires pourrait être déterminée localement.

Élaboration par l'équipe spéciale

Nous recommandons de proposer une législation afin de modifier Le livre de discipline qui exige de chaque conférence annuelle, du Conseil des Évêques et des agences générales (les « entités concernées ») de parrainer et de conserver un plan de santé de groupe (tel que défini) et de garantir l'accès à un plan de santé de groupe pour les membres du clergé employés à plein temps et les employés laïcs à plein temps des conférences annuelles, du Conseil des Évêques et des agences générales.

- Les entités concernées présenteront un rapport tous les ans au Conseil général :
 - preuve de l'existence d'un plan de santé de groupe (avec un résumé écrit du plan, un document constatant le régime, un résumé du document constatant le régime ou un certificat d'assurance) et
 - les règles d'éligibilité.
- Une liste optimale de composantes type du programme de santé (par ex. programmes d'assistance pour les employés, évaluation des risques de santé, etc.), supérieures à celles présentes dans un plan de santé de groupe traditionnel, seront fournies par le Conseil général pour que les entités concernées les utilisent à des fins de comparaison.
- Le Conseil général continuera à rechercher et à développer des groupements d'achat pour les composantes du plan de santé de groupe afin d'aider les entités concernées à arriver à une élaboration optimale de leurs plans de santé de groupe.
- L'Équipe spéciale estime que tous les employeurs dans l'Église devraient essayer de faciliter l'accès aux plans de santé de groupe pour tous les employés.
- Nous sommes d'accord avec le *Livre de discipline*, qui déclare que chaque comité d'église local sur les relations pasteur-paroissiens ou sur les relations personnel-paroissiens « doit davantage

²⁰ L'expression Plan de santé de groupe, dans ce contexte, signifie un plan de santé de groupe tel que décrit dans la loi de 1996 relative à la portabilité et à la responsabilité de l'assurance maladie (HIPAA), c'est-à-dire un plan couvrant les principales dépenses médicales et hospitalières et non des plans d'avantages à objectif limité tels que les plans autonomes pour la vue ou les dents (ce qui n'exclut pas que ces plans viennent en complément du plan de santé de groupe). Un plan de santé de groupe, dans ce contexte, est généralement un plan de prestations sociales pour un employé tel que défini dans le § 3(1) de la loi de 1974 relative à la sécurité des revenus des employés au cours de la retraite (ERISA), et ses modifications, qui, dans la plupart des cas pour l'organisation de l'Église sera un plan de l'église tel que défini dans le § 3(33) de l'ERISA.

²¹ Les employés de la conférence annuelle ne comprennent pas les membres du clergé nommés dans des ministères étendus (excepté ceux qui servent à des postes dont est responsable la conférence annuelle) et les employés laïcs ne sont pas des employés de la conférence annuelle comme les employés laïcs des églises locales et les employés laïcs des bureaux du district ou de la juridiction.

recommander au conseil d'église de prendre des dispositions pour que chaque employé laïc dispose d'une assurance maladie et vie appropriée et d'indemnités de cessation d'emploi. »

- Nous sommes d'accord avec l'actuel Livre de résolutions qui déclare que « Nous recherchons un plan de santé national qui apportera des avantages globaux à chacun, y compris des services de prévention, une promotion de la santé, des soins primaires et spécialisés, des soins mentaux et d'autres soins. » (Accès universel aux soins médicaux)

Recommandation n° 4

Respecter la santé et la plénitude des membres du clergé, des employés laïcs et de leurs épouses retraités

- Chaque conférence annuelle, le Conseil des Évêques et chaque agence générale doit respecter la santé et la plénitude de ses membres du clergé, des employés laïcs et de leurs épouses retraités en :
 - facilitant l'accès aux plans de fourniture de soins médicaux et de prescription de médicaments,
 - soumettant, deux fois par an à partir de 2009, au Conseil général une Déclaration des principes comptables n° 106, et ses modifications, relatifs aux dépenses médicales envisagées pour la population couverte,
 - créant un plan avant 2011 pour traiter les exigences de financement des futures dépenses médicales des retraités et
 - documentant sa politique par écrit avant 2009 en ce qui concerne la portabilité des avantages médicaux pour les retraités et en communiquant la politique aux membres de son clergé et à ses employés laïcs.

Élaboration par l'équipe spéciale

Nous demandons que le Conseil général facilite une discussion avec les responsables des avantages de la conférence afin de déterminer s'il existe une convention convenue mutuellement concernant le problème de la portabilité pour les retraités. Nous proposons également une législation pour :

- Modifier le *Livre de discipline* pour exiger que chaque entité concernée garantisse l'accès aux plans de fourniture de soins médicaux et de prescription de médicaments aux membres du clergé retraités et aux employés laïcs retraités qui y ont droit.
- Modifier le *Livre de discipline* pour exiger que chaque entité concernée entreprenne une évaluation actuarielle annuelle [Déclaration du principe comptable n° 106, et ses modifications, qui fait partie des principes comptables généralement reconnus (PCGR)], à partir de 2009, des dépenses liées aux avantages complémentaires de retraite et soumettre cette évaluation au Conseil général. Le Conseil général devra :
 - résumer les informations à la confession et à la Conférence générale et
 - publier les informations et les remettre aux parties concernées.
- Modifier le *Livre de discipline* pour exiger que chaque entité concernée crée un plan pour traiter les exigences de financement des futures dépenses médicales associées aux retraités et soumettre ce plan au Conseil général avant 2011. Ce plan doit contenir un calendrier pour remédier aux dépenses non financées.
- Chaque entité concernée doit documenter et communiquer la portabilité existante des politiques et pratiques d'avantages médicaux pour les retraités aux membres de son clergé et à ses employés laïcs ainsi qu'aux membres du clergé et aux employés laïcs arrivant d'autres conférences annuelles ou d'autres agences générales.
- Chaque entité concernée doit soumettre un document écrit relatif à ses politiques et pratiques d'avantages médicaux pour les retraités au Conseil général et les publier dans le journal de la conférence et/ou sur le site web de la conférence.

- Le Conseil général publiera les informations et les remettra aux parties concernées.

Résumé

Les quatre recommandations de l'Équipe spéciale soutiennent la mission et le ministère vital de l'Église évangélique méthodiste dans le monde et répondent au défi de santé de la confession - un nouvel effort unifié pour favoriser une meilleure santé pour les employés de l'Église. Ces recommandations, individuellement et collectivement, essaient d'améliorer la santé dans la confession.

L'approche holistique de la santé de Wesley est essentielle à l'articulation des recommandations. Les valeurs wesleyennes sont la base de la définition de la santé formulée par l'Équipe spéciale : *tout ce qui est nécessaire à l'individu pour être en mission (c'est-à-dire engagé avec nous tous pour réaliser une vie d'objectif en relation avec et tel qu'indiqué par Dieu et en communauté et au service des autres).*

Les améliorations de la santé dans la confession doivent concerner la santé mentale, physique, émotionnelle, spirituelle et communautaire. Le défi pour la confession est d'agir maintenant, d'agir dans un esprit relationnel, d'agir avec compassion et d'agir avec la responsabilité de renforcer la santé dans toutes ses dimensions, de manière à ce que dans les communautés, nous participions à la grâce salvatrice de Dieu.

Remerciements

L'Équipe spéciale sur la santé dans la confession vous invite à lui transmettre vos réflexions sur son travail et sur la note de synthèse.

Envoyez vos observations à l'adresse : **DHTF@gbophb.org**.

Annexe

Requête de la Conférence générale de 2004

Texte de la requête soumis :

La conférence annuelle de Virginie de l'Église évangélique méthodiste demande à la Conférence générale de l'Église évangélique méthodiste de demander au Conseil général des pension de réaliser une étude de faisabilité de la couverture des soins de santé des membres du clergé actifs et retraités et des employés à plein temps et à temps partiel, en unissant réellement toutes les conférences de l'Église évangélique méthodiste situées aux États-Unis dans un plan unique, avec des recommandations sur la couverture qui pourrait être disponible, le coût de la couverture avec des recommandations sur la manière dont elle serait divisée entre une conférence annuelle et le clergé, la ou les sources de paiement pour la couverture et un plan pour la mise en place immédiate de cette couverture des soins de santé et de faire un rapport aux conférences annuelles avant le 1^{er} février 2006.

Texte de la majorité du comité :

Remplacer le texte de la requête par le suivant :

La Conférence générale de 2004 de l'Église évangélique méthodiste demande au Conseil général des pensions et des avantages médicaux de mener une étude de faisabilité concernant une couverture des soins de santé à destination des membres du clergé et des employés laïcs actifs et retraités, en réunissant efficacement toutes les conférences de l'Église évangélique méthodiste situées aux États-Unis dans un plan unique. Si les résultats démontrent la faisabilité pour tous ces employés ou pour l'un ou l'autre de ces groupes d'employés, le Conseil général des pensions présentera un rapport au Conseil général des pensions de la Conférence annuelle avant le 1^{er} janvier 2007 contenant les résultats détaillés de cette étude afin que les conférences annuelles puissent évaluer la recommandation. Le Conseil général des pensions travaillera en association avec le Conseil général des pensions de la Conférence annuelle afin d'élaborer le plan le plus acceptable possible et le soumettre à la Conférence générale de 2008. L'annexe 1 sur la page 767 du DCA et faisant partie de la requête n° 41329-FA deviendra un document fondateur de cette étude, à l'exception du paragraphe final à la page 770 intitulé « Processus et calendrier ».

Membres de l'Équipe spéciale

Membres de conférences annuelles

Boyd Brown, Conseiller fiscal	Virginie	Laïc
Deborah Dangerfield, Responsable des avantages ¹	Nord Illinois	Laïque
Arturo Fernandez, Retraité	Oregon Idaho	Membre du clergé
Marvin Guier, Trésorier et CBO	Nord Texas	Membre du clergé
David Hawkins, Trésorier et CBO	Tennessee	Membre du clergé
Debbie Maltbie, Trésorière et CBO	Ouest Kansas	Laïque
Verna McKinney, CBO	Kentucky/Red Bird	Laïque
Tracy Merrick, Présidente	Pennsylvanie de l'ouest	Laïque
Dan O'Neill, Trésorier et CBO ¹	Montagnes Rocheuses	Laïc
Scott Selman, Trésorier et CBO ¹	Nord Alabama	Laïc
Elijah Stansell, Trésorier	Texas	Membre du clergé
Sharon Strother, Trésorière et CBO	Caroline du Nord	Laïque
R. Stanley Sutton, Trésorier et CBO	Ouest Ohio	Membre du clergé
Mike Watson, Évêque ¹	Sud Géorgie	Membre du clergé

Personnel du Conseil général des pensions et des avantages médicaux

Barbara Boigegrain, Secrétaire générale
Anne Borish, Directrice de la recherche et de l'information
Denise French, Coordinatrice des réunions et des voyages
Andrew Hendren, Conseiller juridique assistant
Colette Nies, Administratrice déléguée, Communications
Noreen Orbach, Administratrice déléguée, Services santé et bien-être
Renee Smith-Edmondson, Directrice de l'administration
John White, Directeur des services santé et bien-être, Développement du plan de parrainage

Consultants de l'équipe spéciale

Joy Anderson, Président, Criterion Consulting
Todd Swim, Premier actuaire, Mercer Consulting
Carol Becker, Première consultante, Growth Design Corporation
Judy Johnston, MS, RD/LD, Université du Kansas, École de médecine
Richard Day, PhD, Richard Day Research
Randy Maddox, PhD, Professeur, École Duke Divinity

¹ Indique un membre ou un ancien membre du Conseil d'administration du Conseil général des pensions et des avantages médicaux.

Valeurs et Élaboration

L'Équipe spéciale a réalisé son travail en accord avec les valeurs universelles suivantes basées sur la théologie de Wesley :

- définir la santé comme une plénitude par et pour la mission de Dieu,
- gérer la santé,
- agir en liaison avec autrui,
- équilibrer la compassion et la responsabilité, et
- offrir un témoignage prophétique.

Définir la santé comme une plénitude par et pour la mission de Dieu

La santé est nécessaire pour que les individus soient plus efficaces dans leur mission et pour qu'ils s'engagent pleinement à participer à la mission de Dieu de restaurer la plénitude de la création. Nous demandons à ce que la santé participe davantage à la mission de Dieu et, en participant davantage à la mission de Dieu, nous aurons une meilleure santé.

Notre culture a tendance à définir la santé comme un épanouissement personnel, une quête individuelle de beauté, de force et de capacité. Pour nous, la santé est communautaire ; une bonne santé est autant déterminée par l'interaction des individus dans des communautés que par des individus qui ne connaissent pas la maladie. C'est dans la communauté que chacun participe à la grâce salvatrice de Dieu ; ce qui signifie que, comme l'Église, nous accomplissons la mission de Dieu.

Gérer la santé

Les individus et les communautés ont la responsabilité de gérer leur propre santé.

Nous reconnaissons l'importance particulière de la santé des membres du clergé et de la santé en tant que mission dans la formation de disciples du Christ. « Dans la communauté de l'église, certaines personnes ont été convaincues par la communauté de s'offrir comme ministre de Dieu. Les membres du clergé sont mis à l'écart mais ne sont pas séparés dans la mission de l'ensemble du peuple de Dieu » (2004, *Livre de discipline*, § 301 et 302).

Les membres du clergé ont offert leurs vies pour servir l'Église à plein temps et, dans ce contexte, ils ont besoin de gérer attentivement leur santé. Ils vivent avec tous les autres pasteurs ordonnés dans une confiance mutuelle et s'inquiètent et discutent ensemble de la sanctification de la communion. La santé des individus fait désormais partie de l'engagement formel. Cette alliance communautaire devrait soutenir une autonomie éthique de son clergé et appliquer des pratiques saines dans la vie quotidienne.

Agir en relation avec autrui

Être en relation avec autrui signifie partager les ressources, les contraintes et les informations. Par la relation avec Dieu et autrui, nous faisons ensemble ce que nous ne pouvons pas faire seuls. Nous avons besoin du témoignage d'individus en difficulté et en souffrance dans la relation afin de pouvoir partager leurs fardeaux et accomplir nos responsabilités en tant que peuple de Dieu en mission sur terre.

Les pratiques de l'Église devraient essayer d'améliorer la santé de l'ensemble de la communauté et de chacun des individus qui la servent. Bien que les idéaux de l'esprit de relation restent les mêmes, nous réalisons nos idéaux à des moments spécifiques, et nos institutions doivent répondre aux contextes qui évoluent.

Équilibrer la compassion et la responsabilité

Nous ne devrions pas légiférer sur la conformité, nous devrions amener autrui à rechercher et à suivre la paix de Dieu. Wesley avait compris que la manière de faire évoluer une personne vers le renouveau spirituel ne passait pas par les lectures sur le comportement mais par les histoires. L'insistance de Wesley sur la santé incluait également un soin compatissant pour le malade. Ces inquiétudes pour la santé et la maladie sont à la base de l'expression pratique dans la vie communautaire dans la mesure où les peuples essayaient d'apporter du soutien et de la discipline dans le mode de vie chrétien et prient pour la guérison des autres.

Nous ne pouvons pas nous permettre que la maladie physique ou mentale soit une cause d'exclusion et nous devons examiner attentivement leur impact sur l'ordination et les nominations. Nous devons créer un environnement qui englobe et soutient les membres du clergé dans les moments de transition mais qui responsabilise également les individus et les institutions pour gérer leur santé. L'engagement le requiert.

Offrir un témoignage prophétique

Comme l'Église, nous prétendons avoir une voix passionnée et prophétique. Nous accomplissons ce témoignage public en nous engageant à fournir des soins médicaux appropriés aux personnes qui travaillent pour l'Église, en y incluant équitablement les marginaux, même si cela ne va pas dans le sens de nos intérêts financiers et en enseignant et en prenant exemple pour les autres sur notre foi et l'attention que nous portons à la santé de chacun et de la communauté.

Bien que notre culture encourage un dualisme entre le corps et l'esprit, l'Église doit enseigner des valeurs pour prendre soin à la fois du corps et de l'esprit. La vie de prière, la vie de dévotion et la vie physique sont toutes des disciplines spirituelles que les individus recherchent dans le contexte de la communauté. Comme nous l'a enseigné Wesley, les membres du clergé ont une responsabilité importante pour présenter et enseigner de bonnes pratiques de santé et pour servir de rappel vivant aux autres.

L'Église est appelée par Dieu à la mission holistique de la guérison : spirituelle, mentale, émotionnelle et physique. Les Méthodistes Unis sont appelés à travailler dans le sens d'une société saine pour tous. Une partie de notre mission est de permettre aux gens de prendre soin d'eux-mêmes et d'être responsables de leur santé. Une autre partie de notre mission est de garantir que les personnes qui sont malades, qu'il s'agisse d'une maladie de l'esprit, de la pensée ou du corps, ne soient pas écartées ou ignorées mais que des soins leurs soient apportés pour qu'elles vivent pleinement leur vie (*Livre des résolutions*, p. 308).

Sessions d'écoute

L'Équipe spéciale a partagé ses recommandations avec les groupes suivants afin d'obtenir leurs avis :

- Plusieurs Conseils des pensions de conférences
- Les cinq Collèges des Évêques des États-Unis
- Équipe spéciale inter-agences pour la santé en tant que plénitude
- Conseil général de l'éducation supérieure et de la mission / Conseil des pasteurs ordonnés
- Association des responsables des pensions et des avantages des conférences méthodistes unies
- Comité sur l'étude de l'épiscopat
- La Table relationnelle
- Conseil général des pensions et des avantages médicaux – Conseil d'administration
- Personnes présentes aux événements sur les avantages des responsables de district
- Parrains du plan HealthFlex
- Personnes présentes au Forum des Responsables des avantages des conférences
- Conseil général des finances et d'administration – Conseil d'administration

Enquêtes et rapports commissionnés ; Matériels de référence utilisés

- Informations de l'enquête commissionnée par l'Équipe spéciale et collectées par le Conseil général auprès des conférences annuelles au cours de la seconde moitié de 2005 :
 - **Résultats de l'enquête sur les informations financières** – basés sur les réponses de 40 conférences annuelles ; exclut deux conférences annuelles qui ont répondu trop tard pour être prises en considération.
 - **Réponses à l'enquête sur les initiatives pour la santé et le bien-être** – basées sur 41 des 63 réponses des conférences annuelles ; exclut une conférence annuelle qui a répondu trop tard pour être prise en considération.
 - **Résultats de l'enquête sur les informations relatives à l'assurance maladie** – basées sur 49 des 63 réponses des conférences annuelles ; exclut une conférence annuelle qui a répondu trop tard pour être prise en considération.
- Enquête interconfessionnelle sur le clergé et les laïcs de *Caractéristiques de santé, bien-être, spiritualité et travail, Université de Duke, données préliminaires collectées en 2006, rapport final prévu pour juin 2007*
- Articles/Études :
 - *Guide 2006 sur les données de références des coûts médicaux : Faits et tendances pour soutenir les solutions basées sur les connaissances*, BlueCross and BlueShield Association
 - *Rester en bonne santé*, FaithLink, 22 janvier 2006.
 - *Moins d'avantages pendant la retraite*, The New York Times, 9 février, 2006.
 - *Célébrer l'œuvre de Wesley : Un héritage pour les wesleyens contemporains*, Randy L. Maddox, Ph.D., Histoire méthodiste, 43.2, 2005, pp. 74-89
 - *Gérer les coûts des soins de santé dans une ère nouvelle*, 10^{ème} groupe annuel national d'activité sur la santé / Rapport d'enquête de Watson Wyatt, 2005
 - *Avantages médicaux de l'employeur*, Enquête annuelle de 2005, Kaiser Family Foundation et Health Research and Educational Trust
 - *La prochaine bombe à retardement de la retraite*, The New York Times, 5 décembre 2005.
 - *Ministères de la santé : Notre tradition et notre défi*, Interprète, décembre 2005
 - *Le rapport sur la santé au peuple américain*, Groupe de travail sur la santé des citoyens, 14 octobre 2005
 - *La prévalence accrue des maladies traitées : Effets sur les dépenses d'assurance privée*, site web des affaires de santé, 27 juin 2005
 - *Bien-être mondial*, HR Executive, 16 juin 2005
 - *Enquête des leaders d'opinion sur la santé*, Fonds du Commonwealth, avril 2005
 - *Les seniors en Amérique 2004 : Indicateurs clés du bien-être*, Forum fédéral inter-agences sur les statistiques sur le vieillissement, 2004
 - *Leaders limites : Compétences de direction pour les hommes de foi*, Gary Gunderson (Fortress Press, 2004)
 - *Aujourd'hui : Une manière wesleyenne de prier*, Laurence Hull Stookey (Abington Press, 2004)
 - *Réclamer le salut holistique*, Randy L. Maddox, Ph.D., Circuit Rider, mai/juin 2003, pp. 14-15
 - *Santé et bien-être dans le ministère, l'Église évangélique luthérienne aux États-Unis*, Gwen Wagstrom Halaas, février 2002, p. 18.
 - *Implication religieuse et moralité : Une révision méta-analytique*, Health Psychology, Vol. 19, N° 3, 2002, pp. 211-222
 - *Bonheur, plaisir et richesse*, Une démographie américaine, avril 1998
 - *Des racines entrelacées profondes : Améliorer la qualité de vie dans notre communauté*, Gary Gunderson (Fortress Press, 1997)
 - *Un héritage revendiqué : John Wesley et la santé et la guérison holistiques*, essai de Randy L. Maddox, Ph.D.
- Autres matériels / présentation :

- *Demandes médicales et de Rx des participants au HealthFlex de 2005 du Conseil général des pensions et des avantages médicaux par rapport de relations*, février 2006, examen des coûts de la population des participants au plan HealthFlex.
- *Une analyse des sources de données internes et externes traitant des problèmes de coût des soins de santé pour le Conseil général des pensions et des avantages médicaux de l'Église évangélique méthodiste*, Richard Day Research, décembre 2005
- Présentation à l'Équipe spéciale, Judy Johnston, M.D., R.D., L.D., décembre 2005 ; présentation couverte :
 - Principaux problèmes liés à la santé aux États-Unis et coûts économiques associés
 - Obésité / syndrome métabolique et coûts
 - Les problèmes d'assurance des soins de santé
 - Options
 - Congrégations sur la santé présentes au Kansas
- *Analyse approfondie des différences démographiques*, Conseil général des pensions et des avantages médicaux, Église évangélique méthodiste, septembre 2005
- *Évaluation des performances et des tendances du plan 2003 et 2004*, pour HealthFlex, Ingenix, 30 juin 2005 et 30 septembre 2005
- *Mise en correspondance des actifs*, travaux de l'Équipe spéciale, avril 2005 ; actif classé par :
 - organisations nationales / internationales, y compris celles basées sur la foi
 - Organe de l'Église évangélique méthodiste
 - Église locale
 - Communauté locale
 - Conférence/régional/local
 - Individus / catégories de personnes
 - valeurs et autre actif incorporel
- *La santé en tant que plénitude dans la mission : Foi, communauté et santé dans l'Église évangélique méthodiste* ; Conseil général des pensions et des avantages médicaux de l'Église évangélique méthodiste, 9 décembre 2004
- *Carte des systèmes complexes*, Conseil général des pensions et des avantages médicaux, Église évangélique méthodiste, créée en 2003-2004

Pour demander des exemplaires supplémentaires

Des exemplaires supplémentaires du présent rapport
peuvent être demandés via notre site web :

<http://www.gbophb.org> > **Go to Resources > Materials > Publications**

Vous pouvez télécharger un exemplaire ou demander des copies imprimées
en complétant les champs d'information requis.

Si vous n'avez pas accès à notre site web, vous pouvez appeler le
1-800-851-2201 et demander des exemplaires supplémentaires.



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve
1901 Chestnut Avenue
Glenview, Illinois 60025-1604
1-800-851-2201
www.gbophb.org