Guérison

• « **La grâce de Dieu, la guérison, la souffrance** » un article de Opoku Onyinah, révérend, docteur, recteur du Collège Universitaire Pentecôtiste d'Accra (Ghana), traduction de Liz Müller

• « **La dimension anthropologique du patient** » un article de Bernard Ugeux, directeur de l'Institut de science et de théologie des religions (ISTR) de Toulouse

La grâce de Dieu, la guérison, la souffrance

Opoku Onyinah
Article original dans International review of mission N°376-377/2006
Publication du Conseil œcuménique des Eglises

Le Révérend Docteur Opoku Onyinah est Recteur du Collège Universitaire Pentecôtiste d'Accra (Ghana). Actuellement membre du conseil exécutif de l'Église Pentecôtiste, il a été le premier directeur de mission internationale de cette Église.

Résumé:
Dans cet article, l'auteur constate que les êtres humains ont recours depuis toujours aux moyens spirituels ainsi que naturels pour tenter d'enrayer la maladie et les autres épreuves de la vie terrestre. L'action du Seigneur dans l'Ancien Testament en tant que Yahweh-Rapha, qui fut un guérisseur puissant envers ceux qui lui obéirent, était en quelque sorte une réponse à cette tendance. La guérison fut une composante cruciale du ministère de Jésus dans l'accomplissement de sa mission divine: le salut de la vie humaine. À l'époque des Lumières se fit jour un certain scepticisme par rapport à la guérison divine. L'émergence du mouvement Pentecôtiste au XXe siècle tenta de combattre ce scepticisme. Cependant, chez certains praticiens, la guérison peut être présentée comme le signe d'une vie conforme à la volonté de Dieu, tandis que l'échec de la guérison, ou la souffrance quelle qu'elle soit, sont censés être dus à une malédiction ou à une désobéissance de la part de la personne souffrante ou de ses géniteurs. Cependant, le Nouveau Testament indique que Jésus opérait une sélection dans son ministère de guérison; en la présence des apôtres, certains malades ne furent pas guéris. Puisque les chrétiens vivent une époque entre le « déjà » et le « pas encore », ils continuent d'être exposés à l'affliction physique, y compris les souffrances de toute espèce. La prière de guérison doit être considérée comme l'un des moyens de gérer les diverses manifestations du mal et de la fragilité dans la vie humaine. Le ministère de la guérison doit tenir compte de la place de la souffrance dans la Bible.

Introduction

Depuis la Chute, nous ne cessons de lutter contre la souffrance, et notamment celle causée par la maladie. Depuis l'aube de la civilisation, la lutte contre ces épreuves a pris de multiples formes, soit spirituelles (la prière, les tentatives de se concilier la faveur des forces spirituelles ou divinités, etc.), soit naturelles (les soins médicaux de base tels que le traitement des blessures, la diagnose des maladies et la phytothérapie). Les outils spirituels et naturels étaient souvent utilisés en combinaison, et le succès désiré des traitements naturels était lié à l'efficacité imaginée de la méthode spirituelle employée. En général, la souffrance était perçue comme autre chose qu'un simple processus biologique : il s'agissait d'une attaque portée sur les êtres humains par une puissance supérieure. On faisait donc confiance aux déités qui

avaient le pouvoir de guérir et de protéger contre d'autres puissances. La déité capable de guérir et de protéger était une force puissante, perçue en même temps comme guérisseur, sauveur et libérateur.[1]

[1] Michael L. Brown, Israel's Divine Healer, Paternoster Press, Carlisle, 1995, p. 53

Par conséquent, la mission de Dieu dans l'Ancien Testament allait de pair avec ses pouvoirs miraculeux. Yahvé était perçu comme le guérisseur divin d'Israël. Le ministère de Jésus était également caractérisé par la guérison et les miracles, afin de l'authentifier en tant que sauveur du monde. En outre, le ministère de guérison était l'un des traits caractéristiques de l'église primitive. À l'époque des Lumières se fit jour un certain scepticisme par rapport à la guérison divine.[2] La médecine scientifique émergeante considéra toute maladie comme le résultat d'un dysfonctionnement physiologique, et proposa d'autres explications scientifiques aux diverses souffrances humaines. Il ne restait plus de place pour la guérison ou l'intervention divines.

[2] Le terme « guérison divine » correspond chez les pentecôtistes à ce que l'on appelle en général « la guérison par la foi ». La guérison divine est le processus par lequel une personne retrouve la santé physique, mentale ou spirituelle grâce à ce que l'on croit être l'intervention directe de Dieu à travers la prière.

À travers les siècles, l'église a toujours compté quelques ministères de guérison ; mais en général les chrétiens ont eu recours à la guérison scientifique, négligeant presque entièrement la prière en tant que méthode pour obtenir la guérison physique. La mission de l'église a été en quelque sorte séparée de la prière et de l'intervention miraculeuse.

Une nouvelle attitude apparaît avec l'émergence du mouvement pentecôtiste au XXe siècle. Selon l'enseignement pentecôtiste, le baptême du Saint Esprit va de pair avec les dons du Saint Esprit ; parmi ces dons, on cite souvent en particulier la glossolalie et la guérison. L'influence du ministère des pentecôtistes sur les églises déjà en place donna naissance au mouvement charismatique, qui insiste sur la foi et la guérison. Cette tendance ravive le lien entre la prière et la guérison divine ou miraculeuse. Il y a néanmoins parmi certains praticiens de la guérison une propension à faire croire que cette guérison est le signe d'une vie conforme à la volonté de Dieu, tandis que l'absence de guérison, ou toute souffrance quelle qu'elle soit, est une malédiction ou le résultat d'une désobéissance de la part de la personne concernée ou de ses géniteurs.

Et pourtant, ni Jésus ni les disciples n'ont guéri toutes les maladies qui se présentaient à eux. Jésus a même opéré une sélection lorsque, s'étant rendu à la piscine de Bethzatha, il ne guérit qu'une personne parmi la « foule de malades, aveugles, boiteux, impotents » (Jean 5:3).3 L'apôtre Paul souffrait d'une affliction qui ne pouvait lui être ôtée : le Seigneur, écrit-il, lui dit : « Ma grâce te suffit. » (2 Cor. 12:9). Donc, s'il est vrai que le Seigneur peut parfois nous guérir en nous libérant de l'affliction, il nous guérit parfois aussi en nous accordant une suffisance de grâce. Comment pouvons-nous résoudre ce paradoxe apparent entre un Dieu qui guérit et un Dieu qui accorde la grâce qui permet de traverser la souffrance ?

[3] Les citations bibliques sont tirées de la Traduction Œcuménique de la Bible.

Pour répondre à ce problème, cet article considère la façon dont la guérison est perçue dans l'antiquité et dans l'Ancien Testament. Il examine les raisons pour lesquelles Jésus accomplit des signes afin d'authentifier son identité et son ministère en tant que Messie. La façon

pentecôtiste de concevoir la guérison et la souffrance est comparée à la spiritualité ou l'expérience religieuse africaine, illustrée à l'aide de l'approche des pentecôtistes ghanéens. Cet article explore également les défis et les ouvertures qui se présentent au ministère de la guérison, et conclut par quelques réflexions pastorales.

La notion de guérison dans l'Antiquité et dans l'Ancien Testament

Il n'y a pas de séparation claire dans le Proche Orient de l'Antiquité, et en particulier chez les auteurs bibliques, entre le physique et le spirituel. Par conséquent, le Seigneur (ou toute autre divinité) était censé être suffisamment puissant pour combler les besoins de ses fidèles, et pour leur accorder le pardon des péchés, la capacité de se reproduire, la nourriture et l'eau en suffisance, ainsi que la santé (cf. Exode 23:25-26). Une déité qui était incapable de guérir ou de protéger ses fidèles manquerait de puissance et ne serait pas considérée digne de son nom. Parmi les dieux du panthéon babylonien et assyrien, loués pour les guérisons et les actions de protection, on trouve Marduk, seigneur de la vie, et Gula, dame de la vie. Dans le panthéon gréco-romain, le principal dieu de la guérison se nomme Asklepios.[4] Il est clair que parmi les peuples de l'antiquité, le lien était fort entre la foi et la guérison.

[4] Op.cit., pp.55, 60

À la lumière de ce qui précède, on peut mesurer toute l'importance de l'utilisation dans l'Ancien Testament du terme « Yahvé-Rapha », ou « Le Seigneur qui guérit » (Exode 15:26). Yahvé, ou Jéhovah, était une divinité puissante qui avait conclu une alliance avec son peuple. Les termes de cette alliance révèlent la nature même du Seigneur en tant que guérisseur puissant envers ceux qui lui obéissent. Sa promesse est holistique: il fera du bien à Israël,[5] ou en d'autres termes il rétablira et maintiendra sa santé (Exode 15:26; cf. Exode 23:25-26).

[5] Ibid., p. 78

Par conséquent, dans l'Ancien Testament le Seigneur se révèle guérisseur de multiples façons. Il guérit la stérilité et l'infertilité, par exemple chez Sarah (Genèse 21), chez la mère de Samson (Juges 13) et chez Anne, la mère de Samuel (1 Sam. 1). Toujours dans l'Ancien Testament, les morts ressuscitent : par exemple, le fils de la veuve dans 1 Rois 17, ou le fils de la Sunamite dans 2 Rois 4. Des maladies telles que la lèpre sont guéries : suite au témoignage d'une jeune captive israélite, Naamân est guéri de la lèpre et se convertit à la foi au Dieu d'Israël (2 Rois 5:17-18). Par conséquent, les serviteurs de Dieu étaient associés au pouvoir : ils pouvaient apporter la puissance de Dieu pour guérir la stérilité et la maladie physique, et pour ramener les morts à la vie. L'accomplissement du projet rédempteur de Dieu dans l'Ancien Testament comporte la démonstration claire de sa puissance dans les affaires humaines.

D'une façon générale, la guérison et la santé sont principalement conditionnées dans l'Ancien Testament par l'obéissance aux termes de l'Alliance, en insistant sur la loyauté envers Yahvé seul (cf. Exode 23:24; Deut. 7:1-16), sur le respect de ses commandements (par exemple Exode 15:25-26), et sur une vie de piété et d'humilité (Prov. 3:7-8). L'obéissance mène à la bénédiction divine, dont la santé et la longévité ne sont pas les moindres effets (par exemple Deut. 28:1-14), tandis que la désobéissance mène à la malédiction, qui se réalise sous forme d'affreuse maladie et de mort précoce (par exemple Deut. 28:15-16).

La désobéissance du peuple de l'Alliance les mena à la captivité. Par la suite, les prophètes commencèrent à parler de la restauration d'Israël et de l'établissement du règne de Dieu. L'imagerie utilisée par les prophètes est significative (par exemple, Esaïe 5:25; Jérémie 14:19; Ézékiel 5:14-15; cf. Dan. 9:16). Ils aspiraient au temps où le Seigneur apporterait la guérison à son peuple. L'amorce de la restauration et l'avènement du règne de Dieu se réaliseraient lors de la venue du Serviteur du Seigneur, le Messie. Il ressort des passages concernant le règne de Dieu et le Serviteur du Seigneur, par exemple Ésaïe 35:4-6; 42:6-9 et 61:1, que l'on s'attendait à ce que la venue du Messie soit accompagnée de miracles de guérison sans précédent durant toute la période de l'Ancien Testament. Par conséquent, le Messie serait plus puissant que tout autre serviteur du Seigneur.

Signes de l'avènement de l'ère messianique

Le Nouveau Testament met en lumière le début de l'accomplissement de l'espérance de l'Ancien Testament : l'ère messianique commence. Le règne de Dieu s'engouffre dans l'histoire humaine, chassant énergiquement les démons, et guérissant les maladies. Les débuts du ministère de Jésus sont souvent résumés en termes de prédication, enseignement et guérison (Matt. 4:23-24; 9:35; Marc 1:21-23; Luc 6:6-11). Le jubilé eschatologique est proclamé, avec l'annonce de la délivrance de l'esclavage du péché, de Satan et de la maladie (Luc 4:18-19). Par conséquent, de nombreux guérisons et miracles sont opérés par le Messie dans les évangiles (Matt. 15:21-28; Marc 5:11; Luc 8:41-46; Jean 5:1-9). Lorsque Jean-Baptiste envoie demander si Jésus est le Messie, Jésus répond que les aveugles, les boiteux, les sourds et les lépreux sont guéris, les morts ressuscitent, et la Bonne Nouvelle est annoncée (Matt. 11:4-5; cf. Ésaïe 35:6). Nous voyons qu'ici la mission de Jésus était directement liée à la puissance démontrée dans ses guérisons et autres actions miraculeuses.

La guérison et les miracles continuent à caractériser le ministère des disciples de Jésus. Au début du livre des Actes, Luc annonce son intention: « J'avais consacré mon premier livre, Théophile, à tout ce que Jésus avait fait et enseigné, depuis le commencement. » (Actes 1:1). Il s'ensuit de cette affirmation que le lecteur va continuer pendant tout le ministère de l'église à rencontrer ce que Jésus avait fait et enseigné. En effet, le but de l'épanchement de l'Esprit Saint était de donner aux apôtres la force de témoigner de Jésus (Actes 1:8). De surcroît, Jésus était agissant dans les activités missionnaires de l'église (Actes 16:7).

On ne trouve pas dans le Nouveau Testament d'autre lien direct entre la mission et la guérison que celui évoqué dans le livre des Actes. Cependant, certains textes tels que 1 Cor. 12:14 et Rom. 15:19 impliquent que le ministère de la guérison, ou les signes et miracles, faisaient toujours partie du ministère de l'église. Jacques indique clairement (Jacques 5:14-16) que la prière pour la guérison des malades faisait partie des richesses des premiers chrétiens.

C'est dans ce contexte que se place l'approche pentecôtiste de la guérison. Les différences de pratique que l'on observe sont dues aux particularités culturelles, puisque la foi pentecôtiste s'adapte et se prétend sensible à la conduite du Saint Esprit. En résumé, les pentecôtistes croient que la guérison fait partie de la foi biblique pratiquée par l'église primitive, et qu'elle devrait se poursuivre. En d'autres termes, les pentecôtistes croient que le Seigneur guérit les maladies physiques de toutes sortes ; et qu'il nous délivre de toute espèce d'affliction.

La spiritualité africaine en toile de fond

Les églises pentecôtistes africaines essaient de placer le christianisme tel qu'elles le comprennent dans le contexte de la spiritualité africaine. Sur une grande partie de l'Afrique, la croyance en l'origine surnaturelle de la souffrance reste forte.[6] Les maladies sont censées être causées par l'intermédiaire non seulement d'esprits non-humains, mais aussi d'esprits humains, morts ou vivants. En ce qui concerne les esprits non-humains, la maladie serait due à une punition donnée par Dieu, peut-être à la suite d'une offense, ou par une autre déité offensée dont les consignes n'ont pas été respectées. Le non-respect d'un tabou est également considéré comme une cause fréquente de maladie.

[6] Oppoku Onyinah, "Matthew Speaks to Ghanaian Healing Situations" Journal of Theology, Vol. 10, no 1, 2001, pp. 120-143; Birgit Meyer, Translating the Devil: Religion and Modernity Among the Ewe in Ghana, Edinburgh University Press, Edinburgh 1999, pp. 146-216; Paul Gifford, African Christianity: its Public Role, Hurst & Company, London, 1998, pp. 97-98; Isaac Zokoue, "The Crises of Maturity in Africa", Evangelical Review of Theology 20, no 4, 1996, pp. 362-364.

En ce qui concerne l'origine de la maladie par l'intermédiaire de l'esprit humain, il peut s'agir de l'action punitive judiciaire des ancêtres, ou de l'effet de malédictions ancestrales dans la famille. Les causes les plus fréquemment citées pour la maladie sont la magie et la sorcellerie. On tomberait malade lorsque son âme est « mangée » ou attaquée spirituellement par des sorciers, ou parce qu'un ennemi l'aurait ensorcelée. Par conséquent, les névrosés sont en général pris pour des sorciers qui souffrent à cause de leurs mauvaises actions.

Ces croyances ne signifient pas que les Africains ignorent l'origine scientifique de telle ou telle maladie. En général, on s'inquiète et on commence à explorer les origines surnaturelles d'une maladie lors de l'échec des tentatives de guérison hospitalière ou phytothérapeutique. On consulte alors les prêtres traditionnels, les devins et les sorciers. Il arrive que les prêtres affirment avoir reçu de la part de divinités ou sources de puissance la révélation de la nature et la cause de la maladie, et du moyen de la guérir.

La guérison, lorsqu'elle a lieu, est censée être rendue possible par la puissance surnaturelle de la déité, opérant par l'intermédiaire du prêtre, qui a le pouvoir d'écarter les influences néfastes à l'origine de la maladie; c'est ce pouvoir qui rend efficaces les médicaments éventuellement pris. Dans la conception africaine, la guérison miraculeuse n'est pas incompatible avec la prise de médicaments. Donc, si les Africains croient traditionnellement qu'il existe des causes de maladie prouvées scientifiquement, il n'y a guère de distinction significative entre les maladies d'origine naturelle et celles d'origine surnaturelle.

Il est devenu plus difficile de rendre visite aux lieux saints ou de consulter les sorciers et les devins, à cause non seulement de la croissance et le développement du christianisme, mais aussi des progrès de la civilisation. En outre, certaines églises historiques tendent à négliger la prière pour la guérison ou la délivrance des forces mortifères.

C'est dans cette situation que l'approche pentecôtiste à la guérison trouve toute son importance.

L'exemple du ministère pentecôtiste de la guérison au Ghana

Si les pentecôtistes ghanéens pratiquent la prière de guérison, ce n'est pas simplement à cause du cadre traditionnel, mais plutôt en raison du fondement biblique de ce concept et de cette

pratique. En raison de la similitude entre l'approche biblique de la guérison et la perception africaine décrite ci-dessus, la prière de guérison vient facilement aux lèvres des chrétiens pentecôtistes. Il est clair que le pentecôtisme a été fortement influencé par la spiritualité africaine, comme en témoigne le réveil qui a commencé aux États Unis – à Azusa Street, Los Angeles – en 1906. Cet événement peut être considéré comme l'origine du pentecôtisme nord-américain classique, dont le chef de file était un ancien esclave afro-américain, William Seymour.[7] Il semblerait que, lors des cultes, la liturgie laissait beaucoup de place à la spontanéité et à l'émotion, au point où les fidèles tombaient souvent par terre. Un pasteur local baptiste, un Blanc, aurait qualifié ces cultes d' « amalgame rebutant de superstition vaudou africaine et de folie de la race blanche. »[8] À la lumière de cette description et de cette affirmation on peut supposer que le pentecôtisme fut influencé par la culture et la religion des esclaves africains, et était donc d'origine africaine.

[7] Allan Anderson, An introduction to Pentecostalism, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, p. 62.

[8] D. William Faupel, The Everlasting Gospel: the Significance of Eschatology in the Development of Pentecostal Thought, Sheffield Academic Press, Sheffield, 1996, p. 208.

Au Ghana les pentecôtistes ne sont pas les seuls à prier pour les malades. De nombreuses églises, y compris certaines rattachées aux églises historiques, tiennent également des cultes pour la guérison et la délivrance. Ainsi, elles sont attirées par la foi et les pratiques pentecôtistes.

Souvent l'approche adoptée consiste à prier pour les malades jusqu'à ce qu'ils soient délivrés ; parfois on tente plutôt d'annuler les malédictions ancestrales ou actuelles, ou de détruire les mauvais esprits censés être la cause des maladies. La délivrance peut être très rapide, ou au contraire prendre du temps. De nombreux églises et ministères ont formé des groupes ad hoc appelés « forces de prière » ou « équipes de délivrance ». En outre, des centres d'hébergement, qui ressemblent aux lieux sacrés traditionnels, ont été créés par certaines églises pentecôtistes pour recevoir les malades. Dans ces centres, les soi-disant « sorciers » sont enchaînés jusqu'à ce qu'ils soient guéris – ou non, suivant le cas. Dans d'autres églises et ministères, les malades se rendent aux cultes de délivrance et de guérison, mais ne sont pas logés sur place.

La guérison est reçue soit à travers une délivrance générale, soit lors d'une séance personnelle de délivrance. La délivrance générale comporte une confession ; souvent les pénitents affirment qu'ils sont sorciers, ou possédés. La prière sert en même temps à « lier » et expulser les démons, et à « briser » les malédictions. Le « sang de Jésus » et le « nom de Jésus » sont utilisés continuellement pour menacer la maladie. Parfois les assistants tombent au sol en se débattant, ce qui est censé indiquer la possession par les mauvais esprits, ou la sorcellerie ; par conséquent, les dirigeants s'occupent spécialement de ceux qui se comportent de cette façon. Parfois pendant la prière générale, les dirigeants prononcent des paroles de connaissance concernant la vie de certaines personnes, ou les causes de leurs souffrances.

Une approche personnelle est adoptée pour ceux qui se plaignent de maladie chronique. Après un entretien approfondi avec le dirigeant, on prononce une prière de délivrance. Parfois, le sujet vomit ou urine, ce qui est considéré comme un signe de délivrance et de guérison. De nombreuses personnes témoignent de leur guérison dans ces centres. Quant à ceux que ne guérissent pas, on considère parfois qu'ils ne sont pas dignes d'être touchés par Dieu, à cause

de la faiblesse de leur foi. Ce ministère est qualifié de « witchdemonology »[9] (approximativement: « sorcello-démonologie »).

[9] Pour de plus amples détails, voir Opoku Onyinah, « Contemporary witchdemonology in Africa », International Review of Mission, Volume 93, Nos 370/371, July/October 2004, pp. 330-345.

Défis et ouvertures

Les centres de guérison au Ghana et ailleurs en Afrique sont très fréquentés par toutes les couches de la population : du haut fonctionnaire au marchand ambulant, toutes sortes de personnes s'y rendent pour jeûner et prier. Il est indéniable que bien des conversions s'opèrent grâce à ce ministère de guérison, qui promeut en outre le renouveau du christianisme. De surcroît, ce ministère permet aux adeptes la possibilité d'osciller entre les croyances et pratiques traditionnelles et le christianisme. Ceux qui croient que leur progrès est inhibé par les esprits ancestraux ou par la sorcellerie peuvent rechercher la « délivrance » et se protéger des forces mortifères. Ce ministère a ravivé la foi en le pouvoir de Dieu d'intervenir dans les affaires humaines en réponse à la prière.

Si certains chrétiens se sentent mal à l'aise par rapport à ce genre de guérison ou délivrance, c'est surtout à cause de l'approche. Puisque la prédication dans les centres insiste sur le diable, la guérison et la délivrance, aux dépens de la souveraineté de Dieu et de l'œuvre du Christ, il est sous-entendu que la souffrance est une punition de Dieu. Pourtant, dans la Bible, le Seigneur est l'unique vrai Dieu, qui domine toutes les puissances spirituelles (p. ex. Deut. 6:4, Néh. 9:6; Job 38:7; Ps. 89:5-8; Ps. 148:2; Eph. 4:4-6). Satan n'est que l'une de ces puissances (Job 1:6-7). Tous les esprits, qu'ils soient bons ou mauvais, restent sujets à la souveraineté de Dieu. La tentation et l'affliction ne sont possibles qu'avec la permission divine (Job 1:12; Matt.4:1; Luc 22:31; 2Cor. 12:7).

Le ministère de guérison et de délivrance décrit ci-dessus renforce le système de croyance primitif et animiste qui maintient les communautés dans un état de peur et de servilité, et entrave le progrès. De nombreux symptômes considérés comme les effets de la sorcellerie ou de la possession par les esprits peuvent être expliqués par la science médicale. Par exemple, les convulsions peuvent être dues à l'épilepsie ; les changements de personnalité peuvent être dus à un dysfonctionnement psychologique ou une maladie mentale telle que l'hystérie, la schizophrénie ou la paranoïa. Des comportements habituels tels que les pulsions sexuelles, les crises de colère ou la taciturnité excessive peuvent être des traits de caractère ou dus au parcours de vie de la personne. Dans de tels cas, la condition du sujet peut être aggravée par des exorcismes ou des délivrances répétés.

Le processus de guérison, qui implique souvent de « casser avec la vie passée », y compris avec sa famille, finit par fragiliser le système de la famille étendue, et promeut un individualisme inopportun.

Lorsque l'on explique que l'échec de la guérison est dû au manque de foi de la part de ceux qui la recherchent, qu'il empêche le Seigneur de guérir, on donne aux personnes souffrantes une très mauvaise impression de Dieu et de l'Église – sans parler du risque de perte d'estime de soi. Dans le Nouveau Testament, nous observons, au contraire, une certaine symétrie dans le traitement du thème de la foi : parfois un miracle se produit malgré la faiblesse de la foi, ou même son absence, afin de susciter la croyance en Jésus en tant que Fils de Dieu (par

exemple, Matt. 8:26). La foi est souvent considérée comme le résultat de la puissance de guérison de Jésus plutôt que sa condition préalable (voir Matt. 9:18, 22; 15:31). Selon Robert Dickinson,[10] bien que dans au moins un lieu, Jésus « ne pouvait faire aucun miracle », puisque les gens « ne croyaient pas », on ne lit nulle part qu'un manque de foi qualitatif ou quantitatif de la part d'un malade individuel ait empêché la parole du Christ de le guérir. On peut en conclure que, s'il est indispensable que nous ayons foi en Dieu et en son pouvoir de nous guérir, la guérison dépend entièrement de la volonté souveraine de Dieu ; c'est le Seigneur qui choisit où elle se produira, et ce qui la véhiculera. Elle ne dépend pas nécessairement de la foi de telle ou telle personne.

[10] Robert Dickinson, Does God Heal Today: Pastoral Principles and Practice of Faith-Healing, Paternoster Press, Carlisle, 1995, p. 14.

De surcroît, la réponse à la prière de guérison dans la Bible n'est pas toujours celle que l'on attendait. L'activité de guérison de Jésus était sélective, comme le montre le récit du paralytique de la piscine de Bethzatha (Jean 5:1-9). Jésus nous indique implicitement que la maladie sera toujours présente, et que les malades auront toujours besoin de l'aide des bien-portants, puisque l'un des critères du jugement sera notre comportement envers les nécessiteux (Matt. 25:31-46).

À la lecture du Nouveau Testament, il semblerait que tous n'étaient pas guéris en présence des apôtres. Lorsque Épaphrodite rend visite à Paul, « il a été malade, bien près de la mort » (Philippiens 2:27). Même s'il finit par guérir, nous constatons que sa guérison n'est pas immédiate. Paul conseille à Timothée d'éviter l'eau. « Prends un peu de vin » lui écrit-il, « à cause de ton estomac et de tes fréquentes faiblesses. » (1 Tim. 5:23). Encore, Paul a « laissé Trophime malade à Milet » (2 Tim. 4:20). Pierre et Jacques ont aussi des paroles d'encouragement pour ceux qui traversent différentes souffrances (1 Pierre 1:6-7; 4:19; Jacques 1:2-4).

Tous ces exemples montrent que la guérison opérée par Dieu ne se conforme pas toujours à nos attentes. Que faire lorsque Dieu n'agit pas comme nous nous y attendons ? Quelle qu'ait été l'écharde dans la chair de Paul, elle nous fournit un exemple de la façon dont Dieu agit à défaut de guérison. Lorsque Paul pria, la réponse n'était pas celle à laquelle il s'attendait. Dieu permit qu'il conserve l'écharde, et lui dit plutôt « Ma grâce te suffit; ma puissance donne toute sa mesure dans la faiblesse. » (2 Cor. 12:8). Il semblerait donc que la faiblesse humaine fournit à Dieu l'occasion de démontrer sa puissance. En d'autres termes, la maladie peut nous rapprocher de Dieu et accroître notre obéissance à sa volonté. Dans ce cas, la guérison est le processus par lequel la personne est ramenée à la santé spirituelle et mentale, et acceptée pleinement dans la communauté. Cependant, c'est la grâce de Dieu qui fournit la force. Qu'est-ce que cette grâce?

Selon John Christopher Thomas,[11] la grâce dans 2 Corinthiens, c'est ce que le Seigneur donne aux croyants afin qu'ils puissent bénéficier du sacrifice rédempteur de Jésus pour leurs péchés (2 Cor. 5:21; 6:1), aider financièrement les autres (2 Cor. 8:1-7; 9:14), et disposer de ce dont ils ont besoin (2 Cor. 9:8). C'est aussi la grâce de notre Seigneur Jésus Christ qui lui a permis, à lui qui était riche, de devenir pauvre afin que par sa pauvreté les croyants deviennent riches (2 Cor. 8:9). C'est cette même grâce qui permet à Paul d'assumer sa condition. Ce que les chrétiens doivent comprendre, c'est que lorsque le Seigneur ne guérit pas, il donne au malade la force de supporter la situation : c'est-à-dire que la grâce ou la guérison se manifeste dans la capacité ou la force de faire face aux épreuves.

[11] John Christopher Thomas, The Devil, Disease and Deliverance: Origins of Illness in New Testament Thought, Sheffield Academic Press, Sheffield, 1998, p. 71.

Un autre problème potentiellement alarmant dans l'approche pentecôtiste décrite ci-dessus, c'est la stigmatisation des personnes qui s'accusent de sorcellerie. Au lieu d'une guérison qui libère, on aura affaire à une aggravation de la condition physique et psychologique de ces personnes, qui deviennent en outre les ennemis de la société. On voit cependant que le ministère de guérison du Jésus des Évangiles se dirige en substance vers les couches les plus défavorisées de la société, les marginaux (par exemple Matt. 8:1-13, Luc 4:16-31) y compris les non-Juifs (par exemple Marc 5:1-20; 7:24-37), et ceux qui sont rituellement impurs (par exemple Marc 1:40-45). Keith Warrington conclut que les récits de miracles dans les Évangiles doivent être compris comme des rencontres où Jésus entre en relation avec les marginalisés et les dépossédés, apportant l'espérance aux désespérés et secours aux impuissants.[12] Par conséquent, le ministère de guérison dans les cas évoqués pourrait travailler à la restauration des couches les plus basses de la société en s'inspirant du ministère de Jésus, qui s'inscrit en faux contre les traditions qui les entravaient et les marginalisaient.

[12] Keith Warrington, Jesus The Healer: Paradignm or Phenomenon, Paternoster Press, Carlishle, 2000, p. 6.

Réflexions pastorales

Il ne faut pas, sous prétexte des faiblesses de certains de ses praticiens, négliger ou interrompre la prière de guérison; cette prière devrait être considérée comme l'un des moyens de gérer toute une série de manifestations du mal dans la vie humaine.

Le ministère de Jésus et celui des disciples dans le Nouveau Testament encouragent les chrétiens à prier Dieu pour la guérison, tout en restant ferme dans la conviction que, guérison ou pas, Dieu tournera tout en bien.

Les méthodes de prière utilisées devraient être simples, afin de démontrer la confiance dans la puissance de Jésus qui, par sa mort, a conféré aux croyants l'autorité d'exercer ce genre de ministère. Un excédent de rituel peut être interprété comme le signe d'un manque de puissance spirituelle de la part du ministre et, pour ainsi dire, de celle de l'autorité à qui le ministre fait appel pour la guérison, c'est-à-dire Jésus. Il faut toujours rester centré sur le Christ, et sur ce qu'il a fait pour l'humanité.

Le ministère de guérison doit tenir compte de la place de la souffrance dans la Bible. Selon la notion biblique de la Chute, toute l'humanité est déchue à la suite de la chute d'Adam.[13] Toute la création est donc « livrée au pouvoir du néant » (Rom. 8:20), et par conséquent la souffrance et la mort sont inévitables dans le monde. Pourtant, la création espère être « libérée de l'esclavage de la corruption » (Rom. 8:21). La mort et la résurrection du Christ marquent le début de la fin, ce qui veut dire que Dieu a déjà effectué en Christ le salut eschatologique (final) de son peuple.[14] Moltmann explique que la Résurrection n'évacue pas la Croix (la souffrance), mais procure l'espérance du triomphe finale de Dieu sur le mal.[15] Puisque la rédemption finale des croyants ne s'est pas encore pleinement réalisée, la rédemption est dans l'avenir. Selon Fee, les croyants vivent entre les époques du « déjà » et du « pas encore ».[16] La résultante de cette tension eschatologique, c'est que les chrétiens sont toujours exposés à l'affliction physique, y compris la souffrance de toute espèce. Par conséquent, la souffrance n'est pas nécessairement due à une attaque venant du Diable, ni un signe du péché de la part

de la personne qui souffre. Elle peut simplement provenir d'un aspect de l'humanité déchue. Il faut admettre que Dieu permet aux chrétiens de se positionner par rapport à la souffrance d'une façon qui produit le bien, de sorte que l'expérience de la souffrance devient pour eux un mode de vie valable (voir 1 Cor. 12:7-10).

[13] Paul R. Sponheim, "Sin and Evil", in Christian Dogmatics, Vol. One, Carl E. Braaten and Robert W. Jensen, eds, Fortress Press, Philadelphia, 1990, pp. 433-434; Wayne Grudem, Systematic Theology: An Introduction to Biblical Doctrine, Zondervan publishing House, Grand Rapids, 1994, pp.810-812. Voir également T. Douglas John Hall, God and Human Suffering: God & An Exercise in the Theology of the Cross, Augsberg publishing House, Minneapolis, 1986, pp. 73-92; Johannes Van Bavel, "The Meaning of Suffering and Attempts at Interpretation", in God and Human Suffering, Jan Lambrencht et Raymond F. Collins, eds, Peeters Press, Louvain, 1989, pp. 121-136.

[14] Gordon Fee, God's Empowering Presence: The Holy Spirit in the Letters of Paul, Paternoster, Peabody, 1994, p. 804. En d'autres terms, par la mort du Christ la condamnation future que méritent les hommes a été transférée de l'avenir au passé; par ex. Eph. 1:7, 2:8.

[15] Jürgen Moltmann, La croix du Christ, fondement et critique de la théologie chrétienne, trad. par B.Fraigneau-Julien, coll. Cogitatio fidei n° 80, Paris, Cerf, 19902 (1974).

[16] Gordon Fee, op. cit. pp. 799, 805.

De ce point de vue, les chrétiens pentecôtistes doivent se garder de déclarations qui pourraient donner à croire qu'ils marginalisent les personnes désavantagées, ou que l'échec de la guérison est due au manque de foi. Les pentecôtistes devraient plutôt faire une place pour les infirmes et les handicapés, qui, par leur culte, ont aussi un rôle indispensable à jouer au service de Dieu.

La dimension anthropologique de l'accueil du patient

Bernard UGEUX
copyright

1. Importance de la dimension anthropologique de la perception de la santé et de la maladie.

Cet exposé a pour but de présenter l'importance de la prise en compte de la dimension culturelle (et parfois religieuse) de l'identité du patient. Il ne sera pas question de recettes ni même de techniques d'accueil (formation donnée par ailleurs). L'objectif est de mettre en valeur la façon dont l'identité d'une personne est modelée culturellement et le rôle de premier plan que joue ce modelage dans le domaine de la santé, afin de pouvoir le gérer dans une relation thérapeutique (cette notion étant prise dans un sens large). Le concept d'identité culturelle ne renvoie pas seulement à l'identité ethnique, aux cultures étrangères. Nous le verrons, la culture concerne les rapports entre un individu, les autres humains, le monde, éventuellement la transcendance. Bref, il concerne l'ensemble des représentations qui colorent toute la perception du réel comme de l'imaginaire. Par conséquent, la culture concerne aussi bien le niveau social que l'éducation, la profession, le sexe et même l'âge. Nous ne visons donc pas seulement l'accueil du migrant, par exemple, ou de l'étranger, mais de toute

personne avec son identité globale..
Pourquoi est-il important de considérer la culture d'un patient dans une relation thérapeutique ?

- Un patient est malade en fonction des représentations qu'il se fait de la santé et de la maladie, et celles-ci sont en grande partie culturelles. La santé n'est pas qu'un état subjectif, une sensation physique ou psychique, c'est aussi un fait social, un état construit, un fait de culture. C'est le groupe social, en fonction de sa culture, donc de sa représentation du monde, qui définit le normal et le pathologique. Il propose aussi des étiologies et des thérapies spécifiques selon les cas. Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple la transe dans les sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou (Togo, Bénin, Ghana… exporté à Haïti ou au Brésil). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse : c'est le signe de la transmission d'un message pour le groupe par un esprit.

- Un système de santé est le produit d'une culture. Chaque culture comporte une gestion de la santé qui est marquée par sa vision de l'homme et de son rapport aux autres, au cosmos (à son environnement naturel) et, éventuellement, à une réalité invisible, une transcendance, etc. Par exemple, la médecine chinoise repose sur une perception énergétique du cosmos et de l'homme (l'équilibre entre le yin et le yang), alors que la médecine tibétaine repose sur une conception , proche de celle d'Hippocrate, de l'équilibre des humeurs. Par conséquent, il n'est pas exact d'affirmer qu'une médecine est universelle (dans le cas, par exemple, de la biomédecine occidentale, qui s'est élaborée à partir de la biologie et de la physique). Aujourd'hui, la prise de conscience de la diversité culturelle entraîne à reconnaître les limites de toute culture ou de toute civilisation et à prendre en compte l'existence d'autres conceptions de la santé qui ont permis à des groupes humaines de traverser parfois des millénaires (cf. la médecine issue des Védas en Inde, l'ayurvédisme).

- Il est donc important d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie (un système médical ou thérapeutique) repose (souvent inconsciemment) sur une conception de l'homme, de son rapport aux autres, au cosmos et de son rapport à une transcendance. Notons que dans la bio-médecine, on ignore volontairement le rôle que pourrait jouer une croyance dans la transcendance dans l'étude d'une pathologie (sauf en ethnomédecine). Par ailleurs, dans la conception africaine de la santé, les causes des maladies sont très souvent personnalisées. Une stérilité est presque toujours attribuée à un règlement de compte entre familles. Les bonnes relations font partie de la santé. En médecine tibétaine, l'état mental et moral de la personne, l'absence de pensées négatives ou de passions, jouent un rôle essentiel dans l'état de santé du patient, en référence avec sa conformité au dharma, l'enseignement du Bouddha. Dans ces deux derniers exemples, les conceptions religieuses jouent un rôle important dans la gestion de la santé.

- Quand une personne est gravement malade (ce terme est pris ici dans un sens large, elle ne se sent pas dans la norme sur le plan de la santé, qu'elle vive un mal-être (illness) aussi bien qu'elle est atteinte d'une maladie (disease), elle est généralement habitée par une explication subjective de la cause de sa maladie. Or, cette explication repose sur les représentations de la santé de sa culture, de son milieu, sur un certain type d'étiologie. Par exemple, on a constaté, en Allemagne, qu'un certain pourcentage de femmes qui souffrent d'un cancer du sein, pensent qu'il s'agit une punition (pas forcément à cause d'une transgression religieuse du genre ; « qu'est-ce que j'ai fait u Bon Dieu…). On sait comment on culpabilise les fumeurs à

ce sujet, dans nos sociétés. On connaît aussi le discours répandu en Occident à propos de la pollution ou des habitudes alimentaires, sans oublier les effets cancérigènes de l'alimentation de masse. Ailleurs, dans certaines ethnies d'Afrique par exemple, si une femme n'arrive pas accoucher, les matrones vont appeler le devin qui va l'obliger à dire avec quels hommes elle a été infidèle, sans quoi l'enfant risque d'être mort né. Au Maghreb, on fera référence à l'influence des jins maléfiques ou au mauvais œil. Cette explication subjective joue un rôle important dans la façon dont le patient vit sa pathologie. Sa souffrance est d'autant plus grande quand il ne trouve pas d'explication ou qu'il pense qu'il est coupable, ou encore qu'il se croît envoûté par un ennemi inconnu.

- Dans ce contexte de fragilité et d'angoisse, les thérapeutes et les soignants ne peuvent se contenter de soulager physiquement, et si possible de guérir. Ils doivent aussi tenir compte de la question du sens... Pour pouvoir rejoindre l'angoisse et les questions qui habitent le patient, il est essentiel de le rejoindre dans son univers mental et psychologique, dans sa représentation culturelle et religieuse (ou a-religieuse) de la maladie [1]. Quand un patient se réfère à des représentations étranges ou inconnues pour le soignant, le risque existe que celui-ci se désintéresse du sens que le patient donne lui-même à ce qu'il vit. Il peut considérer ses explications ou ses réactions comme incohérentes, irrationnelles et même ridicules, à moins qu'il les ignore parce que cela le renvoie à une réalité qui le dérange ou qu'il ne peut maîtriser. Elles n'entrent pas dans la cohérence de son propre système explicatif. Il est donc nécessaire que le soignant s'efforce d'opérer ce déplacement vers le patient, l'autre…. Cette attitude repose sur l'a priori que toute culture, en tant que système de significations, comporte une cohérence interne, certes jamais exhaustive. On l'a dit, l'interprétation qu'on donne à une épreuve affecte beaucoup la façon de l'assumer. Au thérapeute ou à l'accueillant de partir à la découverte de cette cohérence, pour mieux percevoir les enjeux de la maladie ou de la pathologie, dans ce cas, de la stérilité.. S'il nie la pertinence au discours du patient, il peut perdre toute crédibilité auprès du lui et les thérapies qu'il proposera risquent de ne pas être prises en compte ou de perdre une bonne partie de leur efficacité. Personnellement, il m'arrive d'accueillir des personnes qui se disent envoûtées et qui me sont envoyées par la consultation psychologique des migrants. Il me faut prendre beaucoup de temps pour écouter la version du patient concernant la genèse et l'origine des troubles, sans disqualifier son explication. Il me faut ensuite travailler sur la question des pouvoirs et de la prise que l'on donne à l'envoûteur présumé quand on se croit complètement dépendant de son pouvoir. Il s'agit donc moins d'un travail de négation de ses forces dans quelles le patient croient mordicus (persuasion souvent inutile) que de travailler sur sa capacité de maîtriser sa peur et de résister à la force d'un autre en faisant appel à d'autres ressources (médicales, psychologiques, morales, parfois religieuses). Or, de nos jours, dans le meilleur des cas, une formation à l'écoute est donnée au soignant, mais la dimension anthropologique, culturelle, est quasi absente. L'approche reste souvent individualiste et morcelante. Ce n'est pas le cas dans les médecines traditionnelles de l'Afrique, de l'Asie (médecine indienne - ayurvédique -, chinoise, tibétaine, etc.), qui ont été utilisées avec une certaine efficacité durant des millénaires. Dans la relation thérapeutique, la personnalité du patient, son caractère, son environnement physique et psychologique, ses relations interpersonnelles, ses problèmes moraux, ses croyances, sont pris en compte, en plus des symptômes cliniques... Cette conception se retrouve aussi dans le « nouveau paradigme » proposé par les thérapies alternatives [2]. Par exemple, dans les cas de stérilité en Afrique, comme dans un la grande majorité des cultures dans le monde, et c'était la conception en Occident il n'y a pas encore si longtemps, c'est toujours la femme qui est la cause de la stérilité. Par ailleurs, quand un mariage n'a pas reçu l'approbation de toute la parenté - ce qui demande des mois et parfois des années de transaction - et si la dot exigée de la part du garçon n'a pas été versée en partie ou en totalité, la sanction est souvent la stérilité. Les jeunes filles

le savent. On connaît suffisamment le rôle du psychisme, des fantasmes et des craintes dans le domaine de la stérilité. On peut comprendre que si une jeune fille est persuadée qu'elle ne peut devenir enceinte tant que le problème de la dot n'est pas réglé (à cause de la malédiction d'un parent qui se sent floué ou d'un ancêtre qui veille au respect des coutumes) elle ne concevra pas. C'est le cas aussi si elle est persuadée qu'elle ne pourra accoucher que d'un enfant mort, s'il y a eu transgression d'un interdit. Personnellement, au Zaïre et en Tanzanie, quand je rencontrais des cas de stérilité, la première question que je posais concernait la position des deux familles et le respect des lois et des rituels de la coutume.

[1]. Yves Prigent, psychiatre et psychanalyste, insiste sur la dimension sociale et collective de la « préparation », à l'époque de l'enfance, d'un traumatisme qui surviendra en tant qu'adulte. « Il semble que l'on puisse affirmer qu'une certaine culture, au sens profond, radical, intime vécu, reçu, dans la tradition, transmis, partagé, puisse avoir un effet de renforcement de cette période fantasmatique individuelle vis-à-vis d'une frustration. (…) […], il y a une véritable nécessité à ne pas négliger tout ce qui est proposé aux individus en termes d'acculturation et d'apprentissage de la subjectivité. Dans ce sens, il convient de considérer que […] telle croyance ou pratique religieuse, telle pensée politique ne peuvent être considérés comme des phénomènes superficiels, ajoutés, améliorant ou ornant l'existence, mais bien comme constitutifs de la nature humaine aussi nécessaires que l'air que l'on respire, l'eau que l'on boit et les aliments que l'on mange. » Dans Vivre la séparation, Paris, DDB, 1998, p.67.

[2]. Cf. Marilyn Ferguson, Les enfants du Verseau, pour un nouveau paradigme, op.cit.Le terme « paradigme » est utilisé ici dans le sens de modèle de référence.

- Les promesses de la médecine occidentale ont entraîné des attentes parfois démesurées de la part des patients, surtout en Occident. Cette médecine a fait des progrès indiscutables en quelques décennies et elle est efficace dans de nombreux domaines, par exemple dans le cancer des enfants [3]. Il faut aussi reconnaître que, grâce à elle, la durée de vie s'est allongée, des épidémies ont été jugulées, la microchirurgie réalise actuellement des merveilles… Il y aussi les progrès réalisés dans la lutte contre la stérilité que vous connaissez bien mieux que moi. Si beaucoup de critiques actuelles à propos de la bio-médecine, frisent la caricature, on lui reproche à juste titre d'être encore trop impersonnelle, réductionniste, trop coûteuse avec ses nouvelles technologies, encore réservée à un petit nombre de privilégiés [4]. Ces limites, reconnues par certains soignants eux-mêmes, entraînent parfois une véritable souffrance de leur part, comme celle de voir les attentes démesurées des patients et leur exigence de résultats immédiats. On n'en est plus au droit au soin, mais au droit à la santé, plus à l'exigence de moyens mais à l'exigence de résultats. Ils font donc l'expérience des insuffisances de leurs pratiques médicales, de leurs connaissances. Il y a aussi le manque de moyens et de personnel qui rend la médecine hospitalière de plus en plus lourde et dépersonnalisée,... On peut se demander si cette souffrance n'est pas aussi la conséquence de l'illusion de toute puissance que la science médicale a entretenue chez les soignants comme chez les patients. Dans la logique de la mentalité moderne, la biomédecine a nourri la prétention de rendre compte de la totalité du réel par la seule rationalité, à l'instar des sciences positives. Elle a ainsi laissé croire en un progrès indéfini des découvertes scientifiques et technologiques et de l'efficacité thérapeutique. Des illusions (des mythes...) d'immortalité sont encore entretenues de nos jours à propos de certaines recherches en génétique (entre autres à propos du clonage ou des manipulations génétiques). Parce qu'il touche à la vie, et donc au sacré dans l'esprit de beaucoup de gens, au moins confusément, le médecin a été tenté de jouer parfois au grand prêtre, poussé à cela par les patients eux-mêmes. On sait que tout ce qui touche à la vie touche aussi à ce qui est le plus sacré pour les gens. Si on est perçu

comme le maître de la vie et de la mort, même seulement en partie, on reçoit un statut social quasi sacré dans de nombreuses sociétés. Il est frappant de constater qu'à une époque où les repères culturels et sociaux sont les plus menacés par les mutations de notre civilisation, ce sont les institutions qui gèrent la vie, sa protection et sa transmission qui sont le plus mises en question aujourd'hui : la médecine et les Eglises, pas forcément pour les mêmes raisons.

[3]. Pr Jean Lemerle, « Le cancer de l'enfant : trente ans de progrès », Etudes, mai 1997 (3865),p. 616-618.

[4]. Pr Robert-Louis Moulias, « Les vieux exclus du progrès médical », Etudes, mai 1997 (3865),p. 618-620. Pour le Pr Jean-Pierre Estienne, en France, l'espérance de vie d'un cadre supérieur de 35 ans dépasse de neuf années celle d'un manœuvre du même âge. En outre, le succès de certaines nouvelles technologies n'ont pas toujours d'efficacité concernant les questions de santé publique. Toute nouveauté n'est pas un progrès. Le progrès médical n'est un facteur d'amélioration de la santé collective qu'à 15 ou 20%. Moins que l'adduction d'eau, le tout à l'égout, le contrôle des aliments... Aujourd'hui, l'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine) a pris de court le corps médical qui a été invité à plus d'humilité et à un nouveau rapport au malade. « Progrès médical et santé collective », Etudes, mai 1997 (3865), p. 613-615.

2. L'identité culturelle.

Pour comprendre l'importance de l'influence de la culture sur la santé, il est bon d'en proposer une définition. Dans une vision de la culture de type humaniste ou élitiste, la culture concerne surtout les productions artistiques, littéraires ou philosophiques les plus marquantes ainsi que les découvertes techniques et scientifiques notoires d'une société donnée. Dans cette perspective, il existerait des personnes « cultivées » (celles qui ont accès à ces connaissances) et d'autres qui « n'auraient pas de culture ». Cette vision est évidemment restrictive. Une définition de type anthropologique montre qu'il n'existe pas de société ni même d'individu sans culture (à moins que celui-ci n'ait bénéficié d'aucune expérience de socialisation depuis sa naissance !). Marcello Azevedo, jésuite brésilien, définit la culture comme

« le dynamisme social particulier par lequel un groupe humain vit, sent, entre en relation, s'organise, célèbre et communique la vie. La culture donc se vit dans la réalité concrète de ses membres, dans leur manière d'être et de s'exprimer. Le groupe culturel s'adapte à son environnement, établit ses relations, oriente et détermine le sens qu'il donne à sa vie, à son action, à sa communication.i »

L'idée d'adaptation renvoie au fait qu'une culture est une réalité dynamique, sans cesse en évolution et en équilibre mouvant. La culture est donc une manière d'être au monde, de le comprendre, de l'humaniser, de communiquer et de s'organiser entre membres d'un groupe. Elle représente une part importante de l'identité de la personne. En effet, le petit d'homme, à sa naissance, est l'être vivant le plus dépourvu qui soit. Totalement dépendant de sa mère en tout, incapable de saisir par lui-même le sein qui lui est proposé, il est soumis dès son premier cri à un apprentissage culturel. Déjà, durant la vie intra-utérine, des éléments culturels lui ont été transmis par la façon dont sa mère a vécu sa grossesse et a été en relation avec lui et avec son entourage (conception et accueil de la vie, rapport au conjoint, rythmes d'activité, alimentation, relations à l'environnement). Par exemple, il existe des différences notables entre la relation entretenue par un petit Africain pendant les deux ans d'allaitement où il ne quitte pas sa mère et celle du petit Occidental parfois rapidement mis en nourrice et tôt soumis

aux tétées à heures fixes ! Leur perception de leur mère, de sa chaleur, de son odeur, de leur corps (porté ou non sur le dos), le rapport à la nourriture, au temps, au plaisir, au toucher, diffèrent profondément dès le plus jeune âge. On imagine les conséquences physiques, psychiques et sociales que cette première socialisation entraîne.

3. Cultures et médecines

3.1. La place de la santé dans une culture.

Un système de santé forme, au sein d'un système culturel, un système symbolique constitué de significations, de valeurs et de normes comportementales. Dans de nombreuses sociétés, on peut distinguer trois sphères concentriques de soins sanitaires : le secteur populaire, le secteur traditionnel et le secteur professionnel. Chacun de ses secteurs possède une approche spécifique des manières d'expliquer et de traiter une maladie, de définir qui est le guérisseur et qui est le patient, ainsi que le rôle de chacun. Dans certaines sociétés, le rôle d'un secteur peut être moindre ou avoir une prédominance sur les autres.ii
Le secteur populaire concerne la famille ainsi que des réseaux sociaux plus larges, le voisinage, le groupe professionnel, éventuellement une communauté. La maladie y est d'abord considérée d'un point de vue familier. On fait appel à l'automédication, à l'avis de la famille, d'un ami, parfois également à des groupes d'entraide ou de guérisons, qui peuvent être liés à l'appartenance religieuse. L'interaction est informelle et parfois réciproque. Les rôles de patient et de soignant peuvent s'inverser selon les circonstances. Les personnes ont les même présupposés concernant la santé et la maladie et appartiennent souvent aux mêmes réseaux. 70 à 80 % des malades sont traités dans le cadre de cette première sphère, aussi bien dans les sociétés occidentales qu'ailleurs. La plupart des questions de maladie et de santé n'atteignent pas les secteurs traditionnel et professionnel. Par ailleurs, même quand elles sont traitées en dehors de la sphère populaire, la famille constitue une référence privilégiée pour décider quand et comment traiter le malade. C'est aussi dans cette sphère que se transmettent les convictions et les croyances populaires concernant la santé : le bon usage de la nourriture, la boisson, le sommeil, les vêtements, le travail, les loisirs, la prière, etc. C'est aussi dans ce cadre que se situe l'usage des amulettes ou des médailles religieuses à titre prophylactique, par exemple. Il existe cependant aujourd'hui dans de nombreuses sociétés une crise de la transmission dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres.

Le secteur traditionnel est déjà spécialisé. On définit souvent « la » médecine traditionnelle par opposition à la biomédecine. Pourtant, tradition et modernité ne sont pas antinomiques. Ces deux modèles thérapeutiques évoluent dans des registres différents et ne s'excluent donc pas l'un l'autre. En outre, il existe une grande diversité de médecines dites « traditionnelles ». Celles-ci comprennent de vrais spécialistes, qui ne font souvent pas partie des réseaux médicaux et sanitaires officiels, bien qu'on tende à les reconnaître en Afrique (par exemple, les tradipraticiens au Mali) et en Amérique latine (les « pharmacies vertes » à Brasilia, au Brésil, où herboristes et médecins officiels travaillent ensemble, iii ainsi que la « cura iv », dans le même pays). Les pratiques thérapeutiques peuvent être religieuses, profanes, ou présenter une combinaison des deux. On y rencontre différentes sortes de soignants : les matrones, les rebouteux, les herboristes, les guérisseurs spirituels, les barbiers (qui font les saignées et appliquent les ventouses) , les guérisseurs traditionnels (tradipraticiens) souvent confondus avec les sorciers v, en Afrique, les chamanes vi, etc. On assiste ces derniers temps à une recrudescence de ce secteur en Europe (surtout en milieu rural) et une pénétration importante des guérisseurs africains dans les grandes villes en France vii.
Le secteur professionnel correspond au système de la biomédecine et à des traditions

sanitaires indigènes professionnalisées (comme l'acupuncture en médecine chinoise ou la médecine ayurvédique en Inde, parmi les plus anciennes de l'humanité). La médecine occidentale représente un produit de l'approche positiviste et rationaliste du réel, basée sur les concepts et les pratiques de l'expérience scientifique qu'a développé la modernité. Elle repose sur un rapport déterministe de cause à effet et sur la quantification des résultats de l'observation. Pour Claude Bernard, « un fait dont le déterminisme n'est pas rationnel doit être repoussé viii ». Une telle perception de la causalité appliquée à la complexité du corps humain dans une démarche thérapeutique risque de déboucher sur une médecine réductionniste et unidimensionnelle. Les praticiens risquent de ne pas donner suffisamment de place à la relation thérapeutique et au vécu du patient. Cependant, on a évoqué son indéniable efficacité dans de nombreuses affections. De nos jours, certains praticiens s'intéressent au surcroît d'efficacité apporté par les approches de la psychosomatique ou de l'ethnomédecine ix, par exemple.

3.2. Diversité des conceptions de la santé

La diversité des représentations de santé est étudiée par l'ethno-médecine, l'anthropologie médicale et d'autres sciences humaines. Ces sciences visent à rendre compte de la santé et de la maladie comme une production sociale marquée par des représentations culturelles.
Par exemple, l'anthropologie médicale x s'intéresse à six aspects ou tâches essentielles que l'on retrouve dans chacune des trois sphères de santé. Il s'agit de :
1. La construction culturelle de la maladie en tant qu'expérience socialement apprise et sanctionnée : quand dira-t-on qu'une personne est malade dans une culture donnée?
2. la construction culturelle des stratégies et des critères pour guider le choix entre les pratiques de soin et les praticiens, (par exemple l'usage de la divination en Afrique sub-saharienne, avant de passer éventuellement à l'analyse de sang, ou inversement) ;
3. les processus cognitifs et communicatifs impliqués dans la gestion de la maladie, comme la conception de la nature, de l'homme, des esprits, la connaissance des plantes... ;
4. les traitements curatifs, les thérapies ;
5. le comportement préventif, depuis les amulettes jusqu'aux préventions sanitaires (par exemple le contrôle des sources) ;
6. la gestion d'une série d'effets thérapeutiques, à propos des conséquences des traitements xi.

A la rencontre de l'altérité culturelle et religieuse…

Tobie Nathan, avec un groupe de chercheurs et de praticiens en ethnopsychiatrie, a démontré l'inadaptation des traitements psychothérapeutiques pour nombre de migrants originaires de sociétés non occidentales.. Cela l'a amené à mettre en question la prétendue universalité de la psychopathologie. Il lui reproche de considérer certains éléments constitutifs de la personne, telle son « identité culturelle » ou « ethnique », comme extérieurs à sa nature. Il récuse l'idée d'une « individualité psychologique » superposable à l'identité biologique, sans tenir compte d'autres éléments, culturels ou religieux, par exemple. Il considère que ses expériences représentent une des percées théoriques les plus spectaculaires qu'ait connues la psychopathologie depuis la dernière guerre. Elles permettent de réévaluer toutes les pratiques antérieures. Ses patients attendaient du praticien du sens, et l'Occident leur offrait au mieux des causes. Il écrit :
« Comment deviner d'emblée que leur causalité apparente était une sorte de matrice mythique dont la principale fonction était de générer des récits alors que notre causalité scientifique ne nous servait qu'à justifier des actes ? Et surtout, comment se douter que notre logique bien huilée déstabilisait leur être même, les pénétrait aussi sûrement qu'un scalpel. Et après nos

interventions humanitaires, les voici qui déambulaient désormais, leur plaie béante, de service en service .(...), pour un patient migrant, tout acte thérapeutique s'appuyant sur une causalité de type scientifique constitue à lui seul un nouveau traumatisme psychique xii. »
Il considère que l'ethnopsychanalyse est la psychopathologie la plus à même de penser systématiquement les faits à partir de procédures d'influence délibérément déclenchées par l'ethnothérapeute. Il vise une influençologie qui analyserait les différentes procédures de modification de l'autre.

Marc Augé énonce des réflexions intéressantes sur la dimension sociale de la santé, qui éclairent ce qui se passe aussi à propos de la fertilité et la stérilité. : « C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses. Chacun d'entre nous l'éprouve dans son corps et parfois en meurt ; de la sentir en lui menaçante et grandissante, un individu peut se sentir coupé de tous les autres, de tout ce qui faisait sa vie sociale ; en même temps tout en elle est social, non seulement parce qu'un certain nombre d'institutions la prennent en charge aux différentes phases de son évolution, mais parce que les schémas de pensée qui permettent de la reconnaître et de la traiter son éminemment sociaux : penser sa maladie c'est déjà faire référence aux autres » [5] .
S'il est vrai que la fertilité et la stérilité concernent tout le groupe social en Afrique, il n'est pas étonnant de constater que les thérapies revêtent aussi une dimension communautaire, parce que l'étiologie est souvent personnalisée, relationnelle, « holistique ». J'élargirais donc à l'ensemble du groupe social ce qu'écrit M.C. vanden Bossche à propos du couple en occident. « [...] on s'aperçoit qu'il peut y avoir un symptôme porté par l'un du couple mais qu'en réalité c'est le couple qui est malade et c'est le couple qu'il faut prendre en considération ; si on ne fait que s'attacher au symptôme, celui-ci peut s'améliorer et même disparaître, mais la souffrance du couple, elle, ne disparaît pas et se manifeste par un autre symptôme et bien souvent chez le partenaire que l'on croyait sain jusqu'alors » [6].
La solidarité biologique et socio-culturelle oblige de prendre en compte toutes les solidarités. Pour C. Pairault « Ici, l'individu n'est pas une sorte d'appareil psycho-biologique à entretenir et à réparer chimico-mécaniquement, mais l'enjeu et la jonction personnelle des relations communautaires, dont sa maladie éventuelle atteste la dégradation ou compromet l'indispensable existence. Soigner efficacement consiste donc dès lors pour nombre de tradipraticiens, à restaurer, au travers des cas individuels pris en compte, une santé collective,- d'où l'importance accordée à des conduites sociales diagnostiquées dans la divination, ou prescrites pour le traitement consécutif. »[7]

[5] Marc AUGE, Claudine HERLICH (dir.), Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Ed. des Archives Contemporaines, Paris, 1991, p.36-37.
[6] Marie Claude van den BOSSCHE, « Corps sexué - différence sexuelle », dans Approches du corps, session interdisciplinaire, ICT, Toulouse, 1996, Ronéo, p. 58-59.
[7] Claude PAIRAULT, « A propos d'efficacité médicale en Afrique noire », dans J. Brunet-Jailly (dir.), Se soigner au Mali, Paris, Karthala, 1994, 324-325 (souligné dans le texte).

4. Conclusion : accueillir l'altérité...

Il est dont important, de la part d'un soignant, d'un thérapeute, qui est sans cesse confronté à des manifestations psychosomatiques, d'opérer ce déplacement vers l'autre, et vers son univers culturel, avec l'a priori que toute culture, en tant que système de signification, comporte une cohérence interne, même si elle n'est jamais totalement englobante ni exhaustive. L'interprétation d'une épreuve affecte beaucoup la façon de l'assumer. Il s'agit donc de partir à la découverte de cette cohérence, pour mieux percevoir les enjeux de la

pathologie. Si le soignant nie la pertinence de ce que le patient dit vivre ou comprendre de sa maladie, il risque de perdre toute crédibilité. Les thérapies qu'il proposera risquent de ne pas être prises en compte ou de perdre une bonne part de leur efficacité (cf. la question de l' « effet placebo », ou de la compliance).
Bref, il me semble que c'est à cette vigilance et à ce respect de l'altérité qu'une approche anthropologique de la santé nous invite. Nul doute qu'une telle démarche est une source d'enrichissement profond. Elle nous renvoie à notre propre vision du monde, de la vie et de la mort, à celle de notre culture mais, aussi, à la nôtre, personnelle, à notre aventure singulière... mais cela, c'est une autre histoire...

Bernard Ugeux, ISTR, Toulouse.
copyright

i Marcelle Azevedo, « Christianisme, une expérience multiculturelle. Comment vivre et annoncer la foi chrétienne dans les différentes cultures », Vème Congrès missionnaire latino-américain, COMLA 5, Paris, Dossier BIM, juin 1996, p.10.

ii Patricia Maloof (américaine, anthropologue de la santé), « Maladie et santé dans la société », dans Concilium 234 (1991) p.33-51. Cette partie du chapitre s'inspire de cet article.

iii Ibidem, p.39.

iv Marilyn Ferguson, Les enfants du Verseau, pour un nouveau paradigme, op.cit., p.204. La cura réalise une synthèse de la médecine occidentale, de la guérison spirituelle, du traitement par les herbes, de l'homéopathie et des traditions des guérisseurs africains. 60 millions de Brésiliens s'adressent à cette thérapie, le nombre d'utilisateurs augmente rapidement parmi les classes aisées et moyennes.

v A propos de la magie et de la sorcellerie, voir au Chapitre 4.

vi Ce terme (mot ouralo-altaïque), était employé originellement pour désigner les tradipraticiens de Sibérie-Mongolie (croyance dans les forces de la nature et les esprits). Il désigne aujourd'hui des « thérapeutes » qui s'inspirent de ce genre de pratiques traditionnelles (divination, toucher, etc.), souvent endehors du contexte culturel communautaire des origines.

vii Cf. Les travaux de Marr Fall (sociologue de Bordeaux) « La pensée sauvage sur les bords de la Garonne », dans Sociologie et santé, n°2, 1990, p.67-80.

viii Cité par F. Laplantine, P.L. Rabeyron, Les médecines parallèles, " Que sais-je ? ", n° 2395, Paris, PUF, 1987, p.82-84.

ix L'ethnomédecine étudie les systèmes culturels de santé du point de vue des praticiens de la santé. L'anthropologie médicale part de l'étude d'une culture, de la recherche anthropologique. Cf. François Laplantine, Anthropologie de la maladie, Paris, Bibliothèques scientifique Payot, 1986 et Tobie Nathan, La folie des autres, Traité d'ethnopsychiatrie, Paris, Dunod, 1986.

x Pour Jean Benoist, l'anthropologie médicale a pour rôle 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. Voir Jean Benoist (dir.), Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical, Paris, Karthala, coll. Médecines du monde, 1996.

xi P. Maloof, art.cit.,p.35

xii Tobie Nathan, L’influence qui guérit, Odile Jacob, 1994, p.20-22.