

# SPIRITUS

---

**Colloque de Valpré**

16-19 septembre 1998

**santé - cultures - mission**

*organisé par l'Association Médicale Missionnaire de Lyon,  
en collaboration avec la Revue Spiritus*

*santé – cultures – mission*


---

	L'Association Médicale Missionnaire	3
Bernard Ugeux	Présentation du Colloque	5
<b>Les rapports culture-santé</b>		
Laurence Creusat	Introduction	10
	Témoignages	13
	<i>voir détail page 9</i>	
<i>groupes de réflexion</i>	Les problématiques	30
Laurence Creusat	Une approche anthropologique	35
<i>groupes de réflexion</i>	Conclusions de la première partie	50
<b>Le rapport mission-santé</b>		
Nazaire Diatta	Le regard d'un Africain	54
	Témoignages	59
	<i>voir détail page 53</i>	
<i>groupes de réflexion</i>	Les problématiques	80
Bernard Ugeux	Vers une théologie de la santé	83
<i>groupes de réflexion</i>	Les convictions qui nous habitent	97
<i>collectif</i>	<b>Table ronde Finale</b>	102
Bernard Ugeux	Conclusion	110
Gilbert Legrand	Post-face	114
Jacques Gadille	Permanence et évolution des modèles	116

---

Un encart A.M.M., trois volets, est jeté dans ce numéro

*Il y a bien des manières de traiter des problèmes de santé et de guérison dans leurs rapports avec les cultures et l'annonce du salut en Jésus Christ. Le colloque dont nous rendons compte l'a fait en s'appuyant sur le témoignage d'agents de santé et de pasteurs engagés dans leurs tâches quotidiennes pour un service aux multiples facettes : prise en charge des malades, participation à l'œuvre missionnaire de l'Église, partenariat avec les services de santé publique locaux, etc., dans un contexte de rencontre des cultures, principalement en Afrique.*

*Cette approche et le dialogue qui s'est instauré entre praticiens, anthropologues, pasteurs et théologiens tout au long de ces journées de réflexion se sont avérés fructueux. L'apport anthropologique a permis d'approfondir un certain nombre de problèmes : la complexité des rapports entre la conception que les gens se font de la santé et la vision qu'ils ont du monde dans l'univers culturel qui est le leur ; la richesse d'une notion de la santé vue comme un état de bien-être englobant toutes les dimensions de la vie, somatique, psychologique, relationnelle, spirituelle ; le vaste chantier ouvert à la collaboration entre médecine scientifique et médecine traditionnelle ; le rôle central de la femme qui donne la vie et la préserve.*

*Dans sa deuxième partie, le colloque s'est situé d'un point de vue théologique et pastoral. Il met en lumière la nécessité d'approfondir et de renouveler la réflexion et la pratique de l'Église dans le domaine de la santé. Il fournit des critères d'évaluation de l'action missionnaire : écoute et dialogue ; souci de responsabiliser les personnes, de les libérer de la peur, d'instaurer un authentique partenariat entre tous les acteurs concernés ; liens entre les pratiques thérapeutiques et les pratiques sacramentelles ; place de la réconciliation et de l'action en faveur de la justice et de la paix ; souci d'un développement de tout l'homme ; etc.*

*Le colloque n'avait pas la prétention de traiter toutes les questions que pose à l'Église la rencontre entre santé, cultures et mission. L'annonce du salut en Jésus Christ tient une place centrale en toute entreprise missionnaire. Cette révélation manifeste que le salut auquel l'être humain aspire doit l'atteindre à la racine même de son cœur. Le salut intégral est réalisé lorsque l'homme est libéré du péché, racine du « mal faire » et du « mal être ». Il est plus que l'absence de maladie et seul Dieu peut nous le donner.*

Spiritus

## L'ASSOCIATION MÉDICALE MISSIONNAIRE

---

L'Association Médicale Missionnaire (A.M.M.) est née en 1946 à l'initiative de Mgr Lavarenne, directeur des Œuvres Pontificales Missionnaires à Lyon, et de médecins lyonnais soucieux de la santé des missionnaires revenant malades des pays tropicaux. Un établissement de soins, la clinique du St Rédempteur a été fondé. Il a pris en charge les lépreux et a été une des rares léproseries de France. L'association s'efforçait aussi de donner à ces missionnaires une formation sanitaire leur permettant de se prémunir contre les maladies tropicales et de faire profiter les autres de leur acquis en ce domaine.

En 1988, l'activité de soins a été supprimée. Les missionnaires pouvaient trouver des soins de qualité dans la plupart des hôpitaux français. L'activité de formation s'est alors développée et structurée. Elle s'adresse à des agents de santé, laïcs ou religieux, désireux d'acquérir une compétence qui réponde aux conditions dans lesquelles ils auront à exercer leur service: pénuries de moyens, milieu culturel différent, isolement, maladies spécifiques, etc. Il s'agit de préparer à l'exercice efficace du métier de soignant avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques réduits. Les stagiaires, 30 à 40 par an, vont acquérir un complément de formation technique et recevoir une initiation à l'approche anthropologique, aux soins de santé communautaire, à la gestion des centres de santé, etc.

L'Association se donne aussi pour but d'aider les anciens stagiaires: envoi de médicaments choisis parmi les médicaments essentiels, moins onéreux, de matériel de stérilisation et de conservation des vaccins et médicaments, etc. Cette aide est possible grâce aux dons et legs reçus par l'Association.

Enfin, l'Association a pour objectif de promouvoir des rencontres et la réflexion sur les conditions et l'exercice de la mission. Depuis une dizaine d'années, de nombreux stagiaires parmi les 1600 qui sont passés à l'A.M.M. depuis 1946, nous écrivent ou viennent nous revoir. La richesse de leurs témoignages, leur enthousiasme et les questions qu'ils nous posent ont fait naître l'idée d'un colloque. Le projet a pris corps en 1996 lors de la célébration du cinquantenaire de l'Association. Ce numéro de Spiritus veut partager avec vous l'essentiel de son contenu.

Il a réuni environ 80 participants, agents de santé et pasteurs, travaillant pour la plupart en Afrique francophone. L'équipe d'animation était composée de Mme Laurence Creusat, anthropologue, des PP. Bernard Ugeux, et Nazaire Diatta, anthropologues et théologiens, du P. Pierre Laurent, de la rédaction de Spiritus et du Dr Gilbert Legrand, médecin, vice-président de l'A.M.M. Sous le patronage de Mgr Pierre Zevaco, évêque de Tolagnaro (Madagascar), pédiatre et membre du Conseil Pontifical de la Santé, témoins et experts, qui vous seront présentés au fur et à mesure de leurs interventions, ont animé les groupes de travail.

Dans une ambiance chaleureuse, le colloque a permis d'aborder des thèmes qui rejoignent les préoccupations des soignants, qu'ils exercent en Afrique ou dans d'autres parties du monde: importance de l'écoute des malades et de toutes les personnes concernées par la maladie; importance des connaissances anthropologiques; importance du temps pour une approche respectueuse des personnes et la mise en œuvre d'actions de développement de la santé. Il a mis aussi en évidence la richesse d'une approche interdisciplinaire.

Nous avons bien conscience que tout n'a pas été dit. Les participants ont rejoint chacun leur lieu de travail et d'engagement. Comment rester en contact? Faut-il envisager une suite à ce premier colloque? Comment partager les découvertes qu'il a permises? Autant de questions auxquelles il conviendrait de trouver des réponses. Nous sommes prêts à accueillir toutes les propositions qui pourraient nous être faites.

*Pr. J.L. Bertrand, président*  
*Dr G. Legrand, vice-président*

*Association Médicale Missionnaire*  
*74, rue d'Ypres*  
*69316 Lyon Cedex 04*

## OBJECTIFS ET MÉTHODE DU COLLOQUE

*par Bernard Ugeux*

*Membre de la Société des Missionnaires d'Afrique (Pères Blancs), Bernard Ugeux, est docteur en anthropologie et en théologie. Il a exercé son ministère au Zaïre et en Tanzanie durant quatorze ans, principalement dans la formation. Il est actuellement professeur à la Faculté de Théologie et à l'ISTR de l'Institut Catholique de Toulouse.*

---

Ce colloque se présente de façon particulière. Interactif et convivial, il vise à permettre à la fois *un partage d'expériences et un approfondissement des problématiques* avec l'aide de spécialistes. Il ne s'agit pas d'un colloque médical spécialisé, ni d'un colloque de style universitaire classique, où l'on vient écouter des spécialistes exposer leurs dernières trouvailles. Il rassemble un public semblable à celui qui suit habituellement les formations de l'A.M.M. : des professionnels de la santé, qui travaillent au sein de cultures autres que les leurs et qui sont animés par l'idéal chrétien de la priorité à donner aux plus démunis, et particulièrement aux malades.

Une autre originalité est *son approche interdisciplinaire*. Il n'est pas si fréquent de voir des praticiens de la santé, des anthropologues, des théologiens, des pasteurs de terrain, se retrouver pour un partage d'expériences et une relecture critique de leurs pratiques. Ce qui rend cette rencontre possible, ce sont les rapports qui existent entre la santé, les cultures où nous sommes insérés et la foi qui nous anime. Aujourd'hui, une prise de conscience s'impose de plus en plus : on ne soigne pas une maladie, mais une personne, avec toutes ses dimensions : physique, psychologique, relationnelle, culturelle, religieuse.

Cette approche *holistique*<sup>1</sup> intéresse de plus en plus les praticiens de la santé en Europe, comme le montre le développement de la recherche en psychosomatique, en ethno-médecine et à propos des soins palliatifs. Ces praticiens commencent à réaliser ce qui est évident pour la plupart d'entre nous : on est malade en fonction de la conception que l'on se fait de la santé et cette conception est en grande partie culturelle. Derrière toute médecine, il y a une anthropologie, une cosmologie (conception du rapport entre l'homme et son environnement, le cosmos, etc.) et une conception de la dimension religieuse (ne fut-ce que pour en nier l'influence, comme on le constate souvent en biomédecine). Aucun système de santé n'existe en dehors d'un système culturel, ce qui explique qu'il n'existe pas à proprement parler de médecine universelle.

### **l'approche anthropologique : les rapports cultures-santé**

Nous commencerons par l'approche culturelle qui est la base de tout travail thérapeutique ou pastoral. La culture représente une dimension essentielle de la personne. Dans des domaines aussi graves que celui de la santé ou du salut, on ne peut rejoindre la personne sans s'efforcer de comprendre quelle est sa vision du monde, sa culture, et cela est d'autant plus indispensable quand on n'appartient pas au milieu où ces personnes évoluent<sup>2</sup>. Ce sera notre premier axe de travail. Le document préparatoire au colloque le présente ainsi :

*« Selon les pays et les aires culturelles, les individus et les groupes sociaux appréhendent de diverses manières les causes de la maladie et de la guérison. Cela donne naissance à une grande diversité tant au niveau de la recherche des causes de la maladie (étiologies médicales modernes ou traditionnelles, religieuses, ésotériques) que des représentations, interprétations, approches et mises en place des systèmes de soins. »*

*« Bien souvent dans les pays du Tiers-Monde, les systèmes de santé divers (médecine moderne, recettes traditionnelles, thérapie indivi-*

1/ Du grec *holos*, total, complet. Cet adjectif est employé en référence à une approche des questions de santé qui tient compte de toutes les dimensions de la personne: physiologique, psychologique, relationnelle, en opposition à la médecine classique, ou biomédecine, considérée comme réductrice, morcelante, ignorant le malade derrière la

maladie. Le terme « *holisme* » peut avoir un sens ésotérique, (Cf. le New Age) et désigne le rapport interactif entre l'homme (microcosme) et le cosmos (macrocosme).

2/ Une démarche d'inculturation, en théologie, commence toujours par une démarche d'acculturation, d'un point de vue anthropologique.

*duelle ou de groupe...) et ceux qui les mettent en œuvre (agents et professionnels de la médecine, tradipraticiens, devins, prophètes-guérisseurs, prêtres, groupes de prière...) se trouvent en "concurrence"; ce qui pose de sérieuses questions. »*

*«Le but du premier axe de notre recherche est donc, dans un milieu donné, de cerner le plus clairement possible la question des rapports entre santé et culture, de repérer la diversité des systèmes de référence et l'importance des représentations culturelles, afin de percevoir les questions morales, sociales, spirituelles, médicales ainsi engendrées.»*

### **l'approche théologique et pastorale: le rapport mission-santé**

Nous sommes nombreux à être confrontés quotidiennement, dans notre travail missionnaire ou dans nos pratiques médicales, au difficile rapport entre santé et salut. Personnellement, je me suis souvent posé la question suivante: «Que veut dire pour un Africain: 'tu es sauvé en Jésus Christ' alors qu'il est gravement malade et que l'on n'arrive pas à le guérir?». À Kinshasa, on chantait: «le matin à la messe, le soir chez le devin». Au Zaïre et en Tanzanie, combien de fois ai-je entendu des groupes pentecôtistes ou évangélistes nous provoquer: «Les catholiques n'ont pas le Saint-Esprit comme nous, sinon ils guériraient comme nous...!» Et ce n'est pas sans raison que le Renouveau Charismatique se répand si vite dans certains pays d'Afrique noire. Ce sera notre deuxième axe de réflexion que le document préparatoire présente en ces termes:

*«Les Églises ont traditionnellement beaucoup investi dans le domaine de la santé. Elles ont consenti, et consentent encore, un grand effort en personnel et en matériel au bénéfice d'institutions, de réseaux médicaux, de programme de santé nombreux. Elles ont développé tout un discours (une catéchèse) à propos de la maladie, de la souffrance, de la guérison, du salut. Elles offrent également un accompagnement et des pratiques rituelles ou sacramentelles à ceux que la maladie atteint.»*

*«Pour beaucoup, une Église (ou groupe religieux) qui n'est pas capable de guérir n'est pas capable de sauver. Mais il n'est pas évident que "guérison et salut" aient le même sens, le même contenu, pour les Églises et pour ceux auxquels elles s'adressent ou qui ont recours à leurs "services". Les convictions des agents pastoraux à propos des causes de la maladie ne concordent pas toujours avec*



*celles des personnes qui ont recours à la magie, à la divination, à l'interprétation des rêves. Le malaise est certain. »*

*« Le but du deuxième axe de recherche sera d'évaluer la crédibilité des Églises dans le domaine de la guérison et du salut, de comprendre la place consacrée à ces questions dans la pastorale et de s'interroger sur la formation dont devraient bénéficier les agents pastoraux et médicaux dans ce domaine clé, en Afrique mais aussi en Occident. »*

### **la méthode et les limites de notre travail**

Nous voulons avancer progressivement, partant de l'approche culturelle pour aboutir au questionnement de la foi. Nous voulons aussi procéder de façon inductive à partir de l'expérience. Il y aura donc deux temps pour chaque axe. Après l'écoute de quelques témoins, un premier travail en groupes permettra de préciser les questions. Il est important qu'elles soient posées dans leur complexité afin d'éviter les solutions superficielles. Après ce repérage des problématiques, un complément sera apporté par Laurence Creusat, anthropologue de la santé pour le premier axe, et par moi-même pour le deuxième axe. Après cet apport plus théorique, un deuxième temps de travail en groupes envisagera les pistes d'approfondissement ou de solution. Une table ronde, réunissant témoins et experts, permettra de préciser ce que nous retenons de chacune des étapes de notre réflexion.

Nous sommes conscients qu'il y a bien d'autres façons d'aborder les questions de santé en relation avec la mission: approches économiques, politiques d'infrastructures, d'équipements, de méthodes, question des rapports avec les États, etc... Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustifs, mais nous pensons que les questions que nous allons traiter ensemble sont urgentes et incontournables sur le terrain aujourd'hui.

Notre problématique concerne les professionnels de la santé, les anthropologues, les missionnaires et les théologiens. Notre colloque touche un thème important, autant pour les Églises du Nord que celles du Sud, pour les Églises d'Orient que celles d'Occident. Nous pensons que nos travaux intéresseront un public beaucoup plus large que celui de l'A.M.M. Que l'Esprit Saint nous éclaire.

*Bernard Ugeux*

*14, rue Vélane  
31000 Toulouse*

# LES RAPPORTS CULTURES-SANTÉ

« *Le but du premier axe de recherche est donc, dans un milieu donné, de cerner le plus clairement possible la question des rapports entre santé et culture, de repérer la diversité des systèmes de référence et l'importance des représentations culturelles, afin de percevoir les questions morales, sociales, spirituelles, médicales ainsi engendrées.* »

---

## INTRODUCTION

*Laurence Creusat* p. 10

## TÉMOIGNAGES

– Sur la lagune de Cotonou  
*Dr Annick Chauty* p. 13

– Avec les médecins traditionnels (Mozambique)  
*Sr Odile Striby* p. 17

– Avec les matrones au Tchad  
*Sr Marie Josée Goepfert* p. 22

– Avec les Pygmées au Nord-Congo  
*Sr Jacqueline Millet* p. 25

## LES PROBLÉMATIQUES

*Groupes de réflexion* p. 30

## UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE

*Laurence Creusat* p. 35

## CONCLUSIONS

*Groupes de réflexion* p. 47

**Bibliographie** p. 50

## INTRODUCTION AU PREMIER AXE DE RÉFLEXION

*par Laurence Creusat*

*Laurence Creusat est titulaire d'un doctorat en Anthropologie sociale avec une thèse sur « Guérisseurs, femmes et santé en milieu urbain. Une anthropologie de la médecine traditionnelle en Afrique du Sud » (Université de Clermont-Ferrand 1997). Chargée de cours à Lyon II (1997), chercheur associée au CRNS (1998), elle assure des cours à l'A.M.M. dans le cadre de la formation des agents de santé. Durant le colloque, elle était plus particulièrement en charge de l'animation de la première partie : Santé-Cultures.*

---

En introduction au premier axe de travail sur les rapports entre les cultures et la santé (peut-être devrions-nous dire les santés), je voudrais vous rendre attentifs à quelques aspects d'une approche anthropologique de ce qu'est la santé.

### **pourquoi est-il si difficile de définir la santé ?**

L'O.M.S. la définit comme : « Un état de complet bien-être physique, mental et social », ce qui met en évidence **des éléments de subjectivité**. De fait, on accède au statut de malade, du moins en partie, en fonction de critères culturels. De même, on se considère en bonne ou mauvaise santé en fonction de l'éducation que l'on a reçue, de son environnement familial, culturel, médical. Pour une personne, être en bonne santé signifiera avoir un travail, pour une autre, l'absence de maladie, et pour une autre encore, ce sera les deux à la fois.

La maladie est *un événement* qui vient perturber la vie personnelle et sociale et on a conscience de sa venue. La santé, elle, est un **état coutumier** souvent ignoré. On sait quand on est malade, on a des critères

qui nous permettent d'affirmer que nous sommes, ou que telle personne de notre entourage est malade; mais quels critères avons-nous pour dire ce qu'est la bonne santé?

Les réponses habituelles, en Afrique, à la question: «Comment ça va?»: «Ça va un peu»; ou à la question: «Comment va votre enfant?»: «Mon enfant va un peu», donnent à penser. Ni bien ni mal, on est «normal» en «bonne santé». En Occident, les jeunes mamans, dont je suis, diraient plutôt: «Mon enfant est en pleine forme» ou encore «C'est une catastrophe, il est malade». Cette façon de s'exprimer à propos de la bonne ou de la mauvaise santé *va évidemment plus loin que l'aspect purement physique ou médical de la question*. De plus, selon les cultures, il peut être bénéfique, ou au contraire risqué, de déclarer ouvertement que l'on est malade ou en bonne santé.

Une personne en bonne santé est une personne qui a *accès aux soins* et qui a sa *place dans la société* en tant que *citoyen à part entière*. C'est la personne qui est le premier acteur de sa santé et cette personne est un ensemble complexe de relations entre le physique et le spirituel, entre sa communauté de vie et la société. Il faut s'en souvenir quand on réfléchit à ce qu'est la santé.

La recherche d'un état de santé optimal et durable et le souci de guérir quand on est malade, sont communs à toute l'humanité. Mais aujourd'hui, la demande de santé n'a plus seulement pour objet l'accès aux soins réparateurs d'un dysfonctionnement, mais aussi l'aide pour une meilleure gestion de la vie sous toutes ses formes et à tout moment. Une nouvelle morale prend forme, celle du **devoir de santé**.

### **des parcours thérapeutiques complexes**

Il est nécessaire de réfléchir aussi sur les logiques qui structurent cette quête de la santé, de la bonne santé. Il existe de nombreuses études anthropologiques sur ce que l'on appelle le **pluralisme médical**. La complexité de la démarche est souvent déroutante pour le personnel médical: complexité de l'itinéraire thérapeutique qui a sa propre logique, nombre et variété des thérapeutes sollicités. L'accessibilité du thérapeute et l'acceptabilité des thérapies sont des éléments importants, mais tout aussi importantes sont *les représentations culturelles* de la maladie et de la santé qui habitent aussi bien le soignant que le soigné.

Une remarque à ce propos. De nombreuses recherches présentent les guérisseurs traditionnels comme plus proches géographiquement et plus accessibles financièrement. Or, bien souvent, le patient retournera au village pour consulter un guérisseur et le village c'est souvent loin; il faut prendre des jours de congé, payer le transport. De plus, bien des guérisseurs se font payer en espèces et leurs tarifs ne sont pas moins élevés que ceux pratiqués par l'hôpital. *Le guérisseur n'est pas plus proche géographiquement ou financièrement mais, et c'est ça qui compte, il parle la même 'langue culturelle' que le patient et sa famille.*

Les représentations de la maladie jouent un rôle important dans l'orientation d'un itinéraire thérapeutique. Elles se construisent dans l'interaction entre des savoirs spécialisés et non spécialisés. On les trouve dans le secteur populaire (au sein de la famille), le secteur traditionnel et le secteur biomédical. *L'itinéraire thérapeutique d'un malade est le résultat d'une rencontre entre plusieurs logiques: structurelles, (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et conjoncturelles, (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. Il est toujours nécessaire de resituer le recours aux soins dans son contexte.*

### **la santé est un état dynamique**

La santé d'un individu ou d'un groupe est en constante évolution. Cette approche dynamique des divers niveaux de santé implique l'idée d'adaptation. La perception de la bonne santé varie en fonction des représentations personnelles du malade et de son entourage culturel. La notion de santé varie d'une culture à une autre mais aussi d'une époque à l'autre. Il faut inclure dans le concept de santé les dimensions individuelles, culturelles, socio-économiques, écologiques, religieuses et historiques. La santé dépend de l'équilibre entre un flux matériel et un flux immatériel, entre le corps et le milieu ambiant. L'être humain évolue dans une dimension symbolique et matérielle.

*Laurence Creusat*

*24, rue Frédéric Mistral  
69300 Caluire*

# SUR LA LAGUNE DE COTONOU

par Annick Chauty

*Annick Chauty, docteur en médecine, est depuis quinze ans au service du diocèse de Cotonou, au Bénin. L'ensemble des services de santé qui sont sous sa responsabilité comprend: un hôpital de référence, un hôpital annexe, une équipe mobile ainsi qu'un laboratoire et une pharmacie.*

---

Le centre de santé est situé dans les cités lacustres qui bordent le nord de Cotonou. Ces cités ont été construites par des populations qui, au 16<sup>e</sup> siècle, ont quitté les zones rurales pour se réfugier dans les marécages et les zones inondées de l'estuaire du fleuve Ouémé. Elles fuyaient les razzias des rois d'Abomey qui recherchaient des esclaves pour les vendre aux Européens : Portugais, Français, Anglais, etc. Ces Béninois, « les gens de l'eau » ou *toffinus*, vivent de la pêche et du commerce. Ils circulent en pirogue dans les lagunes, de Cotonou, Porto-Novo jusqu'à Lagos. De Cotonou, ils ne connaissent souvent que le marché de Dantokpa où ils écoulent les produits de la pêche et ceux du trafic d'essence, de pétrole et d'autres produits provenant de Lagos.

Le centre de santé dépend de l'archevêché de Cotonou et a été inauguré en 1985 après quatre années d'efforts des populations pour réunir le sable qu'ils ont cherché en plongeant au fond de la lagune, et l'eau douce que les femmes devaient recueillir chaque jour auprès d'un vieux forage. Cebemo et Memisa, organismes caritatifs hollandais ont fourni l'argent nécessaire à l'achat des matériaux transportés en pirogue de Cotonou à l'emplacement du centre de santé So-Tchanhoué.

## **comment les gens réagissent-ils devant la maladie ?**

Dès les premiers symptômes, les *toffinus* cherchent un traitement dans la pharmacopée familiale. Ils utilisent des plantes qu'ils connaissent ou que conseille quelqu'un de la famille dont la compétence est reconnue.

Mais aujourd'hui, on assiste à l'arrivée sur les marchés, sans aucun contrôle, de médicaments provenant notamment du Nigeria : imitations de gélules, de comprimés, sirops et même ampoules injectables exposées au soleil en plein air. C'est alors la vendeuse qui conseille tel ou tel médicament vendu à l'unité.

Lorsque ce traitement échoue, les gens vont dans les petits cabinets tenus par de jeunes infirmiers ou sages-femmes diplômés d'état, mais surtout par des jeunes du niveau du certificat d'études, formés moyennant de grosses sommes d'argent par des médecins, des infirmiers, des sages-femmes ou des aides-soignantes. Ils se fournissent en médicaments sur le marché et agissent sans contrôle. Parfois, ils vont de maison en maison proposant des injections. Ce n'est qu'après ce stade que les malades arrivent au centre de santé.

### **le recours au guérisseur**

Peu de gens ont recours au guérisseur en première instance, sauf quand il s'agit de maladies mentales. C'est lorsqu'il y a échec qu'ils consulteront le guérisseur, persuadés que la maladie vient d'ailleurs, qu'elle est envoyée par quelqu'un. Il s'agit le plus souvent de maladies chroniques récidivantes : allergie cutanée, psoriasis ; de maladies incurables : cancer, sida ; de maladies dont les manifestations étonnent, qu'elles soient *aiguës ou chroniques* ; de maladies qui évoluent lentement ou, au contraire qui surviennent brutalement comme les accidents vasculaires cérébraux avec paralysie ; les maladies accompagnées de cauchemars, d'hallucinations, de délires ; les maladies mentales : les psychoses puerpérales, les dépressions à forme délirante. Notons aussi que consulter un guérisseur coûte très cher, plus cher que les consultations et les soins au centre de santé.

### **les Églises indépendantes**

Depuis une vingtaine d'années, nous les voyons se développer. Sur le lac, les « chrétiens célestes » sont nombreux et assez bien organisés en ce qui concerne la prise en charge de leurs malades. Ceux-ci pensent que la maladie leur a été envoyée par un sorcier et que Dieu seul pourra les délivrer. Ils se réfugient dans leurs Églises et attendent la guérison des prières de la communauté et des différents rites qui les accompagnent. Depuis quelques années, le responsable des malades exige qu'ils passent au centre de santé. Il s'agit souvent de maladies très avancées.

## la médecine traditionnelle

Seul un Béninois peut parler correctement de la vision béninoise de la maladie. L'Européen, malgré sa bonne volonté, ne peut voir les choses qu'à travers ses yeux et ses raisonnements européens. Traiter de la maladie et de la guérison dans le contexte africain est très délicat d'autant plus que l'on ne peut pas généraliser d'un pays africain à un autre. C'est avec cette réserve qu'il faut juger ce que je vais en dire.

Je me suis informée auprès d'un guérisseur qui travaille dans un centre de traitement par les plantes, dépendant de l'archevêché de Cotonou. Il m'a expliqué qu'il discerne l'origine de la maladie en écoutant attentivement le malade raconter l'histoire de sa maladie : comment elle est survenue, dans quel cadre relationnel. Il écoute le malade raconter ses soucis. Il verra alors s'il s'agit d'une maladie «envoyée» ou non. Dans les maladies «envoyées», il parlera : d'envoûtement, s'il y a eu l'intermédiaire de quelqu'un qui, par exemple, aurait mis une poudre sur une chaise, une table ou un objet qu'utilise le malade ; d'empoisonnement, si les symptômes sont apparus après l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson dans lequel un poison aurait été mis ; de sorcellerie, s'il s'agit d'une maladie attribuée à l'action des esprits, sans intervention d'un objet, d'une pharmacopée ou d'un autre moyen.

On peut aussi distinguer deux sortes de guérisseurs : ceux qui traitent uniquement par les plantes, les produits d'origine animale ou minérale et ceux qui consultent le «Fa», art divinatoire du Bénin. Nous entrons alors dans le domaine des esprits. Le guérisseur m'a expliqué, comme je l'ai souvent entendu dire par les chrétiens, qu'il est pratiquement impossible pour un chrétien d'entrer dans le domaine de la divination et de la sorcellerie. Il lui faudrait devenir sorcier, et pour cela il faut tuer. Au Bénin, la sorcellerie est toujours maléfique et secrète. On ne sait pas qui est sorcier ; il se peut qu'il se trouve parmi les proches, la famille, ce qui crée un climat de peur.

### les richesses de ce système

*L'attention à tout de qui est relationnel.* Notre médecine scientifique s'appuyant sur l'expérience et l'observation a laissé tomber cet aspect de l'être humain. Actuellement, la psychologie, la sociologie nous rappellent cette importance.



*L'importance et la richesse des pharmacopées.* À Cotonou, les guérisseurs qui travaillent dans le centre de guérison par les plantes doivent consigner « leurs » pharmacopées dans un registre pour que ce trésor puisse être étudié et servir à d'autres. Mais peu de guérisseurs acceptent de livrer les pharmacopées transmises par leurs parents et qui leur permettent de vivre.

### **les limites de ce système**

Il est nécessaire de clarifier, d'expérimenter, d'étudier les pharmacopées et la notion de guérison ainsi que la notion de « maladie envoyée ». À partir du moment où le malade pense que sa maladie est envoyée, il vit dans **une double angoisse** : celle liée à la maladie elle-même et celle de savoir que quelqu'un cherche à lui nuire. Si les soupçons se portent vers telle personne, comment se retrouver à nouveau en face d'elle sans craindre qu'elle ne recommence ? Si on ne sait pas qui est responsable, l'angoisse est toujours là car tout le monde peut être suspecté. Par ailleurs, comment apporter la preuve objective que telle personne a envoyé la maladie ? On risque d'accuser un innocent avec qui le malade est peut-être en conflit. Au Bénin, le renouveau charismatique s'engage dans ce travail de réconciliation et de pardon.

Je terminerai par un exemple, celui d'une jeune femme atteinte de mycosis fungoïde. La famille a accusé le mari d'être responsable de cette maladie. Lorsque la jeune femme vint me voir, son mari l'avait déjà abandonnée. Comme elle était méthodiste et avec son accord on a pris contact avec le pasteur, qui pensait également que la maladie était envoyée. Je lui expliquai de quelle maladie il s'agissait et le pronostic fatal qui en découlait. La jeune femme est morte, entourée par sa communauté méthodiste, mais la famille reste persuadée que c'est le mari qui l'a tuée. Le petit garçon de cette jeune femme est resté dans sa famille maternelle. Lui dira-t-on que son père a tué sa mère ? Pour moi, cette jeune femme est décédée d'un mycosis fungoïde, un lymphome. Pour eux, leur fille est décédée suite à un envoûtement ou à un ensorcellement envoyé par son mari.

*Dr Annick Chauty*

*Centre Médical St Joseph  
01 B.P. 609  
Cotonou 01  
Bénin*

## AVEC LES MÉDECINS TRADITIONNELS À ESPUNGABERA - MOZAMBIQUE

*par Odile Striby*

*Odile Striby, docteur en médecine, est Sœur missionnaire de Notre-Dame d'Afrique. Elle a d'abord exercé quatre années au Zaïre. En 1992, elle fait partie d'un groupe de quatre sœurs envoyées au Mozambique. Depuis elle travaille à l'hôpital d'Espungabera près de la frontière du Zimbabwe dans le diocèse de Chimoio.*

N.B: Ce témoignage, publié dans un bulletin interne à l'Institut, nous a été transmis après le colloque. Nous remercions les Sœurs Missionnaires de Notre-Dame d'Afrique de nous avoir autorisés à le reproduire ici.

---

Il est important de rappeler le contexte historique. Le peuple Ndaou avec lequel nous vivons depuis fin 1992 est un peuple dont l'identité culturelle a été profondément atteinte, détruite par 30 années de colonisation portugaise et 17 ans de régime marxiste qui a persécuté toutes les religions, chrétiennes ou traditionnelles. Trente ans de guerre civile ont laissé des marques dans les cœurs et les esprits. Ils ont aussi détruit toutes les infrastructures: routes, ponts, écoles, commerces, centres de santé... Cela a provoqué un très grand isolement géographique, psychologique et social pour le district de Mossurize où nous travaillons. L'unique route, qui nous relie à la capitale provinciale Chimoio, n'a été rouverte qu'en juillet 1994 après l'élimination des mines; c'est une route de terre, d'accès difficile durant la saison des pluies.

### **mon point de vue comme médecin et missionnaire**

Avant de parler de mon expérience avec les médecins traditionnels, j'aimerais partager la conviction de base qui a animé ma démarche d'approche, puis le travail avec eux. Pour moi, missionnaire, arrivant chez un peuple nouveau, l'important était de découvrir les forces de

vie déjà à l'œuvre. J'étais sûre qu'il y avait des familles, des personnes, qui luttèrent pour la vie et une meilleure santé, avec les moyens à leur disposition et l'expérience des ancêtres, d'autant plus que, pendant 17 ans, la seule médecine à laquelle les gens avaient accès était la médecine traditionnelle ; il n'y avait pas de médicaments et beaucoup de postes de santé étaient détruits ou n'avaient pas de personnel qualifié.

L'Évangile (parabole du bon grain et de l'ivraie) me dit aussi qu'avec les forces de croissance, le mal est inévitablement associé. Cependant, je suis invitée à considérer davantage les semences, à recueillir tous les germes de vie pour collaborer à leur développement et à leur épanouissement. C'est ainsi que je vois la médecine traditionnelle : je désire chercher avec ceux qui la pratiquent ce qui contribue réellement à une meilleure santé, à une vie meilleure, et cela le plus concrètement possible. C'est pourquoi il est important de garder l'appellation «médecins traditionnels» ou guérisseurs et de les distinguer des devins ou des sorciers. Ils savent très bien que la sorcellerie est un mal. Quant à la religion traditionnelle, elle représente tout un défi : la croyance en divers « esprits » m'interroge et me provoque à écouter encore davantage.

### **un objectif d'ensemble**

En cherchant à établir de bonnes relations avec les médecins traditionnels, mon désir était aussi de rebâtir la confiance dans la population, confiance entre les médecins traditionnels et l'équipe de l'hôpital et confiance entre les gens qui vivaient dans les zones RENAMO et ceux des zones FRELIMO. Vis-à-vis de tous, revaloriser leur culture, travailler ensemble pour une meilleure santé, sans esprit de concurrence ou de compétition mais en dialoguant, c'était faire un bout de chemin sur la voie de la réconciliation et de la construction d'une paix véritable.

Au cours des deux années et demie écoulées, notre communauté (quatre sœurs au total) a porté une attention particulière aux réfugiés revenant au pays, aux femmes, aux jeunes et à la mise en route de petites communautés chrétiennes. Quant à moi, dans l'hôpital où je travaille, je suis le seul médecin non-africain (occidental). De septembre 1994 à août 1995, j'ai eu la joie de collaborer avec un jeune médecin mozambicain, nommé maintenant directeur provincial de la région du Zambèze.

## par où commencer ?

Mon expérience a débuté par le désir d'apprendre leur langue, le Chindau. Les circonstances m'ayant obligée à travailler dès mon arrivée à l'hôpital, j'ai vite été confrontée à l'impossibilité de communiquer avec les malades ou leurs familles – la grande majorité ne parle pas le portugais – et j'ai senti très rapidement l'importance capitale de la médecine traditionnelle dans le vécu quotidien des gens. Mon « professeur » de Chindau m'ayant mise en contact avec deux médecins traditionnels pour apprendre d'eux le vocabulaire relatif à la santé et aux maladies locales, j'ai découvert tout leur savoir et leurs connaissances « médicales » : beaucoup de maladies déjà connues, certaines autres interprétées différemment : ainsi la tuberculose est vue comme 'maladie sexuellement transmissible' de même que la cirrhose du foie. L'épilepsie et les maladies cérébrales sont liées aux croyances dans les esprits. C'est un monde très complexe où il est difficile d'entrer !

Peu à peu, ces deux médecins traditionnels m'ont mise en contact avec leur petite association née en 1991 dans notre région : la section locale de l'AMETRAMO (Association des Médecins Traditionnels Mozambicains). Après tant d'années d'isolement et de persécutions, ils avaient senti la nécessité de se réunir mensuellement, hommes et femmes. La première rencontre à laquelle ils m'ont invitée fut très bonne : connaissance mutuelle, échange d'informations diverses, désir commun de travailler ensemble.

Une fois par mois, des représentants de l'hôpital et les médecins traditionnels se retrouvent (une vingtaine de personnes). Le thème est choisi alternativement par l'AMETRAMO et par les représentants de l'hôpital. Le plus important est l'échange de nouvelles sur la situation sanitaire : maladies les plus fréquentes à telle ou telle époque, problèmes de santé urgents dans tel ou tel lieu, plaintes ou requêtes des gens à propos de l'hôpital, partage d'informations : campagne de vaccination, etc.

Les thèmes qui ont été discutés jusqu'ici sont : les MST, les comas, convulsions, diarrhées, vomissements, la déshydratation, les anémies, les vers intestinaux, les vaccinations, les risques de la grossesse et de l'accouchement, le Sida, etc. Chaque fois, les deux parties exposent leur point de vue, leur façon de concevoir et de traiter la maladie. Il y a écoute mutuelle, interrogations qui parfois restent sans réponse. À chacun de cheminer, on n'a pas réponse à tout. Cela demande beaucoup de respect et d'effort de compréhension car on touche en profondeur à la culture et à la religion traditionnelle.

Un exemple: une personne fait une malaria cérébrale avec des convulsions graves. Elle est agitée, a des mouvements désordonnés. Pour la médecine traditionnelle, c'est clair: il s'agit là d'un « Mandhlozi », c'est-à-dire de l'esprit d'un guerrier Zulu. Le peuple Zulu a colonisé et soumis le peuple Ndaou pendant des années. À cette époque comme durant les années de guerre civile, les personnes mortes ainsi de mort violente, souvent torturées, n'étaient pas enterrées, en punition. L'esprit du mort, laissé ainsi sans sépulture, revient et se manifeste chez un vivant, de la même manière dont il a été torturé et dont il est mort. Le guérisseur traditionnel a alors besoin de tous les instruments Zulu et il doit même employer leur langue.

J'ai vite deviné qu'il y avait là toute une manière de laisser remonter un passé historique douloureux. D'autres esprits peuvent aussi revenir: ce sont les « Zvimwenyi », les esprits des soldats engagés dans la guerre d'indépendance du Zimbabwe. Beaucoup ont connu une mort violente sur le terrain mozambicain. Non enterrés, ils reviennent et parlent « anglais ».

### **histoire, culture, maladie sont liées**

Les esprits sont très nombreux et ont différentes tâches ou différentes actions. Certains sont protecteurs et considérés comme veilleurs et gardiens de la tradition et des coutumes. Ils rappellent les devoirs et la morale, s'exprimant au besoin par une maladie ou la mort d'un membre de la famille. J'ai eu la chance d'assister à trois séances « où l'esprit sort » et « parle ». C'était très loin en brousse et loin de toute médecine moderne. Impressionnant !

Ce qui m'a fort aidée tout au long de ce cheminement, c'est la confiance manifestée par plusieurs des médecins traditionnels venus consulter à l'hôpital avec l'un ou l'autre membre de leur famille gravement malade. La médecine moderne les a sauvés. Par la suite, ils nous ont confié d'autres patients. Par ailleurs, nous avons aussi constaté que certaines formes de schizophrénie, stérilité et maladies de la peau ont été guéries par les médecins traditionnels. De quelle façon ? Cela justifierait des recherches plus approfondies avec des moyens dont nous ne disposons pas dans notre petit hôpital. J'ai découvert qu'ils connaissent des produits naturels aux propriétés curatives: graines et feuilles riches en fer, en protéines, racines réduites en poudre, équivalents des vitamines B complexe et employées à bon

escient par les guérisseurs. Une autre graine pourrait être utilisée avec succès pour purifier l'eau. Comme médecin, je me sens intéressée par ces « connaissances » naturelles mais, comme religieuse, pour que l'œuvre durable soit accomplie par les Africains eux-mêmes, je vois la nécessité de susciter des relations avec ce qui naît au niveau national. J'ai eu la surprise de découvrir dans une librairie à Chimoio, en mai 95, un livre édité au Mozambique sur les « plantes médicinales » présentes dans ce pays.

### **défis pour les missionnaires**

En conclusion, j'en retiens deux :

– Une totale remise en question de l'approche de la maladie et du malade, de la conception du corps et de l'être humain en relation avec tout l'univers. Il n'y a ni livre, ni école, il nous faut tout apprendre d'eux, puis discerner, abandonnant tout a priori et tout jugement, et, avec humilité, présenter les bienfaits de la médecine moderne.

– Ce sont les Mozambicains eux-mêmes qui pourront permettre aux connaissances des deux mondes de se rencontrer. S'ils parviennent à purifier ce qui, dans leur propre culture, est aliénation, et s'ils sont stimulés à continuer les recherches, ils aideront le monde à mieux comprendre ce qu'est la guérison. Ce qui nous est demandé à nous, apôtres d'aujourd'hui, c'est de partager, d'encourager, d'aider à créer des liens, mais à ne jamais exploiter ni remplacer.

La continuité à donner à cette démarche serait de chercher à établir aussi le dialogue avec les 23 « Églises » chrétiennes qui existent dans notre district. On y trouve beaucoup de syncrétisme et les « prophètes » jouent un rôle important dans le domaine de la santé. Jusqu'à présent, ils refusent de travailler en commun avec les médecins traditionnels. Ce sera un dialogue long et lent, à commencer à l'hôpital, entre les membres de l'équipe qui appartiennent à diverses confessions ! Pour nous aider dans notre cheminement de discernement, nous mettons notre espoir dans les petites communautés chrétiennes de quartier qui sont en train de naître. De là jaillira peut-être une pastorale de la santé plus inculturée. Qui sait ? Nous l'espérons.

*Odile Striby*

*PO Box 70  
Mount Selinda  
Zimbabwe*

# LES MATRONES TRADITIONNELLES

*par Marie-José Goepfert*

*Marie José Goepfert, de l'Institut des Sœurs de Notre-Dame des Apôtres, est sage-femme et titulaire d'une Maîtrise en Sciences de la Santé. Elle a exercé, comme sage-femme et comme formatrice en Tunisie, en Algérie et au Tchad. Actuellement, elle est Responsable provinciale de son Institut pour la France.*

---

L'expérience que je veux partager avec vous se situe au Tchad. Commencée à l'hôpital de Sarh, préfecture du Sud, elle s'est poursuivie à N'Djamena (capitale) avec l'École Nationale de Santé Publique et de Service Social où j'exerçais en tant que sage-femme professeur, responsable de la section sages-femmes, puis à la maternité de l'hôpital général.

Dans ce pays, la situation sanitaire est caractérisée par la fréquence élevée des maladies transmissibles et leur létalité, les carences alimentaires particulièrement chez les jeunes enfants et les femmes enceintes, et un niveau d'hygiène insuffisant dû en particulier à l'absence d'eau potable. Les femmes enceintes restent une population à haut risque. Les structures sanitaires capables d'assurer un suivi correct des grossesses sont insuffisantes.

## **les matrones, leur place dans la société**

Il était important d'imaginer un système de santé qui réponde le mieux possible à la demande de la population et aux possibilités du pays. Lors d'un séminaire sur le système de santé à mettre en place, les participants ont souligné l'importance à accorder aux structures villageoises communautaires et à la formation *des agents de santé villageois et des matrones traditionnelles*.

Les matrones sont des membres très influents de la collectivité. Elles tiennent leur savoir-faire de traditions qui se transmettent de mère en fille et exercent souvent pendant plusieurs générations dans la même localité. Ce sont des femmes d'âge plus ou moins avancé (la majorité a la cinquantaine). À cette époque de leur vie, la plupart d'entre elles ne sont plus absorbées par les soins des enfants, ce qui leur donne plus de temps pour assister les femmes en couches et s'occuper des nouveau-nés. Beaucoup d'entre elles sont analphabètes. Leur rétribution est variée selon les possibilités de la famille qui bénéficie de leur aide.

Chaque société, chaque ethnie, a sur la naissance et la mort, la grossesse, la santé de la mère et des enfants, l'espacement des naissances, ses propres coutumes, croyances, valeurs et pratiques. Les pratiques des matrones ont leurs racines dans la collectivité particulière où elles exercent leur activité. Dans certaines ethnies, c'est la matrone qui pratique l'excision lors des rites d'initiation. Les matrones connaissent souvent les plantes et les manœuvres abortives dont elles font usage à la demande. Elles connaissent aussi les rituels de l'accouchement qui varient selon les ethnies.

Dans le milieu traditionnel tchadien, la matrone restera pendant un certain temps encore un personnage très influent dont il faudra tenir compte. Le rapport qu'elle a à la vie justifie l'estime qu'on lui porte. Les matrones font partie de la communauté, de la culture, des traditions locales et jouissent dans bien des endroits d'un grand prestige, exerçant une influence considérable sur les pratiques sanitaires locales. Pour faire d'elles les collaboratrices des services de santé, il faut qu'elles se sentent reconnues.

### **les accouchements et leurs suites**

Beaucoup de femmes qui ont été suivies dans un centre de P.M.I. accouchent par la suite avec leur matrone traditionnelle. Les raisons en sont nombreuses: problème d'éloignement; insuffisance des moyens de transport et leur coût, pistes impraticables en saison des pluies; l'impossibilité en milieu hospitalier de suivre les rituels propres à leur ethnie; l'ignorance, le coût de l'accouchement à l'hôpital...

La mortalité maternelle et infantile reste très importante. C'est au sein des collectivités locales, qu'il faut trouver les moyens de lutter contre ces accidents auxquels les pratiques traditionnelles ne sont pas aptes à faire face quand elles ne comportent pas des effets nuisibles. Il est



important que les moyens de la médecine moderne et les pratiques traditionnelles s'intègrent en un système qui élimine les risques occasionnés par les pratiques traditionnelles et mette les techniques modernes essentielles au service de la santé des personnes qu'elles soignent.

La nécessité de la formation devrait être reconnue et par les matrones et par les collectivités où elles exercent. La mise en route d'une conscientisation est difficilement spontanée. Elle se réalise à partir de problèmes qu'on cherche à surmonter et grâce à quelques personnes qui entraînent les autres. L'intervenant extérieur, pour être accepté, doit lui-même accepter de se solidariser avec le milieu, adopter sa vitesse de croisière, prendre le temps d'écouter, de chercher avec les gens comment résoudre le problème.

### **la formation des matrones**

Une méthode d'auto-promotion qui s'appuie sur la prise en compte de la culture villageoise et tient compte du respect de la structure traditionnelle du pouvoir. L'identification du problème de santé se fait par une réflexion de la communauté villageoise avec l'appui de l'équipe sanitaire du secteur. Les villageois sensibilisés sont partie prenante dans la formation de leurs matrones. Là où il n'y a pas eu de motivation communautaire, cette formation s'est avérée difficile. C'est la communauté qui doit être demanderesse.

La formation se fait en trois périodes. La première période, accessible à toutes, même aux illettrées, vise à rendre la matrone capable d'éviter la majorité des accidents mortels de l'accouchement et des suites de couches. Cette première période constitue la formation minimale que doit recevoir une matrone traditionnelle. Les deux autres périodes sont difficilement accessibles aux matrones illettrées. L'objectif est d'*assurer aux femmes enceintes des villages et des quartiers des villes et aux nouveau-nés les prestations de soins élémentaires préventifs et curatifs que nécessite leur état*. On constate aujourd'hui que, là où les formations des matrones sont organisées, il y a des changements de comportements de la part des matrones et des communautés villageoises qui profitent aux mères et aux enfants. *Tout ce travail est basé sur la prise en charge de sa santé par la communauté. C'est elle qui détermine ses priorités.*

*Marie-José Goepfert*

*12, rue Georges Clémenceau  
69110 Ste Foy lés Lyon*

# CHEZ LES PYGMÉES AU NORD-CONGO

*par Jacqueline Millet*

*Jacqueline Millet, spiritaine, est infirmière. Elle partage avec nous sa connaissance des pygmées au milieu desquels elle a vécu au Nord-Congo et au Cameroun.*

---

De 1995 à 1998 j'ai travaillé au Nord-Congo, comme infirmière auprès des Pygmées de cette région totalement enclavée, sans route ni piste. Seul l'avion, le bateau et la pirogue nous permettaient de nous déplacer. Avec une sœur, nous avons visité les camps pygmées le long de l'Oubangui et de ses affluents. Misereor et d'autres organismes ont soutenu notre activité. Nous étions responsables de la campagne contre le pian, maladie très répandue chez les Pygmées. D'autres Pygmées semi-sédentaires étaient soignés à la mission. Nous recevions surtout des enfants atteints de paludisme et de plaies. Dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies, nous avons également en charge la vaccination des bébés. Tout cela fonctionnait assez bien jusqu'à la guerre qui a tout bouleversé.

Voici en quelques traits ce que j'ai cru comprendre des valeurs auxquelles ils sont attachés, de ce que signifie pour eux «être en bonne santé» et comment je les ai vus réagir face à la maladie.

## **la santé une question de «chance»**

Pour eux, la chance est quelque chose de **vivant**, que l'on porte en soi sans l'avoir recherché, que l'on peut facilement perdre et qu'il est difficile de conserver. Préserver cette «chance» est une obsession permanente, quotidienne, qui conditionne leurs activités, et aussi leur fonctionnement organique, leur comportement mental, leurs attitudes corporelles et surtout leur manière de parler. Il faut, en premier lieu, avoir **la chance** et se mettre à l'ouvrage ensuite. Ils ne conçoivent pas que la réussite soit attribuée à l'effort, la persévérance, le travail. **La chance, c'est le bonheur, c'est la santé.**

## **des hommes «libres»**

Ne rien faire que ce qu'ils veulent, courir les forêts, aller à la chasse, manger ce que donne la nature, réduire les besoins au strict minimum, se tenir dans le voisinage des villageois pour échanger les produits, gagner le minimum d'argent nécessaire. Ils ne sont attachés ni à l'argent, ni aux biens matériels, ni à une case, ni à un champ; tout leur bien tient dans une corbeille. Les Pygmées sont des **êtres libres** de leur temps, de leurs relations. Ils ne connaissent ni autorité, ni maître et acceptent un minimum de lois et de discipline. Leur mobilité résulte de différentes causes: épuisement des ressources alimentaires, grandeur du groupe, nécessité des visites, maladie, proximité des groupes voisins, troubles sociaux, décès, etc. Lors du recensement pour les élections, les Congolais ont voulu les répertorier au même titre que tout Congolais. Ils se sont enfuis en forêt ou ont donné un faux nom.

## **en harmonie avec leur environnement social et naturel**

Leur bonheur est de **rester en paix** avec tout le monde, se secourir les uns les autres et, s'ils sont menacés, déguerpir à toute vitesse. Dès les premiers coups de feu dans Impfondo, la plupart des Pygmées se sont sauvés en forêt, on ne les a plus revus durant quatre mois puis, timidement, les hommes sont revenus en éclaireurs. Quand ils ont vu que la situation était calme, ils ont fait revenir leur famille.

Les Pygmées sont **solidaires** les uns des autres. Pour réussir, il faut coopérer, c'est une condition de survie pour eux. Ils venaient toujours très nombreux au dispensaire. Si l'un d'entre eux était blessé en forêt ou à la suite d'une bagarre, il était toujours accompagné d'un monde fou!

Les Pygmées ont **une relation extraordinaire avec la forêt**. D'elle, ils savent tout tirer: elle les nourrit, les protège, les guérit, elle est leur refuge en cas de conflits, de danger. En elle ils se rendent invisibles, parlent le langage des animaux. Elle est «**leur**» élément, la mère accueillante et protectrice, douée de pouvoirs infinis. Ils lui demandent chaleur, réconfort, nourriture, aide absolue et secours. En elle seule est leur liberté. C'est là que s'épanouissent leurs rites et leurs légendes.

## leur notion du temps

Leur bonheur est de vivre à plein le moment présent: se marier, élever les enfants, vivre en famille, se reposer, danser, chanter, rire, aller à la pêche ou à la chasse, à la cueillette, vendre leurs produits. Notre rythme de vie avec son calendrier et ses horaires ne signifie rien pour eux. Ils se présentent au dispensaire quand ils le jugent bon et selon leur nécessité à eux. Parfois, les enfants arrivaient «trop tard» pour être soignés, c'était alors l'incompréhension devant une mort si rapide! Souvent, nous passions beaucoup de temps à les attendre et ils venaient à un tout autre moment. Dès que l'enfant allait mieux, même si le traitement n'était pas terminé, on ne les revoyait plus.

## des hommes courageux

L'un des attributs de leur cœur, c'est le **courage**, la vaillance, l'ardeur, l'impétuosité, la faculté d'endurer dans l'affrontement du danger, de la souffrance et de toutes sortes de difficultés. Cette notion demeure importante précisément parce que la vie du Pygmée le met souvent dans des situations critiques où la survie exige de bannir la crainte et la peur. Cette qualité du cœur peut se renforcer grâce à l'usage de certains remèdes et spécialement des excitants: tabac, chanvre, alcool, hydromel. Durant la campagne contre le PIAN, nous devions faire des piqûres d'antibiotiques très douloureuses, y compris aux bébés et aux enfants. Malheur à qui pleurait, criait, gesticulait. Il faisait la joie de tous et s'attirait les moqueries.

## la symbolique du sang

Pour le Pygmée, le **sang** a une signification capitale. Cela apparaît au niveau de l'expression orale et dans les rites. Le sang exprime la vie et la vitalité de l'homme, celui-ci étant un tout unifié, à la fois organique et spirituel. Pour lui, le sang est le support et le véhicule de l'**énergie vitale**. Le sang a une grande charge psychoaffective. Ceci est illustré quotidiennement par la forte dramatisation entourant les blessures et les plaies. Le Pygmée est toujours en grand émoi lorsque le sang d'un proche commence à couler. Cela peut provoquer des palabres entre familles car la blessure est toujours le début de la **perte de l'énergie vitale**. Par contre, les piqûres sont très appréciées car, en pénétrant jusqu'au sang, elles renforcent l'énergie vitale de la personne.

## face à la maladie

La maladie est saisie comme *une malchance, une malédiction* qui fait souffrir, qui gêne dans le travail, coûte de l'argent, peut précipiter vers la mort. Les Pygmées ne se résignent pas à la maladie, ils s'impatientent lorsqu'elle dure longtemps, sont prêts à dépenser chez le guérisseur en cas de nécessité. Pour eux, les coïncidences à répétition ne peuvent relever du hasard. Ils ne voient qu'une explication. Si la mort s'acharne à les frapper, c'est qu'**un mauvais sort leur a été jeté**. Antoinette a perdu deux enfants en bas âge. Lorsque le troisième est tombé malade, c'était le drame. Nous avons tout fait pour soigner le bébé mais elle-même était persuadée qu'il y avait un mauvais sort contre elle. Elle a eu recours au sorcier pour chercher qui lui voulait du mal.

Les Pygmées ne sont pas encore intégrés à part entière dans la population, même si de nombreuses barrières sont en train de tomber. Ils restent encore trop souvent des **êtres inférieurs** dont on profite au maximum. Ils ne se défendent pas, acceptent la situation avec fatalité. Lorsqu'un villageois veut injurier un compatriote, et même entre enfants, ils se traitent de «pygmée». De ce fait, les Pygmées ne vont pas facilement dans les dispensaires et les hôpitaux de la ville mais viennent dans les missions soit protestantes soit catholiques.

S'ils ont besoin d'une hospitalisation, c'est toute une affaire de leur faire accepter. Il faut prendre beaucoup de temps pour leur en expliquer la nécessité, leur parler longuement, les convaincre que c'est l'unique solution pour sauver le malade ou l'enfant, assurer qu'on les aidera en médicaments parce que, d'avance, nous savons qu'ils ne pourront pas apporter les médicaments nécessaires, essayer d'obtenir leur participation en leur faisant vendre du miel, ou les employer pendant quelques jours. Ils acceptent de s'engager mais il n'est pas certain que le travail sera fait jusqu'au bout. On finit enfin par emmener le malade à l'hôpital mais tout n'est pas gagné pour autant. Une fois sur place, ils sont dans un monde tellement étranger au leur que, la plupart du temps, ils fuient dans les heures ou au mieux dans les jours qui suivent.

Les Pygmées ont des remèdes traditionnels, certains sont efficaces, d'autres ont une valeur psychologique, d'autres sont plutôt «magiques». Le médecin traditionnel prend beaucoup de temps pour parler avec le malade. Il cherche les causes de la maladie dans les conflits qui peuvent avoir provoqué le mal.

Lorsqu'un malade abandonne le dispensaire pour se tourner vers la médecine traditionnelle, il est quasiment perdu pour nous. Nous ne le revoyons pas. Par contre, s'il a commencé par la médecine traditionnelle et qu'il vient vers nous, nous n'arrivons pas à savoir exactement ce qu'il a reçu comme traitement. Souvent, son état a empiré et il nous arrive en catastrophe.

Lors de nos tournées le long des rivières, nous devions soigner de nombreuses plaies. Comme nous ne passions pas souvent, nous disions aux gens qu'ils pouvaient continuer les soins avec des feuilles de papaye. Ils souriaient lorsqu'on leur demandait d'aller chercher les feuilles mais, au moment de partir, ils nous demandaient des réserves de compresses, bandes, pommades pour les plaies.

**La concurrence avec les sectes** est très difficile à gérer. Les pasteurs de ces Églises promettent la guérison aux malades et ceux-ci abandonnent la médecine traditionnelle et la médecine occidentale pour se fier uniquement à la **prière** des adeptes. Une crise de paludisme peut se solder par la mort uniquement parce que la famille n'a rien fait du point de vue médical pour guérir le malade. De nombreux malades traînent dans les sectes, dépensent beaucoup d'argent. Certains restent infirmes toute leur vie faute de vrais soins. À plusieurs reprises, nous avons essayé de conseiller des parents qui avaient emmené leur enfant dans une secte pour être soigné... Peine perdue : une fois la personne entre les mains de ces guérisseurs par la prière, il est pratiquement impossible de les retirer de là.

Les Pygmées vivent une période de mutation. Ils aspirent à un mieux être en conformité avec leur conception de la vie : bienfait qu'apportent les esprits de la forêt, chance ou malchance... Avec tous les Africains, ils partagent la capacité d'assumer ces changements. Comment ne pas croire à leur capacité de tirer les ressources nécessaires du plus profond d'eux-mêmes ?

*Jacqueline Millet*

*B.P. 57  
Yagoua  
Cameroun*

## LES PROBLÉMATIQUES

*Le partage d'expérience, dans une assemblée de plus de soixante personnes, n'était possible que sous forme de quelques témoignages. Vous venez de les lire. Il s'est poursuivi dans des « groupes de travail » dont les rapporteurs ont rendu compte en « assemblée générale ». C'est à partir de ces remontées qu'a été rédigé ce que nous intitule « les problématiques ».*

---

### **conception de la santé et de la maladie**

Dans le témoignage de la sœur Jacqueline Millet, nous avons pu percevoir combien, pour les Pygmées du Nord-Congo, la santé était liée à la chance, chance à garder ou à retrouver, chance liée à une bénédiction provenant des ancêtres et des esprits de la forêt. Pour eux, la santé, le bien-être, consistait à vivre en paix, en harmonie avec la forêt, avec l'environnement physique et social. Les échanges dans les groupes ont confirmé cette approche. Dans les milieux culturels où nous sommes présents, dans les sociétés traditionnelles en Afrique, la santé c'est **vivre**, c'est le bien-être. Il ne s'agit pas seulement d'intégrité physique, de la possibilité d'être actif, mais de « **vivre en paix** », en harmonie avec son environnement.

La maladie est la conséquence de tout ce qui vient perturber cette paix. Santé et maladie s'opposent comme l'ordre et le désordre, mais **l'aspect social**, celui des relations **est toujours premier**. La maladie est le signe que quelque chose est perturbé dans les relations entre les vivants, entre les vivants et les morts (les ancêtres), entre l'homme et son milieu de vie. La rupture de ces liens entraîne les autres effets de la maladie, en particulier le sentiment d'isolement, de **solitude**.

L'extrême pauvreté, le chômage, la précarité de la vie dans les banlieues des grandes agglomérations, le déracinement provoqué par l'exode rural, créent toutes les conditions voulues pour que survienne la maladie et pas simplement parce qu'ils ont pour conséquence de

mauvaises conditions d'hygiène, mais aussi parce qu'ils perturbent les relations à l'intérieur des familles et des groupes humains.

Dans ce contexte où la santé est définie comme paix, on comprend l'importance des relations, de la **réconciliation**, de la réintégration dans le groupe, des thérapies communautaires; l'importance aussi de ne pas isoler le malade dans un diagnostic ou une thérapie mais de le renvoyer à son milieu, à son histoire. Cela nous invite aussi à porter attention aux **rapports entre médication et rituels** qui renvoient à la vision religieuse du monde de l'homme, au rôle des ancêtres et des esprits.

### **richesses et limites des systèmes de santé**

Nous sommes convaincus de la valeur de la **médecine scientifique** et de son efficacité. Nous en connaissons aussi les limites. Pensons à la recherche de «thérapies alternatives», à la demande de soins palliatifs en Occident. Dans les échanges, nous avons surtout exploré les richesses et les limites de la médecine traditionnelle. Quelques points parmi beaucoup d'autres :

**La médecine traditionnelle** nous apparaît comme proche des gens, pas tellement parce qu'elle occasionne moins de frais (les guérisseurs se font payer parfois très cher), mais parce qu'elle les rejoint dans leur mentalité; met en œuvre un langage, des symboles qui leur sont familiers; envisage l'homme dans sa totalité, dans son histoire, dans ses relations avec tout son environnement. Nous avons noté sa dimension communautaire, familiale; son souci de la réconciliation du malade avec son milieu; la valeur de sa pharmacopée.

Les limites de certaines pratiques nous posent question. Il s'agit principalement de **l'activité des devins**. Elle est liée à tout un ensemble de croyances, un «credo», elle met en œuvre des pratiques, un «rituel», qui nous semblent bien éloignés de la recherche d'un diagnostic fiable. La médecine traditionnelle connaît des échecs qui auraient pu être évités.

Que penser aussi de **la recherche de la responsabilité**? Quel lien entre maladie et culpabilité. Il ne peut être compris que dans la cohérence de la logique de la culture dans laquelle on travaille. Un rapport de forces est en jeu. Qui est derrière la maladie? un voisin, un ancêtre, Dieu? Est-ce ma propre imprudence? S'agit-il d'une punition, d'une vengeance? Lorsque la culpabilité retombe sur un tiers, souvent un



proche, qu'en est-il alors des possibilités de réconciliation? On assiste parfois à de véritables chasses aux sorcières.

Que penser également du **mode de transmission** du savoir et de la compétence des devins-guérisseurs? Elle se fait selon un mode initiatique, elle est entourée de secret. La tradition initiatique et le charisme font que le statut social du guérisseur traditionnel sera toujours différent de celui du médecin étranger, même s'il connaît bien la culture: c'est un statut symbolique. *Le guérisseur doit pouvoir justifier sa compétence, mais quelle confiance lui accorder?*

**Quand il y a échec**, on ne peut pas tout guérir, comment la médecine traditionnelle et la communauté gèrent-elles cette souffrance, l'angoisse de la mort? Comment accompagne-t-on les malades incurables ou en phase terminale? *Ce qui rejoint bien des questions qui se posent aussi en Occident.*

### **les rapports entre les systèmes de santé**

Les différents systèmes de santé ne devraient pas être en concurrence. **Chacun a ses richesses et ses limites.** Ils sont nés chacun dans une culture donnée, ils sont vécus dans un quotidien, lieu de la rencontre entre culture et apport extérieur. Il y a effectivement des tensions. Il peut y avoir lutte de pouvoirs et rivalité entre soignants. Ce qui est important, c'est le dialogue entre les systèmes de santé à partir de ce qu'il y a de positif dans chacun. Dans certains pays, il existe un début de collaboration. *La rencontre entre deux médecines est une rencontre entre deux cultures.*

Nous constatons aussi que **les choses évoluent.** La demande de guérison ne se fait plus de la même façon, on n'attend plus les mêmes choses. Les causes de cette évolution sont multiples: transformation du cadre de vie, circulation de l'information concernant la maladie, accès à l'instruction, urbanisation. Les systèmes de médecine évoluent eux aussi. L'offre essaie de s'adapter aux demandes. *La médecine traditionnelle ne reste pas en dehors de cette évolution.*

### **deux remarques**

Nous avons **une approche un peu simplifiée** des systèmes traditionnels de santé. Le danger est de réduire la médecine traditionnelle aux guérisseurs, aux sorciers, à la pharmacopée. En fait, les choses sont

plus complexes. Et, en tant que thérapeute ou en tant que pasteur, nous pouvons nous demander ce qu'il en est de notre connaissance de la vision du monde des gens auxquels nous nous adressons. Que savons-nous des rapports entre le visible et le non visible? Que savons-nous de la conception du rapport de forces et des interactions dans ce monde? Que savons-nous des principes de responsabilité, de causalité tels qu'ils sont conçus dans la société traditionnelle, des interactions entre les morts et les vivants? Avons-nous une idée des composants de l'homme pour les malades que nous rencontrons: le corps, l'âme, l'esprit, le double ou l'ombre, le nom, le sang, et de ce que cela a comme implications dans la représentation qu'ils se font de la maladie et de la bonne santé? La maladie, c'est la remise en cause de l'harmonie entre ces divers éléments.

Nous sommes renvoyés à **notre connaissance réelle de la culture** des gens auxquels nous nous adressons. Nous avons tous des lunettes, selon notre propre culture. Nous ne donnons pas la même signification à la même réalité. Il y a des choses que nous ne voyons pas, parce que nous ne sommes pas initiés ou parce que nous n'avons pas bien regardé. Peut-être n'avons-nous jamais rencontré un guérisseur traditionnel au travail. Nous lisons les faits autrement que le malade et c'est normal. Ce qui est important, c'est de le savoir. Tout cela nous invite, que nous soyons agents de santé ou missionnaires, à prendre conscience que la rencontre entre médecines est en fait une rencontre interculturelle et inter religieuse.

---

*En complément des témoignages, les participants au colloque ont pu visionner une vidéo réalisée par le Père Eric de Rosny sur une séance de guérison menée par un « nganga » à Douala. Le Père Nazaire Diatta en a assuré le commentaire.*

## MAGIE – SORCELLERIE

<i>Magie</i>	<i>Wizardry</i> Sorcellerie lato-sensu	
<i>Magician</i> (magicien)	<i>Sorcerer</i> (magicien/sorcier)	<i>Witch</i> (sorcier stricto-sensu)
Conscient de son état et de ses actes. Vend sa force de travail (profession libérale).	Conscient. Agit délibérément.	Inconscient de son état et de ses actes. Animé en fait par une force incontrôlable.
Responsable devant le groupe.	Responsable devant le groupe.	Responsable devant le groupe.
Motivations objectives. Le plus souvent être utile à lui-même, à autrui (devin, guérisseur, oracle, chasseur de sorcier...).	Motivations objectives. Poussé par le désir de nuire, de se venger, de supprimer le rival dangereux.	Pas de motivations objectives (ou du moins plus rarement). Accomplit ses actions maléfiques de façon quasi permanente.
Pouvoir lié ou non à une entente avec une puissance.	Pouvoir lié ou non à une entente avec une puissance.	Surtout un état. Le Witch est possédé ou habité par une entité maléfique que décèlent, sous forme de symbole matériel, la divination ou l'autopsie.
Technique qui opère à l'aide de substances matérielles bénéfiques dont il a le secret et de paroles magiques. A toujours besoin d'un relais matériel (usage extérieur de techniques).	Technique qui opère à l'aide de substances maléfiques dont il a le secret et de paroles magiques. A toujours besoin d'un relais matériel (usage extérieur de techniques).	Agit par machination surnaturelle, indépendante de sa volonté (télékinésie, bilocation, métamorphose). Travaille à distance et n'a pas besoin de relais matériel (fantasme de dévoration).
Parfois don inné ou révélé, mais la plupart du temps acquiert cette situation par apprentissage, pratique matérielle, initiation.	Parfois don inné ou révélé mais la plupart du temps acquiert cette situation par apprentissage, pratique matérielle, initiation.	Situation héréditaire, donnée par essence. Peut se confirmer (fait plus rare) par initiation.
Personnage ambivalent à cause de son pouvoir. La valence positive prédomine.	Toujours redouté et redoutable.	Toujours redouté et redoutable.

Louis Vincent THOMAS et René LUNEAU. La terre africaine et ses religions, Paris, L'Harmattan, 1980, p. 77-78.

## CULTURES ET SANTÉ: *UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE*

*par Laurence Creusat*

*Les participants au colloque n'étaient pas simplement venus pour échanger sur leurs expériences. Ils étaient désireux de repartir mieux équipés pour une plus grande efficacité dans leur action. Sans prétendre tout analyser de cette question complexe, l'exposé de Laurence Creusat peut nous donner le goût de poursuivre notre recherche.*

---

### **un exemple pour commencer**

Pour introduire à *la complexité de la quête thérapeutique en Afrique*, qui est aussi une quête de la bonne santé, je prendrai un exemple de maladie infantile que les populations noires d'Afrique du Sud appellent « *Thlogwana* ». Ce terme, que l'on retrouve identique dans les langues zulu, swazi et tswana, et qui signifie littéralement 'dessus de tête', désigne la 'fontanelle' dans le langage des agents de santé. *Selon une logique courante en Afrique, il désigne à la fois une partie du corps et une maladie* dont les symptômes sont une forte diarrhée continue, des vomissements, la fontanelle qui se creuse, la tête qui ne tient pas, une grande fatigue. L'enfant entre très rapidement dans une phase de déshydratation intense.

Lorsqu'un enfant présente un de ces symptômes, la personne qui en est responsable consulte un devin. Celui-ci va poser un diagnostic qui orientera l'itinéraire du petit malade vers un guérisseur, un hôpital, un prophète. **Il y a plusieurs diagnostics possibles.** La cause de la maladie peut être attribuée à des relations extra-conjugales d'un des deux parents

durant la grossesse. Les sangs se sont mélangés<sup>1</sup>. Ou bien plus simplement, on déclare l'enfant porteur de saletés qui sont nocives et qu'il lui faut expulser. *Dans les deux cas l'enfant est porteur d'un mal qu'il faut faire sortir du corps.* Le traitement consiste en lavement, laxatif, cataplasmes/emplâtres de cendres et de plantes sur la tête, décoctions à boire. Ce traitement qui s'inscrit dans la cadre d'un rituel thérapeutique est pratiqué à titre curatif lorsque l'enfant est malade mais aussi à titre préventif lorsque l'enfant a trois mois et qu'il va être confié à sa nourrice.

Dans le cas de cette maladie, la mère, qui est souvent la personne responsable de l'enfant, se sait coupable par rapport aux normes de sa société et va consulter un devin. Ou bien elle ne se voit pas coupable mais le poids de l'entourage ou de la culture l'amène chez le devin. Ou encore, elle n'est pas inquiète et 'consulte' sa mère ou sa belle-mère et elle va directement chez le médecin.

*Un certain nombre d'autres facteurs entrent aussi en jeu :* les priorités financières de celui qui gagne l'argent (ou qui le gère) ; les priorités sociales comme la disponibilité des parents ou de ceux qui sont en charge de l'enfant ; la situation géographique, politique ; la structure familiale, l'état des réseaux de solidarité ; l'accessibilité des recours thérapeutiques, accessibilité géographique mais aussi culturelle.

Cet exemple, brièvement évoqué, peut nous faire entrevoir comment les acteurs thérapeutiques sont pris dans des paramètres qu'ils ne peuvent pas toujours gérer. Le rôle de l'anthropologie médicale est justement de « *comprendre comment la maladie s'articule à la culture et comment elle est prise en compte par les institutions et les symboles d'une société* » (Benoist). Dans le cadre de cet exposé, je ne prétends pas épuiser le sujet mais simplement préciser quelques points qui pourront nous aider dans notre recherche.

### **la maladie, fait culturel et social**

Quand on parle de maladie, on se trouve toujours devant **une construction culturelle**. En Occident, on a tendance à rationaliser le processus de guérison et à présenter comme naturelle une image de l'homme qui

1/ Pour les populations zulu un bébé est formé à partir du sang 'blanc' du père (le sperme) et du sang 'blanc' de la mère (les sécrétions vaginales). Il y a fœtus puis enfant quand ces deux sangs 'prennent' ou 'coagulent'.

est en réalité culturellement construite et socialement motivée. En Afrique, il existe aussi des présupposés communs aux différents systèmes thérapeutiques traditionnels. On peut signaler : la négation du hasard ; une logique du malheur qui déclenche un mécanisme social et qui appelle à une réaction collective ; une distinction minimale entre le somatique et le psychique ; la notion de forces personnalisées ; l'idée de déséquilibre et de restauration.

L'absence de santé, la maladie, confère **un statut précis** au sein d'une culture donnée. La maladie est un fait social global. Elle n'est pas seulement perçue en termes médicaux ou de déséquilibre, mais aussi comme une rupture dans l'interaction entre le patient et les autres au sein d'un environnement social. La réalité sociale de la maladie, qui revêt parfois la forme d'une sanction, demeure l'un des principaux aspects de la médecine traditionnelle. La santé est une véritable entreprise sociale.

**La maladie est une métaphore du social**<sup>2</sup> : la maladie, les réactions face au mal, reflète les angoisses et les tensions sociales d'une société. Un individu est malade aux yeux de la société et en fonction d'elle. L'ordre social et l'ordre biologique se répondent. La maladie est garante de l'ordre social, sachant que bien souvent le désordre est nécessaire à la remise en ordre du monde.

### **l'importance des rituels**

Les traitements rituels se situent au niveau psychosocial. Ils sont basés sur un ensemble de symboles et de croyances auxquels adhère la société en question. La symbolisation rituelle vise à rendre tangible, visible, la situation. Il s'agit de rendre public ce qui est privé ou de transformer en social ce qui est personnel. Il est nécessaire que les sujets d'une cure soient pris dans un réseau symbolique. Ce réseau est fait de représentations sur la santé et la maladie, partagées ou non par le soignant et le soigné. Il inclut, enfin et surtout, les mots à la disposition du malade et du thérapeute. Si on ignore cet échange symbolique, l'acte médical n'est plus qu'un acte technique sans support humain, vide de son sens essentiel.

2/ SONTAG S., *La maladie comme métaphore*, Essai/Seuil, 1979.

## UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALADIE

L'Homme est l'Homme où qu'il soit. Partout, à travers le monde, se posent les mêmes questions, universelles. Ce sont les réponses qui diffèrent. Nous pouvons le vérifier en essayant de comprendre ce que veut dire celui qui affirme: «Je suis malade».

### une typologie de la maladie

Une personne qui dit '**je suis malade**' peut évoquer trois réalités différentes et pour cela nous avons trois termes anglais, *Illness*, *Disease*, *Sickness*<sup>3</sup>. Les différentes perceptions de la santé posent un problème quant à l'adhésion du patient au traitement suggéré par un thérapeute. Ces différentes conceptions affectent le déroulement de la thérapie, mais aussi la façon dont le malade est traité au quotidien par son entourage.

Le terme d'*illness* évoque une réalité psychologique, réalité qui incite la personne à consulter un thérapeute. La personne exprime alors l'expérience subjective d'un déséquilibre qu'elle ressent dans son corps. Cet aspect est fonction de critères individuels et culturels. C'est un point de vue de l'intérieur.

Le terme de *disease* désigne une réalité biomédicale qui peut exister longtemps avant que le patient ne s'en rende compte ou ne consulte quelqu'un. Si l'état d'*illness* existait, il est alors légitimé par le diagnostic d'une personne reconnue comme compétente par la communauté. Cette personne annonce à la société que le 'patient' souffre bien, qu'il est malade. Le thérapeute officialise le mal par son savoir. On a un point de vue de l'extérieur.

*Sickness* exprime la réalité socioculturelle de la maladie. L'équilibre entre une personne et son milieu de vie a été rompu. C'est la dimension culturelle du groupe qui doit être prise en compte. Cette notion de *sickness* traduit la manière dont chaque société pense et organise socialement la maladie. Ce n'est pas une réalité biomédicale ou psychologique mais plutôt l'étiquette socioculturelle de la définition sociale de la maladie. C'est la reconnaissance de la maladie par le groupe.

3/ ZEMPLENI A.: *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*, 1985-2, *l'Ethnographie*, Tome LXXXI, N° 96/97.

*Ces trois réalités sont autonomes mais tous les rapports sont concevables entre elles.* Ces trois notions sont très importantes dans le cadre de l'éducation à la santé. Lorsque les résultats d'une enquête épidémiologiques sont diffusés dans le public, il s'agit de faire passer une réalité biomédicale dans la conscience collective. Il va donc falloir sensibiliser le public aux signes de cette maladie afin qu'elle passe dans les consciences individuelles et qu'elle soit insérée dans les processus légaux de légitimation qui ouvrent droit au rôle social de malade.

### **les différentes perceptions du corps**

Même si l'extrême développement des techniques et l'hyper spécialisation de la vie le masque, **le corps** demeure le premier instrument de **travail**, le premier moyen de **jouissance**, le premier objet de **spectacle**, le premier sujet de **défaillance**. À travers les aspects les plus divers de son fonctionnement, le corps humain est toujours le moyen d'expression. Il est le signifiant par excellence, le lieu originel de la symbolisation. *Le corps est le lien physique entre nous, notre âme et le monde extérieur.* C'est l'intermédiaire par lequel nous nous projetons dans la vie sociale.

La manière dont nous l'utilisons reflète et dépend de la culture à laquelle nous appartenons, du degré d'intégration à un groupe social et de l'emprise de ce dernier. *Chaque société pense le corps à sa manière et cherche à le rendre conforme à l'idée qui prévaut.* Toute culture produit un savoir sur le corps, et ce savoir ne saurait être envisagé sans le relier à la vision du monde qui va avec. C'est le fait qu'un corps existe et soit pris dans une vision spécifique qui fait qu'un corps est lisible. Lorsqu'un praticien ne repère pas un symptôme énoncé cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Le repérage demande une adaptation culturelle.

### **un exemple, la tuberculose en Afrique du Sud**

S'agissant des mêmes symptômes, les populations Tswana donnent deux noms 'grosse toux' et '*tibamo*'. Les Tswana pensent que la toux, la tuberculose, est causée par une bactérie alors que '*tibamo*' est censé survenir lorsqu'un enfant est né 'dans une mauvaise position', ce qui entraîne la maladie pour lui ou pour ses parents. La question est alors de savoir pourquoi l'enfant est né '*sinaa*', dans une mauvaise position, tourné vers le sol ou avec le cordon autour du cou. *La maladie est un signe, elle révèle que quelque chose ne va pas et elle le révèle en s'inscrivant dans le corps.* Il n'est pas question de tuberculose pour les



parents mais d'un signe, puis d'une sanction par rapport à une faute commise. Cela soulève la question de l'accouchement en clinique où le personnel ne dit pas forcément à la mère comment est né l'enfant. Aucun traitement de réparation ne peut donc être entrepris si l'enfant est né dans une position problématique. La tuberculose progresse en Afrique du Sud, mais les gens disent qu'ils souffrent en réalité de '*tibamo*' et cela parce que de plus en plus de femmes accouchent en clinique.

### «Je vais consulter»

Lorsqu'une personne décide d'aller consulter, se met en place le *groupe organisateur de la thérapie*<sup>4</sup> qui comprend le patient, le thérapeute, l'entourage proche, l'entourage éloigné. Ces personnes vont se trouver en relation autour de la maladie du patient et influencer l'itinéraire du malade.

Au sein de ce groupe, on trouve des thérapeutes. Il y a ceux qui font partie du système de santé publique, les 'officiels' et ceux que l'on appelle les thérapeutes traditionnels. Parmi ces derniers, on trouve le **guérisseur** (*inyanga* en zulu, *nyanga* en xhosa). Il n'a pas forcément répondu à un appel mystique. Il travaille avec des plantes médicinales, c'est un herboriste. Autrefois le rôle de guérisseur était clairement dissocié de celui de devin. Il s'agissait le plus souvent d'hommes, les femmes, elles, étaient plus souvent devins.

Le **devin** (*ngaka* en zulu, *isangoma* en xhosa), quant à lui, a répondu à un appel des ancêtres, appel qui s'est manifesté par des rêves ou encore par une maladie. On le consulte pour recevoir un conseil ou pour connaître la cause 'véritable' d'une maladie. Il ne pratique pas d'auscultation physique. Il recherche la cause de la maladie en conversant avec des entités non visibles. Il existe pour cela de nombreuses méthodes. Le devin est le spécialiste de l'interprétation des rêves. Il est l'intermédiaire par lequel les entités non visibles peuvent communiquer avec les humains. Le devin ne s'occupe pas de faire disparaître la maladie, il fait en sorte qu'elle ne revienne pas.

À ces deux grandes catégories vient s'ajouter, aujourd'hui celle du **prophète-guérisseur** (*umthandazi* en zulu, 'celui qui prie'). Il travaille

4/ JANZEN J.M., *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris, Karthala, 1995.

en lien avec une Église indépendante africaine et soigne par l'imposition des mains avec l'aide de la prière et de l'eau bénite.

### en référence à une cosmologie

«*Je vais consulter*» nous introduit aussi à une **cosmologie**: plus que de forces surnaturelles on devrait parler de forces supra-humaines qui font partie de l'ordre normal des choses. Dans cette cosmologie, on trouve : un Dieu créateur, les esprits, les génies, la souillure, les ancêtres qui tiennent une place importante.

Pour devenir ancêtre, il faut durant sa vie terrestre avoir incarné des valeurs importantes pour la société, il ne faut pas être mort d'une mauvaise mort (par mauvaise mort on entend suicide, noyade, accident violent, etc...) et il est essentiel que la famille vivante ait procédé à un rituel bien précis. **Les ancêtres ont le pouvoir d'agir sur la vie des vivants.** Les esprits ancestraux sont une autorité qui permet le maintien des normes et des valeurs auxquelles la communauté est attachée. Ils ont un rôle important en cas de la maladie: ils protègent les vivants en leur assurant une bonne santé mais ils les punissent aussi s'ils ne respectent pas les règles de la société en leur envoyant la maladie, la mauvaise santé.

### le diagnostic traditionnel

Dans le cadre d'un *diagnostic traditionnel*, le devin part de la maladie-sanction pour remonter au délit (rappelons-nous que la maladie est garante de l'ordre social). Le diagnostic prend des allures de démarche judiciaire mais inversée. Voici les questions auxquelles le devin doit répondre: Quelle est la cause de cette maladie; le moyen qui a engendré la maladie? Quel en est l'agent: celui qui détient la force efficace pour produire la maladie? Quel événement ou situation dans le passé explique l'origine de la maladie? Il est aussi important de savoir qu'il existe une causalité diurne, une explication concrète, et une causalité nocturne qui fait appel au monde de la nuit et que l'on invoquera si la maladie revient régulièrement, si elle dure.

Ces quelques notations peuvent nous permettre de mieux comprendre pourquoi la transcription de ce qu'est l'Autre est un problème fondamental. **Comment pouvons-nous percevoir dans nos catégories les catégories des autres?** Nous savons que l'on peut approcher l'Autre, mais qu'il est difficile de prétendre l'atteindre. «Le bon ethnologue est

celui qui a compris que son sacerdoce est d'aller vers l'Autre, de rendre l'Autre compréhensible.» (M. Griaule) Avant de conclure j'aimerais encore apporter quelques précisions sur deux points.

## *MÉDECINE ET CULTURE*

### **une mystique du pouvoir**

*Une culture* est un système de représentations dont les différents niveaux et sous-systèmes ont entre eux des rapports de cohérence. La symbolique permet cette cohérence et permet aussi à un groupe de se situer dans l'espace et dans le temps, d'acquérir une identité. En Afrique on se trouve face à une mystique du pouvoir. Tout se comprend en termes de pouvoir et de contre-pouvoir et le champ de la maladie et de la guérison n'y échappe pas. Le médicament est une force, le thérapeute est détenteur d'un savoir qui est un pouvoir. Il est difficile d'imaginer que quelqu'un puisse consulter un thérapeute traditionnel seulement pour comprendre comment il travaille et non pour acquérir son pouvoir.

### **un équilibre instable**

Tylor (1871) définit la culture comme un «*ensemble complexe incluant les savoirs, les croyances, l'art, les mœurs, le droit, les coutumes, ainsi que toute disposition ou usage acquis par l'homme vivant en société*». Les cultures sont des produits de la créativité humaine et, en dépit des emprunts faits, aucune ne se confond avec une autre. La culture est manipulée par les membres d'un groupe en fonction des circonstances et des besoins. La culture d'un groupe est ce qui lui permet de vivre harmonieusement avec son environnement mais ce n'est pas pour autant un ensemble harmonieux; c'est *une formation en équilibre instable et évolutif*.

### **en continue évolution**

Chaque société est culturellement organisée et ses membres, en cas de maladie, ont recours aux thérapeutes reconnus et communément consultés. Mais il faut être vigilant, car sur cette démarche spontanément culturelle viennent se greffer des facteurs économiques, juridiques. Il ne faut pas oublier qu'une grande partie des sociétés des pays du Tiers-Monde sont des sociétés en transition, en profonde et rapide mutation. Elles se situent sur un axe «modernité/tradition», et il est difficile pour

une société partagée et en constante évolution d'être réellement efficace. La question des rapports cultures-santé y est d'autant plus cruciale que, dans de nombreux pays, le système de santé public est en faillite. Notons aussi que des valeurs traditionnelles comme la prise en charge du malade par la famille, la réconciliation, le poids du groupe organisateur de la thérapie, la prise en compte des aspects psychique, mental, affectif, spirituel de la maladie perdent de leur importance.

## MÉDECINE ET TRADITION

### il n'y a pas «un» savoir mais «des» savoirs

Le terme de *médecine traditionnelle*, s'il n'est pas expliqué, est bien souvent réducteur, tout comme celui de tradition. Dans la réalité, les sociétés où l'on trouve ces formes de médecine que l'on appelle traditionnelle sont très différentes les unes des autres et «la» médecine regroupée sous un même nom est aussi très variée. Trop souvent aussi, on oppose médecine traditionnelle et médecine moderne sans plus d'explication. Les «deux systèmes» ne peuvent pas se substituer l'un à l'autre. Leurs capacités respectives évoluent dans des registres différents. On peut admettre la juxtaposition des savoirs et non leur assimilation. On peut partager mais pas remplacer. Il n'y a pas un savoir mais des savoirs.

Il me paraît donc important de préciser le terme de **tradition** qui est à utiliser avec précaution car il consolide un cadre de référence culturelle dans un système binaire tradition/modernité. Nous avons trop souvent tendance, dans la culture occidentale, à considérer les notions de tradition et de modernité comme antinomiques.

### une question de symboles

La tradition est une survivance du passé dans le présent et le passé est alors plus une justification du présent qu'un réel événement du passé. Les faits présents cherchent une caution dans le passé: «*je fais ça parce que mes ancêtres le faisaient*». La tradition renvoie à un dépôt culturel sélectionné, à un filtrage du passé. En Afrique, les **mythes** illustrent bien ce processus. Ils sont transmis de génération en génération, souvent par des spécialistes, mais chaque fois, avec des modifications. Les mythes, tout comme les rituels, ne donnent le plus souvent qu'un cadre général, une histoire où se retrouvent les valeurs de base.

Les détails seront fonction de la situation du moment. Si les symboles sont généraux, la situation, elle, est bien spécifique.

Une compréhension mutuelle ne repose pas sur le fait de parler la même langue mais plutôt **d'avoir recours aux mêmes symboles** et de leur donner la même signification<sup>5</sup>. L'une des raisons du succès de la médecine traditionnelle, même lorsque d'autres médecines sont accessibles, vient de ce que son utilisation des symboles signifie quelque chose pour les patients. La question est de parvenir à établir une passerelle sociale et culturelle. Ce que je tiens chez moi pour naturel est un fait culturel. La question n'est pas de savoir si l'on croit ou non à l'action des ancêtres, ce qui compte c'est que votre interlocuteur y croit.

*Laurence Creusat*

---

### **À partir de l'échange qui a suivi l'exposé**

*Le Père Joinet* remarque que le sujet du colloque était bien «santé et culture» et que l'on a choisi de traiter de l'anthropologie de la «mauvaise santé», pas celle de la «bonne santé».

C'est effectivement un choix. Il a été fait en fonction de ce qui est ressorti des échanges. On a une certaine difficulté à appréhender ce que veut dire «être en bonne santé». Lorsque l'on est en bonne santé, on se pose moins de questions que lorsque l'on est malade. Partir de ce qui fait que les gens se posent des questions quand ils sont «malades» permettait d'apporter davantage d'éléments anthropologiques.

*Le Père Chandon Moet* souligne que l'extension importante de la tuberculose la rend plus perceptible aux soignants mais aussi aux soignés. Il demande quel dialogue peut être envisagé entre les agents de santé et les anthropologues sur ce thème de la tuberculose et du *tibamo*. Pour le moment, la connaissance du *tibamo*, a conduit dans la

5/ Au cours de l'échange, L. CREUSAT précisera que, même si on n'a pas la possibilité d'apprendre la langue, il est important de bien connaître le sens littéral des termes

sous lesquels les maladies sont désignées. Cela en dit souvent beaucoup sur le système de représentation sous-jacent.

mesure du possible à affecter des sages-femmes de l'ethnie la plus représentée dans la ville ou le quartier où la clinique est installée. Une sage-femme tswana sait ce que veut dire naître dans une mauvaise position. L'exemple de la tuberculose a été pris en milieu urbain où un grand nombre d'ethnies différentes cohabitent. Les villes noires sud-africaines sont des mosaïques ethniques ce qui implique qu'il y ait des échanges entre les différentes communautés. Depuis 1987, dans la province du Gauteng, il existe des programmes de coopération entre le personnel de l'hôpital, essentiellement les agents de santé et les infirmières, et les populations locales, et plus particulièrement les thérapeutes traditionnels.

On ne peut pas uniquement attribuer à des causes anthropologiques la recrudescence de la tuberculose en Afrique. Il faut tenir compte d'autres raisons: résistance du bacille aux antibiotiques, extension du sida, etc... mais comme le fait remarquer *B. Ugeux* l'exemple de la tuberculose montre en quoi l'évolution de certaines maladies bien connues du monde médical est susceptible de générer de nouvelles interprétations.

*E. Angrand*: Est-ce le devin qui conduit le diagnostic jusqu'au bout? Le devin communique avec l'invisible, et pour cela il a ses propres techniques divinatoires. Mais il échange aussi avec le groupe qui entoure le malade. Le diagnostic final est le fait d'un groupe, de la famille présente qui reste libre d'aller consulter un autre devin si elle n'est pas satisfaite. De plus, le devin a une grande connaissance du milieu où il vit, des différentes situations qui se vivent dans le village ou le quartier et il 'travaille'. C'est aussi à partir de ces données qu'il va poser son diagnostic. La dimension psychosociale est essentielle. Le Père René Luneau précise que, si la séance de divination n'est pas secrète, les clefs de l'interprétation le sont. «On voit, mais on ne sait pas.»

Il a été plusieurs fois précisé qu'il ne s'agit ni de sacraliser ni de diaboliser l'une ou l'autre forme de médecine. L'un des objectifs de ce colloque, qui a consacré un axe de travail à l'approche anthropologique, est de permettre une meilleure efficacité à tous ceux qui sont sur le terrain.

## LES REGROUPEMENTS DE THÉRAPEUTES TRADITIONNELS

Il s'agit d'un mouvement qui s'amplifie. Face à la faillite du système de santé public, de plus en plus d'États prônent un retour à la médecine traditionnelle. Face au développement de la médecine 'biomédicale' dans les villes, les guérisseurs ressentent le besoin de s'unir pour être plus forts.

Le phénomène associatif, quand il est cautionné par l'État, permet d'officialiser un système jusqu'alors laissé pour compte. En effet, cette médecine traditionnelle figure dans tous les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme la source principale de « Soins de Santé Primaires » (SSP) pour 80% des habitants de la planète.

Il existe de nombreux regroupements à travers l'Afrique, qui vont du petit groupe local avec une dizaine de membres au mouvement national. Certains sont à l'origine du développement des « jardins botaniques thérapeutiques », d'autres des compilations écrites des différents remèdes, d'autres encore organisent des journées de « formation » entre thérapeutes traditionnels et soignants des hôpitaux.

**En Afrique du Sud**, les *inyangas* (herboristes), les *sangomas* (devins), les *ababekisi* (sages-femmes traditionnelles) et les *iingcibi* (spécialistes de la circoncision) sont concernés par un projet de loi qui devrait être très prochainement adopté et qui leur donnera un statut officiel. Ils seront autorisés à accorder des arrêts de maladie et leurs patients pourront se faire rembourser les consultations auprès de leur assurance médicale.

### des lieux de recherche

**Au Mali** : un « Institut National de Recherche en Pharmacopée et Médecine Traditionnelle » (INRPTM). Son objectif est de tester les applications pratiques des remèdes signalés par ses chercheurs et par les praticiens qui travaillent sous son contrôle. (Cf. : Denis MALGRAS, *Arbres et arbustes guérisseurs des ruraux maliens*, Paris, ACCT-Karthala, 1992, 478 pp.)

**En République démocratique du Congo**, l'Église évangélique en lien avec un chercheur allemand anime un lieu de recherche : « La Médecine naturelle » : Bindanda M'pia, B.P. 4830 – Kinshasa-Gambe – RDC ; ou Dr Hans Martin Hirt, Schafweide 77 – 7057 Winnenden – Allemagne.

## CONCLUSIONS PREMIER AXE

### *ÉCOUTE ET DIALOGUE*

Une écoute professionnelle qui soit aussi **une écoute du cœur**. Il s'agit d'une attitude fondamentale qui conditionne la qualité des relations entre les thérapeutes et les malades et dont dépend, pour une bonne part, l'efficacité de l'entreprise thérapeutique.

**Le sens de l'accueil** et de l'écoute amènera à ne pas culpabiliser le malade dans sa démarche et, quand il a déjà parcouru tout un itinéraire thérapeutique avant de s'adresser à nous, à l'accueillir tel qu'il est en prenant en compte son environnement familial, ses modes de vie. L'écoute permettra aussi de percevoir à quel niveau se situe sa demande de soins.

La mise en place d'une **équipe d'accueil** des malades, disponible et préparée à écouter son histoire, ce qui l'amène à consulter, les étapes qu'il a déjà parcourues dans sa quête, et capable de l'orienter vers le technicien approprié. Reste la question de la collaboration entre cette équipe et le technicien de santé.

Dans un contexte de **coexistence de systèmes de santé** divers, l'écoute est capitale. Elle suppose souvent un changement d'attitude de la part des agents de santé et des agents pastoraux. Il faut informer et former, s'informer et se former. Deux choses nous paraissent essentielles : écouter et sortir à la rencontre des populations.

### *LA GESTION DU TEMPS*

Au départ, *prendre du temps* sur place pour se former, connaître le milieu en toute humilité, apprendre la langue. *Prendre le temps* de vivre avec les gens, les écouter, ne pas s'enfermer dans les lieux de soin mais aller vers les gens. Laisser aux gens *le temps d'évoluer* dans leur prise de responsabilité. D'où l'importance de déléguer et de partager les tâches *pour avoir du temps*.



Agents de santé et pasteurs, nous sommes très sollicités, nos agendas sont chargés, il nous faut souvent répondre dans l'urgence. Nous ne pouvons pas ne pas prêter « assistance à personnes en danger ». C'est vrai. Mais ces urgences qui se gèrent dans le « court terme » ne dispensent pas d'envisager aussi le « long terme » pour une efficacité réelle. C'est sur le long terme que vont se gérer les actions de conscientisation, de formation. Le « long terme » est indispensable à la prise de responsabilité. Il n'y a pas lieu de les opposer. Cela demande une véritable conversion de nos mentalités occidentales, dominées par l'urgence et l'efficacité immédiate.

### *SE FORMER ET S'INFORMER*

Une bonne connaissance du milieu, de la langue, des systèmes de thérapie sont indispensables pour l'efficacité de toute action thérapeutique dans le long terme. Elle est indispensable pour une écoute des patients dans le respect des représentations et des itinéraires qui sont les leurs.

Dès le départ, **une préparation**, non seulement médicale, mais aussi anthropologique et culturelle doit trouver sa place de même qu'un apprentissage de la langue. Prendre du temps sur place pour cela. S'informer auprès des collaborateurs autochtones, tout en sachant qu'ils ne nous diront pas tout. Cela dépend du climat de confiance et de respect qui se sera établi.

### *RESPONSABILISATION ET PARTENARIAT*

Il s'agit d'une action sur le long terme. Elle comporte des éléments dont l'énumération nous est familière: conscientisation, alphabétisation, campagnes de sensibilisation, mise en place de *projets de santé communautaire*, éveil à la responsabilité personnelle et communautaire dans le domaine de la santé, découverte des moyens dont on dispose déjà sur place et qui peuvent être mis en œuvre, recherche d'une collaboration confiante. Ce n'était pas le but du colloque d'en explorer toutes les facettes. Nous avons pourtant insisté sur la **collaboration** et le **partenariat**.

Nous avons porté notre attention sur les partenaires incontournables pour cette action sur le long terme, ceux avec lesquels il faut établir des relations et qu'il faut mettre en relation entre eux.

En premier lieu, il y a **les agents de santé autochtones**, ceux qui collaborent directement avec nous dans les divers services de santé. Importance de consacrer du temps à leur formation. Importance aussi de leur faire confiance.

Avec ceux qui agissent dans le cadre **d'autres systèmes de santé**: tradipraticiens, guérisseurs-prophètes, devins, guérisseurs, phytothérapeutes, etc..., la collaboration peut être plus délicate car il y a souvent des implications religieuses. Des exemples ont été donnés.

Avec **les populations**, il est important de collaborer avec tous ceux qui peuvent agir pour que la maladie n'éclate pas, pour que les malades guérissent, pour qu'un traitement soit bien conduit. Parmi eux, les **enseignants** ont une place importante et beaucoup de possibilités d'action au niveau de la conscientisation, de l'information, de la prévention, de la motivation en faveur d'un plan de santé communautaire, etc...

On a aussi souligné **le rôle de la femme**. Une femme en bonne santé, c'est une famille en bonne santé ! Dans les cultures africaines, la femme a un rapport privilégié avec tout ce qui touche à la vie. Elle accueille la vie, la nourrit, la protège. Son rôle est prépondérant dans tout ce qui concerne la santé des enfants.

Même si ce n'est pas encore le cas partout, les **collectivités locales** acquièrent peu à peu des «pouvoirs» et des «moyens financiers» sont mis à leur disposition. Elles peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre de certains programmes. Travailler en équipe, avec tous les partenaires, y compris avec le secteur public, est parfois difficile. Il faut avoir confiance en l'homme, en ses capacités. Éviter de les aider n'importe comment. Que les aides financières n'empêchent pas les gens de se prendre en charge, mais au contraire qu'elles favorisent la marche vers l'autosuffisance.

Les **communautés chrétiennes**, en particulier les «communautés de base», sont particulièrement aptes à prendre leur part dans une action sur le «long terme». Il est important de les éveiller à autre chose que la distribution de secours dans l'urgence.

## ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ

### BIBLIOGRAPHIE

#### Fondamentaux :

- Marc AUGE, Claudine HERZLICH, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Ed. des Archives Contemporaines, Paris, 1991, 278 p.
- BALANDIER G., *Sociologie des Brazzavilles noires*, (1995), Presse de la Fondation NI des Sc. TT, 1985.
- BASTIEN C., *Folies, mythes et magies d'Afrique Noire. Propos des guérisseurs du Mali*, L'Harmattan, Paris, 1988.
- BONNET D., *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi*, Édition de l'Orstom, Paris, 1988.
- Collectif, *Gestion religieuse de la santé, Colloque de l'Association française de sociologie religieuse*, Paris, 29-30 mars 1993, Paris, L'Harmattan, 1995.
- DOUYON L., « Vaudou en Haïti. La crise de possession », *Études*, décembre 1986, p. 631-641.
- ESCHLIMANN J.P., *Les Agni devant la mort* (Côte d'Ivoire), Paris, Karthala, 1985; 277 p.
- FAINZANG S., *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 1996.
- FASSIN D., *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Les Champs de la Santé, 1992.
- Uwe FLICK, (dir.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*, Coll. Santé, Sociétés, cultures, Paris, L'Harmattan, 1992, 398 p.
- Michel FONTAINE, *Santé et Culture en Afrique Noire. Une expérience au Nord-Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1995.
- Meinrad HEBGA, « La guérison en Afrique », *Concilium*, 234, 1991.
- JANZEN J.M., *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Karthala, Paris, 1995.
- Éric de ROSNY, *Les yeux de ma chèvre*, Paris, Plon, 1981.
- Éric de ROSNY, *La nuit, les yeux ouverts*, Paris, Seuil, 1996, 296 p.
- Louis-Vincent THOMAS et René LUNEAU, *La terre africaine et ses religions*, Paris, L'Harmattan, 1990, 336 p.
- ZEMPLÉNI A., « Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures », 1985 – 2, N° spécial de l'Ethnographie, Tome LXXXI, N° 96/97.

### Pour aller plus loin :

- Archives de Sciences Sociales des Religions, *Transe et possession*, 79 (1992), 166 p.
- Marc AUGÉ, *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort*, Paris, Flammarion, 1977.
- CROS M., *Anthropologie du sang en Afrique*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1990.
- DOUGLAS M., *De la souillure. Étude sur la notion de pollution et de tabou*, Ed. de la Découverte, Paris, 1992.
- EVANS-PRITCHARD, E.E., *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandés* (1937), Paris, Gallimard, 1972.
- GRIAULE M., *Dieu d'eau. Entretiens avec Ogotemméli*, Fayard/Le Livre de Poche, Paris, 1996, 256 p.
- Marie de HENNEZEL, *La mort intime, ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Paris, Robert Laffont, coll. Aider la vie, 1995, 232 p.
- François LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1992, 410 p.
- Patrick LEMOINE, *Le mystère du placebo*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996, 238 p.
- Tobie NATHAN, *La folie des autres, traité d'Éthnopsychiatrie*, Paris, Dunod, 1986, 241 p.
- Tobie NATHAN, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1994, 350 p.
- N.N. *Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997.
- Raimon PANIKKAR, « Médecine et religion », *Interculture*, Institut Interculturel de Montréal, XXVII, 4, n° 125 (1994), 42 p.
- Revue de la recherche scientifique, *Médecine traditionnelle au Zaïre*, Kinshasa, ISR, Institut de Recherche Scientifique, n° spécial, 1979, 194 p.
- RIVIERE Cl., *Union et procréation en Afrique. Rites de la vie chez les Evé du Togo*, L'Harmattan, Paris, 1990.
- ROBERT J.M., *Croyances et coutumes magico-religieuses des Wafipa païens*, Kipalapala, Tabora, The Tanganyika Mission Press, 1949.
- Daniel SCHURMANS, *Le diable et le bon sens. Psychiatrie anthropologique de l'Afrique noire à l'Europe*, Coll. Santé, sociétés et cultures, Paris L'Harmattan, 1994, 215 p.
- Antoine VERGOTE, *Dette et désir*, Paris, Seuil, 1978.

## *SECTES, NOUVEAUX MOUVEMENTS RELIGIEUX, ÉGLISES INDÉPENDANTES ?*

Dans le foisonnement contemporain de nouvelles propositions religieuses, comment se repérer ? La tentation des grandes institutions : Églises, État, corps médical, établissement d'éducation, etc... est de considérer comme irrationnel et dangereux tout ce qui ne rentre pas dans la rationalité qu'elles pratiquent habituellement. Les grandes Églises se méfient a priori de toute « initiative incontrôlée » comme on l'a constaté à la naissance du Renouveau charismatique. La médecine officielle accuse d'exercice illégal de la médecine toute forme de thérapie alternative ou non-conventionnelle qui semble menacer le monopole de la profession. L'État publie des listes de groupes définis comme sectes sans que ceux-ci aient la moindre possibilité de justifier de leur bonne foi. Le risque existe de considérer toute différence comme une déviance.

La notion de secte est inconnue du Droit français, de même que le délit d'opinion. En outre, il est toujours difficile, d'un point de vue sociologique, de classer avec certitude un groupe dans la catégorie des sectes, même si certains groupes le méritent incontestablement. Il est donc préférable de définir **des critères de tendances ou de logiques sectaires** qui peuvent aussi se retrouver dans les grandes Églises et dans tout autre groupe constitué.

On citera : les pressions sur les personnes, avec ce que cela implique comme action sur la conscience individuelle ; la manipulation des Livres saints, pour y chercher des justifications aux nouvelles interprétations perçues par les « autres » comme des hérésies ; la fermeture du groupe jusqu'à la rupture avec la famille qui favorise un fonctionnement occulte du pouvoir et une dépendance fusionnelle par rapport au groupe ou au gourou ; une doctrine exclusive et englobante ; le refus de toute critique tant interne qu'externe ; des visées financières, etc. On peut y ajouter le degré de dangerosité, dont il est difficile de définir les critères, sauf dans le cas de crime contre des mineurs, de sévices corporels ou de malversations financières.

En Afrique, les Églises afro-chrétiennes – appelées aussi Églises indépendantes – ont souvent été fondées par d'anciens membres d'Églises chrétiennes missionnaires, comme Kimbangu ou Atcho. Ces Églises ne doivent pas être trop vite assimilées à des sectes, comme on le constate à propos de l'« Église de Jésus Christ sur la terre par le Prophète Simon Kimbangu » (EJCSK) qui, depuis 1969, est membre du Conseil Œcuménique des Églises.

## LE RAPPORT MISSION – SANTÉ:

*« Le but du deuxième axe de recherche sera d'évaluer la crédibilité des Églises dans le domaine de la guérison et du salut, de comprendre la place consacrée à ces questions dans la pastorale et de s'interroger sur la formation dont devraient bénéficier les agents pastoraux et médicaux dans ce domaine clé, en Afrique mais aussi en Occident. »*

---

### **INTRODUCTION: Le regard d'un Africain**

*Nazaire Diatta* p. 54

### **TÉMOIGNAGES**

– Avec les malades du Sida (Burkina Faso)  
*P. José Cantal Rivas* p. 59

– La Paroisse Saint Kisito à Brazzaville  
*P. René Tabard* p. 65

– Au Congo démocratique  
*Dr Brigitte Faure* p. 71

– « J'étais malade, vous m'avez visité »  
*Mgr Pierre Zévaco* p. 75

### **LES PROBLÉMATIQUES**

*Groupes de réflexion* p. 80

### **VERS UNE THÉOLOGIE DE LA SANTÉ**

*Bernard Ugeux* p. 83

**LES CONVICTIIONS QUI NOUS HABITENT** p. 97

**Bibliographie** p. 101

---

# LE REGARD D'UN AFRICAIN

## INTRODUCTION AU DEUXIÈME AXE

*par Nazaire Diatta*

*Originaire de Casamance, Nazaire Diatta, est titulaire d'une maîtrise en théologie (Rome) et d'un doctorat en anthropologie (Paris). Il a exercé divers ministères dans son diocèse d'origine et a enseigné à l'ICAO de 1990 à 1993. Entré chez les spiritains, il est actuellement directeur des études au scolasticat spiritain de Brazzaville.*

---

### UNE VISION AFRICAINE DE LA MALADIE

L'acte de foi en fonction duquel l'Africain conçoit son agir thérapeutique, c'est la ferme conviction que la vie doit l'emporter à tout prix sur la mort, quelles que soient les circonstances. C'est **un amour utopique de la vie**, de la vie sur terre, bien concrète, une utopie dans le sens noble du terme. Le lieu de compréhension du réel pour l'Africain est la lutte pour la vie contre la mort et tout ce qui peut y conduire, la maladie par exemple. C'est à travers ce prisme qu'il appréhende le réel. Pour l'Africain, tout doit jouer en faveur de cette harmonie vitale où l'homme s'épanouit, trouve son bonheur. La richesse, la santé, la longévité, en témoignent. Seul un homme, qui a bien vécu ici-bas, et vécu longtemps, peut espérer un au-delà meilleur en compagnie des ancêtres et du créateur.

Que signifie la maladie dans ce contexte? Elle est d'abord une entrave au développement de la vie. Mais les soins dont elle donne l'occasion, jouent en faveur de la vie. La maladie devient, en quelque sorte, comme le lieu **d'un nouveau départ pour la vie**. Les rites de guérison accomplis par le prêtre guérisseur, le malade lui-même, l'assistance, sont en fait pour tout le groupe, l'occasion de faire mémoire, de

se souvenir des lois sociales, économiques, religieuses, fondements de la vie en société et qui ont été niées d'une façon ou d'une autre par l'un des membres de la famille. Dans le rite de guérison, il y a comme un retour aux origines de l'existence familiale, à la matrice première de la vie. On meurt pour **renaître homme nouveau**, ou famille nouvelle, à l'image de l'homme, de la famille première.

*Le récit joue ici un rôle important.* L'histoire, les mythes fondateurs, racontés ou chantés, l'histoire des ancêtres, renvoient le malade et sa famille à la source de leur existence. L'histoire relate les victoires successives, les faits majeurs qui ont fait que la famille existe aujourd'hui et qui feront que cette famille ne pourra plus être perturbée par la maladie dans son dynamisme. Dans le rite de guérison, c'est en réalité la culture-vie qui est chantée et qui est revivifiée dans la lutte contre la maladie. *L'histoire racontée est lieu de résurrection.*

Si l'on porte attention aux agents, aux paroles dites et aux actes accomplis, les soins apportés au malade signifient manifestement la mort du vieil homme malade et la résurrection d'un homme nouveau libéré de la maladie. Les soins apportés au malade ont pour but de renforcer, de récupérer l'énergie vitale qui fera de lui un homme nouveau, rené, libéré du mal qui l'accablait, lui et sa famille.

### **mystère de mort et de résurrection**

Le christianisme a, lui aussi, son lieu d'interprétation de la maladie et de la guérison, de la vie et de la mort. Nous le trouvons précisément dans son dogme fondamental : **la mort et la résurrection de Jésus**, mort et résurrection conçues comme une lutte de la vie contre la mort, lutte dont la vie sort victorieuse. Il suffit de se reporter au chant de l'annonce pascale. La lumière, la vie, éclate dans les ténèbres, la mort. C'est la victoire, la liberté. *« Le Christ ressuscité triomphe de la mort ! ».*

Mais nous savons aussi que Jésus est mort pour avoir remis en cause la Loi d'Israël, la coutume. *« Nous avons une Loi et d'après cette Loi il doit mourir parce qu'il s'est fait Fils de Dieu »*, (Jn 19,7). Remettant en cause la coutume, la loi d'Israël, Jésus va en mourir en croix, exclu de la Loi et par la Loi.

Victoire de la vie sur la maladie et la mort, refus de voir la coutume bafouée, le parallélisme entre culture africaine et christianisme est



frappant. Mais qu'en est-il au juste de l'intégration de ces valeurs dans le christianisme dans la personne de Jésus Christ ?

### **la victoire de la vie**

Le christianisme affirme que Jésus est *mort réellement* et qu'il est *ressuscité d'entre les morts réellement*. Il ne s'agit pas là d'un simple souhait, mais bien d'un fait réel. Jésus, qui est mort pendu sur une croix est bien celui qui ressuscite le matin de Pâques. Il ne s'agit pas de mort symbolique.

Par ailleurs, la mort de Jésus est un acte de confiance total au Père entre les mains duquel il remet son esprit. Jésus sait que le Père ne l'abandonnera pas entre les griffes de la mort. Et c'est cette confiance qui amènera le Père à rendre l'Esprit à Jésus, le ressuscitant d'entre les morts. La mort, de punition qu'elle était, devient **le lieu de la confiance totale** en un Dieu Père qui ne peut que nous redonner la vie. Dans le Christ, d'ennemie qu'elle était, la mort devient protagoniste de la vie. Dieu se sert « *de notre condition mortelle pour nous affranchir de la mort: ainsi notre existence périssable devient un passage vers le salut par le Christ Notre Seigneur<sup>1</sup>* »

Ce qui, pour l'Africain, était comme un souhait, s'accomplit réellement en la personne de Jésus de Nazareth. L'intuition de l'Africain que la vie doit l'emporter sur la mort, intuition qu'il manifeste dans tous ses rites d'initiation, de guérison, avec la symbolique de la mort et de la résurrection, se trouve comme accomplie, réalisée et même plus qu'il ne l'aurait espéré. La mort n'est pas seulement vaincue, mais elle se situe entièrement du côté de la vie à l'épanouissement de laquelle elle participe. Maintenant, **tout est vie**, tout doit pouvoir jouer en faveur de la vie.

### **la coutume, énergie vitale**

Dans la résurrection de Jésus, se trouve en fait affirmé que la vie ne peut pas dépendre de l'observation d'une coutume humaine, quelle qu'elle soit, même pas de la coutume d'Israël. Le lieu effectif d'épanouissement de la vie est maintenant **l'unique loi de Jésus Christ**, la

1/ Troisième préface du temps ordinaire:  
«Notre humanité sauvée par l'humanité du Christ».

« coutume » instaurée par lui. La « loi nouvelle », cette « coutume » selon laquelle Jésus a vécu, est mort et est ressuscité devient le critère qui mesure la victoire effective de la vie sur la mort.

Pour l'Africain, la coutume est garante de la vie, sa transgression conduit à la maladie et à la mort. En Jésus Christ, la coutume atteint effectivement son but : être le lieu d'émergence et d'épanouissement véritable de la vie, d'une vie contre laquelle la mort ne pourra rien. Encore faut-il que la coutume ait comme mesure la loi de Jésus Christ et que ses différentes dispositions se laissent juger par elle. *« La spiritualité des Béatitudes célèbre le triomphe de la vie sur la mort, de l'amour sur la haine, de la liberté sur la servitude... La spiritualité des Béatitudes est par définition, une spiritualité de la libération. C'est par excellence pour notre temps la spiritualité du Tiers-Monde »*<sup>2</sup>.

### **un deuxième axe de recherche**

L'Africain cherche à obtenir la guérison à travers un rite, un acte liturgique, une célébration de la maladie. Le médicament, le remède intervient, mais en quantité psychologiquement secondaire. L'Occidental veut obtenir la guérison en se fiant au médicament, sans attacher d'importance au rite, à la célébration. La vérité ne se trouve-t-elle pas dans un juste milieu ? N'y aurait-il pas un équilibre à garder, un lien à établir entre l'acte médical et la célébration de cet acte ? Qu'est-ce que cela signifie concrètement pour un agent de santé qui travaille en Afrique ? Qu'est-ce à dire quant à sa formation ?

*« Les Églises ont traditionnellement beaucoup investi dans le domaine de la santé. Elles ont consenti, et consentent encore, un grand effort en personnel et en matériel au bénéfice d'institutions de soins, de réseaux médicaux, de programmes de santé nombreux. Elles ont développé tout un discours (une catéchèse) à propos de la maladie, de la souffrance, de la guérison, du salut. Elles offrent également un accompagnement et des pratiques rituelles ou sacramentelles à ceux que la maladie atteint. »*<sup>3</sup>

On peut en effet craindre que le christianisme n'ait pas suffisamment investi théologiquement sur le sens de la vie ici-bas et n'ait trop facilement mis l'accent sur la vie dans l'au-delà, sur le spirituel, même si

2/ Englebert MVENG, *Spiritualité et libération*, p. 23.

3/ Document préparatoire au colloque, présentation du deuxième axe de recherche.

son agir médical, son investissement, témoigne du contraire. **Une théologie de l'incarnation** doit être sérieusement prise en compte et développée. Ne mettons-nous pas trop facilement une dichotomie entre un homme qui serait spirituel et un homme qui serait matériel ?

*« Pour beaucoup, pour l'Africain notamment, une Église (ou groupe religieux) qui n'est pas capable de guérir n'est pas capable de sauver. Mais il n'est pas évident que "guérison et salut" aient le même sens, le même contenu, pour les Églises et pour ceux auxquels elles s'adressent ou qui ont recours à leurs "services". Les convictions des agents pastoraux à propos des causes de la maladie ne concordent pas toujours avec celles des personnes qui ont recours à la magie, à la divination, à l'interprétation des rêves. Le malaise est certain ».*<sup>4</sup>

On peut aussi craindre que l'Africain, au sud du Sahara, ne mette trop l'accent sur la vie ici-bas, sur une « théologie » de la vie présente au risque de ne pas porter suffisamment d'attention à celle de l'au-delà et qu'ainsi, en mettant trop l'accent sur l'homme d'ici-bas, il risque de ne pas déboucher effectivement sur l'homme de l'au-delà.

Que peut signifier un salut véritable tant pour l'Africain que pour l'Occidental ? Un équilibre ne devrait-il pas être maintenu, une considération égale de la vie d'ici-bas et de celle de l'au-delà, spirituelle ? Ne devrait-on pas préconiser aujourd'hui **une théologie des sacrements** qui prenne en compte l'homme vivant, concret, à la fois matériel et spirituel, d'autant plus que les sacrements accompagnent l'homme dans toutes les étapes de sa vie ? Un rituel des sacrements, du sacrement des malades notamment, ne devrait-il pas être composé dans ce sens, un rituel de guérison qui impliquerait non seulement l'état de santé morale du malade et de sa communauté, mais aussi la guérison physique du malade ?

*« Le but de ce deuxième axe de recherche est d'évaluer la crédibilité des Églises dans ce domaine de la guérison et du salut, de comprendre la place consacrée à ces questions dans la pastorale, de s'interroger sur la formation dont devraient bénéficier les agents pastoraux et médicaux dans ce domaine clé, en Afrique mais aussi en Occident ».*<sup>5</sup>

Nazaire Diatta

B.P. 1095  
Brazzaville – Congo

4/ idem

5/ idem

## AVEC LES MALADES DU SIDA

par José Cantal Rivas

*Membre de la Société des Missionnaires d'Afrique, Pères Blancs, José Cantal Rivas, après des études à l'Institut Catholique de Toulouse avec un mémoire sur « Le Christ, est-il guérisseur ? », a exercé son ministère au Burkina Faso avec une attention spéciale aux malades du Sida. Actuellement rédacteur de la revue « Africana » et membre du Centre d'Information et Documentation Africaines de Madrid, il collabore également avec les associations « Prévention Sida/La Flottille de l'Espoir » et « Chrétiens et Sida » à Paris.*

---

Je n'ai que cinq ans d'expérience dans une paroisse du Burkina Faso. Mon témoignage très limité sera sans autre prétention que celle de partager ce que j'y ai vécu, en particulier dans le monde de la prévention du sida<sup>1</sup>.

### **les théologies du succès ou comment toujours vaincre la souffrance**

Lors d'un séminaire de formation sur le sida au diocèse de Kaya, un atelier devait nous faire réfléchir à cette question: « *Quels textes bibliques présenter aux malades du sida et à leurs proches pour y trouver un réconfort ?* » Les textes proposés ont, approximativement, été les suivants: la guérison des dix lépreux, de la belle-mère de Pierre, de Naaman le Syrien, du possédé de Guédara, etc... On n'a proposé que des textes où Jésus l'emportait sur la maladie. Je suis resté rêveur car, quand il s'agit du sida, on ne peut pas assurer la guérison au terme du parcours.

*Une autre approche biblique n'est-elle pas possible ?* Je n'énumérerai que cinq textes où Jésus semble avoir échoué face au mal, à la maladie, à la souffrance et à la mort:

– Mt 10,14-39: Jésus donne ses instructions à ses disciples et les avertit que le succès n'est pas acquis d'avance;

– Mt 11, 28-30: Jésus invite les gens à venir à lui pour trouver le repos, mais il avertit que le poids de la vie ne sera point supprimé; le fardeau devient simplement « *léger et facile à porter* »;

– Mt 12, 43-45: Jésus nous avertit que parfois les esprits mauvais qui ont été chassés reviendront causer plus de mal encore;

- Mt 13, 53-58: Chez lui, à Nazareth, face à l'incompréhension des gens « *il ne fit pas beaucoup de miracles* ». Nous pouvons donc déduire que Jésus en a laissé plus d'un dans son malheur;

- Mc 4, 28: Avec la parabole de la semence qui pousse petit à petit, produisant « *d'abord, l'herbe, puis l'épi, puis enfin du blé plein l'épi* », Jésus nous invite à envisager la possibilité d'être exposé à des dangers avant la manifestation de son Royaume.

De ces quelques textes, nous pouvons conclure que *Jésus n'a pas réussi tout le temps, partout, avec tout le monde*. Mais pour des raisons diverses, ce que j'appelle la « *théologie de l'échec* » a été occultée par une « *théologie du succès* » bien plus présentable. Dans le catéchisme de notre diocèse, le Christ est toujours présenté comme vainqueur, Seigneur, Maître. À le lire, on dirait que Jésus a passé sa vie à faire des miracles. Les agents pastoraux, dans leurs prédications, se livrent à la surenchère pour savoir qui est le plus fort: le Christ ou les fétiches, l'eau bénite ou les gri-gri, la médaille miraculeuse ou les anneaux donnés par le guérisseur.

Comment alors présenter un événement, une situation qui laisserait le Christ Jésus sans réponse, sans pouvoir immédiat, sans ébranler les fondations de toutes les œuvres de l'Église, ses réalisations, ses acquis, ses exploits, basés justement sur la « *théologie du succès* » d'un Christ toujours vainqueur? Admettre que le sida puisse être plus fort que Jésus équivaut, pour pas mal de gens, à reconnaître que le christianisme n'est pas cette grande religion qu'on a prêchée depuis toujours.

Au Burkina Faso nous voyons de plus en plus de sectes qui offrent aux malades l'assurance d'une guérison miraculeuse à condition qu'ils

1/ La première partie de ce témoignage est inspirée de mon intervention au colloque: « *L'Afrique, les chrétiens et le Sida* » organisé en Août 1996, à Paris, par « *Chrétiens et Sida* » (30, rue de Boucry.

75018 Paris) et le « *Secours Catholique* ». Le texte entier a été publié dans le journal « *Chrétiens et Sida* » Supplément Afrique n° 2, Juin 1997.

« *renoncent à leur vie passée pour se donner au Seigneur* », c'est-à-dire, qu'ils quittent leur religion pour adhérer à la secte. Les sectes font croire que toute maladie (y compris le sida) peut être guérie si on a la foi, si l'on est souvent au temple, si l'on obéit au prophète (y compris sur le montant des dons à lui verser!). Leur « *théologie du succès* » empêche toute réflexion sur un engagement chrétien, car il n'y a jamais de « *théologie sociale* » dans les sectes. Pour faire concurrence aux Églises de la Réforme et à certaines sectes, on trouve des catholiques qui entrent dans cette logique de la « *théologie du succès* ».

Le renouveau charismatique n'échappe pas à cette tentation. On veut aussi offrir ce que d'autres offrent à leurs fidèles: l'assurance de la guérison. Un mouvement orienté vers la reconnaissance de la grâce de Dieu dans nos vies et la louange de son amour envers nous, risque fort de devenir un lieu où les gens ne cherchent qu'une chose, bien légitime d'ailleurs, la santé. Une pratique introduite par le Renouveau est devenue courante. Lors de la visite des malades, même si l'on n'appartient pas au Renouveau, on pratique l'imposition des mains. S'agit-il de reconnaître la puissance agissante du Seigneur, ou bien de « *démocratiser le don de guérison* » ? Quelle théologie est sous-jacente à cette pratique: conviction, mise en scène, contact physique si nécessaire aux malades du sida, rappel des gestes de Jésus ? Sans doute un peu de tout cela à la fois.

Au Burkina, bien des gens sont convaincus que la médecine traditionnelle peut guérir le Sida. La médecine des Blancs reconnaît son impuissance mais pas les tradipraticiens. Ils ne désignent jamais les maladies mortelles par leur nom, mais par des euphémismes ou des expressions voilées. Ils offrent un traitement holistique et répondent, non au « *comment la maladie m'a atteint ?* », mais à la question vitale: « *pourquoi la maladie m'a atteint moi ?* ». Certains sont de vrais guérisseurs qui usent de leurs connaissances pour soulager la douleur. D'autres sont de simples charlatans. Mais tous sont perçus comme ayant le pouvoir de vaincre la maladie. Mentionnons le guérisseur de Nagwréongo qui, entre 1994 et 1996, a attiré des milliers des personnes: ce musulman semble être d'une honnêteté hors de doute.

### **le discours sur le sida**

Au Burkina Faso, on y repère quatre thèmes principaux:  
– *La solidarité envers les malades*. C'est un discours commun à tous les acteurs sur le terrain mais pas très présent dans la publicité.

– *La promotion du préservatif.* Faite par une compagnie commerciale (PROMACO) qui a pratiquement monopolisé la scène médiatique et publicitaire y compris au sein du Comité National de Lutte contre le Sida.

– *La lutte contre le préservatif.* Une déclaration de l'archevêque de Ouaga maladroitement reprise par les medias: «*la lutte contre le sida passe par la lutte contre le préservatif*».

– *Les promesses de guérison.* La presse locale publie régulièrement des articles ou des lettres adressées à la direction et qui vantent les avantages de tel ou tel traitement prôné par le guérisseur X, annoncent des réunions de prière organisées par les catholiques ou les protestants avec la participation de leurs vedettes respectives.

Il y a aussi des campagnes qui veulent faire deux choses en même temps: prévenir le sida et promouvoir la contraception. Les autorités ecclésiastiques ne retiennent que ce deuxième point et refusent tout en bloc. On l'a vérifié en certains endroits, avec la campagne: «*Jeunesse et santé de la reproduction*». Lancée officiellement le 24 janvier 1998, elle couvre tout le pays depuis juillet dernier. La jeunesse du Burkina est invitée à faire un serment avec dix engagements. Certains sont très «*catholiques*»: abstinence avant le mariage, respect mutuel entre garçons et filles, lutte contre l'excision et la discrimination des malades du sida. D'autres sont plus gênantes pour les agents pastoraux: «*Nous conseillerons nos camarades en cas de besoin pour qu'ils aient recours aux préservatifs et méthodes contraceptives modernes, notamment le port de la capote pour tout rapport sexuel*». Et le terme même de «*santé de la reproduction*» n'est pas très clair. S'agit-il de *simples* consultations à propos des MST, ou bien y inclut-on l'avortement?

Ce fait uni à la gêne de pas mal d'agents pastoraux pour parler en public des questions attendant à la sexualité (mis à part l'exaltation de la fidélité conjugale), **laisse un grand vide** que la désinformation, les rumeurs et les mensonges ne tardent pas à occuper. Cette attitude est due à notre manque de formation sur l'éducation sexuelle et affective. On espère peut-être que le silence va dissuader les gens de pratiquer le sexe, ou bien nous sommes mal à l'aise à prêcher ce que nous ne vivons pas ou si peu?

Dans la pratique, *la sollicitude des agents pastoraux envers les malades du sida* est exemplaire: nourriture, frais médicaux, vêtements, bourses d'études pour les orphelins, etc. Cependant, chez pas mal d'agents pasto-

raux le discours préventif contre le sida reste, implicitement ou explicitement, un discours basé sur la peur: peur en raison de la mauvaise qualité des condoms, peur d'être accusé de mener une vie dissolue, surtout quand il s'agit d'une femme, peur de commettre un péché, peur de la punition divine. Le Burkinabé moyen est pris dans un dilemme: «*Comment être solidaire du malade du sida alors que sa maladie est peut-être la conséquence d'un comportement que l'on réprovoque: prostitution, infidélité, vagabondage sexuel, etc. ?*»

### **la force de la prière**

Je crois, d'une façon que je n'arrive pas à conceptualiser avec des mots, à *la force de la prière* d'intercession. J'ai souvent été sollicité de prier avec ou pour un malade; il m'arrivait de le proposer moi-même. Mais j'étais de plus en plus mal à l'aise au fur et à mesure que le nombre des occasions se multipliait. Je vais tenter de m'expliquer.

Le rituel catholique pour l'onction des malades, du moins la traduction dont nous disposons en langue moore au Burkina, associe les onctions des différents membres du corps avec un éventuel péché commis avec celui-ci: «*que par l'onction de tes mains te soient pardonnés les péchés que tu aurais commis avec elles*». Faire les onctions sur un malade du sida équivaut à reconnaître un lien entre un péché concret et la situation qui est la sienne. Et si l'on suit cette logique, on fait des péchés également avec des parties du corps qu'on n'oserait jamais oindre, tandis que je n'arrive pas à voir très clairement le genre de péché que l'on peut faire avec le nez.

Je me sentais aussi mal à l'aise en raison du rapprochement fait entre l'onction des malades et l'extrême onction, ce qui n'est pas propre à l'Afrique. Comment faire comprendre au malade et à ses proches que le prêtre de Jésus n'est pas venu pour l'achever? Comment surmonter la peur? Quel réconfort trouver dans un rite qui peut précipiter votre fin?

La présence des sectes, la mentalité magique, les ambiguïtés du langage, mes propres insatisfactions et bien d'autres éléments, impossibles à détailler ici, m'ont conduit à une certaine pastorale des malades tout à fait critiquable, mais que je veux partager avec vous.

Je n'ai plus peur de **parler de la mort** avec les malades du sida. Je sais que cela ne se fait pas dans la culture du Burkina mais, après un certain nombre de visites, nous pouvons envisager la fin prévisible de la maladie, sans sombrer dans le défaitisme.



Dans mon travail pastoral, je pouvais compter sur l'aide d'une bonne dizaine de laïcs, membres de la Section Santé de notre Caritas paroissiale, qui réalisaient **un immense travail bénévole d'accompagnement**. Presque la moitié de nos Communautés Chrétiennes de Base avaient un responsable des malades, relais précieux pour communiquer la miséricorde de Jésus, qui n'est pas un monopole du prêtre.

Je suivais de moins en moins le rituel tel que la traduction moore le présente. Je m'en inspirais, pour rester en communion avec l'Église, mais je faisais de plus en plus de place aux prières spontanées des chrétiens présents, à la bénédiction de l'eau à laisser au malade, etc. J'ai opté pour une seule imposition de la main sur le front, la poitrine, le ventre, afin d'éviter toute confusion et toute illusion.

Dans mon emploi du temps, je consacrais de plus en plus d'énergies aux **visites à domicile**. Parfois j'apportais des médicaments (je suis convaincu que Jésus en aurait fait autant). Parfois je ne pouvais pas prier avec le malade parce qu'il n'était pas chrétien. Je pouvais faire allusion à la bonté divine telle que sa propre tradition religieuse la présente. Je passais dire bonjour même si la santé était rétablie. J'allais visiter la famille d'un malade qui était mort quelques semaines plutôt car les survivants ont aussi besoin de soutien. Je n'ai jamais empêché personne d'aller voir un guérisseur ; mais je suppliais le malade de continuer son traitement contre les maladies opportunistes.

Conscient que ma foi n'est pas suffisante pour chasser des démons que seul le Maître peut vaincre, je demande aux malades de méditer, de prier en regardant le Christ en croix car il connaît la souffrance et peut comprendre nos cris : « *Mon Dieu, pourquoi m'as tu abandonné ?* ». Je conclurai avec ces paroles de l'Évangile que je fais miennes de plus en plus : « *Maître, apprends-moi à prier !* »

*José María Cantal Rivas*

*c/ Emp. Eugenia 15 – 2° C  
18.002 – Granada  
Espagne*

*En soirée, Christian Aurenche a présenté et commenté le film réalisé sur son action dans la région de Tokombéré au Nord-Cameroun.*

## LA PAROISSE ST KISITO À BRAZZAVILLE

par René Tabard

*Spiritain, René Tabard est curé à Brazzaville et supérieur principal des spiritains du Congo. Nous l'avions invité pour le colloque, mais la situation difficile que vivent ses confrères l'a contraint à abrégé son séjour en France. En préparation au colloque, il nous avait envoyé un article publié dans la « Revue africaine de théologie » (n°18, 1994 ; pp. 239-248), et dont nous reproduisons ici l'essentiel.*

---

Après dix années d'enseignement de théologie au Grand Séminaire de Brazzaville, nommé curé d'une paroisse d'environ trente mille habitants, j'ai rapidement pris conscience que *la souffrance était un drame quotidien* pour un grand nombre de personnes et qu'elles ne trouvaient que peu de répondants dans l'activité de l'Église.

J'avais d'abord pensé qu'il fallait revoir le rite du sacrement des malades pour qu'il ne soit plus le « dernier » sacrement, dans les multiples sens de ce mot, mais, surtout, pour qu'il redevienne réellement une action de la communauté chrétienne. On pourrait l'administrer aux malades réunis en communautés de quartier, lors de messes paroissiales pour les malades... La multiplication de la réception du sacrement des malades pour qui vit continuellement dans la souffrance trouverait aisément un sens.

*J'étais aussi inquiet.* Dans cette paroisse de Brazzaville, comme dans beaucoup d'autres, les malades étaient livrés aux mains du groupe du Renouveau. On courait le risque de voir se répandre le slogan : « on ne guérit que par la prière ». Ce groupe, se considérant comme persécuté par les autres, avait tendance à se réfugier dans la « guérison des malades ». Pour ces raisons et quelques autres, il me semblait urgent de faire de **l'accueil des malades** une tâche paroissiale sous la responsabilité du curé et du conseil paroissial.

Un constat: trop de baptisés voient dans le recours aux féticheurs, souvent de simples charlatans, la seule solution en cas de maladie. « *Le matin à l'église, le soir chez le féticheur.* » Si l'Église était plus attentive aux souffrances de ses membres, ne pourrait-on pas éviter cette dérive? Accueillir, écouter la personne qui souffre, en Église, pourrait peut-être éviter le recours aux féticheurs. Le coût des médicaments prescrits par ordonnance, n'est guère en proportion avec le salaire moyen de la population. Et que dire du coût des soins en hôpital! Un accueil gratuit à la paroisse serait sans doute un élément de solution.

Il faut enfin admettre que **la prière a aussi son efficacité** pour la guérison et le soulagement des misères humaines. Il faut même élargir le débat. Le créateur nous a donné aussi les plantes dont l'expérience et la sagesse des anciens a su reconnaître les vertus. La science moderne aussi agit réellement à travers une pratique médicale « moderne ».

### **une démarche en paroisse**

Sur la paroisse existaient plusieurs groupes que l'on devait pouvoir mettre à contribution en vue de cette pastorale.

« *Prière, Évangile et Santé* » aux nobles ambitions puisqu'il était destiné à rassembler les chrétiens agents de santé pour une réflexion et une action au niveau des soins aux malades. Mais ce groupe végétait. Nous pourrions inviter les membres de ce groupe, médecins, infirmiers, sages-femmes, à mettre leur compétence au service des malades.

« *Évangile, Prière et Vie* » de mouvance charismatique et qui pratiquait la prière de guérison. Lui aussi pouvait apporter quelque chose. Autour de cette prière, l'accueil du malade, l'écoute de ses questionnements, la consolation, ne pourraient qu'aider le malade à se remettre debout.

« *Caritas* », chargé de l'aide aux plus démunis trouverait aussi sa place. Les malades sont souvent des gens dans le besoin. Une petite somme d'argent, une poignée de riz, sont souvent plus que tout l'or du monde pour celui qui ne voit pas d'issue à sa situation.

« *Suffrages* », une groupe de prière pour les âmes du purgatoire. On pourrait leur suggérer d'accompagner les malades et de prier avec eux.

À partir d'Octobre 1990, des volontaires de ces quatre groupes ont été invités à se réunir pour réfléchir et voir comment organiser leur collaboration pour un « **service paroissial des malades** ». On pourrait y consacrer une journée par semaine et en mettant en commun les « compétences », on s'efforcerait de prendre en charge le malade et sa maladie d'une manière « holistique ».

*Durant quatre mois*, ces journées de réflexion avec les laïcs ont eu une très grande importance pour la suite du projet. Il ne fut pas facile de faire réfléchir et travailler ensemble ces groupes « aux idéologies différentes ». Pour les uns, il suffit de prier et Dieu fera savoir quelle tisane donner. Pour d'autres, pas de « don de connaissance » sans la science médicale moderne. L'une ou l'autre fois, le projet faillit voler en éclats.

### **les convictions de base**

*La maladie comporte un aspect « physique », « corporel ». Cela appelle à l'usage des médicaments et des tisanes de la pharmacopée traditionnelle.*

**La sagesse des ancêtres** nous permet de connaître les vertus curatives des plantes. Cette sagesse n'est pas perdue. Même en ville, on trouve de fins connaisseurs en la matière. Ces plantes nous sont données gratuitement par le Créateur. Nous les donnerons gratuitement. Ceux qui voudront participer aux dépenses occasionnées par la recherche et la préparation des plantes, le feront librement.

**L'homme a développé sa connaissance** du fonctionnement de son corps, la nature des maladies, leurs causes. Les consultations et les soins médicaux qui seront dispensés ont aussi une grande importance. Dans l'ambiance de cet accueil paroissial, bien des problèmes sont abordés avec les « médecins », les « sages-femmes », qui ne le sont jamais à hôpital: problème de stérilité, et en général tout ce qui touche à la sexualité dont on ne parle pas facilement.

*La maladie comporte aussi un aspect « psychologique », « social », « familial ». Cela appelle une attitude d'accueil, d'écoute, de compréhension, de conseil.*

Pour vaincre la maladie, Jésus nous a laissé **la foi, la prière, la confiance dans le Père**. Si la maladie est aussi un « désordre » au niveau des rapports entre le malade, ses frères, ses ancêtres, son dieu, les forces

cosmiques, la prière est un agent qui permet de reconstruire ses liens vitaux. La Parole de Dieu enseigne la façon dont le chrétien doit vivre sa souffrance. Mais en être soulagé est aussi une grâce. La Parole de Dieu est partage, écoute, échange. Voilà pourquoi il faut savoir consacrer du temps à l'écoute. **Écoute et conseil** sont d'une importance capitale pour qui vit la rupture de ses relations avec les siens. L'Esprit opère toujours des guérisons à travers les prières et les supplications qui s'élèvent de son Église. «Dieu n'est pas pauvre», dit un proverbe kongo. La richesse de son amour se répand de mille manières.

**Notre but:** «prendre» la souffrance dans la globalité de ses manifestations, dans ses dimensions physiques, scientifiques, traditionnelles, spirituelles. En faisant collaborer la sage connaissance des plantes, la médecine moderne, la conception traditionnelle de la maladie, la foi en la toute-puissance du Dieu de Jésus Christ, on peut mettre en œuvre tout ce qui peut développer les forces de vie qui demeurent en tout malade, en tout être souffrant.

Quand l'expérience a pris de l'ampleur, il a fallu faire face à **beaucoup de travail**: recherche des plantes, leur transport, leur préparation, leur conservation. Il y fallait beaucoup de disponibilité et de dévouement et aussi des moyens financiers. Le choix des personnes posait également problème: tout le monde peut-il «conseiller» dans les cas difficiles? Tout le monde est-il capable de connaître les vertus des plantes avec assurance? Comment ne pas introduire de charlatans, voire de personnes de «mauvaise vie» dans le groupe?

### **la mise en pratique**

Peu à peu, **un rite s'est institué**. Le jeudi matin, la journée d'accueil commence par une eucharistie. Il y a eu jusqu'à cinq cents participants. Ensuite c'est le temps de la préparation et de l'accueil. Il s'agit d'accueillir dans de bonnes conditions et de bien orienter les personnes qui se présentent pour la première fois.

On commence par **la bénédiction de l'eau**: un rite qui reste ambigu, mais qui porte l'ambiguïté de la foi. Peut-il y avoir un christianisme sans «fétiche»? Le geste symbolique fait partie intégrante de la vie au Congo. La parole appelle le geste et le geste appelle la parole. Beaucoup aiment rapporter chez eux un signe de leur journée de prière. L'eau est bien le symbole de ce qu'ils sont venus chercher: la destruction des forces

démoniaques et le renouvellement des forces de vie. On souhaiterait qu'elle soit davantage le signe de l'eau du baptême et de la foi en Jésus Christ, mais il n'y a pas que des chrétiens qui viennent à ces rencontres. On court le risque de voir l'eau réinvestie de la force de l'objet-fétiche et perdre sa valeur de signe symbolique. Faut-il supprimer ce signe? S'il fallait supprimer de la ritualité chrétienne tout ce qui est source d'ambiguïté, ne serait-on pas aussi amené à supprimer les sacrements?

La bénédiction **s'accompagne de prières** pénitentielles, demandant au Seigneur de purifier les participants de leurs péchés. On chante le « *credo* », manifestant ainsi la foi de l'Église en la toute-puissance de Dieu. *On implore aussi Marie*, notre avocate auprès de son Fils. La bénédiction est donnée par un prêtre qui *bénit aussi les tisanes*. Il s'agit bien d'une célébration de la foi en Dieu. La prière s'articule autour de la foi en Dieu qui dispense les bienfaits de la création.

Le second rite se structure autour de la **prière pour les malades** : proclamation et explication de la Parole de Dieu, souvent un récit de miracle. Parfois un témoignage. On insiste sur la nécessaire conversion, symbolisée dans le **rite de l'aspersion**. On poursuit par l'invocation au Saint-Esprit et **l'imposition des mains**, collectivement par le prêtre, puis individuellement par quelques laïcs.

### **le temps de l'accueil**

Le troisième temps, et c'est le plus long, c'est *l'accueil individuel*. Les laïcs, et éventuellement les prêtres, écoutent longuement chaque personne. Les rêves tiennent une grande place, et il n'est pas toujours facile de les interpréter. L'important, semble-t-il, est que chacun puisse trouver une personne qui l'écoute raconter ce qu'il a sur le cœur et, à la limite, peu importe la réponse. L'écoute s'achève en supplication, en acte de foi en l'action de l'Esprit Saint, parfois en action de grâce. Les conseils donnés peuvent être déterminants. *Les malades sont orientés vers un médecin, une sage-femme, un prêtre, ceux qui distribuent les tisanes.*

### **bilan et perspectives**

On tient un registre qui permet un suivi. En fin de journée on fait un bilan et une fois par mois, on fait le point avec le curé. Quel bilan dresser après deux années de pratique? Manifestement, beaucoup de dévouement de la part de l'équipe des laïcs. Il s'agit là **d'un travail**

**exigeant** tant lors de la préparation que de l'accueil et de la réflexion. Il est important que cela ne soit pas l'affaire d'une seule personne, fut-ce un prêtre, mais d'une équipe. C'est la garantie de la continuité.

Quand on est malade, ce que l'on veut c'est guérir, et de fait **bien des malades ont été guéris** par les tisanes. Des dizaines de femmes qui ne pouvaient avoir d'enfants, ont enfanté. Beaucoup ont été soulagés de leurs maux d'estomac... Des jeunes ont abandonné la drogue, l'alcool... Les échanges et l'accueil personnalisés, l'imposition des mains, la prière, ont apporté soulagement. Et il est bien difficile de comptabiliser les guérisons des blessures intérieures...

Tout ce travail est aussi pour certains **un lieu de naissance à la foi**, de croissance dans la foi. Tout en est encore au stade du balbutiement. Pour certains, surtout dans les débuts, l'usage des plantes tenait plus du fétichisme que de la foi. Une catéchèse est toujours nécessaire, tant à l'intention des usagers (malades et équipe d'accompagnement) que pour l'ensemble de la paroisse.

Il faut poursuivre la **formation à l'écoute**: comment comprendre, que conseiller? Il n'est pas aisé de réagir chrétiennement à la narration des rêves, des problèmes de famille, de l'interprétation que chacun fait de ses troubles. Les réactions risquent d'être païennes, trop humaines. Quand on ne sait pas, quand on n'y comprend rien, on risque pourtant de parler avec conviction, comme un bon charlatan. S'il est difficile de former un catéchète, il l'est plus encore de former à l'accueil des malades.

En ce qui concerne les tisanes – elles sont au centre du dispositif – il faudrait affiner bien des choses: le dosage en particulier. Un peu plus d'eau, un peu moins de plantes, un verre plus petit, et la tisane bienfaisante peut devenir inefficace, voire même mortelle. Docteurs et infirmiers sont encore peu nombreux à s'impliquer. Une femme passera des heures à la recherche des plantes, bénévolement. Les spécialistes de la « modernité » ne voient pas les choses de la même façon. On peut le regretter.

*(Les événements tragiques vécus par le Congo n'ont pas ralenti cette activité. Elle fait tache d'huile et cette « pastorale paroissiale des malades » se met en place dans d'autres paroisses du diocèse).*

*René Tabard*

*B.P. 1524  
Brazzaville – Congo*

## AU CONGO DÉMOCRATIQUE

*par Brigitte Faure*

*Membre de la Communauté du Chemin Neuf, le Docteur Brigitte Faure est responsable d'une zone de « soins de santé primaires » en République démocratique du Congo.*

---

Le Zaïre a été un des premiers pays d'Afrique à mettre en œuvre, du moins sur le papier, les « soins de santé primaires ». Le pays a été divisé en plus de trois cents zones avec chacune un hôpital de référence et des centres de santé répartis sur la zone. À Bangabola, territoire évangélisé par les scheidistes, se trouvait un hôpital diocésain fondé et dirigé par les Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie jusqu'en 1980. À la demande de l'évêque, l'ordre de Malte a accepté de réhabiliter cette zone de santé à la condition que la direction en soit confiée à une communauté nouvelle. Nous y sommes arrivés il y a sept ans.

La zone couvre une superficie de plus de dix mille kilomètres carrés, en pleine forêt équatoriale; il faut dix heures de route pour la rejoindre depuis la ville de Gemena. Nous avons la responsabilité de l'hôpital de Bangabola, hôpital de référence, et d'une vingtaine de centres de santé. Nous sommes là en tant que techniciens de la santé. C'est bien à ce titre que l'Ordre de Malte nous a sollicités, et c'est à nos pauvres compétences que nous devons faire appel pour assumer cette tâche.

### **le comportement des chrétiens face à la maladie**

Il est bien dans la ligne de ce à quoi nous avons réfléchi depuis deux jours. Les chrétiens baptisés sont nombreux. L'année dernière, il y a eu plus de quatre cents baptêmes et autant de confirmations à la mission. La pratique est soutenue. Il est plus difficile d'apprécier les retombées de la foi sur la vie de tous les jours et sur les relations sociales.



Nous assistons à **des aller-retour** entre les centres de santé, l'hôpital et le «village», et quand on retourne au village, nous savons que c'est pour consulter le féticheur. Cela se vérifie surtout lorsque la guérison tarde à venir. Je donnerai quelques exemples qui me semblent représentatifs de la diversité des comportements des chrétiens et de ce que nous pouvons faire, pour notre part.

### **quelques exemples**

Il y a quelques années, *le chef laborantin*, connu pour son penchant pour la boisson, a fait un accident cérébral prévisible malgré son jeune âge. Soigné à l'hôpital, il commençait à aller mieux, quand, un matin, nous constatons qu'il avait disparu de l'hôpital. La famille, persuadée qu'il y avait là une affaire de fétiche, l'avait emmené chez un féticheur. Comme il n'y avait pas de résultat, ils ont décidé de l'emmener chez un autre féticheur. Il est mort lors de ce deuxième transfert.

*Un élève-infirmier*, atteint d'une maladie un peu mystérieuse, avec des convulsions, par contre, a refusé que sa famille le ramène au village. Il nous a demandé de prier, ce que nous avons fait avec lui. À sa demande, Eugène, le prêtre-médecin, lui a administré le sacrement des malades. Il s'est rétabli en quelques jours.

Récemment, *un infirmier, superviseur-adjoint*, a fait une hémiplégie. Il a été soigné à l'hôpital. Il était persuadé que cette maladie venait du «village», mais il n'y est retourné qu'une fois tiré d'affaire, en «convalescence». Nous avons accepté, sachant bien qu'il allait au village pour régler des problèmes.

*Un autre*, également atteint d'hémiplégie, s'est fait transporter chez un «pasteur» qui dirige un petit centre thérapeutique. Nous savons que, dans ce centre, on pratique la recherche du «coupable». Nous ne savons pas ce qu'il est devenu, car il ne souhaitait pas notre visite.

*Lorsque les accouchements se prolongent*, la famille soupçonne souvent un problème qui ne relève pas de la compétence de la «maternité» et l'on voudrait bien emmener la femme au «village». Souvent il s'agit de cas difficiles et les femmes ont déjà été transférées dans un centre de santé ou à l'hôpital, loin du village. Y ramener la femme serait prendre des risques inconsidérés. Nous réussissons pratiquement

toujours à faire attendre en les encourageant à aller régler les problèmes au village après l'achèvement des soins.

Pour éviter que les soins entrepris ne soient interrompus, nous avons fait savoir que nous ne nous opposons pas à ce que *le féticheur vienne opérer à l'hôpital* en dehors des heures de soins. Cela se passe alors de nuit. Mais nous éprouvons *des difficultés à entrer en relation directe avec les féticheurs*. Les deux ou trois dont la renommée est bien établie dans la région sont aussi connus comme « jeteurs de mauvais sorts » et cela nous pose question. En tant que chrétiens et missionnaires, nous ne voyons pas très bien comment nous situer vis-à-vis d'eux.

Il y a assez peu de sectes dans notre région. Mais le zèle des évangélistes américains a donné naissance à de nombreuses Églises qu'il n'est pas toujours facile de distinguer des sectes. *Certaines de ces Églises nous posent effectivement des problèmes* en raison de leur opposition systématique à la vaccination. Nous l'avons constaté lors de campagnes de vaccination contre la rougeole.

### **le discours de l'Église**

Dans le contexte actuel du Congo démocratique, on doit dire que *la santé n'est pas la principale préoccupation* des responsables de l'Église. Les efforts se tournent plutôt vers une éducation à la démocratie. Les jeunes missionnaires sont très actifs au niveau des communautés de base pour promouvoir prise de conscience et prise de responsabilités. On a l'impression que la question de la santé est remise à plus tard. Nous avons parfois le sentiment d'être laissés à nos propres forces.

*Quel témoignage pouvons-nous donner?* Nous ne soignons pas gratuitement, alors qu'autrefois la mission donnait tout gratuitement, surtout aux chefs de village. D'autre part, notre communauté est composée de célibataires et de couples. Nous ne sommes pas vus comme des « bons pères » ou des « religieuses ». On sait que nous prions à l'Église ou chez nous. Eugène, prêtre-médecin, membre de la communauté, célèbre ou concélebre à la mission avec les autres prêtres. Les gens ne savent pas toujours comment nous situer. « Ne sommes-nous pas là pour faire de l'argent ? » Pourtant ce que nous demandons ne couvre que 25 % de notre budget.

*Y a-t-il tension entre les deux systèmes de soins?* Nous regrettons évidemment les retards quand un enfant nous arrive parce que la méde-

cine traditionnelle a échoué ou quand les malades tardent trop à aller régler leurs problèmes au village. Il faut aussi noter que la demande de médecine moderne augmente. De nombreuses demandes d'ouverture de centres de santé nous parviennent de la part de villages qui ont déjà construit les bâtiments. Mais il y a des problèmes financiers et tout n'est pas possible.

### **L'action avec les soignants**

Nous sommes responsables de *la formation des infirmiers*. Comment avancer avec eux sur le chemin de la fraternité? Le gros problème est celui du pouvoir. L'infirmier, dans son centre, est celui qui délivre les médicaments, qui reçoit l'argent, qui peut décider de faire crédit. Comment concilier cela avec un service fraternel et une saine gestion des centres de santé?

À la communauté, nous animons *un groupe de prière* auquel participent des infirmiers et des enseignants. Il n'y a jamais eu de miracles, mais je crois que les gens ont senti qu'ils étaient accueillis et cela nous semble important. Nous proposons aussi des temps de *formation chrétienne*. Notre souci est un approfondissement de l'évangélisation et une réelle éducation à la vie fraternelle. Notre communauté est aussi orientée vers les couples, les mères de famille, les femmes, avec un souci spécial pour la promotion de la dignité de la femme.

Lors de mon premier séjour en Afrique, en Côte d'Ivoire, dans le cadre de «Médecins sans Frontières», je n'avais rien entendu des questions qui nous préoccupent ici. C'est lors d'un deuxième séjour au Congo Brazzaville que j'en ai pris conscience. J'ai senti le besoin d'aller plus loin. En tant que chrétienne, j'avais une «Bonne Nouvelle» à annoncer. En Jésus Christ, nous sommes tous frères. Nous avons une intelligence qui nous permet d'aller toujours plus loin. Il n'y a pas de contradiction entre le recours à la prière et le recours au médecin. J'aime beaucoup le chapitre 38 du livre du Siracide. Je le livre à votre méditation en conclusion de cette intervention: «*Mon fils, dans la maladie ne sois pas négligent, mais prie le Seigneur et il te guérira... Puis fais place au médecin, car lui aussi le Seigneur l'a créé, et qu'il ne s'écarte pas de toi, car tu as besoin de lui*» (Si 38, 9-12).

*Brigitte Faure*

*Procure Afrique  
91250 Tigery*

## «J'ÉTAIS MALADE, VOUS M'AVEZ VISITÉ...»

*par Mgr Pierre Zevaco*

*Monseigneur Pierre Zevaco, lazariste, est évêque de Fort-Dauphin (Tôlagnaro) dans le Sud de Madagascar. Président de la Commission Épiscopale de la Santé à Madagascar, il est aussi membre du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé. Ami de longue date de l'A.M.M., à l'occasion du cinquantième de l'Association, il avait envoyé le témoignage dont nous reproduisons ici l'essentiel.*

---

Prêtre depuis 1 an, disciple et fils de Saint Vincent de Paul et médecin depuis 8 ans, je partais pour «l'Île rouge» réaliser ma vocation missionnaire. Ce désir de la mission lointaine, je le portais en moi depuis ma petite enfance: Corse de naissance, pied-noir d'éducation, je venais d'une famille également implantée en Algérie et en Indochine... Médecin et préférentiellement pédiatre depuis mon internat des Hôpitaux d'Alger, je venais d'achever un diplôme de Médecine Tropicale à la Faculté de Paris et un stage de léprologie au Pavillon de Malte de l'Hôpital Saint-Louis. Ami de Raoul Follereau j'étais spontanément orienté vers le soin des malades hanséniens.

Ma vie de prêtre-médecin missionnaire à Madagascar, je la relis aujourd'hui en deux chapitres principaux. Le premier s'ouvre à la léproserie d'Ambatoabo-Farafangana. Huit années durant, j'ai assuré le service médical de deux cents malades, et leur service spirituel. Médecin-prêtre autant que prêtre-médecin, j'ai vécu pleinement et à parts égales cette double et unique vocation missionnaire. Cette unité fondamentale de ma vie s'est structurée autour de deux lignes de force spirituelle, puisées aux sources de l'Évangile.

**«J'étais malade... Vous m'avez visité...» (Mt 25,36)**

Saint Vincent de Paul commentait ainsi cette parole de Jésus Christ : « Tournez la médaille et, par le regard de la Foi, vous verrez que ce malade vous 'représente' le Fils de Dieu ; ce Jésus que Pascal voyait 'en agonie jusqu'à la fin du monde' en ses membres souffrants ».

Médecin, pour moi le malade est Jésus Christ vivant au milieu de nous. Il est l'icône de Jésus souffrant. Il est l'épiphanie de l'Emmanuel, « Dieu-avec-nous ». Il est « sacrement de Jésus Christ ». Cette « Présence » mystique du Christ dans le malade me le fait « contempler » tout aussi « réellement » que dans le Saint-Sacrement de l'autel. Cette présence mystique de Jésus dans le malade me le fait servir dans ma pratique médicale journalière aussi « réellement » qu'au Saint-Sacrifice de la Messe !

**«Toi, vas et fais de même» (Luc 10,37)**

L'Évangile de Luc m'a donné la deuxième ligne de force spirituelle de ma vie de prêtre-médecin. Jésus, le Bon Samaritain, invite le pharisien qui l'interroge sur le prochain à l'imiter.

Médecin, souviens-toi de la grandeur de ta vocation, de l'honneur que te fait Jésus Christ, de la mission qu'il te confie : le re-présenter aux yeux des malades que tu soignes ! Tu es, pour eux, tes frères malades, l'icône du Christ, Bon Samaritain. Tu dois en avoir la tendresse, la douceur, l'humilité, en un mot l'amour ! Souviens-toi que tu es, toi aussi, « sacrement de Jésus Christ » pour ceux dont tu te fais le prochain. Tu le peux si tu sais dire avec Paul : « Ce n'est plus moi qui vis, c'est le Christ qui vit en moi » (Gal 2,20).

Tu le peux si tu te laisses habiter par le Christ, si tu le laisses t'envahir, si tu lui permets de te saisir et de faire de toi son « humanité de surcroît », selon le mot d'Élisabeth de la Trinité. Alors, il continuera en toi, avec toi et par toi, sa mission de Bon Samaritain. Alors, tu continueras en Lui, avec Lui et en Lui ta mission de « médecin Bon Samaritain ». Cette intuition, Jean-Paul II devait me la confirmer : « C'est vous, médecins, infirmiers et infirmières, tout le personnel de la santé et aides bénévoles, qui êtes appelés à être l'image vivante du Christ et de son Église dans l'amour envers les malades et les souffrants »<sup>1</sup>.

<sup>1/</sup> *Christi Fideles Laïci*, n° 53.

## évêque-médecin

Le deuxième chapitre de « mon livre » s'inaugure un certain 26 septembre 1968: Paul VI me nomme évêque de Fort-Dauphin (Tôlagnaro), à l'extrême sud de la Grande Île; j'y suis depuis vingt-huit ans.

Pendant près de 15 ans, j'ai pu continuer et assumer ma mission d'évêque-médecin: une consultation de pédiatrie tous les deux jours au dispensaire des Filles de la Charité de la cathédrale, et une consultation à la demande à la léproserie voisine d'Ampasy, se sont harmonieusement conjuguées avec l'animation spirituelle de mon diocèse. Ces dernières années, cependant, le ministère épiscopal a pris le pas sur le ministère médical. Le temps du service pastoral a largement débordé sur le temps du service médical.

Médecin, je le suis toujours, je le reste. Sur mon bureau, le stéthoscope et la croix pectorale voisinent paisiblement; la tétracycline et la nivaquine côtoient la Sainte Bible. Plus « médecin-consultant » que « médecin-traitant », je me limite à orienter les malades vers les centres compétents et mes confrères plus jeunes. Mais, aujourd'hui encore, malades consultant pour leur santé corporelle et diocésains consultant pour leur santé spirituelle se succèdent et se croisent dans mon bureau largement ouvert sur la varangue, sans horaires précis de « visites » médicales ou pastorales.

Sur appel de Jean-Paul II, je suis devenu membre du Conseil Pontifical pour la Pastorale de la Santé. Sur appel de mes frères Évêques de Madagascar, je suis devenu responsable de la Commission Épiscopale de la Santé. À ce double titre, je m'efforce de transmettre à mes collègues et confrères médecins, les convictions profondes dont j'ai vécu. Par des sessions régulières, hier aux sages-femmes, demain aux infirmiers et infirmières d'État; par des stages de formation permanente pour les sœurs et les laïques des dispensaires de l'Église, nous cherchons avec mes collaborateurs de la Commission Épiscopale à animer spirituellement les milieux de la Santé à Madagascar. Nous avons eu la joie d'organiser les premières assises nationales des médecins chrétiens de l'Île. Plusieurs diocèses nous invitent à implanter des sites de Planification Familiale Naturelle. Depuis plusieurs années, nous mettons en place dans les principaux hôpitaux de l'État des Aumôneries où prêtres, religieuses et personnel soignant collaborent au service des malades.

## médecin, mais autrement

Au soir de ma vie de prêtre-médecin, de quelles autres convictions puis-je encore témoigner? Aussi simples et banales qu'elles puissent paraître, en voici quelques-unes qui me semblent précieuses et fondamentales.

*L'unité de l'homme*, corps animé autant que âme incarnée, m'a mieux fait percevoir que le malade a autant besoin d'être aimé que soigné. L'homme, certes, ne vit pas seulement de pain. L'homme malade a faim d'amour, soif d'attention, de respect, d'écoute silencieuse, surtout en phase terminale de son existence. Servir l'homme « corporellement et spirituellement » ne cessait de répéter Vincent de Paul à ceux et celles qu'il envoyait en « mission ». Servir tout homme et tout l'homme, recommandera Paul VI, se faisant l'écho de la sagesse antique: « mens sana in corpore sano ».

Cette unité de l'homme, à son tour, fonde *l'unité de la mission évangélicatrice* de l'Église. Si l'annonce directe du Christ Sauveur et de son Évangile est le sommet de l'évangélisation, les œuvres socio-caritatives: hôpitaux, dispensaires, maternités, léproseries, font partie intégrante de cette même évangélisation. Soigner l'homme malade est une vraie « catéchèse en actes », une « annonce muette » mais éloquente de Jésus Sauveur, de son Évangile d'amour fraternel.

Sur les routes de Galilée, Jésus guérissait et prêchait tout uniment. Il en faisait même le signe de sa mission de Messie (Luc 7,21-23). Il enjoignait à ses disciples de faire comme lui (Luc 9,1-2; 11). Notre monde, disait Paul VI, écoute plus volontiers les témoins que les prophètes; ou, s'il écoute les prophètes, c'est qu'ils sont des témoins! Un vieux sage malgache me disait: « Depuis que je te vois nous soigner, je comprends mieux qui est le prêtre, qui est l'Église, qui est Jésus Christ ». Membres des personnels de santé, il nous est confié la mission d'annoncer l'Évangile du Christ par le témoignage de notre service médical quotidien.

Lourde et belle responsabilité que la nôtre! notre compétence technique, notre conscience professionnelle sont « véhicule de l'Évangile », « sacrement de l'amour du Christ » pour l'homme d'aujourd'hui. Nos gestes de médecins, d'infirmières sont annonce vivante du Christ Sauveur dans la mesure où nous avons revêtu le Christ (Rm 13,14); dans la mesure où nous avons faits nôtres ses sentiments: « ...apprenez de moi que je suis doux et humble de cœur..., venu pour servir et non

pour être servi.» (Mtl 1,20 ;20,28) Dans notre pratique médicale en terres de mission, deux autres convictions simples et précieuses se sont encore imposées à moi.

La médecine de soins doit nécessairement se compléter par *la médecine préventive*: l'éducation sanitaire et nutritionnelle de base, l'hygiène médicale, la médecine de soins primaires, la mise en place et la gestion des pharmacies communautaires, autant d'aspects complémentaires à tenir en compte conjointement pour le progrès sanitaire des pays où nous sommes envoyés.

Responsables de la mission médicale de l'Église, une attention toute particulière nous est encore demandée. J'ai perçu une attente impatiente de nos confrères, de ceux qui nous accueillent chez eux comme coopérants et collaborateurs au service de leurs peuples. Ils attendent de nous *un esprit de « partenariat »* avec leurs formations gouvernementales, respectueux des programmes de santé de leurs ministères compétents et premiers responsables.

Il serait dommageable et regrettable de nous constituer en structures parallèles, voire concurrentes des structures de l'État. Un partenariat dans le respect mutuel et la confiance réciproque, dans un partage de nos compétences et de nos richesses, une coopération loyale et lucide, une collaboration claire et franche sont attendus de nous. Utopie, rêve? Pas absolument! Je reconnais, pour les avoir moi-même vécues, les difficultés de cette « hypothèse de travail », les dérapages possibles, les incompréhensions et échecs inévitables, les désillusions éventuelles et de part et d'autre. Je crois cependant que c'est dans cette ligne d'un service désintéressé que nous serons témoins de l'Église missionnaire et de son choix préférentiel pour les pauvres, les humbles, les malades: « experte en humanité », l'Église se veut, à travers nous, servante de l'homme malade « par toute la terre » (Ac 1,8).

C'est de toutes ces convictions que je porte témoignage aujourd'hui. C'est fondés sur elles que nous serons tous et chacun témoins et artisans de la « civilisation de l'Amour ».

*Pierre Zevaco*

*Évêché – B.P. 614  
614 Tôlagnaro  
Madagascar*



## LES PROBLÉMATIQUES

*Les échanges, à ce moment du colloque, avaient pour but de dégager des pistes d'action pastorale à partir du comportement des chrétiens et du discours habituel de l'Église.*

---

### **le comportement des chrétiens**

On peut être **chrétien et initié**. Généralement, le fait d'être baptisé, d'adhérer à la religion chrétienne, ne change pas la conception que l'on a de la santé, de la maladie et de ses causes, de la guérison et des pratiques susceptibles de l'obtenir.

Ceux qui ont adhéré à la religion chrétienne vivent souvent **une tension**, qu'ils ont beaucoup de mal à gérer, entre les conceptions et pratiques qu'ils partagent avec les autres membres de leur ethnie et ce qu'ils ont appris, ce qu'on leur a recommandé à l'école, dans les centres de santé, dans leur Église.

Quand tout va bien, on suit volontiers ce que l'on a appris des techniques nouvelles, mais lorsque la maladie survient, l'émotion est trop forte, il faut découvrir les causes de la maladie, qui en est « responsable » et cela seule la « coutume » sait le faire. Et la famille est là qui fait pression. On ne peut guère parler de syncrétisme. *On suit des voies parallèles, des méthodes différentes.*

Dans la quête de la santé, de la guérison, *on ne veut négliger aucun moyen*, surtout quand on n'a plus les moyens financiers de supporter le coût des médicaments. On a recours à la médecine traditionnelle, aux guérisseurs, sans avoir le sentiment de trahir sa foi chrétienne. On vit, en fait, une double appartenance religieuse.

La maladie est perçue comme la **sanction d'une transgression**. Elle met en œuvre des forces que les médecines occidentales sont impuis-

santes à conjurer. Il ne suffit pas de les identifier, il convient de se prémunir contre elles. Les guérisseurs offrent ces moyens.

Mais les chrétiens ont aussi recours à la prière, aux rites de bénédiction. On utilise les médailles et les croix, l'eau bénite. On peut expliquer par là, en partie, l'impact du «renouveau» et de ses pratiques. Il y a aussi l'attraction vers les sectes qui promettent guérison et santé à leurs adeptes, même vers celles qui exigent l'abandon de toute pratique traditionnelle.

En certaines régions, principalement dans les régions de la forêt équatoriale, la croyance en la **sorcellerie** (au sens fort du terme) et sa pratique sont encore vivaces. On y a recours pour «envoûter» un rival ou pour se protéger d'un envoûtement. Dans certains pays, on peut être jugé et condamné pour fait de sorcellerie. En d'autres endroits, on assiste à de véritables chasses aux sorcières, avec mise à mort. Il est difficile aux chrétiens de ne pas y participer sous peine d'être eux-mêmes accusé de sorcellerie.

Il faut noter également que *les chrétiens sont capables de changer de mentalité et de comportement*, principalement face aux maladies qui entraînent le rejet, l'exclusion: le sida, la lèpre, les maladies mentales, etc... Ils savent aussi défendre les femmes faussement accusées de sorcellerie.

### **le discours de l'Église**

Nous constatons comme un décalage, une distorsion, parfois une contradiction entre un engagement généreux au nom de la charité et un discours souvent moins satisfaisant à propos de la souffrance, de la maladie, de la mort, ou même pratiquement inexistant comme à propos de la place des ancêtres, des esprits. **On manque souvent d'études sérieuses** sur ce sujet.

Le discours officiel, celui des évêques, la catéchèse, la prédication, n'abordent pas suffisamment les questions liées à la santé, à la maladie, à la souffrance, à la mort. Et quand ces questions sont abordées, *le discours officiel apparaît trop éloigné des situations vécues* et des questions qui se posent réellement aux gens. Ou bien il est moralisant, culpabilisant, négatif, surtout quand il s'agit de points sensibles: prévention du sida et usage du préservatif, contrôle des naissances et méthode de contraception, recours aux médecines traditionnelles, implicitement assimilé à un retour

au paganisme, à de la superstition. Et les médias qui se polarisent la plupart du temps sur les «interdits» n'arrangent rien à cette situation.

Pourtant, progressivement, on assiste à la mise en place de **structures de réflexion, de discernement et d'engagement possible**. Les communautés de base en sont un exemple. On sait y faire la part entre le discours officiel de l'Église et ce que les gens peuvent effectivement vivre. Ces communautés sont à l'origine de bien des initiatives pour l'accompagnement des malades. Elles permettent des clarifications sur les pratiques traditionnelles, une libération de la peur. On peut accompagner chacun selon ses limites, ses échecs, ses révoltes.

Le succès des sectes et de certains personnages charismatiques, réputés pour avoir le don de guérison, nous rappelle pourtant que l'aspiration à la santé n'est souvent pas satisfaite par notre discours et notre pratique habituelle.

### **les moyens à mettre en œuvre**

**La formation au discernement.** Il s'agit de former les gens, d'éclairer leur jugement pour les rendre capables de prendre eux-mêmes des décisions. Il y faut une réflexion ouverte, du point de vue de l'Évangile, sur les représentations traditionnelles de la vie, de l'homme, sur les pratiques qu'elles induisent. La Parole de Jésus libère, mais elle n'est pas toujours transmise de façon accessible et actualisée. Des problèmes nouveaux surgissent, avec le sida, les pratiques contraceptives: préservatif, avortement, etc... Il n'est pas aisé de donner les repères clairs dont les gens ont besoin et en même temps de transmettre un message de vie, d'espérance. Il faut aussi compter sur le long terme pour une évangélisation en profondeur.

**Les pratiques liturgiques,** la prière, les rites, le sacrement des malades. Bien des communautés s'y essaient. Il existe un déficit symbolique important dans nos rituels. L'esprit de concurrence n'est pas toujours absent. Il reste aussi bien des ambiguïtés lorsque la foi des pratiquants n'est pas suffisamment éclairée.

**La prise en charge des malades** et de leurs besoins. C'est sans doute sur ce point que l'Église a déjà le plus fait. L'insistance porte sur la dimension communautaire.

# VERS UNE THÉOLOGIE DE LA SANTÉ

*par Bernard Ugeux*

---

## INCULTURATION, SANTÉ ET SALUT

Les problématiques que nous avons soulevées depuis le début de notre colloque débordent largement l'expérience africaine, ou tout simplement missionnaire. Que ce soit en Afrique, en Inde ou en Occident nous rencontrons un nombre croissant de personnes dont la quête de santé et de bien être s'accompagne d'une quête de sens et parfois d'un cheminement spirituel. Certains adressent une demande de salut ou de sens à leur thérapeute, tandis que d'autres, en recherche spirituelle, parfois dans le contexte des nouveaux mouvements religieux, attendent une aide thérapeutique de la part de leur accompagnateur ou de leur groupe de prière. Tout se passe comme si, pour de nombreuses personnes, *une religion ou un groupe religieux qui n'est pas capable de guérir n'est pas capable de sauver.*

### **guérison et salut**

Le lien entre thérapie et salut est de plus en plus souligné aujourd'hui. Les limites entre champ thérapeutique et champ spirituel s'estompent. Cette préoccupation s'exprime aussi en Occident sous la forme de demandes variées de développement de potentiel humain et de thérapies alternatives où la dimension psychologique est fortement valorisée. Les nouvelles propositions ont de nombreux points communs avec les pratiques des tradipraticiens africains dans leur approche globale du malade. Cette demande représente *un défi pour les Églises occidentales*, alors qu'elles sont tentées d'ignorer, et parfois même de diaboliser, les nouveaux mouvements religieux et les nouvelles propositions thérapeutiques, surtout si elles ont un rapport plus ou moins lointain

avec le courant du *Nouvel Âge*, ou avec les pratiques des Églises indépendantes en Afrique noire.

**Les Églises d'Afrique sont concernées** par cette évolution, comme le souligne René Luneau dans *Parole et silence du synode africain*<sup>1</sup>. Dans le document préparatoire du synode de 1994, on lit qu'en l'an 2000, les adeptes des Églises indépendantes et des nouveaux mouvements religieux seront 60 millions, soit à peu de chose près la moitié de la communauté catholique. Il est d'autant plus difficile de ne pas en tenir compte que certains théologiens africains considèrent l'expérience des Églises indépendantes comme une référence pour la théologie africaine<sup>2</sup>. En outre, les fondateurs des nouveaux mouvements religieux et des Églises indépendantes se présentent habituellement comme des prophètes thérapeutes.

### **toute l'Église est questionnée**

La théologie du salut, la sotériologie, est ainsi appelée à devenir aussi une théologie de la santé. Si les évêques en ont parlé au synode pour l'Afrique, l'exhortation apostolique *Ecclesia in Africa* (1995) ne traite ni de cette quête de santé ni du succès grandissant des nouveaux mouvements religieux, alors qu'il s'agit souvent de pierres d'achoppement pour la pastorale. Si beaucoup de chrétiens africains, latino-américains et autres ne s'adressent plus à l'Église catholique, mais plutôt à des mouvements de type pentecôtiste dans leur quête de santé et de salut, peut-être est-ce parce que dans l'Église catholique, on confond facilement l'universalité avec la domination d'un monoculturalisme occidental. Dans les documents officiels destinés à l'ensemble de l'Église, c'est la rationalité occidentale qui s'impose. C'est encore souvent le cas dans nos pratiques pastorales, bien qu'à ce niveau un gros travail d'adaptation<sup>3</sup> soit en cours sur le terrain.

### **l'inculturation**

Il s'agit d'un concept théologique qui ne doit pas être confondu avec l'*acculturation*. L'inculturation désigne le processus selon lequel une culture, les membres de cette culture, ayant accueilli la proclamation

1/ Paris, Karthala, 1997, p. 161.

2/ *Libération ou adaptation? La théologie africaine s'interroge, Le Colloque d'Accra* (1977), Paris, L'Harmattan, 1979, 239 p.

3/ Souvent il ne s'agit pas encore de véritable inculturation.

de la Bonne Nouvelle, se l'approprient dans leurs schémas de pensée, leur système culturel, l'interprètent et l'expriment de façon nouvelle en référence au génie de leur culture. L'inculturation est d'abord l'œuvre d'une communauté chrétienne, avant d'être celle des missionnaires ou des théologiens, même si leur rôle reste essentiel. En outre, elle s'accompagne normalement de l'évangélisation de la culture et pas seulement des personnes. Ce processus d'accueil de la Bonne Nouvelle et de réexpression de l'héritage transmis entraîne deux conséquences importantes.

La première est que **l'Évangile provoque une mise en question** de certains comportements et de certaines représentations propres à une culture et qu'il induit une dynamique de purification des valeurs culturelles et religieuses. On le vérifie chaque fois que l'Évangile fait irruption dans une société. En effet, tout processus d'humanisation est un gage de divinisation. Pourtant, c'est un abus de langage que de parler de culture chrétienne ou de civilisation chrétienne car, à aucun moment de l'histoire, une culture n'a été de part en part pénétrée et sanctifiée par l'Évangile.

La seconde conséquence est que **l'Église universelle s'enrichit** de ces nouvelles créations qui révèlent de nouveaux visages du Christ. Elle comprend mieux la Bonne Nouvelle et en découvre des aspects qui n'avaient parfois pas été compris ou perçus par les traditions chrétiennes antérieures. Jean-Paul II emploie cette image : « *à son tour l'Église accueillant les valeurs des différentes cultures devient l'épouse qui se pare de ses bijoux* ». Nombreux sont les nouveaux bijoux qu'elle est encore appelée à accueillir. Dans la pratique et malgré un langage ouvert sur l'inculturation, les consignes qui viennent des instances officielles, entre autres à propos de la liturgie, mettent surtout l'accent sur ce qui doit être purifié, élevé, transformé et beaucoup moins sur ces nouveaux apports qui peuvent déranger par la façon dont le message du Christ est réinterprété<sup>4</sup>.

**La peur du syncrétisme** risque parfois de stériliser le processus d'inculturation dans la pratique. Pourtant, l'histoire de l'Église nous apprend que, d'un point de vue anthropologique et théologique, celle-ci est passée par de fréquentes périodes de syncrétisme. C'est une des

4/ Bernard UGEUX, « L'inculturation de la liturgie, chemins et difficultés en Afrique subsaharienne », dans *La Maison Dieu*, Paris, n° 208, 1996/4, 79-97.

fonctions des conciles et des synodes que de confronter au dépôt de la foi l'apport spécifique des diverses cultures, dans leur façon de s'approprier la Bonne Nouvelle à travers l'histoire. Or, on semble attendre aujourd'hui des jeunes Églises du sud qu'elles inculquent le christianisme en faisant l'économie de toute étape de syncrétisme. Est-ce bien réaliste? Par ailleurs, à propos du salut apporté par Jésus Christ, l'approche anthropologique, qui fait l'objet du premier axe de ce colloque, a montré que son annonce n'est pertinente que si elle prend en compte l'intégralité de la personne et de sa culture. Nous savons que, pour nos contemporains, une théologie des pierres d'attente ainsi qu'une promesse d'un salut dans l'au-delà sont insatisfaisants.

### **des questions auxquelles il faut répondre**

L'Église catholique est d'autant plus mal à l'aise face à ces requêtes qu'elle a diffusé jusqu'à il y a peu de temps et qu'elle diffuse encore souvent aujourd'hui, un discours négatif concernant le corps, l'affectivité, la sexualité. On entend, de la part de certains clercs, un discours ambigu, parfois pervers, à propos du rôle de la souffrance, de la toute puissance de Dieu, de sa volonté, etc. La peur des abus risque de stériliser toute parole positive sur le plaisir ou sur le bonheur terrestre.

Nous sommes confrontés à un défi pastoral. Comment prendre en compte cette approche holistique de la santé et du salut, qui est souvent légitime, sans dériver vers la logique de certains nouveaux mouvements religieux qui promettent la guérison comme un gage du salut en Jésus Christ? Il ne s'agit pas d'identifier santé et salut, mais de discerner quel lien doit être reconnu entre ces deux dimensions.

Dans ce domaine, le renouveau charismatique est, dans l'Église catholique, le premier mouvement qui a autant réfléchi sur ces questions depuis vingt-cinq ans. Cependant, il existe encore dans certains groupes des pratiques de guérison qui posent des questions aux plans psychologique, anthropologique et théologique. Notons, cependant, que la formation des responsables est plus poussée de nos jours.

Alors que faire, que dire? Quelle inculturation pour l'Afrique mais aussi pour l'Occident, pour l'Asie, à propos de la relation entre quête de santé et de salut? Le chantier s'ouvre à peine. Considérons maintenant les pratiques du Christ qui représentent un lieu théologique.

## JÉSUS CHRIST ET LA RELATION ENTRE SANTÉ ET SALUT

Pour les chrétiens, Jésus Christ est d'abord le sauveur de l'humanité, en tant que fils de Dieu qui s'est incarné parmi les hommes. Pourtant, nous savons qu'il a aussi été perçu comme un grand thaumaturge, surtout lors des débuts de son ministère en Galilée. Or, Jésus n'est pas venu pour guérir mais pour sauver, il a fini par être assassiné, puis il est ressuscité. Alors que faut-il penser de ses miracles, particulièrement des guérisons ? Ont-elles joué un rôle important dans sa mission ? Faut-il les reproduire aujourd'hui ? Quelle est leur signification ? Quel rapport le Christ a-t-il établi entre guérison et salut ? Faut-il qu'il y ait guérison pour qu'il y ait salut ?

### la guérison de la femme qui souffrait de pertes de sang

Nous en lisons le récit dans l'Évangile de Marc, 5, 21-34. **Que s'est-il passé ce jour-là ?** Marc raconte au début du chapitre 3 que Jésus avait guéri tant de malades que tous ceux qui étaient frappés de quelque mal se jetaient sur lui pour le toucher. Ici, cette femme qui en a entendu parler et qui est en situation d'impureté, s'approche de Jésus *d'une façon anonyme*, puisqu'il ne faut surtout pas que quelqu'un s'en rende compte. Or, Jésus la guérit de *façon tout à fait consciente*. L'allusion de Marc à la « *force qui sortit de lui* » au contact des vêtements reflète bien les croyances populaires de l'époque que Jésus assume ici volontairement.

**Qu'en penser ?** Au départ, on peut dire que la guérison de cette femme est une guérison volée, anonyme, et que Jésus s'arrête, non pour l'humilier en public, mais pour lui rendre sa guérison et lui dire par toute son attitude : « *Ne crois pas que cette guérison est magique* ». Jésus aurait très bien pu ne pas la guérir et lui dire : « *Fais attention, je ne suis pas un magicien ou un thaumaturge comme les autres. Ce n'est pas pour ce genre de guérison que je suis venu.* » Pourtant, il entre dans la logique de la quête de la femme et dans la représentation de la maladie de son époque, et il accepte de la guérir. Mais aussitôt, afin qu'il n'y ait pas d'équivoque, il se tourne vers elle et l'appelle « **ma fille** ». Il lui montre qu'il sait quel est son problème, qu'il a vu sa confiance, et il lui fait comprendre : « *Ne crois pas que c'est parce que tu as touché la frange de mon manteau que tu as été guérie, mais c'est parce que tu m'as fait confiance* ». Quand il lui dit « **Ta foi t'a sauvée** », c'est pour préciser : « *Tu as été guérie, mais ce que j'ai à*



*t'offrir est beaucoup plus important que ta guérison; c'est cette relation unique et irremplaçable de confiance qui a commencé entre nous qui est le salut, la vraie guérison».*

Partant de la demande ambiguë de guérison, de la représentation de la maladie dans les milieux populaires, Jésus accueille la femme telle qu'elle est et l'invite à un déplacement vers **la foi qui est la vraie guérison**, le salut, même pour ceux qui ne guérissent pas physiquement ou psychologiquement. Mais Jésus tient compte du contexte culturel, de la religion officielle et de la religiosité de son temps.

### **les pratiques de Jésus**

Jésus assume la culture de son temps mais, en même temps, **il agit avec une grande liberté**. Il respecte les critères d'authenticité des miracles provenant de la Torah: par exemple, il refuse le profit personnel comme on le voit dans les tentations au désert. Ses miracles se situent dans la ligne de la tradition: multiplication des pains, comme Moïse avec la manne, apaisement des eaux comme à la traversée du Jourdain, accomplissement des prophéties d'Esaië, etc... En revanche, il n'hésite pas à guérir le jour du Sabbat. De plus, ses gestes ne sont pas de simples appels à la foi en Yahvé, mais il inaugure une ère nouvelle qui est celle du Royaume. Il ne guérit pas au nom de Salomon, mais de sa propre autorité: **«je le veux, sois purifié»**. Plus tard, les démons seront chassés en son nom. Sa parole et son action trouvent directement en lui leur principe.

**Comment agit-il en pratique?** Quand il rencontre une personne malade, on lui expose la difficulté, ensuite il intervient *par une parole* («Prends ton grabat», «Ephphata», «Talitha Qoumi») ou/et *par un geste*: imposition des mains, des doigts, usage de la boue, de la salive. Il n'essaie pas d'expliquer le mal ou la maladie et il refuse tout processus d'accusation. En même temps, il ne combat pas le système d'explication de sa culture quand elle établit un lien entre maladie, démon et péché. Il y entre, il y inscrit son salut. Il exorcise. Il accepte le risque d'ambiguïté de la demande. Lorsqu'il accueille ces demandes, qui touchent à la fois la santé et le salut, il part toujours du stade où en sont les gens dans leur choix, dans la compréhension de leur maladie, dans leur souffrance. Ensuite il les appelle à la confiance et à la liberté ou, si la foi a précédé la demande, il confirme que c'est parce qu'il y avait cette foi que la personne a été guérie.

Jésus n'a jamais voulu s'imposer comme guérisseur ni manipuler les foules. Il n'a jamais cherché l'argent ou un prestige personnel. Contrairement à certains guérisseurs de l'époque, il agit toujours en public ou invite ses disciples à être ses témoins. En leur montrant ce qu'ils auront à reproduire plus tard, il leur enseigne **la compassion de Dieu**. Sa pédagogie vise à montrer qu'une démarche de guérison, de prière, est aussi une démarche communautaire qui veut favoriser la réintégration de la personne dans la société.

**Les conséquences des gestes thérapeutiques de Jésus** sont diverses. Certains effets peuvent être instantanés (le paralytique est aussitôt guéri), ou plus longs à venir (les lépreux guérissent pendant qu'ils se rendent au temple, l'aveugle commence à voir progressivement). Il y a aussi les réactions du patient ou du public : le paralytique prend son grabat, la fillette se met à manger, certains comme Bartimée s'engagent à la suite du Christ. Dans la foule, c'est l'étonnement, la joie, la surprise, la louange ou la crainte ; parfois une propagande à laquelle Jésus s'oppose. Enfin, il y a l'opposition de ceux qui refusent ces miracles et dont l'hostilité va croissant.

Notons également la réserve constante de Jésus : il demande le silence, il s'échappe discrètement, il prend du temps avec son Père dans le désert. Il refuse la royauté ou un prestige populaire. Ce qu'il vise dans ses guérisons, c'est la restauration de l'homme total, la libération, la réinsertion sociale et enfin la louange. Comme le dit Ignace de Loyola : *« l'homme a été créé pour louer et servir Dieu »*.

### **le sens que Jésus donne à ses miracles**

Ce n'est pas le lieu de détailler ici les différentes façons dont les évangélistes interprètent les miracles ou font porter l'insistance sur tel ou tel aspect. Marc souligne le lien entre foi et miracle ; Luc développe plus l'aspect extraordinaire, la vertu ou la puissance miraculeuse de Jésus alliée à sa bonté ; chez Mathieu, c'est plutôt une vision apolo-gétique qui domine, en référence à Moïse ou à Salomon ; quant à Jean, il n'utilise pas le mot miracle mais il parle de signes. Pour Paul, le signe par excellence, c'est la croix du ressuscité.

**Jésus est-il venu pour guérir ?** Si l'on considère ses pratiques thérapeutiques ou pastorales et la place qu'elles prennent dans l'Évangile, on pourrait croire que c'était un de ses objectifs. N'affirme-t-il pas lui-

même qu'il n'est pas venu pour les bien portants mais pour les malades. Mais il précise aussi qu'il est venu sauver ceux qui sont perdus. Il montre que les guérisons physiques ne sont données qu'en vue du salut qu'il annonce et apporte en même temps.

Bien que Jésus ne soit pas d'abord venu pour guérir, s'il n'avait pas guéri, il n'aurait pas été écouté et suivi de la même façon, étant donnée la demande populaire de son temps. On n'aurait pas perçu que le Règne concernait la personne dans son intégralité et que ce qu'il apportait n'était pas seulement une guérison spirituelle ou un pardon des péchés. C'est pourquoi, s'il est vrai qu'on réduirait grandement sa mission en faisant de lui un guérisseur parmi d'autres, on déformerait aussi sa figure si on occultait son expérience de la misère de son peuple et ses pratiques de guérison. Comme l'écrit Jacques Guillet, les guérisons de Jésus sont des effets de sa présence et non le motif de sa venue<sup>5</sup>. En effet, le texte d'Ésaïe (61,1) lu dans la synagogue de Capharnaüm ne met pas tant l'accent sur la guérison, que sur la libération. « *L'Esprit de Dieu repose sur moi pour porter l'Évangile aux pauvres, annoncer aux captifs la délivrance, aux aveugles le retour à la vue, renvoyer les opprimés en liberté.* »

La Bonne Nouvelle va bien au-delà de la guérison physique. Il s'agit de la **libération de l'homme total**. Que cette joie de la Bonne Nouvelle passe par une guérison, c'est l'explication naturelle nous dit Jacques Guillet, mais ce n'est pas pour autant l'essentiel. Ce qui importe, c'est que Jésus vient transformer l'horizon de l'existence humaine, le climat de notre monde. Il vient d'abord libérer de la peur et de la peur de l'autre comme de la peur de Dieu.

Mais, pour Jésus, **guérir est un impératif**. Quand il est confronté à quelqu'un qui souffre, qui se tourne vers lui, même si c'est le jour du Sabbat, et quelles que soient les conséquences juridiques, il ne peut pas ne pas agir. À propos de la femme courbée en deux, il répond au chef de la synagogue: « *Cette fille d'Abraham que Satan a lié voici 18 ans, n'est-ce pas le jour du Sabbat qu'il fallait la détacher de ses liens?* » (Lc 13,16). Or, c'est Jésus qui avait pris l'initiative. Il oppose une autre loi à celle du Sabbat et, à propos de l'homme à la main paralysée, il précise: « *Ce qui est permis le jour du Sabbat, est-ce faire*

5/ Cf. « Il les envoya avec le pouvoir de guérir », dans *Christus*, 159, 1993, 291-198.

*le bien où faire le mal, sauver un être vivant ou tuer ? » (Mc 3,2-4). La Passion est déjà présente dans la compassion active. La compassion atteint son sommet à la fin de sa vie, dans la passion. La guérison, n'est qu'une anticipation de la résurrection. « C'est par ses souffrances que nous sommes guéris ».*

Les guérisons sont toujours au service du Règne: **la guérison vise la foi**. Le dialogue de guérison que Jésus favorise, surtout lors des guérisons individuelles, porte le plus souvent sur la foi. Quand il dit **« ta foi t'a sauvé »**, il semble s'effacer devant la foi de la personne comme source de sa guérison. Si Jésus guérit toujours en rapport avec la foi, que celle-ci ait précédé ou qu'il la suscite, c'est que *la guérison vise la salut*. La mission de Jésus est d'être dans le monde cette présence créatrice de Dieu qui s'exprime aussi dans la guérison, mais pas uniquement.

Le dialogue de guérison nous apprend aussi la façon dont Jésus amène les personnes à **évoluer dans leur demande**. Parce que celle-ci n'est pas claire au départ: ils veulent être guéris, mais de quoi? comment? en vue de quoi? Le premier déplacement auquel Jésus invite, c'est à propos de la source du pouvoir auquel le malade s'adresse. Jésus ne veut pas être assimilé à un guérisseur. Il dit: *« Tout pouvoir m'a été donné au ciel et sur la terre »*. **Il renvoie toujours à son Père.**

Un autre déplacement porte sur **le don qu'il apporte**. Souvent, il pose la question: *« Savez-vous ce que vous demandez? Sais-tu ce que tu veux? »*. Ce qu'il apporte, ce n'est pas seulement la guérison, c'est une libération de tout ce qui s'oppose à l'humanité, à l'humanisation de l'homme. Dans la guérison du paralytique, il montre que cela va jusqu'au pardon des péchés. La foule est tellement étonnée qu'elle s'exclame: *« Nous n'avons jamais rien vu de pareil »* (Mc 2,12). **La guérison est toujours reliée au Royaume.**

## LE MINISTÈRE DE L'ÉGLISE

Quelle parole l'Église a-t-elle à prononcer à propos de cette quête de santé? L'attitude de Jésus, depuis l'accueil de la demande telle qu'elle s'exprime jusqu'à l'invitation au déplacement vers la foi, enseigne l'Église à propos de son attitude vis-à-vis des demandes de guérison. Le ministère de l'Église concernant la santé est multiple. Tout d'abord, elle a toujours eu le souci de **favoriser l'humanisation de la per-**

**sonne.** Il est vrai que les dérives des pratiques traditionnelles, en Afrique, comme la sorcellerie, entraînent la déshumanisation. Il y a un discernement à opérer à propos des coutumes.

Humaniser la personne, c'est **la prendre dans toutes ses dimensions.** Donner sa place au corps, à l'affectivité, à la sexualité, à la personne dans son intégralité, est tout à fait légitime. Quant à la croissance spirituelle, il est souvent nécessaire de procéder à un travail sur soi, car il n'y a pas de spiritualité qui ne soit enracinée dans une affectivité. Une démarche spirituelle qui ne tient pas compte du terrain affectif et corporel est une utopie, une désincarnation. C'est la loi de l'incarnation de tenir compte du corps de la personne et de la culture d'un peuple. On est parfois étonné que ceux qui parlent d'un Dieu qui s'est incarné et qui s'est défini comme l'amour, soient aussi mal à l'aise avec l'affectivité et avec le corps. Cela a des répercussions sur notre pastorale de la santé.

Humaniser la personne, c'est **la responsabiliser** pour tout ce qui dépend d'elle à propos de la santé. User de notre intelligence pour ce qui concerne la recherche médicale, les cures, les moyens thérapeutiques, la connaissance des plantes, etc... De même, libérer de la peur particulièrement à propos des étiologies personnalisées, où on cherche toujours une cause personnelle à la maladie ou à la mort. Il est important de mobiliser les communautés parce que, souvent, le drame n'est pas tant d'être malade, que d'être isolé dans la maladie, parfois *submergé par la peur.*

Il faut aussi aider les personnes à **sortir d'une demande close** sur elle-même : une demande qui ignore ce que le Seigneur peut apporter au-delà de la guérison. Autant nous pouvons reconnaître la légitimité de la prise en compte du corps, de l'affectivité, etc., autant il est difficile d'accepter la revendication de guérir tout de suite et à tout prix. Il existe, derrière certaines quêtes thérapeutiques, comme une revendication de toute-puissance. On veut être immortel ou son propre sauveur, on veut se recevoir de soi-même, définir et se procurer soi-même le salut. Nous rejouons l'acte du péché originel, nous voulons être comme des dieux. Cette attitude se retrouve dans l'exigence de résultats immédiats et visibles et dans la quête incessante de guérisseurs qui hantent les malades africains et leurs familles.

Le Seigneur nous demande **d'opérer un dépassement**, d'aller au-delà de la demande de guérison. Certes, nous devons faire tout ce qui

dépend de nous pour nous réaliser dans toutes nos potentialités et pour favoriser la guérison. Cependant, il nous faut consentir à notre finitude. Nous sommes appelés à nous recevoir de notre Créateur et Père à chaque instant. La négation de la finitude dans la quête de la santé représente une difficulté pour la pastorale. Nous soignons, mais c'est Dieu qui guérit, où, quand et comme il estime que c'est bon pour nous.

**Alors, qu'est ce que le salut?** On en a beaucoup parlé en termes de libération du péché, au point de provoquer souvent le rejet de la part de nos contemporains et de ne pas correspondre aux attentes des Africains. On donne l'impression qu'il s'agit d'abord d'une question de morale. La bonne nouvelle du salut est bien plus que cela: **Dieu est notre Père et son amour est infini.** *Être sauvé, accueillir le salut, c'est se recevoir du Père comme son enfant, de ce père qui a des entrailles de mère.* Est sauvé celui qui est capable d'accueillir pour lui-même cette parole: «*Tu es mon enfant bien aimé, en toi j'ai mis tout mon amour*», même s'il souffre d'une maladie incurable. C'est difficile, parfois insupportable à entendre. Le plus difficile, ce n'est pas tellement d'aimer que de se laisser aimer, consentir à l'amour et s'abandonner.

L'itinéraire spirituel du chrétien peut se résumer ainsi: devenir progressivement ce que nous sommes, fils et filles bien aimés du Père. Quand on y consent et qu'on s'y abandonne, on expérimente un salut qui dépasse toutes les guérisons. Cependant, il n'est pas facile de le dire à celui qui vit dans la révolte une souffrance qu'il ne peut plus supporter, que ce soit la sienne ou celle d'un autre.

**Comment faire passer un tel message?** On y a déjà fait allusion, notamment Monseigneur Zevaco. On ne peut pas toujours utiliser la parole. La seule façon de permettre à quelqu'un d'y croire, c'est l'attitude de **compassion fraternelle.** J'aime cette définition de l'amour de l'abbé Pierre: «*Aimer, c'est: quand tu souffres, j'ai mal.*» À certains moments, c'est simplement pleurer avec celui, celle qui pleure. Dans tous les cas, c'est écouter et y consacrer du temps. L'accompagnement des malades n'est pas une simple façon d'occuper ses loisirs. Quand on aime, on souffre et quand on aime vraiment, on souffre parfois jusqu'à la déchirure. C'est ce qu'expérimentent les soignants et les pasteurs; c'est leur souffrance de soignants et de pasteurs.

On ne peut assumer la souffrance des autres sans en être soi-même écrasé qu'à la condition de trouver une *juste distance* dans la pratique

de cette compassion. Ce qui demande à l'accompagnateur d'être enraciné dans une vie de prière, en lien avec d'autres accompagnateurs ou avec une communauté. **La présence aimante d'une communauté** est indispensable. Une personne souffrante ne peut croire qu'elle est vraiment aimée que si elle voit des gens qui s'aiment vraiment, jusqu'au pardon, et qui sont prêts à s'investir dans l'accompagnement du plus fragile.

Il faut aussi faire attention à tout langage pervers concernant la souffrance et la toute-puissance de Dieu. On a entendu dire, à une époque, qu'il fallait la mort du Fils sur la croix pour calmer la colère du Père. Tant qu'on n'a pas compris qu'au moment de la crucifixion, le Père était crucifié avec le Fils, on n'a pas encore compris ce qu'est le christianisme : « *Qui me voit, voit le Père* », dit Jésus (Jn 14,8-9). Nous sommes aussi appelés à **suivre un chemin de crucifixion et de résurrection** qui est l'expression irremplaçable de l'amour. La seule façon de permettre à certaines personnes qui souffrent de croire qu'elles sont quand même aimées de Dieu, c'est de leur offrir à travers nos attitudes, nos paroles et parfois nos silences et nos gestes, une icône de la compassion du Père et du Fils, dans l'Esprit.

*Bernard Ugeux*

---

### *QUESTIONS DIVERSES À LA SUITE DE L'EXPOSÉ*

*Monseigneur Zevaco* : À propos de l'accompagnement, je souhaite que toute équipe plurielle, pluridisciplinaire au niveau des hôpitaux, forme une communauté avec psychologues, infirmiers, infirmières qui permutent, parce que seul on ne tient pas le coup. « *Ce n'est plus moi qui m'exprime, c'est le Christ qui vit en moi* », notre icône, c'est le Christ qui est vivant.

*Nazaire Diatta* : Je me demande si, à force d'être en contact avec la souffrance, on ne finit pas par se dire intérieurement : « ça suffit », de même que celui qui s'occupe des morts finit par enterrer les cadavres sans se poser de question. N'y a-t-il pas dans l'homme une défense contre la souffrance qui fait qu'à certains moments il résiste ? Par

ailleurs, à propos de l'exemple du Rwanda, dans quelle mesure la souffrance de quelqu'un qu'on ne connaît pas nous atteint-elle ? Est-ce qu'il n'y a pas une sorte de neutralité qui s'installe ?

*Bernard Ugeux* : Nous sommes tous appelés au bonheur. Il est évident que nous nous protégeons contre la souffrance, la nôtre et celle des autres. Une façon de l'assumer, à une époque, a été de la justifier théologiquement et nous savons l'image perverse de Dieu qui en a découlé. J'aime bien cette phrase de Claudel lorsqu'il dit que *le Christ n'est pas venu expliquer la souffrance, mais qu'il est venu l'habiter*. On ne peut pas être confronté à longueur de journée à de graves souffrances en s'appuyant uniquement sur ses propres forces. Que le personnel soignant se blinde à certains moments, c'est une question de survie. La force de notre foi chrétienne réside dans la fraternité, cette fraternité qui vient d'un Père commun qui nous a donné son propre fils. Si nous n'avions pas cet exemple que l'amour peut l'emporter sur la mort et que le Christ l'a vécu avant nous, à travers sa *passion*, nous ne pourrions pas donner ce signe de la *compassion* de Dieu pour le malade. D'où le défi et l'aide indispensable de communautés fraternelles.

*René Luneau* : Je reviens sur ce que tu disais à propos de la guérison de la femme qui perd son sang. Il y a cette femme qui est malade et Jésus, le thaumaturge, la source d'une guérison espérée. La guérison va passer par la médiation du vêtement. Passer par le vêtement, c'est toucher le corps lui-même et en touchant le corps, on atteint la source de la guérison. On est en pleine démarche « animiste ». Lorsque Marc en rend compte, en disant que Jésus a senti qu'une force était sortie de lui, il est dans ce registre. Jésus dira alors : « Ta foi t'a sauvée ». Quoi qu'il en soit de la représentation de la maladie, de la manière dont on l'aborde, la foi devient possible. C'est important d'en tenir compte dans un contexte africain où nous nous sentons souvent en décalage. Il n'y a pas lieu de refuser ce genre d'attitude, il faut prendre les gens au niveau où ils en sont. En fait, je ne suis pas sûr que Jésus ne participait pas pour une large part à la représentation de la maladie de ses contemporains. (Cette dernière réflexion est partagée par J. Cantal-Rivas)

*Fabienne Daull* : La compassion est importante, mais je crois que la révolte, la protestation contre le mal font aussi partie de la foi. Quand on dit : « ça suffit ! », ce n'est pas forcément de l'échec, de l'impuissance. Je crois que même cela peut être porté dans la foi et dans la prière et je



crois qu'il est important de pouvoir reconnaître nos limites et aussi ce que ce cri signifie et peut exprimer comme attitude profonde.

*Jean Louis Hecquet:* Quand vous avez dit: «Pour Jésus, guérir était un impératif», je pensais que, parfois, il ne voulait pas agir, dans le sens où il nous aurait enfermés dans un système de miracles. Ce n'était sûrement pas son désir, par respect pour notre liberté. C'était la bonne nouvelle de la Résurrection qui était en marche. Voulez-vous préciser ?

*Bernard Ugeux:* Ce que je voulais dire, c'est que Jésus, dans son comportement habituel, refuse une attitude de fatalisme. C'est un message très fort qu'il donne à ses disciples, leur faisant comprendre que croire, c'est aimer, et aimer, c'est s'engager auprès du plus malheureux et du plus pauvre. On juge une culture ou une religion à son attitude vis-à-vis des plus faibles de la société. Pourtant Jésus n'a pas toujours guéri, il ne s'enfermait pas dans cette demande. Aujourd'hui, s'il y a des miracles, des *mirabilia Dei* qui se réalisent dans des groupes de prière, ce n'est pas pour escamoter la responsabilité que nous avons à assumer, par notre intelligence, notre cœur, notre volonté.

*Mgr Zevacco:* La révolte fait partie de la croix et la compassion est signe de la résurrection. Je crois que c'est la compassion silencieuse, la présence et l'annonce par lesquels, finalement, il fallait que le Christ passe à travers sa souffrance. La compassion reste sur un plan humain si elle ne se dépasse pas pour arriver à la résurrection du Christ. Elle vise l'homme total, corps, âme. Ce message, je ne peux l'exprimer que par la compassion pour celui qui souffre, sans dire un mot, en priant dans mon cœur, en priant avec une communauté et peu à peu cette résurrection, ce silence, cette prière au bout du compte vont déboucher sur quoi? Un Alleluia? Dieu seul le sait. Ayons l'attitude de Jésus quand il a pris sur lui toutes nos souffrances.

---

## LES CONVICTIONS QUI NOUS ANIMENT

*Pour le dernier temps de travail en groupe, les participants ont été invités à exprimer ce qu'ils retenaient de ce colloque sous forme de convictions. Ils les ont transcrites sur des tableaux que nous reproduisons ici tels qu'ils ont été présentés.*

---

### GROUPE 1

- Nous sommes tous frères, parce que fils du même Père. Ne pas réduire l'autre à sa pathologie, le regarder comme une personne avec sa famille, son environnement.
- Informer / s'informer – former / se former – conscientiser / responsabiliser.
- Discerner ce que Dieu me dit à travers l'autre. Attention aux exclus.
- Trouver en Église une Parole qui permette aux pasteurs et aux membres des communautés de réfléchir et de parler concrètement de la santé, du corps, des émotions, du désir et du plaisir.
- En toute rencontre, je reçois et je donne. Cela aide les deux à se tenir debout.
- Éveiller la conscience des gens en leur donnant des connaissances sur l'hygiène et la santé contribue à leur libération et à les rendre responsables de leur santé. Il y a un lien entre libération des peurs et bonne santé.
- Tout commence par le respect qui me fait voir dans l'autre mon frère. Vivre en frères, c'est aimer à la manière de Jésus Christ qui a rencontré l'homme dans sa totalité.
- Il est nécessaire d'appartenir à un groupe avec lequel nous pouvons vérifier notre pratique et être vraiment nous-mêmes.

## *GROUPE 2*

- Accepter de ne pas tout savoir, reconnaître ses limites personnelles et le besoin des autres. Tout en sachant rester soi-même: «Ne devenez pas noir, mais que votre cœur me comprenne».
- Les Communautés de Base ont pour la réconciliation une compétence certaine qui est inexploitée: équipe d'écoute, groupes de compassion. Le rôle de la communauté est essentiel pour un travail en profondeur.
- La notion d'Église-Famille nous donne des points de départ et d'appui: tous ne sont pas égaux (charismes et dons différents) et tout le monde ne peut pas tout faire, mais tous doivent rester ouverts à tous.
- Connaissance du milieu, approfondissement de la foi personnelle, cœur, écoute.
- Savoir gérer le temps, sur le court terme: dispensaires, centre de soins, prise en charge des urgences; sur le moyen terme: visites à l'hôpital-domicile, aumônerie; sur le long terme: accompagnement, santé communautaire, développement intégral, etc...

## *GROUPE 3*

- Connaître les personnes, les mentalités, les rites et leurs significations, les croyances... les religions...
- Partir des problèmes concrets, de la demande des personnes.
- Se rencontrer (interreligieux).
- Proposer de prier pour ou de prier avec, source de paix.
- Rechercher les gestes signifiants pour les personnes, avec une médiation corporelle; des rites de bénédiction, de purification.
- Entrer dans le regard des gens pour les emmener plus loin.
- Susciter des équipes pastorales, des réseaux.

## *GROUPE 4*

- Père, proche de nous. Il nous aime.
- Témoigner de cet amour à travers les communautés.
- Proclamer Jésus Christ mort et ressuscité.
- Priorité aux petites communautés fraternelles.
- Tenir un langage proche de la vie des gens et qui libère des peurs.
- Rendre chacun responsable et conscient pour qu'il prenne sa vie en mains.
- Reconnaître la place de la femme engagée dans la vie de la cité et de l'Église.
- Je crois que, grâce à la miséricorde de Dieu, je peux dépasser aujourd'hui ma révolte vis-à-vis du mal.
- Nous sommes convaincus et heureux de notre mission au service de la santé pour tous.
- Nous sommes convaincus que l'Afrique a un avenir qu'elle atteindra à son rythme et à sa manière.
- Face aux échecs devant la souffrance, ces trois jours ont conforté notre espérance.
- Christ doit naître aujourd'hui dans ma personne et ma culture.
- Dieu est père avec des entrailles de mère.

## *GROUPE 5*

- Nous constatons dans les sociétés africaines un besoin de vivre fondamental qui se heurte à quatre obstacles majeurs : la peur, l'ignorance du sens de la vie, la maladie conduisant à la mort, le péché sous forme d'égoïsme.
- La proposition est de susciter des communautés, territoriales ou non, à diverses échelles, qui expérimentent une fraternité vécue et

apprennent à porter un regard de foi sur les réalités, qui promeuvent des politiques de santé créatives, c'est-à-dire une promotion qui soit prévention, éducation, soins. On y réalisera en profondeur qu'aimer c'est se donner gratuitement, au service de l'homme.

- La formation à ces perspectives visera particulièrement le personnel de santé, les enseignants et les agents pastoraux (y compris les séminaristes).
- En tout cela, c'est l'Esprit de Pentecôte qui anime et suscite des actions novatrices.

### *GROUPE 6*

- Dans l'activité médicale : accueil de la personne et écoute de ses représentations, de sa démarche thérapeutique ; préparer la transmission de l'héritage.
- Dans la pastorale d'évangélisation : agir par la Communauté chrétienne, lieu de fraternité, lieu de la Révélation de la Parole libératrice, lieu de la prière d'intercession, lieu du discernement.
- Un sacrement des malades plus communautaire et plus adapté.
- Une attention à la politique des autres Églises.

### *GROUPE 7*

- Importance de la concertation entre tous les acteurs de santé (professionnels de santé de toutes catégories et agents pastoraux, prêtres, théologiens...) à tous les niveaux des communautés chrétiennes : communautés locales, diocèse...
- La médecine est un lieu de pouvoir sur les plus faibles : appel à une vigilance et une conversion pour rester au service de tous et annoncer à chacun qu'il est aimé du Père.
- Une saine gestion fait partie de la compassion.



## BIBLIOGRAPHIE

### Approche biblique des guérisons

- J. CROSSAN, Les miracles de Jésus, *Concilium* 50, 1969.
- X. LÉON-DUFOUR, etc., *Les miracles de Jésus*, Paris, Seuil 1977.
- C. PERROT, *Jésus et l'histoire*, Paris, Desclée, 1979, pp. 201-240.
- C. PERROT, J.L. SOULETIÉ, X. THÉVENOT, *Les miracles*, Paris, Éd. de l'Atelier, 1995, 234 p.
- R. LATOURELLE, *Miracles de Jésus et théologie du miracle*, Montréal, 1986.
- *Cahiers Évangile. Supplément.* n° 66, Récits de miracles en milieux juif et païen, Paris, Cerf, 1988
- *Monde de la Bible*, Oracles et guérisons, n° 76, 1992.
- *Cahiers Évangile*, Les miracles de l'Évangile, n° 8, 1974.
- *Les dossiers de la Bible*, Les miracles, n° 46, 1993.
- *Spiritus*, Guérison et exorcisme, n° 120, 1990.

### À propos de l'Afrique sub-saharienne

- Jean-Marc ELA, *Ma foi d'Africain*, Paris, Karthala, 1985, 224 p.
- Meinrad HEBGA, *Sorcellerie et prière de délivrance*, Paris-Abidjan, Présence Africaine – Inades, 1982, 215 p.
- Meinrad HEBGA, La guérison en Afrique, dans *Concilium* 234, 1991.
- Collectif, *Chemins de la christologie africaine*, Paris, Desclée, Jésus et Jésus Christ 25, 317 p. Surtout le Ch.6 sur *Jésus guérisseur*.
- Eric de ROSNY, *Les yeux de ma chèvre*, Paris, Plon, 1981.
- Eric de ROSNY, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, Les Afriques, 223 p.
- Eric de ROSNY, *La nuit, les yeux ouverts*, Paris, Seuil, 1996, 286 p.
- Sidbé SEMPORE, Religion populaire en Afrique, dans *Concilium*, 206 (1986), 63-70.
- Bernard UGEUX, *Les petites communautés chrétiennes, une alternative aux paroisses? L'expérience du Zaïre*, Paris, Cerf, 1987, 321 p.

## TABLE RONDE FINALE

*Elle a réuni six des intervenants du colloque: les Pères René Luneau<sup>1</sup>, Christian Aurenche, Nazaire Diatta, José Cantal Rivas, le Frère Jérôme Mayolle, le Docteur Annick Chauty et Madame Laurence Creusat. Il leur avait été suggéré de dire ce qui leur apparaissait comme les principaux acquis du colloque et quels étaient les chantiers à poursuivre ou à mettre en œuvre. Nous reproduisons ici l'essentiel de leurs interventions.*

---

### **une approche multidisciplinaire**

*C. Aurenche:* « Parmi les acquis de ce colloque, une chose m'a semblé importante: des soignants ont pu parler avec des pasteurs, des théologiens, des anthropologues sans que personne n'essaye de prendre le pouvoir... Bien souvent, dans notre Église, si ce sont les médecins qui invitent, ce sont eux qui parlent et si ce sont les pasteurs qui invitent, ce sont eux qui ont la parole. L'approche plurielle que nous avons essayé de faire est un acquis considérable et cela aidera les soignants à oser s'adresser aux pasteurs sans leur demander ni absolution, ni permission. »

*Dr Chauty:* « Je suis frappée de voir maintenant en France, dans les groupes de réflexion, des prêtres, des philosophes, des religieux de différents instituts, des organismes de sensibilités diverses qui se réunissent pour réfléchir. C'est nouveau. Il était aussi très intéressant de rencontrer des confrères qui exercent en France et qui posent ces problèmes de la société moderne dans lesquels nous reconnaissons nos propres préoccupations. »

### **en équipes pluri-culturelles**

*Dr Chauty:* « On a besoin de parler entre gens de cultures différentes, en particulier avec des gens du Sud: les pays africains, mais aussi

l'Asie: il y a une sœur qui vient d'Inde, et c'est très intéressant de l'écouter. Je ne sais pas quel lien on pourrait faire avec les commissions diocésaines de santé pour essayer, localement, de faire descendre une réflexion de ce même type avec tous nos confrères et tout le personnel, les bénévoles avec lesquels je me trouve pour essayer de mener à terme cette réflexion.»

*N. Diatta*: « Parmi les acquis, je noterai le fait qu'on se rencontre entre personnes venant de différentes cultures. Il est vrai que l'on peut regretter la faible représentation des confrères du Sud dont l'apport aurait pu enrichir notre réflexion.»

### **au service de tout l'homme et de tous les hommes**

*Fr Mayolle*: « J'ai beaucoup apprécié le pluralisme, la diversité de ce que nous sommes et la facilité avec laquelle on peut se rencontrer quelle que soit la formation reçue, la spécialisation qui est la nôtre. Cela est possible parce que **nous travaillons tous sur l'homme, nous travaillons tous pour l'homme**. Il y a là un travail à faire en équipe et il est important de voir comment on peut s'y prendre, comment composer ces équipes capables d'envisager la question de la santé et de la guérison sous tous ses aspects: la médecine proprement dite, la santé publique, la psychologie, l'anthropologie et d'autres domaines encore.»

*J. Cantal Rivas*: « Toujours dans la ligne de l'intégration, il faudrait qu'il y ait des plans, un « plan cadre » diocésain, un programme pastoral où vraiment *le développement intégral de tout l'homme et de tout homme* soit perçu clairement comme une tâche de tous les agents pastoraux. Qu'il y ait des équipes pluridisciplinaires: médecins, pasteurs, théologiens, anthropologues, tout le monde apporte quelque chose.»

### **la «santé» est à replacer dans une globalité**

*N. Diatta*: « Nous nous sommes beaucoup préoccupés de la santé puisque c'était le thème du colloque. Mais je crois qu'il faut *resituer*

1/ Dominicain, le P. René LUNEAU a travaillé comme chercheur au CNRS. Le frère Jérôme MAYOLLE est membre de la

Communauté des Béatitudes et a travaillé comme médecin au Congo. Les autres intervenants ont déjà été présentés.



*la santé dans une globalité*: elle n'est pas à séparer du développement, de l'éducation, de l'action en faveur de la paix. Sans la paix, tout s'écroule: la santé, l'éducation, le développement, les divers projets aussi. L'action pour la santé doit procurer le bien-être physique, psychologique, mais elle doit aussi travailler à l'entente, à la réconciliation pour que l'on puisse vivre dans une nation en paix: c'est la condition pour que la santé puisse exister.»

*J. Cantal Rivas*: «Pour que les œuvres d'Église contribuent à la promotion de la santé intégrale pour l'homme total, tout doit être mis en œuvre: l'enseignement à tous ses niveaux: alphabétisation, écoles primaires, secondaires, supérieures, la formation continue; les dispensaires, les pharmacies dans les villages, les hôpitaux, asiles, orphelinats; le travail d'évangélisation avec l'annonce explicite de Jésus et la présence des témoins de Jésus, les sacrements; l'action en faveur du développement; l'animation des communautés de base... S'ils sont vraiment bien coordonnés, tous ces efforts peuvent offrir des points de repère pour une vision globale, unifiée de l'Homme et des engagements que les chrétiens prennent pour collaborer à achever la création... Il y a aussi d'autres acteurs sur le terrain, dans la santé, dans l'enseignement, dans l'évangélisation, dans le développement, et tous peuvent apporter quelque chose.»

### **les implications économiques**

*Dr Chauty*: «Il y a aussi *le problème du financement*, de la gestion des centres de santé. On en arrive à ne plus être accessible aux populations pour lesquelles nous sommes là. On vise à s'autofinancer car l'aide extérieure diminue et qu'il est important que les structures en place durent. Mais elles ne sont pas faites seulement pour tenir, elles sont faites pour soigner ceux qui y viennent... L'organisation des soins de santé, de la santé publique, passe aussi par l'argent, par les projets de développement mis en route pour que les populations arrivent à faire remonter leur économie. Mais on est dans un monde actuellement où le pouvoir d'achat s'effondre.

Nous nous finançons à 84 %, mais... nous sommes obligés d'augmenter nos prix pour y arriver... Les médicaments essentiels qu'on nous propose sont dépassés et nous ne pouvons plus soigner certaines méningites avec eux. Il faut faire intervenir des antibiotiques que les gens ne peuvent pas payer.»

## tous responsables, chacun selon ses possibilités

*J. Cantal Rivas*: « Nous avons entendu dire que les infirmiers sont, eux aussi, des agents pastoraux. En théorie, nous le disons, mais, en fait, nous considérons souvent le prêtre comme le seul responsable de la pastorale. Les autres ne sont que des employés. D'une façon plus large cela pose **la question des ministères laïcs**. Manifester la miséricorde du Christ à l'égard des souffrants n'est pas le monopole du prêtre. On sait que 'jusqu'au XI<sup>e</sup> siècle, tous les laïcs pouvaient faire les onctions sur les malades et que même le malade pouvait s'oindre lui-même.' »

*N. Diatta*: « Il est important que ce colloque soit répercuté à la base, au niveau des diocèses, si les évêques y consentent. Il faut que cela descende au niveau des paroisses, des communautés de base. La santé ne pourra qu'en profiter. Mais il faut tenir compte de ce qui est possible: savoir, sur le terrain, **faire des choses simples**, concrètes, avec les moyens du bord. Les moyens manquent dans nos pays; il faut trouver des moyens simples. »

### la rencontre avec les traditions, une œuvre de longue haleine

*R. Luneau*: « Le colloque n'a pas abordé *le problème de la rencontre avec le milieu traditionnel* et des résistances que nous pouvons rencontrer dans ce dialogue. Je me permets de l'évoquer au moment des conclusions. Dans ce domaine, nous avons à *nous situer dans le très long terme*. Il y a une vingtaine d'années, au cours de recherches dans les traditions rurales des provinces françaises je me suis aperçu que, sans le dire et quelques fois sans s'en apercevoir, on y vivait deux religions. Il y avait la religion vécue dans la paroisse. Depuis le Concile de Trente, on avait repris les choses en mains: il y avait un catéchisme en bonne et due forme; on veillait à ce que chacun se confesse une fois l'an et fasse ses pâques; le catéchisme se faisait régulièrement. Il y avait aussi une autre religion, surtout dans les des milieux ruraux, religion de la terre, ignorée par le curé et qu'on ne pratiquait plus à l'église ou à la paroisse mais à la maison.

« Pensons aux rituels de la mort dans la Bretagne de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Dans l'heure qui suit le décès, on arrête les pendules. On voile les miroirs, car on craint que le défunt ne se manifeste à travers son « double ». On vide les cuvettes et les bassins, car le mort pourrait venir s'y purifier et quiconque utiliserait cette eau ou boirait le lait avalerait aussi tous les péchés qui y sont demeurés. Si on balaie la maison

pendant que le corps est exposé, la poussière sera mise à part, surtout pas jetée dans la cour de la ferme, car elle pourrait disséminer la mort. Quant on mène le corps au cimetière, on veille à passer par un carrefour où on brûle un certain nombre de choses: il faut brouiller les pistes.

«Or, il s'agit de régions qui sont censées évangélisées depuis 15 siècles. Quand sera-t-il en Afrique? Il y a encore du pain sur la planche! Les religions du terroir font droit, de génération en génération, à la quête des choses essentielles à la vie: la nourriture, la santé, la sécurité et c'est dans la terre où l'on est appelé à vivre que l'on va essayer de résoudre ces problèmes. Tant qu'il n'y sera pas répondu de manière satisfaisante et durable, c'est toujours à la tradition que l'on reviendra. Nous pourrions en donner de nombreux exemples. Jean Delumeau disait *qu'il est difficile de prêcher une « religion en esprit et en vérité » à des gens qui ont peur*. Tant que les gens auront peur, ils reviendront aux certitudes anciennes et aux sécurités reçues de leur propre tradition.»

### **retrouver nos racines**

*Dr Chauty:* «Ce qui m'a frappée, c'est de voir combien les Européens sont intéressés par les cultures africaines. J'é mets une petite réserve que j'ai notée et dont j'ai déjà parlé: il faut que l'on fasse très attention à l'interprétation des symboles de la culture africaine. Ceux qui les interpréteront en vérité, ce sont les Africains... Nous devons respecter leur cheminement qui n'ira peut-être pas jusqu'au bout de ce que nous voudrions. **Cela me renvoie à notre propre culture...** Notre religion s'est éloignée des problèmes culturels parce que c'était sûrement très difficile à vivre.

« Nous avons été évangélisés par des moines qui vivaient une très grande ascèse, et nous avons dû rompre avec notre univers culturel pour vivre l'Évangile. Les Africains doivent faire la même chose... Dans le même temps, nous sommes devenus des cerveaux sur pattes et on a oublié tout le ventre. Si nous étudions l'histoire de notre médecine, nous allons retrouver des situations semblables, avec des différences bien sûr. Notre médecine n'a tenu compte que de l'expérience et de l'observation. Elle a laissé tomber tout ce qui était du domaine de l'émotion, des aspirations spirituelles, et nous faisons appel à la psychologie pour retrouver tout cela... Sachons **retrouver nos racines culturelles** et, nous médecins, soyons conscient des racines de notre médecine... Sachons aussi écouter les Africains interpréter leur culture et leurs symboles.»

## ne pas craindre, apprendre à oser

*L. Creusat:* «Il est important de connaître les outils de l'anthropologie. Nous avons parlé de la peur des Africains: il ne faut pas que vous ayez peur de poser un regard d'ouverture sur la culture qui vous accueille. *Il ne faut pas craindre* d'être dérangé culturellement: c'est comme ça que l'on avance, que l'on est constructif et que l'on se construit aussi.

« Il faut également **apprendre à oser** porter un regard critique sur son propre comportement dans cette culture d'accueil: pourquoi est-ce que le geste de l'autre me dérange? Cela nous renvoie à notre propre histoire. Il peut être très important quand on est chez l'autre de regarder chez soi, ce qui s'est passé chez nous avant. Cela peut nous éclairer sur notre mouvement de recul face à certaines pratiques et, quand on creuse un peu, on réalise qu'on n'est pas si différents et que notre mouvement de recul n'est pas innocent. La question n'est pas de savoir si vous croyez à l'action des ancêtres dans le domaine de la santé, elle est d'être conscient que votre interlocuteur, lui, y croit.

« Il faut savoir **prendre les gens là où ils en sont** dans leur vie concrète, dans leur vie quotidienne. Trop souvent on sépare le corps malade de la vie quotidienne. On demande aux gens de venir au centre de soin, de venir à la clinique. Quand il n'y a plus de dialogue avec les guérisseurs, on leur demande aussi de venir à la clinique, on organise les réunions d'information à la clinique... La maladie a une dimension sociale, nous l'avons souvent répété. On ne peut donc pas séparer ce corps malade de tout ce qui l'entoure.

« Bien sûr qu'il faut soigner à l'hôpital, mais il faut aussi **savoir aller voir les gens là où ils sont**... On a un peu trop tendance à séparer le corps malade de la vie, alors qu'il fait partie de cette vie, même s'il est souffrant, même s'il est malade. Il a une histoire, il est à une certaine étape de son histoire et c'est à vous personnels soignants et à nous anthropologues, de rejoindre l'autre et non pas de lui demander de nous rejoindre... un conseil pas très scientifique mais qui a sa valeur: par tous les moyens, essayez de connaître l'autre, indépendamment de tout souci d'efficacité parce que, de toutes façons, c'est une richesse, un enrichissement. Le reste se mettra en place petit à petit. »

## **un principe d'analyse et d'action**

*N. Diatta* : « La formation professionnelle ne saurait suffire. Il nous faut avoir des idées claires qui nous permettent d'aborder la réalité du point de vue de la foi. Nous avons besoin d'instruments d'analyse et de réflexion, nous avons surtout besoin d'un principe d'action. Nous avons abordé ce point quand nous avons parlé de l'importance de la révélation de **Dieu Père**, du fait historique de la **Résurrection du Christ**. C'est un acquis à approfondir. »

## **une recherche à poursuivre**

*C. Aurenche* : « Nous avons beaucoup parlé de **compassion**, mais il faudrait aussi réfléchir sur ce qu'est **l'amour**. Aimer n'est-ce pas aussi parfois, et c'est le médecin qui a eu des choix économiques et des choix politiques à faire qui parle, refuser de choisir une solution qui n'est porteuse d'avenir ni au plan économique ni au plan social. La réflexion sur « santé et guérison » devrait nous permettre de faire bien comprendre ce qui est en jeu quand on parle de « santé publique ». L'Église ne semble pas actuellement pousser suffisamment à une politique de santé publique.

« Il y a à poursuivre la réflexion sur le **dialogue interreligieux**. Chaque homme, selon sa religion, a une relation véritable avec Dieu. Je pense en particulier aux grands prêtres de la religion traditionnelle au pays des kirdis. Dans le dialogue interreligieux, nous avons à être accueillant à cette réalité, mais nous avons aussi à dire clairement ce qu'est pour nous la Bonne Nouvelle annoncée par Jésus Christ. »

« Un autre domaine, qui n'est pas sans conséquences pour ce qui nous préoccupe ici, c'est celui de **la mondialisation**. Nous risquons gros avec une mondialisation qui viendrait consacrer la prééminence des plus forts et des plus riches sur les plus faibles. L'Église ne peut pas être d'accord, il faut qu'elle le dise. »

*Fr Mayolle* : « Dans les contacts avec les malades ou les personnes en bonne santé, on sent une peur par rapport à Dieu, par rapport à la société, par rapport à la famille. Il y a toute une dimension de l'action thérapeutique qui est basée sur la **réconciliation avec Dieu, la société, la famille**; ce sont des domaines que l'on pourrait approfondir. »

Dans le domaine de la santé, on est aussi amené à réfléchir sur la société et l'on s'aperçoit qu'elle est en pleine évolution, en train de se fracturer. Beaucoup de jeunes ne savent plus quels sont leurs repères. Les chrétiens, eux, ont introduit le Christ dans leur tradition. C'est important car cela signifie que le Christ est devenu un élément de la tradition. On a à en tenir compte. On n'explique pas toujours que la guérison passe aussi par la remise en ordre de la vie.»

### **la formation**

*C. Aurenche:* « Dans le domaine de la formation, nous devrions être plus performants... **Le personnel soignant** a droit à une formation théologique... On ne peut pas se contenter de la catéchèse habituelle... si nous voulons qu'il soit reconnu comme agent pastoral au même titre que les catéchistes... On doit aussi aborder les questions de «santé publique» et des «soins de santé primaire», ce qui semble parfois bien éloigné des préoccupations de la hiérarchie... Formation qui vise à la créativité...

«... il y a aussi la formation dispensée dans **les séminaires**... il ne s'agit pas de tout bouleverser... mais de permettre au prêtre de comprendre ce qu'est une maladie, d'où elle vient, quelles sont les racines de la santé et ce que l'Église doit mettre en œuvre...»

*N. Diatta:* «Les évêques d'Afrique centrale ont fait, il y a deux ans une grande réunion et l'un de leurs souhaits, ils en ont fait presque une obligation, c'est que l'Église reprenne l'éducation, les écoles: c'est une base, pour la santé également.

«Il est souhaitable que des sessions semblables à celle que nous venons de vivre puissent être organisées... au niveau diocésain... au niveau des paroisses et des communautés de base... la santé ne pourra qu'en tirer profit.»

## EN GUISE DE CONCLUSION

*par Bernard Ugeux*

*Au terme de ces trois jours et demi de travail en commun, il revenait à Bernard Ugeux de ressaisir quelques aspects de notre recherche à la lumière des remontées des ateliers et des tables rondes.*

---

### la richesse de l'interdisciplinarité

Beaucoup ont souligné la richesse de l'interdisciplinarité. En effet, nous avons besoin de regards croisés, car nous voyons toujours à partir d'un point de vue partiel la réalité de la vie qui, elle, est infiniment complexe. Une des difficultés rencontrée par la civilisation occidentale aujourd'hui, c'est l'hyper-spécialisation qui finit par oublier l'homme dans son intégralité et dans son mystère.

Nous avons besoin du *regard de l'anthropologue*. Pour lui, c'est un enrichissement d'entendre *l'expérience des praticiens* de la santé et aussi leur souffrance. C'est un apport irremplaçable pour le théologien et pour les pasteurs, de mieux prendre la mesure de la difficile réalité de la santé et de la maladie. L'apport *d'une étude biblique* ou *d'une réflexion théologique* sur ces questions paraît essentielle dans une perspective holistique, tant pour le soignant que pour l'anthropologue. Quand joue la complémentarité de l'interdisciplinarité, la complexité et la profondeur de la réalité culturelle et religieuse se révèlent et on peut se montrer plus respectueux des personnes souffrantes, avec toutes les questions qui les habitent.

### un colloque interactif

Ce colloque a volontairement emprunté une démarche inductive. **Les témoins** nous ont mis en route en nous offrant un partage de leur vie quotidienne et de leurs questionnements. Ils nous ont permis de nous

ouvrir aux autres et de nous écouter les uns les autres. Les groupes ont réagi activement et alimenté la réflexion.

**Les experts** ont accepté de jouer un rôle discret. Ils ont apporté mises au point, clarifications, compléments d'information dans les groupes auxquels ils ont participé et lors des tables rondes. C'est peut-être moins valorisant que des exposés magistraux, mais tout aussi efficace.

Notre démarche a permis **une certaine maturation**. Le regard que nous portons sur les questions de santé s'est modifié et cela nous invite à envisager autrement nos comportements et notre investissement futur, à approfondir de nouvelles questions, à mieux nous former dans des disciplines complémentaires, comme l'anthropologie ou la théologie, etc...

### **des chantiers à poursuivre**

Nous avons aussi osé une parole réaliste et sans complaisance sur une **situation ecclésiale** dont beaucoup se sentent insatisfaits. On constate une tension entre l'ambiguïté des discours officiels et la générosité et le dévouement dans les pratiques. On se pose la question d'un manque de cohérence dans l'attitude de nos Églises à propos des questions de santé, de bien être, de la place du corps dans la croissance spirituelle, etc... Cela fait le jeu de certains mouvements spirituels et/ou thérapeutiques qui n'ont pas la même conception de l'homme que nous et qui peuvent parfois abuser de la fragilité des personnes ou de leur crédulité.

**Certains chantiers nous ont paru urgents**, où l'interdisciplinarité devra jouer à plein. Je pense, entre autres, à la prévention du SIDA, à l'accueil de la diversité et de l'ambiguïté des démarches thérapeutiques et religieuses dans les cultures où nous travaillons. Nous sommes tous appelés, que nous soyons anthropologues, personnels de santé, théologiens, pasteurs, *à réévaluer nos comportements, nos pratiques et nos moyens de formation.*

Nous avons soulevé **des questions valables pour tous les continents**, y compris notre Occident, même si nous nous sommes surtout penchés sur la situation de l'Afrique sub-saharienne. Trois accents sont revenus tout au long du colloque: l'importance de l'écoute sans préjugé, l'attention au temps et le respect de l'homme intégral (corps, âme, esprit).

On a insisté sur l'importance du **respect des cultures**, du rythme des gens, de ce qu'ils peuvent vivre comme blocage vis-à-vis de notre



culture, de la nécessité de comprendre comment ils vivent et interprètent leur propre culture, la maladie, le quotidien. Cela implique qu'on aille vers eux pour rejoindre ce qu'ils vivent dans leur milieu.

En tant qu'occidentaux, nous sommes invités à **prendre conscience d'où nous venons**, du lieu d'où nous parlons et agissons. *Le Dr Chauty* évoquait l'histoire de la médecine et de l'évangélisation. J'y ajouterais l'histoire de l'anthropologie de la médecine et de l'évangélisation. Notre façon d'évangéliser et de pratiquer la médecine est l'expression d'une culture récente dans l'histoire de l'Occident, marquée par la modernité et la post-modernité. *Laurence Creusat* nous a invités à prendre conscience des raisons pour lesquelles nous réagissons de telle manière dans certaines situations. C'est un appel à **dépasser nos peurs** et nos stéréotypes pour accueillir les richesses inépuisables des autres cultures.

### **une pratique renouvelée**

*Le Frère Mayolle* a dit que nous sommes à **l'avant-garde de la médecine**. C'est peut-être vrai. Lorsque nous nous efforçons, à partir des expériences d'Afrique ou d'ailleurs, de prendre en compte tous les paramètres physiques, psychologiques, relationnels, spirituels, d'une approche globale du malade, nous annonçons une approche thérapeutique nouvelle et holistique. Dans les pays où nous vivons, les tradipraticiens s'appuient sur une telle approche globale de l'homme. Notre expérience pourra peut-être servir de référence pour d'autres recherches<sup>1</sup>. Nous nous sommes posés une question : N'est-il pas possible de **pratiquer la médecine autrement**, d'approcher l'homme dans toutes ses dimensions, d'être attentifs aux aspects que nous avons peut-être trop rationalisés ? Il a aussi été question de l'émotion, d'une prise en compte de l'affectivité et de l'influence du groupe sur les pratiques thérapeutiques.

### **santé et salut, une recherche à poursuivre**

La richesse que le christianisme apporte à un système de santé, c'est **sa vision de l'homme**, de l'être humain considéré jusque dans sa vocation d'enfant de Dieu. Le salut doit être présent dans nos pra-

1/ Je constate, au sein de laboratoires de recherche qui regroupent des gens de différentes professions médicales, que certains sont en train de s'ouvrir à une approche glo-

bale de la santé et à de nouvelles problématiques inter-culturelles. On le voit en ethnomédecine, par exemple. On s'y intéresse à cause des nombreux échecs sur le terrain.

tiques de santé, quand elles cherchent à rejoindre l'homme dans toutes ses dimensions. Pourtant, quand nous disons « *Jésus sauve aujourd'hui* », de quoi parlons nous ? Qu'est-ce que les gens mettent sous le mot « salut » ? Quelles sont leurs attentes, liées à leurs représentations culturelles de la maladie et de la mort, de la vie dans l'au-delà ?

*Christian Aurenche* a soulevé la question de **la recherche théologique**. Peu de théologiens catholiques sont engagés dans une approche pluridisciplinaire qui interroge le discours de l'Église et la recherche théologique en matière de salut et de santé. Il en est peu question dans les grands séminaires également. Les prêtres sont de plus en plus confrontés à des demandes de prière de guérison, d'exorcisme, d'accompagnement spirituel. Dans ces domaines, la formation spirituelle et théologique ne suffit pas. La formation anthropologique des pasteurs, pris dans un sens large, est nécessaire.

À propos du **rôle des personnels soignants et des laïcs** dans la pastorale de l'Église, on a fait allusion à un ministère de consolation. On a dit aussi que, à sa manière, le personnel soignant faisait partie des agents pastoraux. Il est important que l'Église se mette à l'écoute de leur expérience. Il est important que les laïcs, professionnels de la santé, obligent les théologiens, les responsables d'Église, à écouter ce qui se passe sur le terrain car le décalage est grand entre les discours officiels et le vécu des gens. L'Église est appelée à renouveler son langage, son enseignement à propos de ces questions vitales pour la mission.

Enfin *le frère Mayolle* a rappelé **l'importance de la réconciliation**, du pardon et de la présence à la souffrance et à la douleur, qui est aussi psychologique et morale. Il a évoqué la remise en ordre de la vie comme un chemin de restauration de l'identité de la personne et donc de sa santé. On constate l'écartèlement que vivent les jeunes aujourd'hui. C'est aussi un problème de santé publique et de pastorale. Ils sont tirillés entre la culture étrangère qu'ils ont apprise à l'école et celle qu'ils ont reçue à la maison, entre leur aspiration à jouer un rôle dans la société et le sort de ces dizaines de milliers de jeunes diplômés africains qui cherchent en vain un travail digne.

**« ... que votre fruit demeure ! »**

Ce constat indique bien que notre colloque est loin d'avoir touché toutes les questions que pose à l'Église la rencontre entre santé, cultures et

mission. Il n'est pas simple de gérer au quotidien la tension entre quête de santé immédiate et aspiration à un salut qui ne soit pas que pour l'au-delà. Pourtant, il y va de la crédibilité du message du Christ et de la mission aujourd'hui. S'il est vrai qu'on ne peut identifier santé et salut, on ne peut cependant les dissocier: *l'avenir de tout homme et de tout l'homme est concerné*. C'est un enjeu à la fois médical, pastoral, anthropologique et théologique et les chantiers sont à peine ouverts.

Grâce à cette initiative de l'AMM, nous espérons que nous garderons à cœur de poursuivre une recherche exigeante où soient honorés l'interdisciplinarité, l'accueil des différences culturelles et religieuses, le partenariat (surtout dans l'optique des soins primaires et communautaires) et la convivialité chaleureuse qui a présidé à nos rencontres durant ce colloque. Le Christ nous redit: «*Ce n'est pas vous qui m'avez choisis, c'est moi qui vous ai choisis et institués pour que vous alliez, que vous produisiez du fruit et que votre fruit demeure*» (Jn 15, 16a).

*Bernard Ugeux*

---

## EN GUISE DE POST-FACE

*par Gilbert Legrand*

On m'a demandé de clore ce dossier. Je le ferai en partageant avec vous **quelques convictions**. L'approche thérapeutique du malade nécessite des compétences, mais encore plus de l'amour: j'aurais beau être le plus compétent des médecins, si je n'ai pas l'amour...

### **être un soignant compétent**

Participant à la formation d'agents de santé dans le cadre de l'AMM, je sais votre souci à ce sujet. *La compétence technique est primordiale*; elle demande une mise à jour continue; elle demande aussi, parfois, beaucoup d'ingéniosité en raison de la faiblesse des moyens dont vous disposez. Il est un domaine dans lequel notre compétence doit faire ses

preuves: celui du traitement de la douleur. Nous ne réalisons pas toujours le retentissement psychologique, familial, social, de la douleur.

### **être un soignant joyeux**

«Médecin, soigne-toi toi-même.» La première maladie qui nous guette, c'est de *nous laisser déborder* par le grand nombre des patients, la multitude des tâches médicales et administratives. Ce n'est pas toujours facile, mais il est nécessaire de nous organiser, de savoir se fixer des limites, de faire confiance aux autres, de faire des choix.

«Médecin, connais-toi toi-même.» Il nous faut prendre conscience *des motivations* qui nous poussent à l'action: désir de pouvoir, désir de reconnaissance, désir d'être aimé, ou réel souci de servir. Se connaître et s'accepter, sans cesse se convertir, permet d'accepter l'autre tel qu'il est sans être dévoré par lui et sans le dévorer.

On se croit facilement indispensable, irremplaçable. Il peut nous arriver d'en devenir insupportable. Pourquoi s'exposer au surmenage ou à la déprime? *Les temps de repos* et de ressourcement sont indispensables à l'équilibre du soignant. Quand il fait son travail calmement, dans la joie, le soignant rassure le malade, le met en confiance et lui permet de poser les vraies questions. Sa joie n'est-elle pas signe d'espérance?

### **donner du temps à la prière**

Durant le colloque, nous avons su prendre *le temps de prier* ensemble. Si soigner c'est se donner, prier nous permet de puiser des forces nouvelles à la source de tout don. Il me semble important de confier à la prière d'une communauté monastique ma pratique de soignant, les malades qui s'adressent à moi.

Le temps consacré chaque jour à la prière, à l'oraison, à la contemplation est indispensable à celui qui veut témoigner de sa foi. J'en suis convaincu, même si je ne le fais pas toujours. La douceur puisée dans la prière, fera que l'action du thérapeute renverra à la miséricorde du Père. Que l'Esprit nous aide à prier et à nous laisser rejoindre par Jésus qui nous redit: «Sans moi, vous ne pouvez rien faire.» (Jn 15,5)

*Gilbert Legrand*

## MISSION ET SANTÉ

### PERMANENCES, ÉVOLUTION DES MODÈLES

par Jacques Gadille

*Jacques Gadille est professeur émérite d'histoire contemporaine à l'Université Jean-Moulin-Lyon III. Il a collaboré aux tomes 11 et 12 de l'Histoire du Christianisme, la grande collection en cours d'achèvement aux Éditions Desclée.*

*Il résume ici un exposé qu'il a fait en soirée durant le colloque.*

---

Les permanences sont évidemment liées au commandement évangélique de voir dans le pauvre ou le malade, un autre Christ. L'observation de Jésus, « *Vous aurez toujours des pauvres parmi vous* » s'applique plus encore aux malades ! Aussi, le départ dans les terres lointaines pour porter assistance « **aux plus abandonnés** » est une constante de la mission moderne, depuis l'installation des Hospitalières de Dieppe à Québec en 1639, pour y faire œuvre parallèle au travail éducatif de Marie de l'Incarnation, jusqu'à la vocation de la future mère Teresa dans les rues de Calcutta, en 1947.

Retenons ce témoignage sur le fondateur des Serviteurs des malades, Camille de Lellis, mort à Rome en 1614 : « *Il voyait en eux la personne du Christ avec une telle vivacité d'imagination que souvent, en servant leur nourriture, il les considérait comme étant ses 'Christs', au point qu'il implorait d'eux la grâce et le pardon de ses péchés. Il se tenait devant eux avec autant de respect que s'il avait été réellement et personnellement en présence du Seigneur.* »<sup>1</sup> Au fond d'une telle conduite, se trouve « l'éternelle éthique de l'amour » dont parlait Albert Schweitzer dans son dernier ouvrage<sup>2</sup>.

## à l'apogée de la mission française du XIX<sup>e</sup> siècle

Le couple dispensaire-école prit figure de l'équipement-type, disposant les populations à faire bon accueil aux membres de la station missionnaire. Parfois même, des congrégations comme les Sœurs de St Joseph de Cluny vouées à l'éducation des filles durent donner la priorité à la prise en charge des hôpitaux, comme ce fut le cas à Saint-Louis du Sénégal en 1819<sup>3</sup>. Au-delà de tels cas d'urgence, voyons dans cette association classique, le premier signe de la prise en compte par la mission de l'être humain tout entier, corps et esprit.

C'est bien ce que Mgr Lavigerie avait instinctivement perçu, en se demandant quelle formation professionnelle il donnerait à ses orphelins, victimes de la famine en Algérie : frappé du crédit qu'avait valu l'exercice de sa profession à un simple médecin civil auprès des populations pourtant très fermées des oasis sahariennes, il en avait conclu : *« Tous les hommes, quel que soit leur rang, sont aux prises avec la souffrance et la maladie, et ceux qui peuvent leur apporter un soulagement acquièrent vite une place de choix. Qu'ils soignent le corps avec l'esprit de dévouement puisé dans l'Évangile, et la parole de Dieu pénétrera en même temps dans les cœurs. Ils seront en même temps médecins et catéchistes. »*<sup>4</sup>

D'où le soutien qu'il donna à quelques-uns d'entre eux pour achever des études supérieures de médecine en France et sa décision de créer à Malte une maison de formation d'infirmiers-catéchistes. Enfin, il parut évident à l'archevêque d'Alger que l'intervention des religieuses auprès des femmes et des enfants, surtout en pays musulman, était irremplaçable. On peut dire qu'à partir du milieu des années 1880, il accorda aux Sœurs Blanches une place privilégiée dans sa stratégie missionnaire.

1/ Voir Dictionnaire de spiritualité, T 7, col 717.

2/ *Royaume de Dieu et christianisme*, 1967.

3/ Geneviève LECUIR-NEMO, *Femmes et vocation missionnaire : permanence des congrégations féminines au Sénégal, 1819-1960*. Villeneuve d'Ascq, éd. du Septentrion,

1997. L'auteur prépare une biographie d'A.M. Javouhey.

4/ F. RENAULT, *Le cardinal Lavigerie, 1825-1892*, Paris, Fayard, 1992, p 341. Voir aussi *Églises et santé dans le tiers monde, hier et aujourd'hui*, Leiden, E.J. Brill, 1991.

## la place des femmes

Il ne faisait pas là que s'inscrire dans une autre permanence de l'expansion missionnaire française: la place qu'y avaient précocement tenue les femmes, au mépris des dangers, de l'extrême précarité des conditions de vie qu'elles durent affronter.<sup>5</sup> De là, le prestige international que «la sœur de charité» française acquit très tôt: leurs diverses formes d'action leur assuraient une influence sociale profonde; ainsi, la spécialité de médecine de campagne militaire des Filles de la Charité, qu'elles exercèrent dans les deux camps pendant la guerre de Sécession, au moment où Henri Dunant fondait la Croix-Rouge; les soins à domicile des Petites Sœurs des Pauvres, toujours aux États-Unis et à la même époque; les secours prodigués aux victimes du choléra, à Alger après 1830, par les sœurs de Saint-Joseph de l'Apparition, en Amérique du Sud par les Filles de la Charité; le soin des lépreux où s'illustrèrent, en Côte d'Ivoire, les Sœurs de N-D. des Apôtres, dont la fondation d'Adzopé fut à l'origine de la vocation de Raoul Follereau.<sup>6</sup>

On peut même dire qu'au fur et à mesure que la technique médicale progressait dans la lutte contre les grandes endémies, les religieuses ou auxiliaires laïques féminines furent capables de seconder les médecins pour des opérations délicates, comme ces jeunes africaines de la congrégation de Marie-Immaculée en Haute-Volta, que le Père blanc Jean-Louis Goarnisson, lui-même médecin empêché de pratiquer par un handicap nerveux, forma à l'opération oculaire de l'oncocercose.<sup>7</sup>

On observera une évolution parallèle au sein des **missions protestantes**. Certes, la méfiance des Églises nées de la Réforme pour tout ce qui avait trait aux «œuvres» les inclina à donner aux soins corporels une place seconde, sinon secondaire par rapport à la prédication biblique: ainsi du docteur Livingstone. Mais partout où la présence de religions fortement constituées ou d'une haute civilisation faisait obstacle à une libre prédication, l'accent devait être mis par elles sur l'installation d'hôpitaux et de dispensaires richement équipés, sur le continent asiatique.

Notons ici *un caractère essentiel de l'assistance médicale*: les soins s'adressent à tout être humain souffrant, indépendamment de son

5/ Élisabeth DUFOURCQ, *Les aventurières de Dieu*, Paris, J.C. Lattès, 1993.

6/ Étienne THÉVENIN, *Raoul Follereau, hier et aujourd'hui*, Paris, Fayard, 1992.

7/ Joseph-Roger DE BENOIST, *Docteur Lumière. Quarante ans au service de l'homme en Haute-Volta*, Paris, éd SOS, 1975.

appartenance religieuse et à l'exclusion d'un prosélytisme direct. Le docteur Schweitzer, admirateur des religions orientales, considérait sa profession comme l'occasion de « pouvoir travailler sans parler », comme une activité distincte de sa fonction de pasteur missionnaire.

### évolution des modèles

À compter des années 1950, sur le chemin des indépendances politiques et de l'autonomie des Églises locales, la prise en charge des structures médicales modernes fut souvent jugée trop lourde, paraissant même parfois une forme du colonialisme occidental à rejeter, une évolution que déplora le docteur Paul Aujoulat. C'est dans ce nouveau contexte qu'il convient de placer la revalorisation des thérapeutiques traditionnelles, comme le recours à la médication par les plantes, que les missionnaires, du reste, n'avaient jamais ignorée.

Plus généralement, cette revalorisation rejoignait tout un courant au sein de la médecine scientifique qui, dans l'entre-deux-guerres, avait lutté contre une trop grande spécialisation et considérait la maladie corporelle comme le signe d'un déséquilibre psychologique ou social plus global : ainsi, à Lyon, du docteur René Biot. « **C'est l'homme tout entier qui est malade** », écrivait-il à Aujoulat qui, au Cameroun, dans le même temps, réalisait avec son épouse une médecine de proximité et qui entendait, pour sa part, « *prendre toute la dimension sociale, culturelle, spirituelle du malade* ». On peut voir ici une filiation directe avec cette **médecine sociale et communautaire** qui demande aux intéressés de prendre en charge leur santé, celle que pratique Christian Aurenche, dans ce même Cameroun, à partir de 1975, dans le sillage de Baba Simon, ce prêtre charismatique.

**Dans les missions protestantes** et dans le cadre des institutions œcuméniques naissantes, prévaut également cette vision « holistique » de la médecine qui vient ainsi s'intégrer naturellement dans l'activité missionnaire même. De l'assemblée de Tambaram, près de Bombay en 1938, à la conférence de Tübingen, centre de la mission médicale protestante en 1964, le concept d'une « *Église de la guérison* » fut peu à peu élaboré. Le Conseil Médical Chrétien, organe du Conseil œcuménique des Églises en sera issu en 1968. Ce thème fut inclus dans l'ordre du jour de la VI<sup>e</sup> Assemblée de Vancouver, « *Jésus Christ, vie du monde* » (1983). Il en résulta un rapport d'ensemble « *La guérison et l'intégralité* » (1989), qui propose de voir dans la guérison un tout



comprenant les dimensions économiques et sociales et pose un diagnostic visant à rétablir une hiérarchie harmonieuse de valeurs, capable d'informer un projet de vie.

Cette évolution annonce *un modèle missionnaire qui privilégie l'action caritative sur la prédication*, le témoignage d'une existence transparente au message évangélique qui possède en soi une efficacité apostolique supérieure, comme viennent de le rappeler les évêques d'Asie. « Il ne nous appartient que d'être là: je ne dis pas même de témoigner, – le témoignage ne presse pas, – mais d'être présent dans le silence et l'attente de Dieu », écrivait déjà Monchanin en Inde, en 1950.<sup>8</sup>

Ce n'est pas le moindre paradoxe qu'une telle réserve invite à retrouver, avec la spiritualité de la Communion des saints, **le rôle actif de la souffrance et de la maladie**. Certes, celles-ci restent bien un mal qu'on ne peut que subir « *avec amertume et sans courage* », selon le mot de Thérèse de Lisieux. Mais celle-ci avait aussi cette belle formule: « *Je vois que la souffrance seule peut enfanter les âmes* » (Ms A, 81 r<sup>o</sup>). Cette dimension renvoie à la lettre apostolique « *Le sens chrétien de la souffrance* », de février 1984, où Jean-Paul II écrit: « *La souffrance est présente dans le monde pour libérer l'amour, pour faire naître des œuvres d'amour à l'égard du prochain, pour transformer toute la civilisation humaine en civilisation de l'amour.* » (N<sup>o</sup> 30).

Cette conviction est une force de la thérapie chrétienne: elle conduit d'une anthropologie de la condition souffrante de l'homme qui fait naître la compassion, à une éthique de « **l'amour (qui) seul divinise et rend féconde la souffrance** » (Marthe Robin, 9 avril 1930). Et déjà, les linéaments d'une théologie faisant de la guérison une propédeutique du salut viennent d'être posés.<sup>9</sup>

Jacques Gadille

Château de Mannevieux  
69700 Givors

8/ Lettre à Cl. BOULLIER, 25 septembre 1950, Arch. Mun. Lyon. Cf. Anton PETER, *Christliche Präsenz als missionarisches Konzept*, in *Nouv. Rev. de Science Miss.* 1998/4, pp. 241-258.

9/ Louis PERRIN, *Guérir et sauver*, Paris, Cerf, 1987.